

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO**

LENICE YPIRANGA BENEVIDES DE ARAÚJO VIEIRA SÁ

**AVALIAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA ANÁLISE A PARTIR
DOS INSTRUMENTOS, ICSAP, PCATool E PMAQ NO MUNICÍPIO DE MANAUS
NO PERÍODO DE 2010 A 2019**

BELO HORIZONTE
2019

LENICE YPIRANGA BENEVIDES DE ARAÚJO VIEIRA SÁ

**AVALIAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA ANÁLISE A PARTIR
DOS INSTRUMENTOS, ICSAP, PCATool E PMAQ NO MUNICÍPIO DE MANAUS
NO PERÍODO DE 2010 A 2019**

Tese apresentada ao Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração da Faculdade de Ciências Econômicas como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Administração.

Área de concentração: Finanças.

Orientador: Allan Claudius Queiroz Barbosa

BELO HORIZONTE
2019

Ficha catalográfica

Sá, Lenice Ypiranga Benevides de Araújo Vieira.

S111a Avaliação em saúde na atenção primária [manuscrito]: uma
2019 análise a partir dos instrumentos, icsap, pcatool e pmaq no município de
Manaus no período de 2010 a 2019 / Lenice Ypiranga Benevides de
Araújo Vieira . – 2019.

309 f.: il., gráfs. e tabs.

Orientador: Allan Claudius Queiroz Barbosa.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de
Pós-Graduação e Pesquisas em Administração.

Inclui bibliografia (243-269).

1. Saúde pública – Avaliação – Teses. 2. Cuidados Primários de
Saúde – Teses. 3. Saúde pública – Administração – Teses. I. Barbosa,
Allan Claudius Queiroz. II. Universidade Federal de Minas Gerais.
Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração. III. Título.

CDD: 658

Elaborado por Rosilene Santos CRB-6/2527

Biblioteca da FACE/UFMG. –RSS146/2019



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas
Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração

ATA DA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO EM ADMINISTRAÇÃO da Senhora **LENICE YPIRANGA BENEVIDES DE ARAUJO VIEIRA SA**, REGISTRO N° 237/2019. No dia 29 de novembro de 2019, às 8:30 horas, reuniu-se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Comissão Examinadora de Tese, indicada pelo Colegiado do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração do CEPEAD, em 06 de novembro de 2019, para julgar o trabalho final intitulado "**Avaliação em Saúde na Atenção Primária: uma análise a partir dos instrumentos ICSAP, PCATool e PMAQ no município de Manaus no período 2010/2019**", requisito para a obtenção do **Grau de Doutor em Administração**, linha de pesquisa: **Finanças**. Abrindo a sessão, o Senhor Presidente da Comissão, Prof. Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa, após dar conhecimento aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVAÇÃO;

() APROVAÇÃO CONDICIONADA A SATISFAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS CONSTANTES NO VERSO DESTA FOLHA, NO PRAZO FIXADO PELA BANCA EXAMINADORA (NÃO SUPERIOR A 90 NOVENTA DIAS);

() REPROVAÇÃO.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Senhor Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Senhor Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 29 de novembro de 2019.

NOMES

Prof. Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa.....
ORIENTADOR (CEPEAD/UFMG)

Prof. Dr. Pedro Vasconcelos Maia do Amaral.....
(CEDEPLAR/UFMG)

Prof^a. Dr^a. Maria Aparecida Turci.....
(UNIFENAS/MG)

Prof. Dr. Marcus Vinicius Gonçalves da Cruz.....
(Fundação João Pinheiro/MG)

Prof. Dr. Leandro Pinheiro Cintra.....
(Rocketmat/USA)

ASSINATURAS

*Aos professores Maria José Cyhlar Monteiro
(in memoriam) e Fernando Roberto de Freitas
Almeida e à minha família.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao orientador da tese, professor Allan Claudius, por acreditar no meu trabalho e por me orientar, apoiar nos momentos difíceis e contribuir com suas críticas valiosas na realização dessa pesquisa. Grata pra sempre!

À Universidade Federal do Amazonas por possibilitar a realização do Doutorado-Institucional - UFAM/UFMG em Administração, em especial, ao Departamento de Economia e Análise.

À SEMSA que permitiu a realização dessa pesquisa nas unidades básicas de saúde da família, e, em especial, aos profissionais que trabalham nesses locais em Manaus pela sua disponibilidade, atenção e confiança com a pesquisadora dessa tese.

Aos professores do CEPEAD pelos conhecimentos e experiência adquiridos ao longo do curso. Às secretárias do CEPEAD, Erika e “dona” Vera pela ajuda e orientação nas nossas demandas acadêmicas do curso.

Aos membros da banca, professores Maria Aparecida Turci, Pedro Vasconcellos Maia do Amaral, Marcus Vinicius Gonçalves da Cruz e Leandro Pinheiro Cintra, por aceitarem o convite para a defesa de tese e disponibilizarem seu tempo (precioso) contribuindo com seus conhecimentos e críticas.

Aos colegas de trajetória acadêmica no Doutorado, Raylene, Carlos, Juvenal, Bruno, Inara, Cleuber, Edna, Pirangy, Marcelo, e Miriam e também, às amigadas que construímos no Cepead, em especial, Simone e Adriana.

Aos amigos e parentes que sempre me apoiaram com mensagens, orações, em especial, aos meus ex-alunos Nairo, Ivan, Richardson, Gleici Jane e ao “seu” Dinoel, meu anjo da guarda que me acompanhou durante toda a pesquisa de campo pelas Unidades Básicas de Saúde de Manaus.

Aos meus pais, Leonardo (*in memoriam*) e Nice, ao meu irmão, minhas filhas, e Mauro pela paciência, carinho e apoio ao longo de toda a trajetória dessa tese.

Aos usuários do SUS, em especial, à população manauara que utiliza os serviços de saúde na atenção primária e que aceitou participar e contribuir na realização dessa tese.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES). Agradeço esta instituição pelo apoio financeiro e, principalmente pelo interesse nesse estudo.

“Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas” (Antoine de Saint-Exupéry, O pequeno príncipe, 1943).

RESUMO

Esta tese, de natureza descritiva e avaliativa, analisou a Atenção Primária à Saúde no município de Manaus (Amazonas – AM/Brasil), entre 2010 a 2019, a partir das categorias concebidas por Starfield (2002) (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade, enfoque familiar e orientação comunitária). Três instrumentos foram utilizados: as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAPs); o *Primary Health Care Assessment Tool* (PCA-Tool); e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). De forma geral, as ICSAPs podem contribuir como indicadores de vigilância e monitoramento dos serviços de saúde; o PCA - Tool prioriza aspectos da qualidade dos serviços de saúde sob as perspectivas da satisfação e do vínculo dos usuários com os serviços e profissionais da Atenção Primária; e o PMAQ-AB contribui em aspectos relacionados à estrutura e ao processo de trabalho para a avaliação da Atenção Primária. Os resultados encontrados ressaltam a importância dos processos avaliativos para a sistemática de políticas públicas que procuram avaliar os serviços de saúde, em especial os disponibilizados pela Atenção Primária à Saúde, e, também, para a melhoria da qualidade de atendimento às necessidades da população brasileira, em geral, e da manauara, especificamente.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Primary Care Assessment Tool*.

ABSTRACT

The present thesis, both descriptive and evaluative in nature, analyzed the Primary Health Care in the city of Manaus, state of Amazonas, Brazil, between the years 2010 to 2019, departing from the categories proposed by Starfield (2002) (primary care, longitudinality, coordination and integrality, family-focused care and community counselling). Data were collected by using the following instruments: the Hospitalizations due to Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSCs); the Primary Health Care Assessment Tool (PCA-Tool); and the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ - AB, Brazilian acronym). In general terms, the ACSCs may contribute as surveillance and monitoring indicators of health services; the PCA – Tool prioritizes features concerning the quality of health services according to the clients' satisfaction and relationship with Primary Care services and professionals; and the PMAQ – AB helps dealing with aspects about the structure and the process of Primary Care assessment. The results obtained highlight the relevance of assessment processes to the general arrangement of public policies that focus on the assessment of health services, especially those regarding the available Primary Health Care, and also to the improvement of Primary Health Care services offered to the Brazilian population, in general, and to the citizens of Manaus, more specifically.

Keywords: Health assessment. Primary Health Care. Hospitalizations due to Ambulatory Care Sensitive Conditions. National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care. Primary Health Care Assessment Tool.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Tipologia da Avaliação em Saúde e Objetivos	39
Quadro 2 - Atributos essenciais e derivados da atenção primária à saúde segundo Strafield (2002).....	43
Quadro 3 – Desafios da Atenção Primária no Brasil ⁽¹⁾	48
Quadro 4 - Descrição dos Instrumentos de Avaliação da APS	53
Quadro 5 - Fases do PMAQ-AB – 1º. e 2º. Ciclo	61
Quadro 6 - Unidades de análise, dimensões e subdimensões utilizadas na autoavaliação (AMAQ).....	62
Quadro 7 – Instrumentos de Avaliação da APS, Objetivos, Informações obtidas e Potencialidades	72
Quadro 8 - Categorias analíticas – Atributos da Atenção Primária: Descrição	74
Quadro 9 - Descrição dos componentes referentes ao atributo: “Primeiro Contato”	90
Quadro 10 - Descrição dos componentes referentes ao atributo: Coordenação de cuidados.....	93
Quadro 11 - Descrição dos componentes referentes ao atributo: Orientação Comunitária	94
Quadro 12 - Bairros visitados e não visitados na pesquisa de campo.	96
Quadro 13 - Principais grupos de causas de Taxas de ICSAP por faixa etária – Manaus, 2010 e 2017.	112
Quadro 14 – Síntese comparativa entre os Instrumentos da Atenção Primária.	206

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Taxa de Mortalidade Infantil 2010 - 2017.....	77
Gráfico 2 - Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis, Manaus, Amazonas, 2010-2017.....	80
Gráfico 3 - Taxas de ICSAP, população geral e percentual de cobertura da ESF, Manaus, 2010- 2017.....	110
Gráfico 4 - Principais grupos – causas, população geral, Manaus, 2010 – 2017.....	111
Gráfico 5 - Frequência absoluta de ICSAP segundo grupo de causas e sexo, Manaus, Amazonas, 2010- 2017.....	117

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Síntese do Referencial Teórico da Tese	26
Figura 2 - Componentes do Sistema de Serviços de Saúde	41
Figura 3 - Localização Geográfica do Município de Manaus	76
Figura 4 - Estabelecimentos Assistenciais de Saúde Manaus - área urbana.	81
Figura 5 - Distribuição das Unidades de Saúde Básicas (UBSF e UBST) nos Distritos de Saúde de Manaus, Amazonas, 2018.	85
Figura 6 - Modelo de análise comparativo para as ferramentas (ICSAP, PCA-Tool e PMAQ-AB).	107

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Prevalências de alguns dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica, em pessoas de 18 anos ou mais, e a posição de Manaus entre as 27 cidades estudadas por sexo (VIGITEL, 2018)	78
Tabela 2 - Indicadores da Estratégia Saúde da Família (ESF) e de leitos hospitalares, 2010-2018, Manaus, Amazonas	83
Tabela 3 - Distribuição de médicos, segundo capitais das unidades da federação da região Norte, Brasil, 2018.....	84
Tabela 4 - Distribuição do número de Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Equipes de Estratégia Saúde da Família (EqSF) ativa por Distrito de Saúde na cidade de Manaus, Amazonas, 2019.	85
Tabela 5 - Cobertura da Estratégia Saúde da Família por Distrito de Saúde, Manaus, 2012. .	86
Tabela 6 - Distribuição das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, Internações Não Sensíveis à atenção primária e Internações Totais, Manaus, Amazonas, 2010-2017.....	109
Tabela 7 - Taxa de ICSAP (10.000/hab.) segundo principais grupo diagnóstico e faixa etária, Manaus, Amazonas, 2010.	114
Tabela 8 – Taxa de ICSAP (10.000/hab.) segundo principais grupo de causas e faixa etária, Manaus, Amazonas, 2017.	115
Tabela 9 - Distribuição (%) de ICSAP segundo grupo de causas e sexo, Manaus, Amazonas, 2010- 2017.....	118
Tabela 10 - Características sociodemográficas dos usuários atendidos por equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Manaus, Amazonas, Brasil, 2013-2014.	120
Tabela 11 - Primeiro contato: indicadores do componente: horário de funcionamento e canal de comunicação com o usuário, padrões de referência e indicadores dos dados, por Distrito de saúde, Manaus, Amazonas.	121
Tabela 12 - Primeiro contato: indicadores do componente acolhimento e agendamento, padrões de referência e indicadores dos dados, por Distrito de saúde, Manaus, Amazonas..	123
Tabela 13 - Integralidade: indicadores do componente: serviços realizados/escopo de ações e resolutividade, padrões de referência e indicadores dos dados, por Distrito de saúde, Manaus, Amazonas.	126
Tabela 14 - Resolutividade – indicador do componente: quantidade de profissionais da(s) equipe(s) mínima(s) (SF, AB) existentes na UBS, por Distrito de saúde, Manaus, Amazonas.	127
Tabela 15 – Longitudinalidade: indicadores do componente: qualidade da relação profissional - paciente (vínculo); continuidade da relação profissional - paciente, padrões de referência e indicadores dos dados, por Distrito de saúde, Manaus, Amazonas.	129
Tabela 16 - Coordenação: indicadores do componente acesso à consultas/exames especializados, continuidade informacional, ordenamento de fluxos assistenciais, padrões de referência e indicadores dos dados, por Distrito de saúde, Manaus, Amazonas.	131

Tabela 17 – Orientação para a comunidade: indicadores do componente: Territorialização, Intersetorialidade, Participação Social padrões de referência e indicadores dos dados, por Distrito de saúde, Manaus, Amazonas.	136
Tabela 18 - Orientação Familiar: indicadores do componente: abordagem familiar, padrões de referência e indicadores dos dados, por Distrito de saúde, Manaus, Amazonas	138
Tabela 19 - Distribuição de frequência das respostas dos usuários adultos, por Distrito de Saúde atendidos nas UBS segundo variáveis sociodemográficas, Manaus, Amazonas, 2019.	141
Tabela 20 - Distribuição de frequência das respostas dos usuários adultos das UBS ao Grau de Afiliação com Serviço de Saúde, Manaus, Amazonas, 2018-19.....	143
Tabela 21 – Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato – Utilização. Manaus, Amazonas 2018... ..	144
Tabela 22 - Distribuição de frequências das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade, Manaus, Amazonas, 2018.....	146
Tabela 23 - Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Longitudinalidade, Manaus, Amazonas, 2018.	148
Tabela 24 – Distribuição percentual das respostas dos usuários da UBS ao item E1 que compõe o atributo da Coordenação – Integração de Cuidados, Manaus, Amazonas, 2018... ..	150
Tabela 25 – Distribuição percentual das respostas dos usuários da UBS que compõe o atributo da Coordenação – Integração de Cuidados, Manaus, Amazonas, 2018.	151
Tabela 26 – Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Coordenação – Sistema de Informações, Manaus, Amazonas, 2018. ..	152
Tabela 27 – Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Integralidade – Serviços Disponíveis, Manaus, Amazonas, 2018.....	154
Tabela 28 – Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Integralidade – Serviços Prestados, Manaus, Amazonas, 2018.....	157
Tabela 29 – Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Orientação Familiar, Manaus, Amazonas, 2018.....	159
Tabela 30 – Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Orientação Comunitária, Manaus, Amazonas, 2018.....	160
Tabela 31 – Relação entre Distritos de Saúde de atendimento e os atributos da APS na percepção dos usuários adultos das UBS, Manaus, Amazonas, 2018-19.	162
Tabela 32 – Relação entre o sexo dos respondentes e os atributos da APS na visão dos usuários adultos das UBS. Manaus, Amazonas, 2018.	163
Tabela 33 – Relação entre a escolaridade dos respondentes e os atributos da APS na percepção dos usuários adultos das UBS, de Manaus, Amazonas 2018.....	164
Tabela 34 – Relação entre a Plano de Saúde dos respondentes e os atributos da APS na percepção dos usuários adultos das UBS, de Manaus, Amazonas 2018.....	164
Tabela 35 – Quantitativo de profissionais entrevistados em Manaus, Amazonas por Distritos de saúde.....	165

Tabela 36 – Frequência do tempo de trabalho dos profissionais na ESF e tamanho das UBS pesquisadas.	166
Tabela 37 – Relação dos Atributos da APS na percepção dos profissionais das UBS, Manaus , Amazonas, 2018-19.	167
Tabela 38 – Distribuição percentual das respostas dos profissionais da UBS aos itens que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato, Manaus, Amazonas, 2019.	167
Tabela 39 – Distribuição percentual das respostas dos profissionais da UBS aos itens que compõem o atributo Longitudinalidade, Manaus, Amazonas, 2019.	169
Tabela 40 – Distribuição percentual das respostas dos profissionais da UBS aos itens que compõem o atributo Coordenação - Integração de Cuidados, Manaus, Amazonas, 2019.....	171
Tabela 41 – Distribuição percentual das respostas dos profissionais da UBS aos itens que compõem o atributo Coordenação - Sistema de Informações, Manaus, Amazonas, 2019. ...	172
Tabela 42 – Distribuição percentual das respostas dos profissionais da UBS aos itens que compõem o atributo Integralidade - Serviços Disponíveis, Manaus, Amazonas, 2019.	173
Tabela 43 – Distribuição percentual das respostas dos profissionais da UBS aos itens que compõem o atributo Integralidade - Serviços Prestados, Manaus, Amazonas, 2019.	176
Tabela 44 – Distribuição percentual das respostas dos profissionais da UBS aos itens que compõem o atributo Orientação Familiar, Manaus, Amazonas, 2019.....	178
Tabela 45 – Distribuição percentual das respostas dos profissionais da UBS aos itens que compõem o atributo Orientação Comunitária, Manaus, Amazonas, 2019.....	179
Tabela 46 – Associação entre tempo de trabalho, segundo a categoria.	180
Tabela 47 – Associação entre Tamanho da UBS, segundo a categoria.	181
Tabela 48 – Associação entre Tempo de trabalho, segundo os escores Essencial e Geral. ...	181
Tabela 49 – Tamanho da UBS X Escores (Essencial e Geral) segundo a categoria.	182
Tabela 50 – Comparação entre os atributos da atenção primária entre os usuários e profissionais da ESF (médicos e enfermeiros), Manaus, Amazonas, 2018-19.	183

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

APS – Atenção Primária da Saúde

AQ-PCP – *ADHD Questionnaire for Primary Care Providers*

CAA/DAB – Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica

CID-10 – Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças

CF – Constituição Federal

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CSAP – Condições Sensíveis à Atenção Primária

DISAL – Distrito de Saúde Leste

DISAN – Distrito de Saúde Norte

DISAO – Distrito de Saúde Oeste

DISAR – Distrito de Saúde Rural

DISAS – Distrito de Saúde Sul

DSS – Determinantes Sociais de Saúde

EAB – Equipes de Atenção Básica

ESF – Estratégia Saúde da Família

EqAP – Equipe de Atenção Primária

EqSF – Equipe de Saúde da Família

Eqsb – Equipe de Saúde Bucal

EUROPEP – *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care*

FNS – Fundo Nacional de Saúde

GPAQ – *General Practice Assessment Questionnaire*

IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICSAP – Internações por condições Sensíveis à Atenção Primária

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IPEA – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas

MDR – Multidrogarresistente

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde
PAB – Piso de Atenção Básica
PACOTAPS – Aplicativo para atenção primária em saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários
PCA-Tool – *Primary Care Assessment Tool*
PCET – *WHO Primary Care Evaluation Tool*
PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMS – Plano Municipal de Saúde
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família
ProGRAB – Programa para Gestão por Resultados da Atenção Básica
PSE – Programa Saúde na Escola
PSF – Programa Saúde da Família
RAS – Redes de Atenção à Saúde
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SCNES – Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH – Sistema de Informação Hospitalar
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TMI – Taxa de Mortalidade Infantil
UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	20
2.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
2.1.	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O SUS.....	26
2.1.1.	A atenção primária em Manaus.....	30
2.2.	A AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	33
2.2.1.	A avaliação em saúde com ênfase na Atenção Primária.....	39
2.2.2.	A avaliação da Atenção Primária no Brasil.....	44
2.2.3.	A avaliação da Atenção Primária no Brasil.....	49
2.3.	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	53
2.3.1.	Primary Care Assessment Tool: PCA - Tool.....	54
2.3.2.	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ-AB.....	59
2.3.3.	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária - ICSAP.....	67
3.	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	73
3.1.	DEFINIÇÃO DAS CATEGORIAS DE ANÁLISE.....	74
3.2.	O CONTEXTO DO ESTUDO: MANAUS, AMAZONAS.....	75
3.2.1.	Caracterização do município de Manaus e indicadores sociais.....	75
3.2.2.	A organização dos serviços de APS em Manaus.....	80
3.3.	METODOLOGIA DAS ICSAPs.....	87
3.4.	METODOLOGIA DO PMAQ-AB.....	88
3.5.	METODOLOGIA DO PCA-TOOL.....	95
3.5.1.	População e amostra.....	95
3.5.2.	Plano amostral.....	97
3.5.3.	Estratificação da amostra.....	97
3.5.4.	Coleta de Dados.....	98
3.5.5.	Descrição dos instrumentos de coleta de dados.....	98
3.5.6.	Etapas da coleta de dados.....	102
3.5.7.	Análise dos Dados.....	103
3.6.	ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE AS TRÊS FERRAMENTAS ANALISADAS.....	104
3.7.	ASPECTOS ÉTICOS.....	108
4.	RESULTADOS.....	109
4.1.	RESULTADOS DAS ICSAPS EM MANAUS 2010-2017.....	109
4.2.	RESULTADOS: PMAQ-AB 2 O. CICLO.....	119
4.2.1.	Características Socioeconômicas dos usuários – PMAQ-AB 2 o. Ciclo.....	119

4.2.2. Atributo Primeiro Contato: Acesso aos serviços – Acessibilidade	121
4.2.3. O Atributo da Integralidade.....	124
4.2.4. Atributo da Longitudinalidade	128
4.2.5. O Atributo da Coordenação de Cuidados.....	129
4.2.6. Atributo Orientação para a comunidade	133
4.2.7. Atributo da Centralidade (Orientação) Familiar.....	138
4.3. ANÁLISES DE RESULTADO – PCA-TOOL (USUÁRIO)	139
4.3.1. Características sociodemográficas dos usuários.....	140
4.3.2. Grau de Afiliação (A)	142
4.3.3. Atributo Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B)	144
4.3.4. Atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C)	145
4.3.5. Atributo Longitudinalidade (D).....	147
4.3.6. Atributo Coordenação – Integração de Cuidados (E).....	150
4.3.7. Atributo Coordenação – Sistema de Informações (F).....	152
4.3.8. Atributo Integralidade – Serviços Disponíveis (G).	153
4.3.9. Atributo Integralidade – Serviços Prestados (H).....	156
4.3.10. Atributo Orientação Familiar (I).....	158
4.3.11. Atributo Orientação Comunitária (J).....	159
4.3.12. Relação entre os Distritos de Saúde (DS) e Atributos da APS	161
4.3.13. Relação entre a variável sexo dos respondentes e Atributos da APS.....	162
4.3.14. Relação entre a variável escolaridade do respondente e os Atributos da APS	163
4.3.15. Relação entre a variável Plano de Saúde e Atributos da APS	164
4.4. ANÁLISES DE RESULTADO – PCA-TOOL (PROFISSIONAIS)	165
4.4.1. Características dos profissionais.....	165
4.4.2. Atributo - Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (A).....	166
4.4.3. Atributo Longitudinalidade (B)	168
4.4.4. Atributo – Coordenação – Integração de Cuidados (C).....	170
4.4.5. Atributo - Coordenação - Sistema de Informações.....	172
4.4.6. Atributo Integralidade – Serviços Disponíveis.....	172
4.4.7. Atributo – Integralidade – Serviços Prestados	175
4.4.8. Atributo – Orientação Familiar	178
4.4.9. Atributo da Orientação Comunitária.....	179
4.4.10. Relação entre tempo de trabalho e categoria dos profissionais entrevistados e tamanho da UBS e categoria profissional	180
4.4.11. Comparação entre os grupos de usuários e profissionais de saúde na ESF quanto aos atributos da atenção primária.....	182

5.	DISCUSSÃO.....	184
5.1.	Discussão: ICSAP.....	184
5.2.	Discussão: PMAQ-AB 2º. Ciclo.....	187
5.2.1.	Atributo Primeiro Contato.....	187
5.2.2.	Discussão: Integralidade	189
5.2.3.	Discussão: Longitudinalidade	191
5.2.4.	Discussão: Coordenação de Cuidados	193
5.2.5.	Discussão: Orientação comunitária	196
5.2.6.	Discussão: Orientação Familiar	199
5.3.	Discussão: PCATool (usuários e profissionais)	200
5.3.1.	Discussão: Os atributos da atenção primária à saúde	201
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	232
6.1.	Limitações e Recomendações do Estudo	242
	Referências	243
	APÊNDICE A.....	270
	APÊNDICE B – Atributo – Componentes: padrões de respostas, variáveis selecionadas no PMAQ-AB.....	271
	APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS.....	279
	APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – USUÁRIOS (ADULTOS).....	281
	APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – USUÁRIOS (PROFISSIONAIS).....	284
	ANEXO A- LISTA INTERNAÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA (ICSAP) ...	287
	ANEXO B - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto	288
	ANEXO C - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - BRASIL VERSÃO PROFISSIONAIS	298
	ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	306

1. INTRODUÇÃO

Esta tese descreveu aspectos da avaliação da atenção primária a partir dos instrumentos ou dimensões de avaliações da qualidade de serviços no Município de Manaus no período 2010 a 2019. Este debate encontra respaldo na própria lógica do Sistema Único de Saúde (SUS), que pela Constituição Federal de 1988 estabeleceu princípios ordenadores objetivando melhorar a qualidade da atenção à saúde no País. Assim, para assegurar a identidade e objetivos do SUS foram estabelecidas em lei, as premissas sobre o universalismo, a equidade e a integralidade para as ações de saúde. Ademais, desenhou-se um novo formato organizacional para os serviços de saúde assentado nos princípios da descentralização em nível Municipal; da regionalização e hierarquização, bem como da participação social (VIANA; DAL POZ, 2005; MALTA et al., 2013).

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi estabelecida como um conjunto de práticas de saúde integrais direcionadas a responder a necessidades individuais e coletivas de atenção ambulatorial de primeiro nível nas afecções e condições mais comuns da população. Portanto, é considerada como uma “importante porta de entrada do SUS, sendo o contato inicial da população com o serviço de saúde, responsabilizando-se e respondendo pela maioria dos problemas ou necessidades nesse setor.” Em suma, a Atenção Primária é o nível de atenção na melhor posição para interpretar os problemas apresentados no contexto histórico e meio social do paciente. (MALTA et al., 2016; STARFIELD, 2002).

No Brasil, o Ministério da Saúde convencionou chamar a Atenção Primária à Saúde por Atenção Básica à Saúde, atribuindo-lhe a característica de porta de entrada preferencial dos usuários na Rede de Atenção à Saúde (RAS), isto é deve ser orientada como base da RAS, por sua capilaridade e lógica de trabalho, vale dizer, caracteriza-se,

(...) por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. É operacionalizada por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência e o

imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido (BRASIL, 2017b, p. 11).

Na década de 1990, o governo federal promoveu duas importantes intervenções de políticas públicas na atenção primária com o objetivo de combater a desigualdade na saúde e expandir a oferta de serviços de saúde no Brasil. O primeiro momento se efetivou, através da criação do Programa de Agentes Comunitários (PACS), baseado num pacote de ações seletivas que focalizavam no combate à pobreza e na expansão da cobertura assistencial prioritariamente nas áreas de risco selecionadas com base nas informações contidas no Mapa da Fome, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA). E, posteriormente, foi criado em 1994, outro programa com vistas à ampliação das ações de políticas na APS, designando-o por Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 1994; VIANA; DAL POZ, 2005).

Há várias evidências que mostram uma associação entre melhores desfechos de saúde da população, nos serviços e sistemas de saúde que assumiram a atenção primária como sua principal porta de entrada. Por exemplo, o estudo realizado por Shi (1994) e citado por Starfield (2002) revelou que quanto mais médicos de atenção primária por população e quanto menor o número de outros especialistas por população, melhores as chances de vida (medidas no estudo pelos seguintes indicadores - taxas de mortalidade total, taxas de mortalidade por doença cardíaca, taxas de mortalidade por câncer, expectativa média de vida ao nascer, mortalidade neonatal e baixo peso no parto) independente do efeito de outros fatores de influência, como a renda *per capita*.

No Brasil, Macinko, Guanais e Souza (2006) estudaram a relação entre redução da taxa de mortalidade infantil e o aumento da cobertura do Programa Saúde da Família (PSF), usando o método diferença-em-diferença, com efeitos fixos para os estados. A variável independente escolhida pelos autores foi a cobertura populacional do PSF e a unidade de análise, o estado. Como variáveis explicativas foram consideradas as condições sanitárias como acesso à água potável e rede de esgoto, indicadores de desenvolvimento e serviços de saúde como número de médicos, leitos e doses de vacinação. O estudo revelou ainda que a expansão do PSF, “juntamente com outros desenvolvimentos socioeconômicos, foram associados consistentemente com reduções na mortalidade infantil”.

Não obstante, considerando a necessidade de institucionalizar processos avaliativos no campo da saúde para guiar a tomada de decisão nos interesses públicos “quanto à continuidade, necessidade de correções ou mesmo suspensão de uma determinada política ou

programa”, o governo federal, a partir dos anos 90 vem desenvolvendo, diversos mecanismos políticos e institucionais para melhorar a eficiência e a qualidade na Atenção Primária (RAMOS; SCHABBACH, 2012; FURTADO; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Em 2008, o Ministério da Saúde publicou uma portaria com a Lista das Internações Sensíveis à Atenção Primária. A ICSAP refere-se às Internações hospitalares por causas Sensíveis à Atenção Primária ou Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) e, sendo assim, “constitui novo indicador da atividade hospitalar, desenvolvido na última década, e se propõe a medir a efetividade da Atenção Primária à Saúde na atenção a determinados problemas de saúde”. Trata-se de um indicador relevante à medida que adequadas intervenções governamentais em políticas de saúde na atenção primária, em especial, poderá contribuir, por conseguinte, para a diminuição de intervenções hospitalares desnecessárias e propiciar melhorias nos indicadores de saúde nos sistemas de saúde (MENDONÇA, 2010, p.22; NEDEL et al., 2010)

Outro instrumento de avaliação da atenção primária desenvolvido por Barbara Starfield e seus colaboradores (2001) foi designado como *Primary Care Assesment Tool* (PCA-Tool) –Instrumento de Avaliação da Atenção Primária. Esta ferramenta permite determinar se os sistemas de saúde são ou não orientados à APS. Para isso, avalia o alcance e a extensão de certas características associadas à atenção primária, tais como: acessibilidade, integralidade, longitudinalidade (vínculo) e coordenação de cuidados à saúde; centralidade na família, orientação comunitária e competência cultural. Desse modo, a presença e extensão desses atributos nos sistemas de saúde levam a melhores desfechos de saúde na população, uma maior satisfação dos usuários, menores custos e maior equidade (BRASIL, 2010b).

No Brasil, os processos avaliativos na APS foram impulsionados com a criação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em 2011 pelo Ministério da Saúde destinado a avaliar a qualidade da gestão e o desempenho das equipes de saúde básica em relação a padrões de qualidade e acesso pactuados entre as três esferas governamentais (BRASIL, 2012a).

Dessa maneira, o estudo justifica-se no campo da saúde pública, em particular na avaliação da Atenção Primária à Saúde no Brasil, com vistas a realizar um estudo que contemple os três instrumentos supracitados, vale dizer, três lentes que focam um mesmo objeto a partir de dimensões que se propõem a avaliar a organização dos serviços de saúde, os processos de trabalho dos profissionais de saúde, e a experiência e satisfação do usuário nesse

contexto. Em outras palavras, tais instrumentos buscam avaliar o desempenho e resultado dos serviços de saúde na Atenção Primária.

A importância do estudo consiste na análise dos resultados e desempenho dos serviços de saúde da atenção primária, por meio de instrumentos que permitem, entre outras capacidades, comparar o desempenho tanto dentro como entre os serviços de APS, e de outro, apontar problemas e gargalos na atenção primária e, dessa maneira, contribuir para a melhoria do acesso e a qualidade dos serviços, aproximando-se dos princípios do SUS, da universalidade, resolubilidade, integralidade, e a equidade principalmente.

A avaliação em saúde contribui, portanto, para direcionar esforços institucionais para a melhoria da qualidade da Atenção Primária à Saúde, em especial, busca apoiar a gestão para a tomada de decisão no âmbito do SUS, e, dessa forma, melhorar uma dada situação, seja de estrutura, processo ou de resultado relacionadas à APS. Nesse sentido, a avaliação em saúde:

Deve ser compreendida em termos do seu papel estratégico para subsidiar processos decisórios e no aspecto tático-operacional utilizada para melhorar a capacidade organizacional da ATENÇÃO BÁSICA (AB), favorecer a comunicação e a informação e garantir a transparência na gestão (MEDRADO; CASANOVA; OLIVEIRA, 2015, p. 1034).

Dessa maneira, sendo a avaliação da Atenção Primária à Saúde no Brasil realizada usualmente com base nessas dimensões (ferramentas) consagradas da APS, as seguintes questões de pesquisa nortearam nosso estudo: quais parâmetros estabelecidos nesses instrumentos de avaliações possibilitam responder melhor e em quais aspectos da qualidade na APS? Quais potencialidades e limites podem ser vislumbrada na avaliação da APS para as ferramentas analisadas?

Para responder esses questionamentos, foi contemplado o seguinte objetivo geral: realizar uma análise que contemple a avaliação da atenção primária a partir dos instrumentos ou dimensões de avaliações da qualidade de serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde, no município de Manaus no período 2010 a 2019.

Manaus, capital do estado do Amazonas está inserida no interior da floresta amazônica, e possui problemas graves de saneamento básico e desigualdades econômicas e sanitárias; é, também, uma cidade-estado, uma vez que mais de 50% da população do estado do Amazonas vive, trabalha e contribui com 77,7% do PIB estadual. Assim, a capital manauara possui certas peculiaridades que incidem sobre o processo saúde e doença de sua população e, por conseguinte, a tornam um interessante objeto de estudo, exatamente por concentrar a oferta de

serviços públicos e privados de saúde disponíveis no estado. Localizam-se em Manaus, 53,3% dos leitos de internação, 100% dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 94,7% da urgência e emergência do estado, 76,1% dos profissionais médicos e 100% dos aparelhos de Tomografia e Ressonância Magnética do estado do Amazonas (BECKER et al., 2008; SOUSA, 2017; GARNELO, et al., 2017).

A atenção primária em Manaus é operacionalizada por meio de um conjunto de unidades básicas de saúde tradicionais e por unidades de estratégia saúde da família distribuídas em cinco distritos de saúde e pelas equipes multiprofissionais.

Nesta perspectiva, o estudo definiu como objetivos específicos: a) Verificar a qualidade da Atenção Primária à Saúde no Município de Manaus, Amazonas, por meio das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), no período 2010 – 2017; b) Analisar os resultados da avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde, a partir do banco de dados do PMAQ-AB (2º ciclo) considerando dimensões específicas verificadas na Avaliação Externa, e descritas na metodologia proposta; c) Identificar os atributos da Atenção Primária à Saúde através do *Primary Care Assessment Tool* (PCA-Tool) que obtiveram a melhor e pior avaliação no município de Manaus, Amazonas em 2018 e 2019; d) Realizar uma análise comparativa entre as três ferramentas selecionadas no que concerne a suas potencialidades e limites para a avaliação da atenção primária.

A realização deste estudo avaliativo abarca metodologias distintas de avaliação da APS mais utilizados no Brasil e validados tanto pelo Ministério da Saúde quanto por pesquisadores da área da saúde pública com o objetivo de elucidar sua importância para processos sistemáticos de avaliação da qualidade em Atenção Primária à Saúde, bem como apresentar problemas potencialmente importantes neste processo, como as possíveis limitações dos instrumentos de avaliação existentes em um município localizado na região Norte do país.

Ademais, há poucos estudos, nesse contexto econômico e social, avaliativos da qualidade dos serviços de saúde na atenção primária, por conseguinte, a presente tese é o primeiro estudo que realiza uma análise avaliativa da atenção primária na perspectiva tanto de usuários quanto de profissionais de saúde realizada nos distritos de saúde manauara, a partir das ferramentas supracitadas.

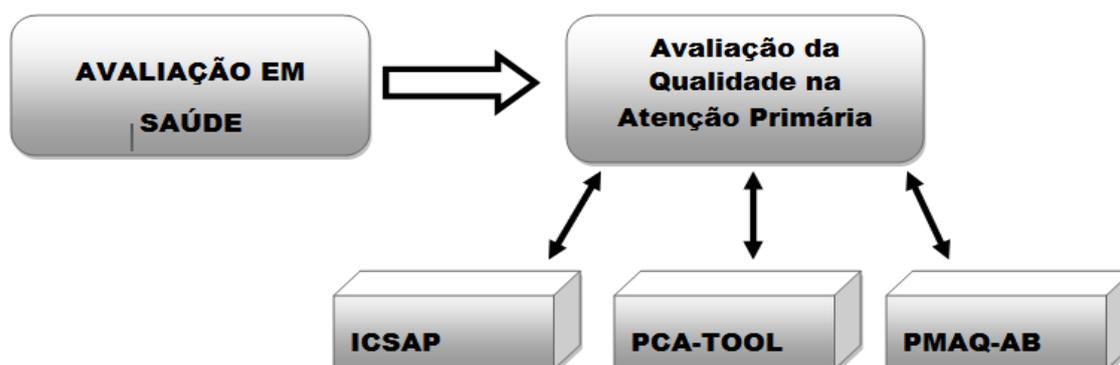
A estrutura desta tese, apresenta, inicialmente esta introdução, sendo seguida pelo referencial teórico da pesquisa com dois grandes eixos: a atenção primária à saúde e o sistema único de saúde e a avaliação em saúde, considerando nas três ferramentas de avaliação suas

principais categorias de análise, retomadas nos procedimentos metodológicos. neste último, descreve-se a trajetória metodológica discriminada para cada ferramenta analisada. posteriormente os resultados da pesquisa são apresentados por instrumento de avaliação da APS e ao final são feitas as discussões sobre a avaliação da atenção primária no município escolhido. ao final um quadro síntese comparativo entre as ferramentas pesquisadas é apresentado bem como as conclusões, limitações e recomendações de novos estudos.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A Figura 1 sumariza os principais eixos de análise da tese.

Figura 1 - Síntese do Referencial Teórico da Tese



Fonte: Elaboração própria.

2.1. A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O SUS

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) provocou uma nova perspectiva para o modelo de assistência pública à saúde no Brasil, regulamentado na Constituição Brasileira de 1988. Trouxe no seu bojo os princípios ordenadores, tais como: o universalismo para as ações de saúde, a descentralização municipalizante e um novo formato organizativo para os serviços, baseado nas ideias da integralidade, da regionalização e da hierarquização e na participação social, além de impor a responsabilização pelas ações preventivas e curativas aos gestores públicos (VIANA; DAL POZ, 2005; LAVRAS, 2011). A preferência pelo termo ‘atenção básica’ no Brasil ao invés de ‘atenção primária’ durante a implementação do SUS esteve atrelada ao contexto histórico internacional de difusão das propostas de ajuste fiscal do FMI e do Banco Mundial nos países latino-americanos, com forte ênfase para programas de atenção primária à saúde seletiva, orientados com base numa ‘cesta de bens e serviços’ para atender à população pobre naqueles países, o que contrastava evidentemente com os princípios de universalidade e integralidade do SUS (GIOVANELLA et al., 2009).

De certo modo, a atenção primária à saúde conformada nos países latino-americanos respondeu às condições socioeconômicas e de saúde, bem como aos interesses políticos presentes naqueles países representados naquela altura por uma agenda neoliberal que incentivava o debate sobre o papel do Estado na economia. A ajuda financeira do Banco

Mundial aos projetos de intervenção em saúde, baseados na atenção primária seletiva estavam condicionados a um conjunto de reformas estruturais na área econômica, tais como corte nos gastos públicos, abertura da economia à concorrência, liberalização dos preços, sistema financeiro forte e eficiente, dentre outras medidas que fossem necessárias para que uma economia de mercado funcione “bem” (AGUIAR, 2003; FAUTO; MATTA, 2007; BANCO MUNDIAL, 1993).

Na década de 1990, o processo de implementação do SUS apresentou certa dualidade no seu desenho político, uma vez que, o sistema buscava de um lado, consolidar uma institucionalidade democrática constituída sob um sistema público e universal de saúde e, de outro, adotava uma agenda neoliberal baseada em restrições orçamentárias e de gastos públicos impostos pelo governo. É nesse contexto que a atenção primária à saúde é pautada na agenda governamental, apresentando de início uma configuração para ações seletivas e focalizadas orientadas ao combate à pobreza, com a criação em 1991 do Programa de Agentes Comunitários (PACS), e em seguida, em 1994, com a instituição do Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 1994; VIANA; DAL POZ, 2005).

O PSF destaca e reafirma os princípios básicos do SUS, da universalidade, equidade, hierarquização e integralidade da atenção e traz no seu bojo duas inovações organizacionais: a primeira diz respeito à sua composição de profissionais de saúde, pois está estruturada por uma equipe multiprofissional composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis ou mais agentes comunitários de saúde. A outra característica organizacional inovadora concerne à adscrição territorial da clientela, a partir da definição de território de abrangência da equipe; enfoque sobre a família, com base no seu ambiente físico e social como unidade de ação (BRASIL, 2001; BRASIL, 1997; BRASIL, 2004; BRASIL, 2005; DRAIBE, 2004).

Esse programa recebeu forte inspiração das experiências de modelos assistenciais na Inglaterra, Canadá e Cuba, os quais estavam obtendo níveis de qualidade com o investimento na promoção da saúde e prevenção de doenças. Assim foi concebido inicialmente, como um programa para implementar a reorganização do SUS e da municipalização com vistas à expansão da cobertura assistencial, prioritariamente, nas áreas de risco selecionadas com base nas informações contidas no Mapa da Fome, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) cuja oferta de serviços de saúde fosse insuficiente e distante dos grandes centros urbanos. Contudo, dada a crescente importância desse no contexto nacional, o governo federal o transformará de programa para uma estratégia, assumindo, dessa maneira, a primazia

política e institucional dentro do governo enquanto estratégia estruturante do modelo de atenção à saúde em 1998 com a instituição do Estratégia Saúde da Família – ESF (BRASIL, 1994; VIANA; DAL POZ, 2005; MENDES, 2002).

O Ministério da Saúde através das regulamentações inseridas na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 01/96) passa a disponibilizar recursos financeiros para a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) nos municípios como estratégia para reorientação do modelo na rede pública de saúde. Nesse momento tem-se a regulamentação de um novo modelo de financiamento chamado de Piso de Atenção Básica (PAB) o qual substituiu o mecanismo anterior caracterizado de pagamento por procedimento. O PAB era constituído por duas partes: PAB fixo para financiar os procedimentos de assistência básica, e calculado com base em um valor *per capita* multiplicado pelo tamanho da população; e o PAB variável cuja função era estimular em termos financeiros a implantação de estratégias nacionais de reorganização de modelo de atenção à saúde, dentre as quais se incluía a Estratégia Saúde da Família (SAS/MS) (BRASIL, 2006a; PORTELA; RIBEIRO, 2011).

A introdução do PAB mudará a lógica no financiamento da assistência à saúde, dissociando produção e faturamento. Bodstein (2002, p. 406) ressalta que o recebimento pelos municípios dos recursos federais (ainda que modestos) propiciou a alocação de forma direta “ao custeio de procedimentos básicos em atenção primária, em uma clara tentativa de organizar a porta de entrada da rede municipal de saúde”.

A implantação do Programa Saúde da Família representou mais uma tentativa do governo federal de reorganizar o sistema de saúde pública com base no modelo de atenção à saúde com foco na atenção primária, tentativa essa que vige até a atualidade. Não obstante, o ESF tenha alcançado uma expansão acelerada nos municípios de pequeno porte, o mesmo não se pode falar nos grandes centros urbanos, pois deparou-se com questões de maior complexidade, relacionadas à concentração demográfica, ao elevado grau de exclusão do acesso aos serviços de saúde, a agravos de saúde característicos das grandes cidades e metrópoles e à oferta consolidada em rede assistencial desarticulada e mal distribuída, e à influente participação do setor privado nessa rede. Assim, em 2003, o Ministério da Saúde com o apoio do Banco Mundial propõe o Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF), cujo objetivo era promover a expansão da ESF em municípios de grande porte; apoiar a conversão do modelo de atenção básica de saúde; desenvolver a qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços; desenvolver recursos humanos para atuar

na estratégia; e iniciar um processo de monitoramento e avaliação, para identificar novos gargalos ou aperfeiçoá-lo ainda mais (ESCOREL, 2007; MENDES; MARQUES, 2014).

Em 2006, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que caracteriza a atenção básica no país por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Estabelece, portanto, a Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização do modelo de atenção primária no SUS, e determina que as ações da saúde devam ser desenvolvidas a partir da Equipe de Saúde da Família (ESF). Esta última deve trabalhar considerando uma definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população da área. Na composição dessas equipes, é obrigatório ter no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2006a).

O Ministério da Saúde mediante a Portaria nº 154/GM/MS de 24 de janeiro de 2008 instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) incorporando outras categorias de profissionais com a atribuição de dar apoio às equipes de Saúde da Família na rede de atenção (setorial e intersetorial), ampliando a abrangência e resolutividade das equipes. A Portaria nº 2.843 de 2010 criou mais uma modalidade de NASF com o objetivo de atender a atenção integral em saúde e a saúde mental, prioritariamente para usuários de *crack*, álcool e outras drogas na Atenção Básica, para municípios com porte populacional menor que vinte mil habitantes (BRASIL, 2008a).

Em 2011, uma nova Política de Atenção Básica é concebida, porém, não altera os objetivos e princípios definidos anteriormente no PNAB 2006, mas agrega elementos em relação ao fortalecimento do papel da AB na ordenação das Redes de Atenção – (RAS), ampliando o reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para responder às diferentes populações e suas realidades no território nacional. Ela mantém e ratifica a Saúde da Família como modelagem prioritária, mas inclui diferentes formatos (ESF) para populações específicas, de rua (consultórios na rua) e UBS fluviais e ESF ribeirinhas. Também inclui as Equipes de Atenção Básica (EAB), desde que parametrizadas aos critérios mínimos estabelecidos, e universaliza o Programa Saúde na Escola (PSE) e sua expansão às creches (LIMA, 2015, p. 33-34).

Ainda em 2011, o Ministério da Saúde reafirma a centralidade da Atenção Primária da Saúde na organização do SUS publicando uma nova normatização da Política Nacional de

Atenção Básica. Nesse ano é implantado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) instituindo a partir desse programa, um componente de qualidade vinculado ao desempenho das equipes de Saúde da Família no financiamento setorial (BRASIL, 2011).

2.1.1. A atenção primária em Manaus

Manaus é uma cidade que floresceu em meados do século XIX cuja principal fonte de renda era baseada principalmente na produção e exportação da borracha tanto para o mercado doméstico quanto externo; entretanto, na virada do século, sofre um grande abalo econômico e social, quando a borracha amazônica que ocupava até então uma posição hegemônica, depara-se com a concorrência no mercado internacional da produção asiático, de maior produtividade e menos custosa em relação à produção nacional. Esse fato desencadeou um processo de estagnação econômica para a província do Amazonas (estado atual do Amazonas) que perdurou por cerca de 50 anos até que, em 1967, ocorre uma intervenção estatal (militar) na Amazônia Ocidental por meio de um modelo de desenvolvimento denominado Zona Franca de Manaus – ZFM¹ – destinado a atender o mercado do Centro-Sul com seus produtos eletroeletrônicos. Manaus volta a integrar-se economicamente com o restante do país.

Não obstante, a implantação do modelo ZFM acabou por promover um rápido crescimento demográfico e industrial da cidade de Manaus, transformando-a em uma importante aglomeração industrial, fato este destacado por Araújo (1985) ao traçar o perfil comparativo do setor industrial entre o estado do Amazonas e sua capital Manaus, após a implantação da ZFM:

O setor industrial no Estado do Amazonas, praticamente se restringia à cidade de Manaus. Em 1960 dos 313 estabelecimentos industriais do Estado, 185 estavam localizados em Manaus representando 59%. Em 1970, das 606 empresas, 263 estavam em Manaus, caindo portanto, o percentual para 43%. Com relação ao pessoal ocupado no setor industrial, em 1960, representa 82% do total do Estado, caindo o percentual para 80% em 1970. No entanto, no que se refere ao valor da transformação (VTI) da indústria extrativa

¹ Com relação às Zonas Francas, Araújo (1985, p. 277) ressalta: “As Zonas Francas são centros de produção localizadas nos países subdesenvolvidos que apresentam como características de sua estrutura produtiva, indústrias que executam operações de montagem e a moderna tecnologia permite separar, em todos os níveis de produção, aquelas atividades para as quais só se necessita de trabalhadores não qualificados ou semiquilificados. E, o setor que mais tem se desenvolvido, nestas Zonas de Livre Produção tem sido o eletroeletrônico”.

mineral e da transformação do Estado do Amazonas, Manaus representa 92% em 1960, e 94%, em 1970 (Araújo, 1985, p. 273 e 275).

Com efeito, o modelo ZFM atraiu milhares de pessoas para o estado do Amazonas em busca de emprego e renda na capital amazonense. Por outro lado, a falta de planejamento governamental, potencializou a desorganização tanto do espaço urbano quanto do rural que já era evidente muito antes de sua implantação. Houve, portanto, um intenso fluxo migratório desde o estabelecimento da Zona Franca de Manaus, em 1967, que foi acentuado pelo êxodo das populações interioranas do estado, bem como pelo fluxo migratório de outras regiões do País (SANTANA et al., 2012).

O modelo Zona Franca de Manaus atravessou ao longo dos anos subsequentes diversos ciclos econômicos de crescimento e crises no Brasil, mas sempre conseguiu manter a política de incentivos fiscais que criou vantagens comparativas na região, vis-à-vis o restante do país, para a fabricação de bens que: a) utilizassem insumos, peças e componentes importados; b) tivessem elevada proteção alfandegária e c) apresentassem reduzido custo de transporte versus preço de venda, visando reduzir os custos em função das longas distâncias que separam a região dos centros dinâmicos do país.²

Nota-se, portanto, que o espaço territorial urbano de Manaus foi transformando-se de modo precário à medida que o fluxo migratório para a cidade se intensificava desde a implantação da ZFM, por meio de uma inadequação dos instrumentos de planejamento e controle, uma insuficiente política de planejamento e ordenamento urbano, da insuficiência e desarticulação da malha viária; descaracterização ou substituição paulatina de edificações de interesse histórico e cultural: intensificação da atividade imobiliária em terrenos desocupados; e deficiência da infraestrutura urbana, principalmente dos sistemas de esgotos sanitários, e dos serviços e equipamentos sociais básicos. Esse processo que transforma a configuração espacial da cidade irá refletir-se na dinâmica dos problemas de saúde das populações que ali residem. (GEO MANAUS, 2002).

Na década de 1990, houve um surto endêmico de cólera na capital manauara, e esse fato, contribuiu para expor a incapacidade e fragilidades do sistema de saúde municipal em lidar com aquela situação emergencial. Por conseguinte, elucidou também, a precarização das

² A Zona Franca de Manaus foi criada pela Lei n.º 3.173 de 6 de junho de 1957, mas sua estrutura atual foi implantada pelo Decreto-Lei n.º 228, de 28 de fevereiro de 1967, que alterou o dispositivo anterior (CODEAMA, 1974), (disponíveis mas, não utilizados total ou parcialmente utilizados) que por suas características, tem apelo suficiente para estimular ou inibir a implantação ou ampliação de uma determinada atividade econômica, considerados os limites e as características socioeconômicas e ambientais do estado do Amazonas com seus 62 municípios.

políticas públicas de saúde, no que condiz a educação em saúde, saneamento básico, população residentes em periferias, qualidade de vida; bem como acomodação das autoridades públicas, uma vez que o cólera já tinha sido erradicado na região. Não é à toa, portanto, que em Manaus serão implantadas as primeiras equipes de Agente Comunitário de Saúde no estado (BARROS, 1995; LUNA; OLIVEIRA, 2010).

Manaus tem um história diferenciada na organização dos serviços de saúde com base na atenção primária, pois, inicialmente foi criado em 1999, o Programa Médico da Família (PMF) (em paralelo ao Programa Saúde da Família do governo federal) para ampliar a cobertura assistencial da atenção primária a partir de um conjunto de ações de saúde dedicado às populações de baixa renda no sentido de minimizar a exclusão social e econômica de certas áreas da capital amazonense onde os serviços de saúde eram inexistentes ou insuficientes, cujo acesso era precário, com alto risco sanitário, em processo de expansão demográfica. Para operacionalizá-lo dado seus objetivos, dentre os quais, prestar assistência às necessidades de saúde da população adscrita, era necessário ampliar a infraestrutura do sistema de saúde municipal através da construção de “Casas de Saúde” com equipes de saúde da família. Através da Portaria Ministerial MS/GM nº 484 de 06 de abril de 2001, o Programa Médico da Família passou a receber incentivos financeiros do governo federal, porque o PMF foi aceito como projeto similar ao Programa Saúde da Família (LUNA, 2011; LUNA; OLIVEIRA, 2010).

As “Casas de Saúde”, ou “casinhas” como são chamadas pela população local, eram unidades básicas de saúde construídas no PMF, ou seja, uma espécie de minipostos construídos especialmente para esta finalidade em estrutura pré-moldada, com três ambientes (sala de espera, consultório e farmácia/almoxarifado) estabelecidas em 32 m² (PMF/SEMSA/DP, 1999; LUNA, 2011).

Em que pese, o esforço do governo municipal na reorganização dos serviços de atenção à saúde, Silva; Garnello; Giovanella (2010, p.602) ressaltam diversas fragilidades da implantação do PSF em Manaus: i) inexistência de integração nos diversos níveis do sistema da saúde; a ausência da participação popular na elaboração do diagnóstico de saúde da comunidade e do planejamento local; a incapacidade do PSF em possibilitar uma mudança no modelo de atenção local, pois permaneceu como um sistema paralelo na rede de atenção primária, o incompleto processo de territorialização, restringindo-se às áreas ao redor das unidades básicas de saúde da família (“casinhas”), sem impactar efetivamente as estratégias de territorialização do sistema municipal de saúde como um todo.

A despeito do quadro exposto, há, contudo, diversas evidências na literatura internacional e nacional destacando os benefícios dos sistemas de saúde orientados para cuidados primários, tais como: a redução na taxa de mortalidade infantil, menos internações hospitalares potencialmente evitáveis, maior equidade, mais acesso e continuidade do cuidado, menores custos, e maior satisfação dos usuários com essa política de cuidados primários na saúde (STARFIELD, 1994; MACINKO; STARFIELD; SHI, 2005; MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006; ALMEIDA; BARROS, 2005; STARFIELD, 2004; SALTMAN; RICO; BOERMA, 2006; DE MAESENEER et. al., 2007; AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2008; ROSANO et al., 2011; ROCHA; SOARES, 2010; KRINGOS et al., 2013; ARANTES; SHIMIZY; MERCHAN-HAMANN, 2016).

A expansão da atenção primária trouxe também, uma preocupação com a necessidade avaliação da qualidade de seus serviços de saúde, de modo a implementar metodologias que consigam de um lado traduzir seus componentes de maneira fidedigna, de outro, assegurar uma avaliação de uma maneira global, considerando a capacidade e desempenho dentro dos sistemas de saúde.

2.2. A AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A avaliação em saúde traz à baila uma pauta do governo federal, muito embora se tenha debatido a respeito do insuficiente volume de recursos financeiros e de custos elevados na atenção primária à saúde; e por outro lado, verifica-se a exigência de uma eficácia e eficiência nos investimentos realizados no setor da saúde, no sentido de “garantir serviços adequados às necessidades de saúde da população”. Portanto, é consensual entre os principais agentes do setor, pesquisadores, especialistas e governo, que a avaliação pode proporcionar aos gestores públicos, a identificação de pontos fracos que limitam ou dificultam a organização dos serviços de saúde com vistas “à resolubilidade desejada para o serviço” (CESAR; TANAKA, 1996; MICLOS et al., 2017).

Nesta perspectiva, procedeu-se à busca por artigos científicos, teses, dissertações a partir, da consulta à Biblioteca Eletrônica de Periódicos Científicos Brasileiros (*SciELO*), e ao banco de teses da Capes com o uso dos descritores “Avaliação em saúde, e “Avaliação na Atenção Primária”. A revisão da literatura sobre a avaliação na atenção primária à saúde nos possibilitou conhecer a trajetória histórica e conceitual do construto APS no âmbito

internacional e nacional, bem como os principais autores e os respectivos instrumentos internacionais e nacionais utilizados para a avaliação da Atenção Primária à Saúde.

Para efeito da seleção dos artigos analisados levou-se em conta “avaliação”, todas as pesquisas que consistiam num julgamento sobre uma intervenção para a produção de um conhecimento que seja reconhecido como tal pela comunidade científica, para auxiliar na tomada de decisão, e para de gestão, ou seja, a produção da informação que contribua para o aprimoramento do objeto avaliado, segundo a tipologia de Novaes (2000), assim como realizou-se uma distinção dos estudos selecionados quanto à tipologia de avaliação em saúde proposta por Contandriopoulos et al. (1997).

Dessa forma, foram selecionados estudos, quantitativos e/ou qualitativos, a partir de diversos enfoques metodológicos. A partir da leitura dos textos privilegiou-se aqueles artigos cujos temas abordavam: avaliação de sistemas de saúde, institucionalização da avaliação, qualidade da avaliação, avaliação da cobertura atenção básica e avaliação de desempenho na saúde.

A “avaliação” é um termo que possui amplas maneiras de abordagem. Podemos situá-lo num contexto mais amplo, relacionado à análise sistemática dos processos e/ou dos resultados de um programa ou de uma política de forma a contribuir para seu aprimoramento (WEISS, 1988). O objetivo da avaliação é, portanto, identificar possíveis elementos a fim de que se possa fazer o julgamento em termos de valor, mérito, utilidade, eficácia ou importância do objeto estudado em relação a determinados critérios.

As avaliações de resultado concentram a investigação sobre os efeitos obtidos a partir de determinada intervenção, na tentativa de dimensionar a magnitude da modificação de uma condição social, ou seja, identificar tanto o modo como os segmentos foram afetados; como também, possibilitar a identificação dentre os diversos componentes da política que contribuíram para o alcance dos objetivos almejados.

Por conseguinte, busca-se averiguar num primeiro momento se houve algum tipo de impacto na situação diagnosticada como problema após uma intervenção; em seguida, cumpre verificar a relação de causalidade entre as alterações observadas e as intervenções implementadas.

Quanto às avaliações de processos, estas se diferem das anteriores, na medida em que enfatizam mais a forma do funcionamento e condução das ações, a fim de examinar o que está ocorrendo no interior de um programa no tocante a dois objetivos: aferir a adequação entre

meios propostos e os fins alcançados e servir de guia para o aprimoramento do programa (SILVA, 1999).

O aumento do interesse público pela avaliação decorre de questões concernentes à: efetividade, eficácia, eficiência, desempenho, até enfim alcançar a *accountability* (responsabilização) da gestão pública (RAMOS E SCHABBACH, 2012).

No contexto da avaliação em saúde, a “eficiência” pode ser entendida como a relação entre custos e resultados ou entre insumos consumidos e resultados. Na literatura especializada há diferentes enfoques com respeito a esse atributo, um refere-se à eficiência clínica a qual busca realizar uma análise comparada entre os custos e os benefícios esperados, vale dizer, verifica a habilidade dos médicos em selecionar e executar os procedimentos de maneira a evitar o desperdício. Com relação ao atributo da “efetividade”, assim como a eficiência também é analisada segundo diferentes enfoques, por exemplo, aquele que relativiza o resultado observado em relação ao esperado de uma determinada intervenção, ou melhor, através de uma estimativa numérica da magnitude dos efeitos da intervenção em relação a determinado estado de saúde, até aquele cujo objetivo principal é avaliar determinada tecnologia em termos de benefício e dano na saúde, na perspectiva do cuidado médico (SILVA; FORMIGLI, 1994; SANCHO; DAIN, 2012).

De acordo com Donabedian (1980) a efetividade deve ser compreendida como a melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.

Nesse sentido, há de se destacar também que a implantação de sistemas de avaliação na América Latina teve apoio de organismos multilaterais, os quais investiram sistematicamente no continente de várias maneiras, tais como: disponibilizando assistência técnica, fornecendo financiamento, articulando redes de profissionais, sensibilizando lideranças políticas e acadêmicas e atrelando o financiamento de projetos à exigência de avaliação (NOVAES, 2000; FARIA, 2005; MELO, 1999; RAMOS; SCHABBACH, 2012).

O processo de institucionalização da “função avaliação” na América Latina iniciado na década de 1990 está relacionado com os debates sobre a reforma do Estado naquele continente. No Brasil, a crise fiscal e a conseqüente diminuição da capacidade de financiamento do gasto público acentuaram ainda mais a busca por uma maior eficiência no aparelho de Estado; o fim do processo inflacionário ao reduzir as receitas financeiras dos

governos evidenciou a fragilidade das finanças públicas; o aprofundamento da democracia; a redução da ajuda externa e a imposição pelos organismos internacionais de fomento pela aferição dos resultados dos programas sociais por eles financiados (RAMOS; SCHABACH, 2012; FURTADO; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Cabe explicitar a diferença entre os conceitos de avaliação, monitoramento ou acompanhamento. Novamente, recorre-se à explicação objetiva de Ramos e Schabbach (2012):

Acompanhamento ou monitoramento é uma atividade gerencial interna, realizada sistematicamente durante o período de execução e operação, para se saber como uma intervenção evolui ao longo do tempo, através de dados da gerência do projeto sobre metas iniciais, indicadores e resultados associados aos programas. Ela é necessária para se dimensionarem as metas de um projeto, os caminhos que uma intervenção percorre e as métricas potenciais para medir os efeitos na população-objetivo (RAMOS; SCHABACH, 2012, p. 1279).

No contexto da saúde, a constituição do espaço de avaliação em saúde no Brasil terá como principais referências teóricas, as abordagens do desenvolvimento histórico da avaliação nos Estados Unidos, dentre algumas despontam os trabalhos de Guba & Lincoln (1989), Stake (2006), Shadish et al. (1991) e Rossi et al. (2004), Donabedian (1980); no Brasil cita-se a excelência do livro de Zulmira Hartz (1997) (FURTADO; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Furtado e Vieira-da-Silva (2014) ressaltam a importância que teve a publicação do livro de Zulmira Hartz para as pesquisas em avaliação e saúde no Brasil;

O livro *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*, organizado por Zulmira Hartz, publicado em 1997, constitui marco e ponto de inflexão da avaliação em saúde no Brasil em direção às concepções presentes em torno da chamada *Program Evaluation*. Um dos méritos do grupo canadense, que escreveu um dos capítulos do referido livro, foi justamente o de articular as diversas propostas de origem americana à área da saúde, rompendo com a hegemonia de modelos experimentais e dicotomias, tais como estudo descritivo *versus* estudo analítico, avaliação formativa *versus* somativa, referencial quantitativo *versus* qualitativo, valorizando os estudos de caso. Nesse sentido, a inflexão demarcada pela publicação citada é justamente a de ampliação do objeto da avaliação para além da categoria *qualidade* da atenção médica em senso estrito presente na obra de Donabedian; de extensão do leque de possibilidades metodológicas; o destaque para as análises de implantação dos programas fugindo dos modelos denominados

de *black box* e, finalmente, o propósito em subsidiar a tomada de decisão (FURTADO; VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 2651).

Nas últimas décadas observa-se uma profusão de formulações que abordam a avaliação em saúde, Contandriopulos et al. (1997) afirmam que tal fato tem a haver com o caráter complexo dos sistemas de saúde, as incertezas na relação entre os problemas de saúde e as intervenções, o rápido desenvolvimento de novas tecnologias médicas e as expectativas crescentes da população. Nesse sentido, os autores apresentam uma definição que pode ser considerada consensual dentre os especialistas da área,

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (CONTANDRIOPOLOS et al., 1997, p. 31).

Contandriopoulos et al. (1997) consideram que a avaliação pode ser estudada, principalmente, a partir de duas dimensões, a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa. Na *avaliação normativa*, o objetivo é realizar um julgamento sobre uma intervenção, com vistas à apreciação dos recursos utilizados, da estrutura organizacional, e dos serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, a partir de critérios (indicadores) e normas. No que tange à apreciação dos recursos, esta consiste em responder, por exemplo, se os recursos empregados estão adequados para se atingir os resultados almejados.

Na apreciação de processo, o objetivo principal é comparar os serviços ofertados pelo programa ou política com critérios e normas predeterminadas em função dos resultados pretendidos. A apreciação dos resultados pretende investigar se os resultados observados estão de acordo com os objetivos propostos no programa ou política. Em geral, esse tipo de análise busca comparar índices dos resultados obtidos com critérios e com normas de resultados esperados (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

A outra dimensão da avaliação denominada de *pesquisa avaliativa* também, se detém à realização de um julgamento de valor, todavia feito *ex-post* de uma intervenção através de métodos científicos. Essa dimensão pode ser subdividida em seis tipos de análise, que podem ser feitos de forma combinada ou isoladamente. A primeira delas diz respeito à análise estratégica cuja análise se orienta para a pertinência da intervenção (política ou programa), isto é, procura verificar a adequação estratégica entre a intervenção e a situação problema que deu origem à intervenção. Na análise de intervenção busca-se investigar a relação existente

entre os objetivos da intervenção e os meios empregados (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

A análise de produtividade compreende um estudo da maneira como os recursos são usados para a produção dos serviços. O quarto tipo de pesquisa avaliativa refere-se à análise aos efeitos, vale dizer, procura verificar a influência dos serviços sobre os estados de saúde. Já a análise do rendimento ou da eficiência tem o intuito de relacionar a análise dos recursos empregados com os efeitos obtidos. A análise de eficiência é realizada a partir de análises custo/benefício, custo/eficácia ou custo/utilidade. O último tipo de pesquisa avaliativa é chamado de análise da implantação que considera relevante de um lado, averiguar tanto a influência que pode ter a variação no grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos; de outro, reconhecer influências do ambiente onde a política ou programa foi implantado sobre os efeitos da intervenção (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Considerando as avaliações em saúde um campo de conhecimento científico ainda em construção seja em termos conceituais e metodológicos, Novaes (2000) traz uma contribuição teórica importante para a área ao identificar três grandes tipos de avaliação em saúde, a saber: a investigação avaliativa, a avaliação para a decisão e a avaliação para a gestão (Quadro 1).

Segundo Novaes (2000), cada tipologia de avaliação irá diferenciar-se quanto aos critérios selecionados estabelecidos a partir da literatura internacional (AGUILAR & ANDER-EGG, 1994; HARTZ, 1997; STENZEL, 1996; PATTON, 1997) são eles:

- (0) Objetivo da avaliação: priorização das condições de produção do conhecimento ou das condições de utilização do conhecimento (tomadas de decisão, aprimoramentos na gestão);
 - (1) Posição do avaliador: externo ou interno, por referência ao objeto avaliado;
 - (2) Enfoque priorizado: interno, de caracterização/compreensão de um contexto, ou externo, de quantificação/comparação de impactos de intervenções;
 - (3) Metodologia predominante: quantitativa ou qualitativa, situacional ou experimental/quase-experimental;
 - (4) Contexto da avaliação: controlado ou natural;
 - (5) Forma de utilização da informação produzida: demonstração/comprovação ou informação, instrumentalização;
 - (6) Tipo de juízo formulado: comprovação/negação de hipóteses, recomendações ou normas;
 - (7) Temporalidade da avaliação: pontual, corrente, contínua.
- (NOVAES, 2000, p. 549).

Quadro 1 - Tipologia da Avaliação em Saúde e Objetivos

TIPO DE AVALIAÇÃO	OBJETIVO
PESQUISA DE AVALIAÇÃO	O objetivo principal ou prioritário para o seu desenvolvimento é a produção de um conhecimento que seja reconhecido como tal pela comunidade científica, ao qual está vinculado, conhecimento que servirá como fator orientador de decisão quando se colocarem questões como viabilidade, disponibilidade de tempo e de recursos e demandas externas à pesquisa.
AVALIAÇÃO PARA A DECISÃO	O objetivo dominante é ela se constituir em um elemento efetivamente capaz de participar de processos de tomada de decisão, ou seja, que produza respostas para perguntas colocadas por aqueles que vivenciam o objeto avaliado, sendo esta capacidade mais importante, se a escolha se fizer necessária, do que o cientificismo do conhecimento produzido.
AVALIAÇÃO PARA GESTÃO	Tem como objetivo principal a produção da informação que contribua para o aprimoramento do objeto avaliado. Não se trata da busca de fundamentos ou justificativas nem redirecionamentos, mas o melhoramento de uma condição dada.

Fonte: Novaes (2000, p. 550-551).

A maioria dos estudos que se propõem a estudar os processos avaliativos em saúde considera enfoques variados em termos conceituais e metodológicos entre os pesquisadores respeito à avaliação de programas ou políticas públicas.

2.2.1. A avaliação em saúde com ênfase na Atenção Primária

As pesquisas realizadas por Starfield (1994) concernentes ao impacto da atenção primária nos sistemas de saúde são consideradas uma importante referência internacional no campo da avaliação em saúde. Ao investigar 12 países ocidentais industrializados, constatou-se que países com sistemas de saúde orientados fortemente para a atenção primária possuíam maior probabilidade de ter melhores níveis de saúde e custos mais baixos. Starfield desenvolveu uma classificação que indicava a força da orientação de atenção primária. Foram identificados, portanto, cinco características relacionadas ao sistema de saúde e seis características associadas às unidades de saúde.

No que tange aos sistemas de saúde, as características levantadas no estudo diziam respeito:

a medida na qual os profissionais e instalações de saúde estavam regulados de modo que estivessem geograficamente distribuídos aproximadamente de acordo com o grau de necessidade; o tipo de médico designado como médico de atenção primária; os honorários profissionais dos médicos de atenção

primária em relação a outros especialistas; o número de médicos de atenção primária em relação a outros especialistas; e a extensão da cobertura de seguro para os serviços de saúde (STARFIELD, 2002, p. 34).

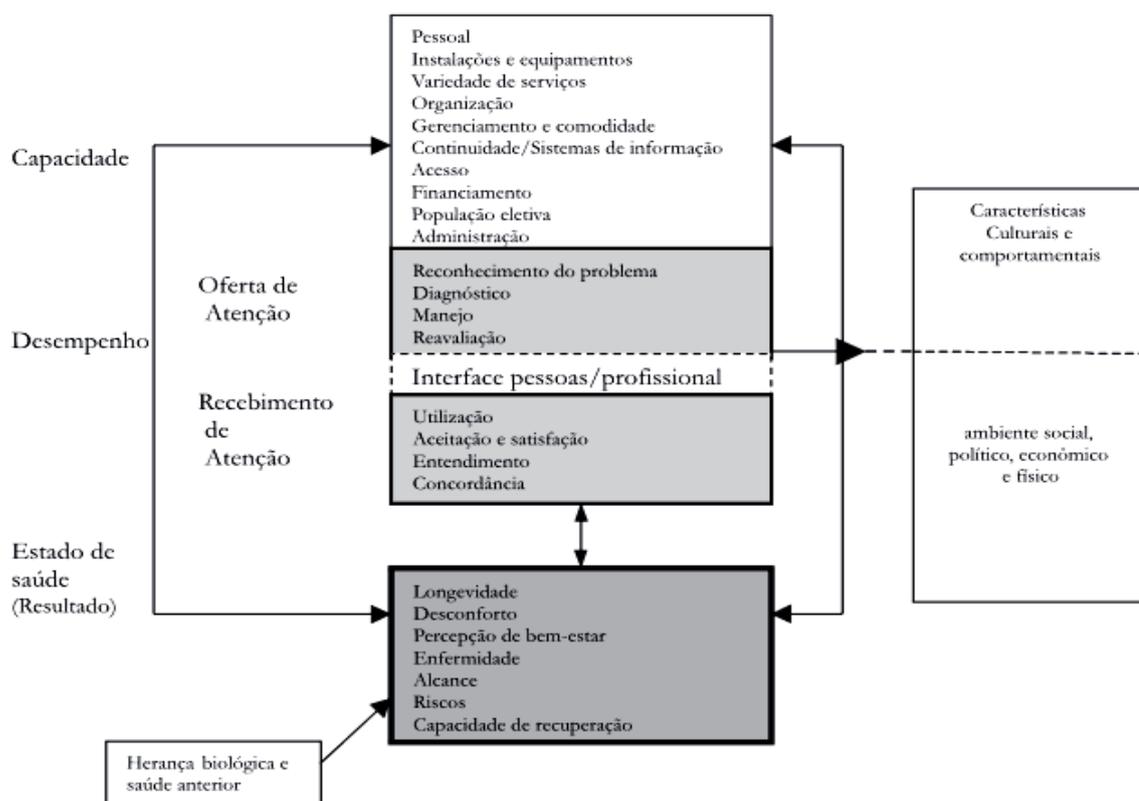
Quanto às demais características referenciadas às unidades de saúde, estas se relacionavam com

a extensão na qual as pessoas buscam o primeiro atendimento com seu médico de atenção primária antes de ir a qualquer outro lugar; a força das relações entre as pessoas e seu médico de atenção primária; à medida em que a unidade de atenção primária tratou de necessidades comuns, independente de seu tipo; o grau de coordenação entre a atenção primária e outros serviços de saúde; a orientação familiar da atenção primária; e a orientação comunitária da atenção primária (STARFIELD, 2002, p. 34).

Starfield (2002) enfatiza a importância de focar novas abordagens para avaliação de uma melhor atenção primária considerando a contribuição daquele nível de atenção para os sistemas de serviços de saúde. Nesse sentido, apresenta um modelo teórico usado para medir cada uma das principais características da atenção primária, considerando que todas as avaliações requerem padrões, através dos quais o desempenho será medido, a partir de uma meta estabelecida. A autora nos oferece uma estrutura teórica para o estabelecimento destes padrões na atenção primária, seja aquela centrada na pessoa quanto aquela centrada na população.

Assim, o modelo teórico é concebido com base no modelo de avaliação de desempenho de serviços de saúde de Donabedian (1966), o qual especifica os componentes do sistema de saúde de acordo com seu tipo: estrutura, processo e resultado. Não obstante, as variações de tempo e lugar em cada sistema de serviços de saúde, todos possuem uma estrutura (ou capacidade) que consiste das características que possibilitam a oferta de serviços, os processos (ou desempenho) que envolvem tanto ações por parte dos profissionais de saúde no sistema como as ações das populações e dos pacientes, e o resultado refletido em vários aspectos do estado de saúde. Tais componentes não estão isolados, mas interagem com o comportamento individual e são determinados tanto por ele como pelo ambiente social, político, econômico e físico em que o sistema de serviços de saúde está conformado (Figura 2).

Figura 2 - Componentes do Sistema de Serviços de Saúde



Fonte: Starfield (1994).

Na avaliação da capacidade de serviços (estrutura) deve-se investigar a capacidade dos sistemas de saúde na prestação da oferta desses serviços. Nesse sentido, cabe analisar, o quantitativo dos recursos humanos (treinamento e capacitação); recursos materiais como instalações e equipamentos (dotação de material); o gerenciamento e comodidade (características dos serviços que não aquelas diretamente relacionadas à atenção ou clínica); variedade de serviços oferecidos; a organização de serviços, ou seja, neste componente estrutural, procura-se, por exemplo, saber: se o pessoal trabalha em grupos ou individualmente, se há ou não mecanismos para oferecer continuidade da atenção; se existe ou não acessibilidade e barreiras à sua utilização; se existem sistemas de informação implantados; quais os arranjos para financiamento implantados, ou seja, qual é o método de pagamento dos serviços e como a equipe é remunerada por seu trabalho; explicitar o delineamento da população eletiva para receber os serviços; administração do sistema de saúde, ou seja, esclarecer como nos sistemas de saúde é distribuída a responsabilidade em relação àqueles aos quais servem e à população que obtêm os serviços, por exemplo, há um compartilhamento de responsabilidade pela tomada de decisão com outras instâncias comunitárias (STARFIELD, 2002).

No que tange à avaliação do processo de serviços de saúde, Starfield (2002) ressalta as ações que constituem a oferta e o recebimento de serviços. Nesse sentido, a avaliação do processo de cuidados deve incorporar elementos da provisão de atenção, como a capacidade de identificar problemas, a capacidade de diagnóstico, gestão de pacientes e uso de serviços e recursos terapêuticos bem como a sua conformidade com os critérios de referência, aceitação pela população dos cuidados recebidos, a compreensão pelos pacientes de sua situação e perspectivas, e o grau de acordo entre pacientes e profissionais. Com relação à avaliação dos resultados, esta diz respeito a investigar, por exemplo, a prevalência de fatores de risco modificável, doenças e mortalidade evitável e bem-estar percebido pela população (STARFIELD, 2002).

Com base na capacidade e no desempenho dos sistemas de serviços de saúde supracitados, Starfield (2002) busca escolher, dentre essas características, quais são as mais importantes na avaliação da Atenção Primária. Primeiro, a autora define os quatro elementos estruturais relevantes à atenção primária, a saber: acessibilidade, variedade de serviços, população eletiva e continuidade. Segundo a autora:

Acessibilidade: envolve a localização do estabelecimento próximo da população a qual atende, os horários e dias em que está aberto para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos da acessibilidade. **Variedade de serviços:** é o pacote de serviços disponíveis para a população, bem como aqueles serviços que a população acredita que estejam disponíveis. **Definição da população eletiva:** inclui o quanto o serviço de atenção à saúde pode identificar a população pela qual assume responsabilidade e o quanto os indivíduos da população atendida sabem que são considerados parte dela. **Continuidade:** consiste nos arranjos pelos quais a atenção é oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos. A continuidade pode ser alcançada por intermédio de diversos mecanismos: um profissional que atende ao paciente ou um prontuário médico que registra o atendimento prestado, um registro computadorizado ou mesmo um prontuário trazido pelo paciente. O quanto o estabelecimento oferece tais arranjos e a percepção de sua obtenção pelos indivíduos na população indica a extensão da continuidade da atenção (STARFIELD, 2002, p. 60).

A autora acrescenta mais dois elementos de desempenho do sistema de serviços de saúde a serem considerados: utilização de serviços pela população e reconhecimento de problemas por profissionais de serviços de saúde. Para a autora “o papel do profissional de saúde é a serviços é apreendido por Starfield (2002) da seguinte maneira:

Os serviços de saúde de alta qualidade estão preocupados não somente com a adequação dos serviços para o diagnóstico e manejo de doenças, mas

também com a adequação dos serviços que previnem doenças futuras e promovem melhoras na saúde. O termo qualidade também sido usado em um sentido amplo para refletir não apenas a qualidade da atenção conforme definida acima, mas também a satisfação com os serviços, os custos da atenção, a qualificação do pessoal dos serviços de saúde, a segurança e aparência agradável das unidades de saúde em que os serviços são fornecidos, e a adequação dos equipamentos (como nos laboratórios) que contribuem para a prestação dos serviços (STARFIELD, 2002, p. 419-20).

Além dos atributos essenciais, Starfield (2002) define mais três atributos derivativos para avaliação da qualidade dos serviços de saúde na APS: a centralização na família; a competência cultural; e orientação para a comunidade. Os conceitos dos atributos essenciais e derivados podem ser sumarizados no Quadro 2.

Quadro 2 - Atributos essenciais e derivados da atenção primária à saúde segundo Starfield (2002).

ATRIBUTO	DEFINIÇÃO
Atenção ao primeiro contato	Implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. Isto significa que mensurar esse primeiro atributo requer considerar a avaliação da acessibilidade (elemento estrutural), ou seja, conhecer se o sistema de serviços de saúde facilita o acesso da população que o procura, tanto em termos geográficos, quanto relacionados ao horário de funcionamento do centro ou unidade de saúde. (STARFIELD, 2002).
Longitudinalidade	Longitudinalidade, no contexto da atenção primária, é uma relação pessoal de longa duração, entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde. A continuidade não é necessária para que esta relação exista; as interrupções na continuidade da atenção, por qualquer motivo, necessariamente não interrompem esta relação (STARFIELD, 2002, p. 242).
Integralidade (Abrangência)	A integralidade exige que a atenção primária reconheça adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las. (...) A integralidade dos serviços requer que o conteúdo dos serviços seja explícito e que haja o reconhecimento de situações onde sua aplicação seja adequada. Assim, ela deveria ser avaliada através do exame da variedade de serviços disponíveis (um aspecto estrutural) e o reconhecimento das necessidades (um aspecto processual) (STARFIELD, 2002, p.307; 350).
Coordenação da atenção	A coordenação requer tanto um meio de transferência de informações (o componente estrutural ou de capacidade) quanto o reconhecimento de informações (o componente processual ou de desempenho). (...) A atenção compartilhada é um meio de melhorar o fluxo de informações do médico de atenção primária para outros especialistas e de volta para aquele. (STARFIELD, 2002, p. 366; 374).
Centralização na família	A centralidade na família resulta quando o alcance da integralidade fornece uma base para a consideração dos pacientes dentro de seus ambientes, quando a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde e quando o desafio da coordenação da atenção se defronta com recursos familiares limitados. (STARFIELD, 2002, p. 486-487).

ATRIBUTO	DEFINIÇÃO
Orientação para a comunidade	Todas as necessidades relacionadas à saúde dos pacientes ocorrem em um contexto social; o reconhecimento dessas necessidades frequentemente requer o conhecimento do contexto social.
Competência cultural	A competência cultural envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem ou não estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais. (STARFIELD, 2002, p. 487).

Fonte: Adaptado de Starfield (2002).

Dessa maneira, Starfield (2002) define a atenção primária à saúde como aquele nível de atenção do sistema de saúde que funciona como porta de entrada para todas as necessidades de saúde das pessoas. Nesse sentido, é concebido para examinar os problemas mais comuns da comunidade, oferecendo serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação. A atenção primária à saúde na percepção da pesquisadora deve responsabilizar-se também, pela coordenação, organização e racionalização do uso de todos os recursos (básicos e especializados) direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. Assim, modelo de avaliação proposto para avaliar os serviços de saúde da atenção primária à saúde baseado em pesquisas empíricas realizadas, possibilita assim, identificar critérios (os atributos essenciais e derivados) com os quais podemos nos amparar teoricamente nos processos de avaliação dos serviços de saúde na atenção primária.

2.2.2. A avaliação da Atenção Primária no Brasil

O final da década dos 90 é marcado pelos esforços do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde em propor a institucionalização da avaliação da atenção primária com vistas à superação dos seus limites organizacionais através de diversas ações/atividades, projetos e políticas, com o objetivo explícito de incorporar a avaliação no cotidiano de gestores e profissionais, partindo de uma visão abrangente dos processos avaliativos (FELISBERTO, 2004).

As primeiras iniciativas do Ministério da Saúde com vistas à sua institucionalização da avaliação e monitoramento da atenção primária no país surgem em fins dos anos 90, quatro anos depois da implementação do Programa Saúde da Família, mediante a constituição do Pacto de Indicadores instituído em 1998, por meio da Portaria GM/ MS nº 3.925, que aprovou o Manual para a Organização da Atenção Básica, e da Portaria nº 476 de 1999, que regulamentou o processo de acompanhamento e avaliação da Atenção Básica. O Pacto dos

Indicadores conformou um instrumento formal de negociação entre gestores das três esferas de governo (municipal, estadual e federal) tomando como objeto de negociação metas a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde previamente acordados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003a).

Em 2000, com a criação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (CAA/DAB/SAS/MS) a qual preconizava formular e conduzir os processos avaliativos relacionados a esse nível de atenção, compreendeu seu papel estratégico para o direcionamento da organização do sistema de saúde no país. Essa coordenação resulta de um processo interno de reorganização do Ministério da Saúde o qual criou o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde que se constituiu a partir da Coordenação de Saúde da Comunidade, vinculada à então Secretaria de Assistência à Saúde (BRASIL, 2005).

Em 2003, foi lançada a Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica, a partir da constatação pelo próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), da inadequação das práticas avaliativas existentes até então, geralmente restritas a trabalhos acadêmicos pontuais que utilizavam metodologias diversas e não permitiam uma ação coordenada. Sua publicidade só veio a ocorrer no encontro de coordenadores estaduais de atenção básica no final de 2003 e de forma massiva em 2005 com a publicação intitulada “Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização” (SARTI et al., 2008; FELISBERTO et. al., 2009).

A partir de uma demanda dos municípios, houve a criação de uma Comissão de Avaliação da Atenção Básica mediante a Portaria GM/MS Nº 676 de 2003. Por serem os principais agentes executores das políticas de saúde no país, estes entes federativos identificaram a necessidade de integrar processos, instrumentos e um enorme elenco de Indicadores. A Comissão tinha como uma de suas atribuições, “elaborar e propor estratégias para integração e unificação dos processos de controle, acompanhamento e avaliação da atenção básica.” Diante disso, no entendimento dos membros dessa Comissão, processos de avaliação na atenção primária deveriam explicitar se tal cumpre, e em quanto cumpre, a sua função, devendo-se proceder a uma análise, também, de quais fatores poderiam estar obstaculizando tal avaliação e quais medidas seriam necessárias para superar tais dificuldades observadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003b).

A Comissão de Avaliação da Atenção Básica reconhecia naquele momento que a institucionalização da avaliação tinha vários desafios a transpor, como aqueles concernentes aos aspectos técnicos (definição de critérios, indicadores e instrumentos), culturais-

organizacionais referentes ao *modus operandi* de como as instituições desenvolvem suas práticas (de avaliação) e políticos (relacionadas às relações de poder que se estabelecem entre as esferas de gestão e os diferentes atores envolvidos nas práticas de saúde) no Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003b).

Importante assinalar a criação do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) elaborado para retratar, através de dados e informações, a realidade local, possibilitando a avaliação do perfil da população adscrita e dos serviços de saúde. Tal ferramenta possibilita o monitoramento e avaliação da atenção primária desenvolvida pelo Ministério da Saúde. Esse instrumento foi concebido para auxiliar profissionais e gestores na tomada de decisões técnicas, para redefinição e reprogramação das ações a serem desenvolvidas em nível local. Não obstante, constituir-se num importante instrumento de programação de ações e serviços de saúde para a atenção primária, a ferramenta possui algumas limitações de ordem técnica, pode-se citar o fato de que, sua forma de registro não permite atualizações automáticas, ocasionando um problema, dado que toma por referência o cotidiano das Unidades de Saúde da Família. Tais limitações levam à situações de incerteza quanto à confiabilidade dos dados gerados (FREITAS; PINTO, 2005; OLIVEIRA, 2010).

Outros dois instrumentos distintos foram criados no âmbito do Ministério da Saúde para promover a institucionalização da avaliação em atenção primária, a saber: o Programa para Gestão por Resultados da Atenção Básica (ProGRAB) em 2006 e a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ). O primeiro trata-se de uma ferramenta (*software* livre) desenvolvida pelo DAAB (Departamento de Atenção Básica) Família que visa apoiar os gestores e as equipes de atenção básica e de saúde da família de forma integrada na programação de suas atividades concernentes à organização das práticas dessas equipes (BRASIL, 2006b).

A AMAQ foi lançada em 2005, constitui-se numa parceria entre o Ministério da Saúde e Organização Panamericana da Saúde, e configura-se como uma proposta de avaliação de modo permanente para a tomada de decisões, definindo a qualidade como atributo fundamental a ser alcançado no SUS. Dessa maneira, pretendeu-se que o ente Municipal realizasse uma autoavaliação, a partir de um processo participativo com o envolvimento dos atores envolvidos (gestor, coordenação, unidades de saúde e equipes) na Atenção primária, articulado nas três esferas de governo, sem finalidade punitiva. Como a sua implementação não foi acompanhada de incentivos financeiros, apenas uma parte dos municípios brasileiros aderiram ao proposto (SARTI, 2009; VENÂNCIO et. al., 2008).

Em que pese a importância do AMAQ para as pesquisas avaliativas na atenção primária, tal instrumento possui uma forte limitação no seu uso, pois, não comporta com a devida clareza “o estabelecimento de pontos de corte específicos que permitam o ranqueamento das equipes em relação aos cinco estágios de desenvolvimento apresentados: elementar, em desenvolvimento, consolidado, bom e avançado” (SILVA; CALDEIRA, 2011).

Almeida e Macinko (2008) ressaltaram que a maior parte das pesquisas realizadas com temáticas ligadas à Atenção Primária consiste em estudos que versam sobre os processos de implementação do Programa Saúde da Família (PSF) em vários municípios. Outras pesquisas descrevem o funcionamento de um serviço ou processo de trabalho na atenção primária, como trabalho em equipe ou atendimento para uma doença específica. Os autores citam ainda as pesquisas com foco em análises históricas sobre o desenvolvimento da política de atenção primária ou de programas específicos (principalmente o PSF). De acordo com os autores existem poucos estudos propondo uma avaliação de desempenho do sistema de atenção primária de forma global.

Nessa direção, um estudo descreveu o conjunto das pesquisas em avaliação e monitoramento da Atenção Básica à Saúde financiados e/ou realizados pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. Seus achados revelaram que no período citado houve a produção científica de três grandes grupos de estudos: os estudos “Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)”; os estudos de fomento à pesquisa acadêmica selecionados por meio do “Edital MCT-CNPq/MS-DAB/SAS – nº. 49/2005 – pesquisas avaliativas em Atenção Básica à Saúde” e, os “Estudos de apoio à expansão do PSF” (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Num primeiro momento, constatou-se que as primeiras pesquisas realizadas foram classificadas por avaliações de processo ou de resultados pontuais com a finalidade de identificar problemas e estratégias de enfrentamento. Estavam, portanto, afeitas à análise do processo de implantação do PSF com vistas a detectar suas fragilidades e potencialidades. Além disso, as autoras identificaram também, o aspecto de fragmentação dos estudos realizados, ou seja, havia muitos estudos e pesquisas sendo elaborados concomitantemente por várias instituições acadêmicas com objetivos e utilização de estratégias metodológicas semelhantes (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Há pesquisas avaliativas realizadas na Atenção Primária à Saúde a partir de uma abordagem econométrica relacionado ao impacto da Estratégia Saúde da Família sobre a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no Brasil. Estas pesquisas acenam para a redução da TMI após

a implantação e aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família nos municípios brasileiros corroborando a importância da ESF no sistema de saúde brasileiro (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006; AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2008; ROCHA; SOARES, 2010; GOMES; BASTOS; MORAIS, 2015).

A institucionalização da avaliação em serviços de saúde, em particular da APS insere-se num quadro de expansão dos serviços de saúde na APS e insuficiente volume de recursos financeiros e de custos elevados na atenção primária à saúde; sendo assim, exige-se elevada racionalidade e eficiência na utilização dos investimentos para garantir serviços adequados às necessidades de saúde da população. (TANAKA, 2011; TANAKA; MELO, 2000; BODSTEIN, 2002; FACCHINI et al., 2008; CESAR; TANAKA, 1996; MICLOS et al., 2017).

No tocante à avaliação da APS no país, alguns desafios precisam ser enfrentados quando se observa a organização dos serviços de saúde de atenção primária, principalmente, os relacionados com a Estratégia Saúde da Família nos grandes centros urbanos. O Quadro 3 elenca alguns desafios pontuados por diversas fontes e autores.

Quadro 3 – Desafios da Atenção Primária no Brasil⁽¹⁾

DESAFIOS
Situação inadequada da rede física das unidades básicas de atenção à saúde e ambiência, o que influencia na avaliação dos usuários sobre a qualidade dos serviços oferecidos.
Inadequada/insuficiente ações de educação permanente e apoio institucional que fortaleçam o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes.
Necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de Atenção Básica, principalmente quanto à resolutividade, integração entre os membros das equipes, orientação em função de prioridades, metas e resultados, baseado nas complexidades de pequenos centros e metrópoles.
Precárias condições de trabalho oferecidas aos profissionais.
Rotatividade dos gestores e profissionais das equipes, associado à fragilidade dos vínculos trabalhistas, o que gera insatisfação por parte dos mesmos.
Presença irregular dos profissionais médicos nas equipes principalmente em municípios do interior.
Necessidade de políticas intersetoriais para o enfrentamento de desafios da complexidade urbana, como a violência e suas repercussões para os serviços de saúde.
Financiamento inadequado e insuficiente da Atenção Primária.
Integração incipiente da APS à Rede de Atenção à Saúde.
Segmentação e fragmentação dos serviços, questões centrais à compreensão da qualidade dos AB e operacionalização da concepção abrangente de APS.
Necessidade de fortalecer a integralidade da atenção à saúde.
Baixa capacidade gerencial e operacional na gestão do SUS.

Fonte: Teixeira e Solla, 2006; Viana et al., 2008; Conill et al., 2010; Conill, 2008; Brasil, 2017a; Fausto et al., 2013.

A avaliação em saúde contribui, portanto, para direcionar esforços institucionais para a melhoria da qualidade da APS, em especial, busca apoiar a gestão para a tomada de decisão no âmbito do SUS e, dessa maneira, visa melhorar uma dada situação, seja de estrutura, processo ou de resultado relacionadas à APS. Nesse sentido, a avaliação em saúde, deve ser compreendida em termos do seu papel estratégico para subsidiar processos decisórios e no aspecto tático-operacional utilizada para melhorar a capacidade organizacional da Atenção Básica (AB), favorecer a comunicação e a informação e garantir a transparência na gestão (MEDRADO; CASANOVA; OLIVEIRA, 2015, p. 1034).

O próximo tópico descreve uma breve descrição dos principais instrumentos já validados no Brasil: o PCA-Tool (*Primary Care Assessment Tool*); o PMAQ (Programa de Melhoria e Acesso da qualidade na Atenção Básica), as ICSAPs (Internações por condições sensíveis à atenção primária) no contexto da avaliação primária no país.

2.2.3. A avaliação da Atenção Primária no Brasil

Souza e Garnelo (2008) realizaram uma pesquisa avaliativa na rede básica do município de Manaus; a partir de uma etnografia das práticas sanitárias da atenção pré-natal e do programa de controle da hipertensão e do diabetes mellitus (HIPERDIA); com base em parte, nos dados oriundos de uma pesquisa realizada em âmbito nacional, intitulada “Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF)”, voltada para o apoio à reestruturação da Estratégia Saúde da Família. As categorias analíticas centrais analisadas foram: o acesso aos serviços e a integralidade do cuidado, usadas para comparar as práticas sanitárias desenvolvidas em unidade do Programa Saúde da Família (PSF) e em unidade básica de saúde não-PSF. Em suas conclusões, os autores destacaram que não houve diferença significativa na comparação entre os dois modelos de atenção à saúde citados tendo o HIPERDIA como condição traçadora no tocante à qualidade e integralidade do cuidado ofertado. De fato, segundo os autores, os dois modelos de atenção “compartilhavam de baixa capacidade de responsabilização, de vínculo, escuta e acolhimento de problemas que fugissem do foco imediato da ação programática e mesmo de ações não-medicamentosas previstas nas rotinas do HIPERDIA”.

Azevedo (2009) realizou um estudo qualitativo cujo objetivo foi analisar os resultados das ações de saúde desenvolvidas no Programa Saúde da Família e sua contribuição para a

melhoria da qualidade de vida da população do Distrito de Saúde Leste da cidade de Manaus. Também foram investigadas as condições de trabalho dos profissionais de saúde, bem como o grau de satisfação dos usuários que utilizam os serviços das Casas de Saúde da Família. O estudo concluiu que é necessário o desenvolvimento de políticas de saúde com maior participação da população visando à efetivação do controle social e às possibilidades de conquistas que possam beneficiar de fato a população usuária dos serviços de saúde.

Silva (2010) desenvolveu uma pesquisa qualitativa com o objetivo de analisar o atributo centralidade da família no PSF, buscando examinar como o contexto familiar era considerado nas práticas de saúde dos profissionais, e como as famílias percebiam estas práticas no PSF de Manaus; através de técnica de levantamento de dados a partir de grupos focais com enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem; entrevistas semiestruturadas com famílias cadastradas e com coordenadores dos Treinamentos Introdutórios e Cursos de Especialização em Saúde da Família; e observação das práticas dos profissionais das equipes de Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), e nos domicílios das famílias cadastradas. O estudo conclui que a abordagem tem se dado de forma hegemônica sobre o indivíduo, e de forma incipiente sobre a família, e sugere, dessa maneira, algumas medidas necessárias para que as equipes de ESF possam efetivar o atributo da APS centralidade na família, tais como, uma formação específica e disponibilização de ferramentas e recursos que possibilitem a abordagem familiar.

O estudo de Meneghim et al. (2012) discute o perfil de atuação das equipes de saúde do PSF, incluindo as equipes de saúde bucal na cidade de Manaus, identificando seus aspectos administrativos e operacionais em 2007. Trata-se de uma pesquisa de natureza observacional, transversal, qualitativa e quantitativa realizada com a aplicação de dois questionários, concernentes aos aspectos administrativos e operacionais. Os autores ressaltam no que concerne aos aspectos operacionais e administrativos positivos das equipes de saúde do PSF, os seguintes fatores: realização de cursos de capacitação pelas equipes e o universo dos usuários assistidos; satisfação da comunidade e a melhoria da atenção à saúde integral da comunidade; e dentre os aspectos negativos levantados na pesquisa destacam-se: a não organização da demanda; a precariedade física das UBSs; o número reduzido das Equipes de Estratégia de Saúde Bucal frente à demanda da população; dificuldades no gerenciamento técnico das equipes, a gestão do sistema e dificuldades com a equipe de trabalho.

Luna (2011) realizou um estudo de caso qualitativo com o objetivo de analisar a operacionalização da Estratégia Saúde da Família no bairro do Mauzinho, a partir da perspectiva dos usuários sobre os serviços recebidos. A pesquisa pretendia evidenciar como estavam organizadas as ações de promoção da saúde no processo de operacionalização da ESF; revelar a estruturação da atuação da equipe profissional sob o enfoque da interdisciplinaridade; bem como, identificar o processo de participação social na ESF. Entre os resultados a pesquisa aponta que a saúde da família avançou porque permitiu o acesso aos serviços de saúde mas não a transformou, haja vista que se verificam no contexto analisado, ações que intensificam ainda mais o paternalismo, com ações não emancipatórias, pois não se verifica a participação da comunidade no controle social, ou nas ações de educação em saúde.

Silva et al (2010) analisaram sete anos decorridos após a implantação do Programa de Saúde da Família de Manaus (no período de 1999 a 2006), procurando identificar mudanças no sistema municipal de saúde a ele relacionadas e capazes de contribuir para a redução de desigualdades em saúde. O objetivo do estudo foi investigar se o programa constituiu-se apenas numa trajetória de extensão de cobertura ou se contribuiu efetivamente para a reorganização do modelo de atenção básica à saúde. Dentre os resultados mostrados pelas autoras na pesquisa, os autores ressaltam que o PSF possibilitou a expansão de cobertura da atenção primária em Manaus, com ampliação do acesso a ela e da força de trabalho ali alocada, mas os dados da pesquisa mostraram que o PSF não adquiriu um caráter substitutivo das UBSs antecedentes à sua implantação e que permaneceu como um sistema paralelo na rede de AB em Manaus, mostrando-se, portanto, incapaz de induzir mudanças nos processos de trabalho nesse nível de atenção.

Palhares (2011) realizou uma pesquisa quantitativa, descritiva, e analítica, na rede pública de saúde de Manaus, em 4 distritos sanitários urbanos, com 369 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para analisar as condições de trabalho dos ACS de Manaus. As informações coletadas no estudo foram estruturadas em 3 variáveis: perfil profissional dos ACS; riscos ocupacionais; segurança e saúde no trabalho. Dessa forma, os resultados demonstraram que a idade média dos ACS era de 40 anos; prevalência do sexo feminino, 321 mulheres; em sua maioria estudaram até o ensino médio completo entre 307 ACS; frequentaram o curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (TACS) (289). Os resultados apontados no estudo conclui que as condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde de Manaus são inadequadas pela falta de valorização profissional, alta frequência de riscos ocupacionais, falta de medidas de segurança e saúde no trabalho.

Simões e Freitas (2016) realizaram um estudo de caso numa Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) localizada em um bairro de Manaus (Amazonas), a partir de uma abordagem qualitativa com o objetivo de descrever e analisar as condições de trabalho de uma Equipe de Saúde da Família, em contexto socioambiental vulnerável. Para caracterizar o espaço territorial enquanto área de vulnerabilidade social, os autores, se basearam no trabalho de Freitas et al. (2011, p. 25), que agrupou os bairros da cidade de Manaus, considerando algumas características ambientais como “águas poluídas, alagamentos de áreas ocupadas por chuvas intensas, riscos de desabamento e inundações por cheias fluviais”. Os autores realizaram técnicas da observação participante, entrevistas e grupo focal com 11 profissionais da ESF. Com base nessas análises, os resultados da pesquisa apontaram que, embora a equipe de ESF reconheça as vulnerabilidades do território em que atuam, estas últimas impactam menos do que a infraestrutura inadequada das condições de trabalho para a produção de saúde no território; por conseguinte, esses profissionais consideram o ambiente interno das condições da unidade de saúde como um fator de insatisfação, o qual repercute de forma negativa no processo de trabalho da equipe.

O objetivo da pesquisa proposta por Borges (2017) foi estudar a prática de visita domiciliar, de caráter prioritário, para os cuidados de sujeitos/usuários com DM 2 na Atenção Primária de Saúde no Sistema Único de Saúde, em Manaus. A pesquisa está sustentada pela abordagem da Psicologia da Saúde, com uso da observação participante numa UBSF com vinte e um sujeitos/usuários visitados que estavam relacionados ao programa HIPERDIA. Os resultados do estudo, apresentados de maneira descritiva-exploratória, mostraram que havia precariedades nas condições de vida dos usuários no território adscrito. Os atendimentos da equipe de estratégia saúde da família tendiam a seguir uma lógica mais voltada ao modelo biomédico, com algumas nuances sociais. A pesquisadora, no entanto, constata na fala dos usuários visitados problemáticas psicossociais implícitas, as quais eram pouco trabalhadas na relação de cuidados e ainda não adequadamente articuladas com a sintomatologia biomédica.

Nota-se que a maioria dos estudos que contemplam estudar a rede de serviços de saúde da atenção primária no município de Manaus são formados por pesquisas qualitativas, com poucos estudos com abordagem quantitativa. Nesse sentido, nosso estudo pode contribuir para o avanço do conhecimento dessa temática, pois se valerá de uma abordagem quantitativa.

2.3. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No Brasil, o estudo de Fracolli et al. (2014) elaborado a partir de uma revisão sistemática da literatura no país, no período de 1979 e 2013, identificou os instrumentos nacionais e internacionais para a avaliação da Atenção Primária à Saúde nos serviços de saúde, a saber: (1) *WHO Primary Care Evaluation Tool* (PCET); (2) *ADHD Questionnaire for Primary Care Providers* (AQ-PCP); (3) *General Practice Assessment Questionnaire* (GPAQ), PACOTAPS (Aplicativo para a APS); e (4) *PCA Tools (Primary Care Assessment Tool)*, (5) *EUROPEP (European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care)* e (6) *PMAQ (Programa Nacional para a Melhora no Acesso e Qualidade da Atenção Primária)*, utilizado no Brasil.

De fato, na década de 90, teve início uma tentativa para se desenvolver instrumentos que permitissem avaliar a Atenção Primária em seus vários contextos no mundo. São experiências que analisam diversos aspectos ligados à provisão dos cuidados pelos serviços da Atenção Primária e às experiências vivenciadas pelos usuários com este nível de atenção. Assim de acordo com Malouin, Starfield, e Sepulveda (2009), seguiu-se a criação de inúmeras ferramentas com distintos enfoques e métodos de investigação (Quadro 4).

Levando-se em consideração todos os instrumentos listados no Quadro 4 quanto à validade e confiabilidade, bem como a aderência desses instrumentos quanto aos atributos essenciais nos cuidados primários (Starfield, 2001), o único que conseguiu contemplar todos estes requisitos foi o PCAT, uma vez que este instrumento foi projetado especificamente e testado com base naqueles atributos (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) para cuidados primários em adultos e crianças. Não obstante, reconheceram como limitação do instrumento a utilização dos mesmos “pesos” para medir cada dimensão no cálculo dos escores essencial, derivado e geral da orientação (MALOUIN; STARFIELD; SEPULVEDA, 2009).

Quadro 4 - Descrição dos Instrumentos de Avaliação da APS

INSTRUMENTO	REFERÊNCIA	OBJETIVO
CAHPS*	Solomon (2005)	Avaliar a experiência do consumidor em relação a múltiplas dimensões do cuidado.
CPCI	Flocke (1997)	Para avaliar os atributos da Atenção Primária à Saúde.
MHFS	UIC (2008)	Para medir a prestação de cuidados primários para todas as crianças e jovens, incluindo aqueles com necessidades especiais de cuidados de saúde.

INSTRUMENTO	REFERÊNCIA	OBJETIVO
MHI**	CMHI (2008)	Definir indicadores que traduzam comportamentos e processos de cuidados passíveis de avaliação em serviços de saúde.
MHIQ	Skoch (2008)	Para avaliar a prática dos modelos de cuidados continuados.
P3C	Seid (2001)	Para desenvolver um instrumento que avalie a percepção dos pais nos cuidados primários de cada criança.
PPC- PCMH	NCQA (2008)	Para avaliar muitas das maneiras pelas quais as práticas quanto a sua capacidade de ser paciente-centrado.
PCAS	Safran (2008)	Para operacionalizar as definições formais de cuidados primários, incluindo a definição do Instituto de Medicina.
PCAT	Shi (2001)	Para avaliar a presença dos atributos da atenção Primária.

Fonte: Adaptado de Malouin, Starfield, e Sepulveda (2009).

Observação: * Refere-se ao instrumento específico “Clinician and Group Survey Adult Primary Care Questionnaire 1.0” e ** refere-se ao instrumento específico”, “Medical Home Index Adult Version 1.1” .

2.3.1. Primary Care Assessment Tool: PCA - Tool

O PCA-Tool é um instrumento construído por Starfield e colaboradores na Universidade de Johns Hopkins Bloomberg Scholl of Public health (JHU) para que permitisse avaliar o alcance e a extensão dos atributos principais da atenção primária. O modelo de avaliação de qualidade dos serviços de saúde de Donabedian (1966) baseado em análises da estrutura, dos processos e dos resultados dos serviços de saúde foi considerado a inspiração teórica para a elaboração dessa ferramenta (STARFIELD, 2002).

O PCA-Tool está organizado para avaliar cada atributo essencial ou derivado da Atenção Primária no tocante aos aspectos estruturais e de processos nos serviços de saúde, por exemplo: acesso de primeiro contato (utilização); acesso de primeiro contato (acessibilidade); grau de afiliação com serviço de saúde; longitudinalidade; coordenação (integração de Cuidados); coordenação (sistema de informações); integralidade (serviços disponíveis); integralidade (serviços prestados). Além disso, produz informações relacionadas aos atributos derivados, vale dizer, da centralização na família, da orientação para a comunidade e da competência cultural (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2010b).

O uso dessa ferramenta foi estratégico também para se avaliar o alcance da concordância com os usuários e profissionais da saúde com respeito aos serviços de saúde na Atenção Primária, ou seja, analisa ações de saúde dirigidas às crianças e adultos, e as práticas dos profissionais de saúde, ou coordenador/gerente do serviço de saúde. Sua principal vantagem consiste na possibilidade de efetuar uma análise comparada entre as equipes de atenção primária domésticas com outras equipes estrangeiras (STARFIELD, 2002).

Turci; Lima-Costa; Macinko (2015, p.1950) ao discutirem a influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros apresentaram quatro fatores relevantes para o planejamento em saúde e fortemente associados ao desempenho da APS, a saber: a) a disponibilidade de insumos e de equipamentos na Unidade Básica de Saúde, “revelando a importância do financiamento e de sistemas logísticos adequados para a qualidade da ESF”; b) a formação das equipes no tema ‘saúde da família’, ressaltando a importância e a necessidade da formação específica na área; a presença do médico por pelo menos 30 horas semanais. Observou-se que a APS no município obteve um escore total de 0,75 (bom), no entanto, o enfoque familiar, a orientação comunitária e o acesso não lograram bons resultados, recebendo as piores pontuações (0,68, 0,56 e 0,45, respectivamente). Os autores concluem que na avaliação do desempenho dos atributos da APS, os resultados “podem variar mesmo entre municípios com características sociodemográficas semelhantes”, e, dessa maneira, há que se considerarem suas especificidades para identificar potencialidades no desempenho da APS.

No Apêndice A são identificados os componentes que representam os atributos da APS e seus respectivos quantitativos de questões ou itens relacionados a cada um desses componentes nas diferentes versões. Os questionários do PCA-Tool são compostos por cinquenta e cinco itens na versão criança; oitenta e sete questões na versão adulto; e por setenta e sete itens para a versão profissionais. Para cada resposta são atribuídos valores de 1 a 4, numa escala tipo *Likert*, discriminadas assim: “com certeza sim” (4), “provavelmente sim” (3), “provavelmente não” (2), “com certeza não” (1) e as respostas “não sei/não lembro” (9). O escore da qualidade de cada serviço é obtido calculando-se a média dos valores dos itens que compõem cada dimensão (ANEXOS B e C).

O Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde estabelece os seguintes aspectos: o escore essencial deve ser calculado por meio da média dos atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade) e o escore derivado obtido pela média dos atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária). O escore geral será calculado pelo valor médio dos atributos essenciais e dos atributos derivados (BRASIL, 2010).

Segundo Castanheira et al. (2016, p. 289) , o instrumento PCA-Tool-Brasil

discrimina a qualidade dos serviços de acordo com itens que procuram representar os atributos da APS, definidos por Starfield, abordando

principalmente indicadores de processo a partir do questionamento de usuários e profissionais das unidades sobre aspectos de mesma ordem em relação à assistência realizada.

Foi a partir dos estudos de Harzheim e colaboradores em 2006 e 2013 e Macincko et al. (2004) que a utilização dos instrumentos constituintes do PCA-Tool foram adaptados e validados para uso no Brasil. Seis anos depois do primeiro estudo traduzido dessa ferramenta, o Ministério da Saúde validou-o para a língua portuguesa designando-o por PCA-Tool (Ferramenta de Avaliação da Atenção Primária) (HARZHEIM et al., 2006; HARZHEIM et al., 2013; MACINCKO et al., 2004).

O estudo de Van Stralen e colaboradores (2008) discorreu sobre a percepção do desempenho de unidades básicas de saúde com e sem Saúde da Família em cidades com mais de 100 mil habitantes em Goiás e Mato Grosso do Sul com aplicação dos questionários do PCA-Tool adaptado por Macinko et. al. (2006). Dentre os resultados alcançados na pesquisa, constatou-se a falta de diferenças significativas entre as unidades com e sem Saúde da Família, exceto para as dimensões enfoque familiar e orientação comunitária que apresentaram uma diferença marcante em favor das unidades com Saúde da Família (VAN STRALEN et. al., 2008).

Leão et al, em 2011 analisaram os atributos da APS relativa aos cuidados da saúde infantil comparando os serviços de saúde ofertados na unidade de Saúde da Família com outros serviços de atenção à saúde da criança. Para isso, fizeram uso do questionário validado no Brasil denominado de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária na versão criança (PCA-Tool) em Montes Claros/MG. Os achados da pesquisa revelaram escores melhores em crianças atendidas pela ESF nos atributos integralidade – serviços disponíveis, orientação familiar e abordagem comunitária, apontando, porém, aspectos que necessitam melhorar a qualidade.

Estudo realizado com 98 profissionais da Estratégia Saúde da Família e 607 usuários nos centros de Saúde da Família de Sobral (Ceará) considerou avaliar a coordenação do sistema e saúde exercida pela atenção primária com o uso da ferramenta PCA-Tool. Os resultados revelaram por meio de análise estatística que embora os profissionais assumam conhecer a existência da procura de seus usuários aos serviços especializados, foi identificada certa deficiência na integração da rede de atenção com o restante do sistema de saúde (CARNEIRO et al., 2014).

Uma pesquisa quantitativa realizada em município do Oeste do Paraná, com 61 responsáveis/representantes legais das crianças menores de 12 anos, a partir do questionário

na versão criança do PCA-Tool-Brasil, procurou avaliar a extensão do atributo longitudinalidade nos cuidados primários à saúde nos modelos de Atenção Primária (unidade da saúde com e sem Estratégia Saúde da Família). Os resultados mostraram que aquele atributo foi melhor avaliado nas unidades de saúde sem Estratégia da Saúde em relação às unidades com ESF, significando a necessidade de mudanças relacionadas ao processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família para a melhoria da qualidade e efetividade das suas diretrizes propostas (FRANK et al., 2015).

No estudo efetuado em Município do Vale do Jequitinhonha (MG) foram investigada a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da Atenção primária à Saúde mediante questionário PCA-Tool – versão Adulto. Notou-se no estudo em geral, um escore abaixo do valor considerado satisfatório (maior ou igual a 6,6) para a Atenção Primária no município, sendo que em apenas dois atributos, ‘Acesso de primeiro contato – Utilização’ e ‘Sistemas de informação’ foram detectados escores satisfatórios (PAULA et al., 2015).

A Atenção Primária teve avaliados seus atributos essenciais e derivados no município de Lajeado (RS) a partir do instrumento PCA-Tool-Brasil (versão profissionais de saúde) com 54 profissionais lotados nas unidades básicas de saúde. Os resultados mostraram que o município tem forte orientação à Atenção Primária à Saúde, pois o escore obtido superou o nível considerado satisfatório nestes estudos (PRATES et al., 2017).

Uma pesquisa quantitativa realizada no município de São Luís (MA) avaliou a Atenção Primária à Saúde a partir de dois atributos (enfoque familiar e a orientação para a comunidade) entre usuários, profissionais e gestores na Estratégia Saúde da Família através dos questionários validados no Brasil do PCA-Tool-Brasil. Para avaliar o atributo do enfoque familiar, a pesquisa considerou os seguintes indicadores: organização dos prontuários médicos por família; solicitação de informações sobre doenças de outros membros da família pela equipe; disponibilidade dos profissionais de saúde para falar com a família do usuário; questionamento pelos profissionais de saúde durante a anamnese sobre fatores de risco social e condições de vida do usuário e a possibilidade do usuário expressar sua opinião sobre seu tratamento. No tocante aos indicadores da orientação para a comunidade foram selecionados: realização de enquetes com os usuários para identificar problemas de saúde da população e se os serviços atendem suas necessidades; participação da comunidade na direção das USF; presença de serviços de saúde oferecidos nas escolas; realização de visitas domiciliares e existência de programas intersetoriais com outras instituições ou organizações. Os resultados mostraram que tanto os gestores quanto os profissionais atribuíram percentuais mais altos em

todos os indicadores. No entanto, os dois atributos não foram avaliados satisfatoriamente pelos usuários no município (ALENCAR et al., 2014).

No Amazonas, os estudos que utilizaram a ferramenta PCA-Tool são poucos, dentre eles destacam-se: Santos (2011); Rocha (2016); Souza (2016), para avaliar a qualidade da atenção primária à saúde, na perspectiva de usuários (PCA-Tool - Brasil versão Criança e versão Adultos) seja na perspectiva dos profissionais de saúde (PCA-Tool-Brasil, versão profissionais).

Santos (2011) se propôs a avaliar a qualidade da prestação de serviços da ESF em um município do interior do Amazonas por meio do PCA-Tool-Brasil (versão adulto). A autora inicialmente, buscou a validação do instrumento a partir da metodologia utilizada pelos autores Almeida e Macinko (2006), recrutando usuários adultos da ESF. O estudo conclui que o PCA-Tool versão adulto mostrou-se um instrumento eficaz na avaliação da APS no contexto amazônico e sugere utilizá-lo para monitorar estes serviços, podendo portanto ser aplicado por gestores locais.

Rocha (2016) avaliou a atenção primária à saúde na perspectiva dos profissionais de saúde dos serviços ofertados pelo Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) e Secretarias de Saúde. Segundo, os resultados encontrados no estudo, os profissionais avaliaram os atributos com altos escores, em ambos os serviços; o escore total essencial (7,1; $p < 0,002$), derivado (7,22; $p < 0,004$) e escore geral (7,2; $p < 0,003$), mostrando, portanto forte orientação para a APS. No entanto, quando a análise dos atributos é feita isoladamente por instituição, os profissionais do DSEI qualificaram como de baixo escore ($< 6,6$) a longitudinalidade e a orientação comunitária (6,1). Entre os profissionais da Secretaria Municipal, os atributos com baixo escore avaliados foram a acessibilidade (2,6) e a orientação comunitária (6,1). De acordo com os resultados do estudo, em que pese as variáveis estudadas na avaliação da APS por meio do PCA-Tool versão profissional estejam longe da realidade local; o conjunto de variáveis: “ser brasileiro”; pertencer ao DSEI; e ser contratado pela administração direta interferem na forte orientação da APS. O estudo reafirma a avaliação da APS por meio do – PCA-Tool versão profissionais como um importante instrumento para verificar a presença de atributos em contextos em que vivem populações indígenas e não indígenas no mesmo território.

Souza (2016) elaborou uma pesquisa avaliativa no Distrito Norte de Saúde da capital amazonense com o objetivo avaliar os atributos essenciais da APS na assistência à saúde da criança ofertada pelas equipes da ESF e identificar os fatores associados ao escore essencial,

por meio da versão criança, PCA-Tool - Brasil. Foram entrevistadas 320 mães de crianças menores de dois anos residentes e cadastradas nas áreas de abrangência das equipes da ESF. Os resultados do estudo apontaram escores satisfatórios ($\geq 6,6$) apenas nos atributos Acesso – Utilização (6,7) e Coordenação – Sistema de Informação (8,7); os demais atributos apresentaram baixos escores: Acesso – Acessibilidade (5,0), Longitudinalidade (6,5), Coordenação – Integração de Cuidados (6,5), Integralidade – Serviços Disponíveis (5,5) e Serviços Prestados (6,1). O escore do atributo Essencial da APS apresentou resultado insatisfatório (6,5) evidenciando uma APS que se apresenta pouco efetiva em relação à assistência à saúde da criança menor de dois anos na ESF no Distrito Norte de Saúde, com problemas relacionados ao acesso, dificuldades na criação de vínculo com a criança/família, persistência da fragmentação do cuidado e coordenação da atenção deficiente.

O PCA-Tool é, portanto, uma ferramenta de avaliação muito utilizada no Brasil para avaliar os distintos modelos de Atenção Primária à Saúde em todo país, no tocante às aderências desses modelos aos atributos dos cuidados primários. São vários estudos que avaliam esses cuidados relacionados a problemas específicos como hipertensão, diabetes mellitus, asma, tuberculose, atenção a crianças e idosos, práticas preventivas, HIV-AIDS; ou na perspectiva de usuários, profissionais de saúde e gestores (CAMPOS et al., 2014; SILVA et al., 2014; SILVA; FRACOLLI, 2014; MESQUITA FILHO; LUZ; ARAUJO, 2014; FERREIRA et al., 2016; ARAUJO et al., 2014; MESQUITA FILHO; LUZ; ARAUJO, 2014; BARA et al., 2015; LINS; SOARES; COELHO, 2016; FERREIRA et al., 2016; PAULA et al., 2017; PRATES et al., 2017). No exterior destacam-se os seguintes estudos: PASARÍN et al., 2007; SUNG et al., 2010; TOURIGNY et al., 2010; WANG et al., 2014).

2.3.2. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ-AB

A Portaria nº. 1.654 do Ministério da Saúde, publicada em 19 de julho de 2011, criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e vinculou pela primeira vez o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas equipes de atenção básica (EAB).

O PMAQ-AB é resultado de uma iniciativa governamental para atuar como uma estratégia permanente para a tomada de decisão do Ministério da Saúde e de induzir processos ampliação do acesso e melhoria da qualidade nos serviços de saúde no SUS (BRASIL, 2017b).

Nesse sentido, Giovanella et al. (2018, p. 572) ressaltam as principais características desse programa de desempenho dos serviços de saúde na atenção primária,

Apoiando-se na experiência anterior da Avaliação para a melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família, que incorpora instrumentos de autoavaliação das equipes, iniciativa anterior do governo federal que não chegou a ser amplamente implementada, o PMAQ-AB retomou a autoavaliação e a pactuação de indicadores como etapas preliminares do processo de avaliação de desempenho. Adotou uma complexa metodologia para certificação e repasse dos recursos aos municípios, considerando não apenas os resultados obtidos em relação aos indicadores propostos, mas também a situação peculiar de cada município, estratificando os municípios com características similares (GIOVANELLA et. al., 2018, p. 572).

O PMAQ-AB, em seus dois primeiros ciclos (2011 a 2012 e 2013 a 2014), foi estruturado em quatro fases complementares que compõem um ciclo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção primária. O Programa teve por objetivo levantar informações concernentes à (1) estrutura e condições de funcionamento das unidades básicas de saúde; (2) à organização do processo de trabalho a partir da perspectiva dos profissionais das Equipes de Atenção Básica (EAB) compostas pelas equipes de estratégia saúde da família e outras equipes da atenção primária; e (3) à opinião dos usuários (experiência de uso e satisfação) dos serviços de atenção primária (GIOVANELLA et. al., 2018; ROLIM, 2018).

No 1º ciclo e no 2º ciclo, o PMAQ-AB apresentou quatro fases complementares: adesão e contratualização (Fase 1) – desenvolvimento (Fase 2) – avaliação externa (Fase 3) – recontratualização (Fase 4), as quais deveriam conformar um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade. Detalhes dessas fases podem ser observados no manual instrutivo, disponível em Brasil (BRASIL, 2011, 2013a) (Quadro 5).

A Avaliação Externa do PMAQ-AB utiliza um instrumento que agrega os elementos relacionados às características estruturais e de ambiência na Unidade Básica de Saúde, a disponibilidade de equipamentos, materiais, insumos e medicamentos e os elementos pertinentes à organização do processo de trabalho e à satisfação, e à participação do uso do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB está organizado em seis módulos de acordo com o método de coleta das informações (BRASIL, 2013a, 2015):

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

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

Módulo III - Entrevista com o Usuário na Unidade Básica de Saúde: visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização;

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

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

Módulo VI - Entrevista com o profissional da Equipe de Saúde Bucal e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde: objetiva avaliar o processo de trabalho da saúde bucal e a organização do serviço e do cuidado para os usuários (BRASIL, 2013a, 2015).

Quadro 5 - Fases do PMAQ-AB – 1º. e 2º. Ciclo

FASE	DESCRIÇÃO
1	Etapa formal de adesão ao Programa, mediante contratualização de compromissos e indicadores firmados entre as equipes de atenção básica e os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde. A participação das equipes de atenção primária era voluntária, ou seja, por adesão, no entanto, ao aceitar participar do programa, todos deveriam assinar um “Termo de Compromisso” no qual se comprometem a seguir diretrizes organizantes do processo de trabalho; observar regras de funcionamento do programa; implantar dispositivos de acesso, cogestão, autoavaliação, planejamento e avaliação relacionados a cada uma das fases posteriores; ser monitorada por seis meses a partir de indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB); e passar por um processo de avaliação que incluiu autoavaliação, desempenho em indicadores e a avaliação <i>in loco</i> realizada por avaliadores externos que visitariam cada equipe na terceira fase do programa.
2	Etapa na qual ocorre o desenvolvimento das ações do programa propriamente dito, e divide-se em quatro dimensões: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional. Na dimensão de autoavaliação, os representantes das equipes de atenção básica deveriam identificar dimensões positivas e problemáticas do seu trabalho, respondendo questões que o Ministério da Saúde disponibilizou através da AMAQ (Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade). O AMAQ é um instrumento criado para avaliar a gestão municipal, gestão da atenção básica, unidade básica de saúde e equipe, que incluía perfil, processo de trabalho e atenção integral à saúde.
3	Etapa que tem por objetivo verificar as condições de acesso e da qualidade dos serviços de saúde nos municípios e nas equipes da atenção básica cadastrados no programa, por meio do monitoramento dos indicadores contratualizados e pelo levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade das equipes participantes do programa e da gestão da atenção básica (BRASIL, 2012, 2015). O resultado dessa avaliação corresponde a um grande percentual da nota final da certificação das equipes (70% no 1º e 2º ciclo) que serve de base para a classificação do desempenho final a qual subsidia a recontratualização e o valor do incentivo recebido pelas equipes.

FASE	DESCRIÇÃO
4	Trata-se da fase seguinte à certificação das equipes da Atenção Básica. Com base na avaliação de cada uma das equipes, deve ser realizada nesse momento uma nova repactuação entre equipes e gestores com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade.

Fonte: (BRASIL, 2011, 2013a, 2015).

O instrumento é formado de quatro dimensões (gestão municipal, gestão da atenção básica, unidade básica de saúde e equipe) que se subdividem em quatorze subdimensões, conforme é mostrado no Quadro 6. Cada subdimensão será avaliada por padrões que sinalizam para o que é esperado em termos de qualidade para a atenção primária. As competências da gestão, da coordenação e das equipes de Atenção Básica na AMAQ são traduzidas por meio das subdimensões.

Na AMAQ, a qualidade em saúde é definida como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos perante as normas, os protocolos, os princípios e as diretrizes que organizam as ações e as práticas, assim como os conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando a competência dos atores (BRASIL, 2017a).

Quadro 6 - Unidades de análise, dimensões e subdimensões utilizadas na autoavaliação (AMAQ).

UNIDADE DE ANÁLISE	DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO
GESTÃO	Gestão Municipal	A – Implantação e implementação da atenção básica no município
		B – Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde
		C – Gestão do trabalho
		D – Participação, controle social e satisfação do usuário
	Gestão da Atenção Básica	E – Apoio institucional
		F – Educação permanente
		G – Monitoramento e avaliação
	Unidade Básica de Saúde	H – Infraestrutura e equipamentos
		I – Insumos, imunobiológicos e medicamentos
EQUIPE	Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde	J – Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica
		K – Organização do processo de trabalho
		L – Atenção integral à saúde
		M – Participação, controle social e satisfação do usuário
		N – Programa Saúde na Escola (para as equipes participantes do Programa)

Fonte: DAB/SAS/MS (2013a).

O estudo de Fausto et al. (2014) intitulado “A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB” realizado em 2012, teve o propósito de examinar a posição da ESF à rede assistencial no SUS,

com base nas três dimensões definidas pelos autores e seus respectivos componentes: (1) porta de entrada preferencial à rede de atenção: porta aberta e resolutiva; (2) acesso aos serviços de saúde especializados; e (3) estratégias para integração da rede assistencial e coordenação do cuidado. Para cada componente da matriz de análise, foram selecionadas variáveis do banco PMAQ-AB. Os resultados demonstraram que “no Brasil, a maioria das UBS onde atuam as equipes participantes do PMAQ-AB (83%) se encaixa no funcionamento considerado como mais acessível – no mínimo cinco dias na semana, com a carga horária de oito horas ou mais”. Dessa forma, essa dimensão confirma que as equipes “atuam cada vez mais como porta de entrada preferencial, atendendo a demandas diversas e exercendo a função de filtro para a atenção especializada”. Por outro lado, foram identificadas importantes barreiras organizacionais para acesso, os fluxos estão pouco ordenados, e, portanto, “a integração da APS à rede ainda é incipiente e inexistente coordenação entre APS e atenção especializada”.

Considerando que o PMAQ-AB analisou o acesso e a qualidade das ações de saúde da Atenção Básica tendo como eixos estrutura, processo e satisfação do usuário, a pesquisa feita por Cruz, et al. (2014) teve por objetivo caracterizar uso do planejamento e autoavaliação para melhoria do processo de trabalho das equipes, identificando potencialidades e fragilidades. O estudo foi caracterizado como seccional cujo nível de agregação para análise foi o agrupamento das equipes de Estratégia Saúde da Família (EqSF) do Brasil, segundo municípios organizados por estrato populacional e por região. Os dados foram coletados na Avaliação Externa cujas variáveis se referiam ao planejamento, autoavaliação e apoio institucional. Entre os resultados da pesquisa destaca-se que “mais que 80% das EqSF das regiões afirmaram receber informações que as auxiliam na análise de situação de saúde disponibilizadas pela gestão”. Não obstante, as equipes perceberem os problemas, suas prioridades e realizem autoavaliação com apoio institucional e tenham acesso a dados para análise da situação de saúde, “tais práticas se mostram pouco integradas devendo ser aprimoradas para melhor orientar os ajustes no processo de trabalho das equipes”.

O estudo de Cavalcanti et al. (2015) analisou os principais desafios da Atenção Básica na visão dos gestores municipais de saúde, identificando e analisando descritivamente os cinco mais frequentes nos âmbitos nacional, regional e por estrato de municípios. A pesquisa teve um enfoque quantitativo, para identificar os principais desafios para a qualificação da Atenção Primária no país. Os cinco principais desafios para a qualificação da Atenção Primária no momento de adesão em 2011 pelos gestores foram identificados como: (1)

Aperfeiçoar os processos de monitoramento e avaliação da ABS com base em indicadores; (2) Auxiliar as equipes na análise e no manejo de informações em saúde, inclusive indicadores, de modo que tenham valor de uso e sirvam para a tomada de decisão no âmbito local; (3) Aperfeiçoar a capacidade de gestão de pessoas da Coordenação da AB à saúde; (4) Garantir a informatização das Unidades Básicas de Saúde, de modo assegurar o acesso à internet nas unidades; (5) Realizar reformas das unidades próprias existentes. No entanto, as autoras chamam atenção em suas conclusões para o fato de tais desafios, embora persistentes, acentuam aspectos e dimensões específicas de seu contexto local.

Jansenn et al. (2016, p. 149) realizaram um estudo descritivo transversal, no município de Niterói, estado do Rio de Janeiro, para avaliar a qualidade da atenção pré-natal utilizando os dados do PMAQ-AB. Para fins de avaliação, os autores levaram em consideração a dimensão estrutura como componente da qualidade dos serviços que oferecem pré-natal, entre os anos de 2012 a 2013, sobre as unidades de saúde da família de Niterói. Com base na pesquisa, a avaliação na dimensão proposta foi considerada entre regular e boa para a estrutura dos serviços de pré-natal. Os autores destacam que os resultados do estudo propiciam aos gestores a possibilidade de “direcionar esforços para melhorar as condições de acessibilidade, qualificar os profissionais, estimular a permanência e o vínculo, ampliar a capacitação das equipes quanto ao gerenciamento do território e dos protocolos de risco”.

Outro estudo importante realizado a partir dos dados do PMAQ-AB concerne ao elaborado por Poças et al. (2017) – “Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012) - estimativas de coberturas potenciais” – um estudo ecológico descritivo baseado em dados nacionais censitários, estima e discute as coberturas potenciais de AB no Brasil segundo indicadores selecionados de estrutura. No entanto, os resultados evidenciaram as grandes desigualdades de coberturas potenciais relativas aos indicadores de estrutura da atenção primária, entre as unidades da federação do Brasil.

A pesquisa de Protassio et al (2017) teve por objetivo principal identificar os principais fatores que influenciam na Satisfação do Usuário com os Serviços de Atenção Básica (SatUS-AB) considerando as desigualdades regionais brasileiras. A fonte de dados secundários utilizada no estudo baseou-se nas informações obtidas com a aplicação do Instrumento de Avaliação Externa “Saúde Mais Perto De Você” pelo Ministério da Saúde do Brasil no 1º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB no período de 2012 e 2013 com 17.203 Equipes de Saúde da Atenção Básica. Embora as condições estruturais sejam importantes no funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), os resultados

encontrados no estudo apontam que a Satisfação do Usuário atinge o serviço de saúde em diferentes dimensões, e está relacionada principalmente à assistência humanizada praticada nas UBSs.

O atributo da coordenação do cuidado na atenção primária foi objeto de um estudo descritivo de Almeida et al. (2017) com base nos dados do Programa Nacional para a Melhoria da Qualidade e do Acesso da Atenção Básica no município do Rio de Janeiro em 2012. Com base nas dimensões avaliadas de usuários e equipes de atenção primária (organização da porta de entrada, resolutividade e continuidade do cuidado, integração horizontal, organização dos fluxos e acesso à rede de referência, continuidade informacional e comunicação entre profissionais), os autores verificaram que as equipes de atenção básica buscavam resolver os problemas de saúde dos usuários; estava implantado nas UBSs o prontuário eletrônico, no entanto, não havia integração daquele com os demais níveis; os profissionais realizavam reuniões semanais e recebiam apoio matricial. Outro aspecto detectado no estudo foi o alto tempo de espera para atendimento especializado para o usuário e a insuficiente comunicação entre os profissionais da atenção primária e de outros níveis de atenção. Estes resultados comprovam, portanto, a dificuldade de percurso do usuário na busca pelo cuidado e elucidaram fragilidades do trabalho em rede.

É possível também através do PMAQ-AB identificar e analisar a situação da Atenção Primária no Brasil e na sua capacidade de se integrar ou não à rede assistencial de saúde em determinado município com vistas à sua capacidade de coordenação no Sistema Único de Saúde (ALBUQUERQUE, et al., 2014; POCAS; FREITAS; DUARTE, 2017; LOSSO; FREITAS, 2017; JANSSEN; FONSECA; ALEXANDRE, 2016; MEDRADO; CASANOVA; OLIVEIRA, 2015; MENDES JUNIOR; BANDEIRA; TAJRA, 2015; SEIDL et al., 2014; MEDINA et al., 2014; MENDES et al., 2014).

Uma pesquisa qualitativa, do tipo descritivo-exploratório foi realizada por Mendes (2015) buscando descrever os significados da qualidade em saúde na atenção básica para trabalhadores da atenção básica na cidade de Manaus (Amazonas). Foram entrevistados na pesquisa: os trabalhadores da AB (equipes de gestão e equipes da ponta), no âmbito da SEMSA (Secretaria Municipal de Saúde de Manaus), que participaram do 1º e 2º ciclos do PMAQ-AB. O objetivo do estudo foi apreender a percepção dos aspectos comuns e divergentes no discurso das equipes; utilizando-se da análise de conteúdo e mediante a realização de 12 grupos focais com 102 participantes, a partir do sorteio de equipes da AB nos quatro Distritos de Sanitários da cidade. Os resultados apresentados no estudo ressaltam que

entre as equipes-ponta que obtiveram melhor desempenho na avaliação feita pelo PMAQ-AB, há uma polissemia dos significados da qualidade na AB para as equipes ESF e maior associação entre a qualidade em saúde e a presença de atributos da AB no trabalho rotineiro das equipes. Por outro lado, entre as equipes-ponta que obtiveram desempenhos mais baixos, foram enfatizados aspectos de infraestrutura e recursos materiais como elementos de maior peso na obtenção da qualidade. Em relação às falas das equipes-gestão, estas associaram a qualidade em saúde na AB com a resolutividade das equipes-ponta.

Bezerra (2016) desenvolveu uma pesquisa avaliativa com o objetivo de avaliar as ações voltadas à saúde da mulher operacionalizadas na fase de avaliação externa da Pesquisa para Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ, segundo ciclo, utilizando dados de todo o território brasileiro que tiveram o profissional enfermeiro como respondente. A pesquisadora selecionou variáveis conforme as temáticas ‘Planejamento, organização e apoio ao processo de trabalho’, ‘Monitoramento do fluxo’, ‘Gerenciamento da assistência’ e ‘Desenvolvimento de ações’, e em seguida computou apenas as respostas afirmativas individualmente e as agrupou por município. Feito isso, estabeleceu uma classificação do padrão das temáticas analisadas em: “Baixo”, “Médio” e “Alto”. Por fim, realizou um teste de associação da classificação do padrão das temáticas com as grandes regiões do Brasil, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e com os Indicadores de assistência à saúde da mulher: Proporção de nascidos vivos com sete ou mais consultas de pré-natal, Razão de mamografia realizada e Razão de exame citopatológico realizado. Nos resultados da pesquisa foi identificado que as principais fragilidades encontradas na região Norte foram: o uso de protocolos para captação precoce das gestantes; planejamento das ações; retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados; registro do seu território das mulheres elegíveis para exame de mamografia e agendamento de consultas em qualquer dia e horário; e ações para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto. Por fim, ressalta nas suas considerações finais que “as ações voltadas à saúde da mulher na atenção primária no Brasil estão aquém das diretrizes preconizadas, refletida pelas baixas classificações das temáticas de ações e pelas diferenças regionais detectadas”.

Com relação à avaliação proporcionada pelo PMAQ-AB, Giovanella et al., (2018, p. 581) ressaltam, por exemplo, a possibilidade das análises realizadas tenderem a produzir vieses positivos das respostas e resultados vis à vis a realidade, bem como, a ausência de representatividade da amostra de usuários com seleção não aleatória de usuários entrevistados no interior da UBS e vinculação dos resultados da avaliação às transferências financeiras.

2.3.3. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária - ICSAP

As internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAPs) são indicadores da atividade hospitalar, e constituem-se em internações por doenças passíveis de controle e redução por meio da atenção primária acessível e efetiva, envolvendo prevenção e continuidade do cuidado (ALFRADIQUE et.al., 2009).

O conceito das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAPs) ou Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAPs) foi elaborado inicialmente por pesquisadores norte-americanos em fins dos anos 80 para identificar camadas da população sem acesso à atenção ambulatorial e o seu impacto financeiro sobre o sistema de saúde. Desde então, é possível verificar que o uso desse indicador em diversos países submeteu-se às mudanças para atender às especificidades de cada localidade considerando o contexto para análise (REHEM; EGRY, 2011; NEDEL et al., 2010).

Mendonça (2009) considera que as ICSAPs são uma medida indireta de desempenho da atenção primária no país, e ressalta sua importância como instrumento de avaliação programas em políticas como o ESF nas ICSAPs:

A denominação 'Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária' (ICSAP) constitui novo indicador da atividade hospitalar, desenvolvido na última década, e se propõe a medir a efetividade da Atenção Primária à Saúde, na atenção a determinados problemas de saúde. Esse indicador é formado por condições que, sejam pela prevenção ou controle das doenças, agudas ou crônicas, sejam atendidas a tempo e com efetividade nos ambulatorios de atenção primária, tendo menor probabilidade de exigir internação. O indicador ICSAP pode ser usado, entre outros, para comparar o desempenho dos serviços de saúde, avaliar o desempenho de programas e políticas de saúde e a resolutividade da APS (MENDONÇA, 2009, p. 22).

Caminal e Casanova (2003) ponderam que a seleção dos problemas de saúde considerados nas Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAPs) – é o componente mais importante deste indicador para garantir a validade, confiabilidade e a representatividade das taxas de hospitalização por CSAPs para avaliar a APS.

Moura et al. (2010, p. 584) afirmam que as pesquisas norte americanas sobre as ICSAPs concentram-se principalmente em análises comparadas entre, por exemplo, os usuários portadores de saúde e os não portadores de seguro saúde; ou em análises sobre o

perfil do usuário (gênero e etnia) e o efeito dos serviços de atenção primária nas internações potencialmente evitáveis.

Mendonça (2016) assinala que no âmbito internacional, as ICSAPs têm sido objeto de inúmeros estudos (ANSARI et al, 2006; CAMINAL et al., 2007; RIZZA et al., 2007; MÁRQUEZ – CALDERÓN et al., 2003; SAHA et al., 2007; MAGÁN et al., 2011; O’NEIL et al., 2010; ANSARI et al., 2012; HANSEN et al., 2013; FREUND et al., 2013; WANG et al., 2014; RUBINSTEIN et al., 2014) os quais associam tal indicador com os serviços prestados na APS, e aos atributos da APS, em particular, tais como: o acesso e continuidade do cuidado, o ponto de vista dos médicos, as características dos indivíduos, as doenças ou grupos de doenças e as características dos sistemas de saúde associadas às hospitalizações, ou, principalmente, à sua evitabilidade.

Nedel et al. (2010) defendem que as hospitalizações por CSAP são um útil indicador ao SUS. Os autores realizaram uma extensa síntese da literatura científica internacional e nacional sobre o tema salientando o crescimento das pesquisas aqui e no exterior a respeito do uso desse indicador. Ressaltam também, a utilidade desse indicador para avaliar a Atenção Primária no país. Mas consideram alguns fatores que pode limitar sua utilidade, como a metodologia de composição da lista de morbidades sensíveis à atenção primária e a validação dessa lista. Nesse aspecto, relatam que

A utilidade do indicador tem sido posta em dúvida porque: as listas de códigos de causas consideradas CSAP são construídas por consenso e não por estudos de base empírica; a hospitalização por CSAP é condicionada por aspectos não controlados pela APS, como a distância entre a residência do paciente e o hospital; as taxas frequentemente se associam de modo mais forte às condições socioeconômicas da população que aos recursos de atenção primária disponíveis; há certa inconsistência entre o número de médicos e as taxas observadas (NEDEL et al., 2010, p. 70).

Por outro lado, Macinko (2008) ressalta que no cálculo desse indicador, as Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), fonte principal dos dados para compor o ICSAP, não contemplam as mortes ou outras complicações que não aconteçam nos hospitais, logo não são refletidas nesse indicador.

Mendonça (2009, p. 22) cita como fatores limitadores desse indicador, a utilização de “dados secundários, como no caso das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), que podem apresentar problemas resultantes da coleta e processamento dessa informação”. Além disso, recebem influência tanto de fatores sociodemográficos, bem como de características

biológicas, como idade, sexo, raça e estado de saúde que segundo a pesquisadora devem ser controlados e ajustados na elaboração desse indicador.

O Ministério da Saúde (MS) vem desde os anos noventa, realizando esforços no sentido de institucionalizar a avaliação dos serviços em saúde no país, conforme já foi comentado. Em 2008, portanto, o MS publicou a Portaria nº 221, de 17 de abril, lançando a primeira Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, composta por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

A existência de vários estudos internacionais mostrando com evidências científicas, o impacto da atenção primária em saúde na redução das ICSAPs a este nível de atenção; o reconhecimento da ESF como prioritária para reorganização da atenção primária no Brasil; e a utilização desse instrumento de avaliação para avaliar o desempenho do sistema de saúde nas três esferas de governo foram os motivos considerados pelo Ministério da Saúde para justificar seu ato naquele momento (ALFRADIQUE, et al., 2009; REHEM; EGRY, 2011).

A construção da lista nacional de internações por condições sensíveis à atenção primária resultou em amplo debate e concordância entre pesquisadores da área com base no modelo proposto por Caminal-Homar e Casanova-Matutano (2003) com adaptações para as condições brasileiras. Essa lista foi construída para ser mais uma ferramenta com usos possíveis na avaliação do desempenho da atenção primária ALFRADIQUE, et al., 2009; REHEM et al., 2013).

A partir da publicação da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à APS (Brasil 2008) diversos estudos realizados no país têm procurado associar as taxas de ICSAPs com a cobertura da ESF, e os resultados encontrados, têm demonstrado a redução desse grupo de internações associada a diferenças nas prevalências das taxas de internação por essas condições, dependentes da cobertura da ESF, bem como de sua consolidação como um modelo de atenção baseado nos cuidados primários (REHEN; EGRY, 2011; BOING et al., 2012; MACIEL et al., 2014; CECCON et al., 2014; PAZO, et al., 2012; ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008; GUANAIS; MACINKO, 2009; MACINKO et al., 2010; BRASIL; COSTA, 2016; UFMG, 2012).

Aquino, Oliveira e Barreto (2008) efetuaram análises municipais, cujas variáveis explicativas selecionadas foram o nível de cobertura e a consolidação do PSF. Os autores concluem que houve maiores efeitos do PSF em cidades com maior taxa de mortalidade infantil e Índice de Desenvolvimento Humano mais baixo (IDH). Na mesma perspectiva de

avaliação do impacto do PSF nos sistemas municipais de saúde no país, Rocha e Soares (2010) estudaram o impacto do PSF sobre a taxa de mortalidade infantil sob uma perspectiva municipal e em seus resultados comprovaram que a taxa de mortalidade infantil decresceu com o aumento do número de equipes do Programa Saúde da Família nos municípios avaliados na pesquisa.

Uma pesquisa avaliou o impacto da expansão da atenção primária à saúde no Brasil, através da implantação da ESF, na evolução das tendências temporais das taxas de internação por condições sensíveis (ICSAP) nos estados e macrorregiões entre 1999 e 2007, e constatou que as taxas de ICSAP reduziram em todos os estados, com exceção do estado do Amazonas. No período citado, as taxas de ICSAP representavam 30% das internações hospitalares no Brasil em todas as faixas etárias. Os resultados revelaram-se importantes, pois pela primeira vez, foi feito um estudo que realizou uma avaliação associando a cobertura da ESF e as taxas de ICSAP em todos os estados brasileiros. Confirmou-se, dessa maneira, haver de fato uma associação entre a implementação da Estratégia de Saúde da Família com a redução destas causas de internação no nível estadual, mesmo quando controlado por um conjunto de potenciais confundidores dessa associação como determinantes sociais, econômicos e de serviços de saúde que podem influenciar o risco de internação (UFMG, 2012).

Um estudo ecológico efetuado a partir de dados secundários do Ministério da saúde avaliou a tendência das taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) no município de Florianópolis (SC), no período de 2001 a 2011, e verificou sua correlação com o investimento financeiro em saúde e a cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Os resultados do estudo revelaram que o investimento financeiro e a expansão da ESF foram acompanhados por reduções importantes nas taxas de internações por ICSAP (BRASIL; COSTA, 2016).

Foi realizado um estudo ecológico exploratório, com base no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde com o objetivo de apresentar o panorama das ICSAPs em um hospital do município de São Paulo. Em que pese, o estudo tenha confirmado a tendência decrescente das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, as pneumonias bacterianas foram as que mais internaram no período; a maior frequência encontrada para a faixa etária foi de 65 anos de idade e mais, e para o sexo feminino. Com base, na pesquisa as autoras concluem que as análises que contemplam apenas as ICSAPs não são suficientes para avaliação da atenção primária, contudo, as autoras afirmam que tais taxas

permitem avaliar a organização da rede de saúde, que deve assegurar continuidade do cuidado em busca do princípio da integralidade (REHEM; CIOSAK; EGRY, 2012).

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) constituem-se num indicador indireto da atividade hospitalar capaz de mensurar a efetividade da Atenção Primária à Saúde, na atenção a determinados problemas de saúde relacionados às doenças agudas ou crônicas, assim como, para analisar a qualidade dos encaminhamentos de pacientes entre os níveis de atenção (MENDONÇA, 2016).

Com efeito, as ferramentas utilizadas para avaliar a APS permitem, portanto, comparar o desempenho tanto dentro como entre os serviços de APS, e, buscar soluções para gargalos identificados nos processos de avaliação e monitoramento, melhorando, dessa forma, o acesso e a qualidade dos serviços, aproximando-se dos princípios do SUS, da universalidade, resolubilidade, integralidade, e a equidade principalmente. Em que pese tais aspectos importantes da avaliação em saúde na atenção primária, há fatores limitantes em termos metodológicos nesses instrumentos que os enfraquecem como balizadores de avaliação, mas não invalidam as análises realizadas a partir de seus dados.

O Quadro 7 sintetiza objetivos, informações obtidas, meio de mensuração e potencialidades relacionadas com as três ferramentas selecionadas para o estudo. À luz desta discussão, foi possível desenhar um estudo aplicado na cidade de Manaus, Amazonas, considerando dados entre 2010 e 2019.

Quadro 7 – Instrumentos de Avaliação da APS, Objetivos, Informações obtidas e Potencialidades

	PCA-Tool	PMAQ-AB	ICSAPs
OBJETIVOS	<p>– Avaliar o grau de orientação dos serviços de saúde prestados pela equipe multiprofissional, no caso do Brasil, aos atributos da APS estabelecidos por Starfield (2002) e, por meio deles, qualificar o processo de atenção, priorizando as interações entre profissionais e usuários mediadas pela estrutura do serviço.</p> <p>– Tem por objetivo avaliar os profissionais da saúde e a população atendida.</p>	<p>Avaliar os profissionais da saúde que formam parte das equipes, os usuários e as diferentes instâncias gestoras de todos os municípios.</p>	<p>Avaliar indiretamente a qualidade dos serviços de atenção básica, apontando a possibilidade de barreiras de acesso aos serviços (geográficas, culturais, financeiras ou organizacionais) e prestando-se ao monitoramento da efetividade e desempenho do sistema de atenção básica (ALFRADIQUE et al., 2009).</p> <p>– Analisar as variações geográficas e temporais na distribuição das ICSAP, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos;</p> <p>– Avaliar a adequação do uso do recurso hospitalar;</p> <p>– Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência à saúde (UFMG, 2012).</p>
INFORMAÇÕES OBTIDAS	<p>– Informações e percepção sobre os serviços públicos de saúde utilizados na APS.</p> <p>– Identificação do serviço na APS.</p>	<p>– Funcionamento da UBS</p> <p>– Disponibilidade de Medicamentos</p> <p>– Saúde da Mulher e da Criança</p> <p>– Procedimentos ofertados na UBS</p> <p>– Satisfação dos Usuários</p>	<p>– A taxa de ICSAP possibilita a obtenção de importantes registros de informações, tais como: as taxas de internações pelo diagnóstico de doenças, por Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Pode ser estudada também pelo perfil do usuário do SUS (Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 19, 20 a 39, 40 a 59 e 60 anos e mais e Sexo: masculino e feminino).</p>
COMO MEDE	<p>Por meio de questionários padronizados e validados PCA-Tool (versão criança, adulto e profissionais) e as dimensões e subdimensões analisadas (APÊNDICE A).</p>	<p>Por meio de questionários padronizados O instrumento é formado de quatro dimensões (gestão municipal, gestão da atenção básica, unidade básica de saúde e equipe) que se subdividem em quatorze subdimensões (Quadro 6).</p>	<p>Indicador hospitalar construído a partir de dados secundários extraídos um banco de dados baseando-se na junção dos arquivos das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH).</p> <p>As taxas de hospitalização são calculadas com base no quociente entre o número de pacientes internados por diagnósticos classificados pelo Ministério da Saúde (Portaria SAS/MS nº 221/2008) como condições sensíveis à atenção primária (CSAP) em determinado localidade (residentes) e a população total do local, multiplicado por 10.000; tendo como base as projeções populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).</p>
POTENCIALIDADES	<p>Pretende identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade tanto para o planejamento como para a execução das ações de APS.</p>	<p>Possuir parâmetro de comparação entre as equipes da atenção básica, considerando as diferentes realidades de saúde.</p> <p>Permite maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas para a APS.</p>	<p>As ICSAPs podem indicar falhas ou limitações na organização ou funcionamento da APS, seja por dificuldades de acesso, falta de recursos diagnósticos ou terapêuticos e oferta de atenção clínica competente;</p> <p>A análise da evolução das ICSAP pode contribuir também, para evidenciar o impacto de medidas introduzidas no sistema de saúde, como as mudanças no modelo assistencial a partir da implantação da ESF e daquelas oriundas da ampliação do financiamento;</p> <p>Altas taxas de hospitalização permitem identificar a dificuldade no acesso a serviços de saúde pela população, baixa resolubilidade desse serviço e/ou baixa cobertura de rede de atenção primária;</p> <p>É possível ainda determinar os fatores associados às ICSAP entre adultos e idosos.</p>

Fonte: Elaboração da autora.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo, de natureza avaliativa com abordagem quali-quantitativa e delineamento descritivo e transversal no campo da Saúde Pública, utiliza dados secundários e primários, assumindo como unidade de análise o município de Manaus, Amazonas e o período de 2010 a 2019. Minayo e Sanches (1993) ressaltam com relação às pesquisas que contemplam o campo da Saúde Pública que as abordagens qualitativas e quantitativas são instrumentos bastante úteis, uma vez que possibilitam aproximarmos de uma dada realidade; embora tais métodos sejam de natureza diferenciada, são complementares na compreensão da realidade social.

De acordo com Creswell (2012), os dados quantitativos, como números e indicadores, são analisados utilizando-se o auxílio da Estatística (frequência, média, mediana, moda, etc.) e permitem dessa maneira verificar diversas informações úteis, rápidas e confiáveis a respeito de um grande número de observações. Por outro lado, Creswell destaca que as técnicas qualitativas, como entrevistas abertas, possibilitam elucidar informações sobre a própria fala dos entrevistados, oferecendo diferentes perspectivas sobre o tema e delineando os aspectos subjetivos do fenômeno.

Nesse sentido, é também um estudo ecológico e transversal, de modo que as investigações podem ser de pequenas ou grandes amostras extraídas de populações definidas ou instituições. A “razão” e o “efeito” são percebidos simultaneamente, possibilitando verificar a frequência com que um determinado fenômeno de saúde é revelado em uma determinada população (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001).

O presente estudo contempla a descrição e análise de três ferramentas distintas de avaliação da atenção primária à saúde em um município da região Norte do país. Logo, para melhor apresentação desta parte, os procedimentos estão descritos na seguinte sequência:

- Uma primeira parte dedica-se à caracterização do município selecionado para o estudo, bem como a organização da atenção primária nesse contexto;
- uma segunda parte refere-se às explicações metodológicas a respeito do estudo sobre as ICSAPs no município de Manaus no período de 2010 a 2017;
- na terceira parte, dedica-se aos procedimentos utilizados para explicar as análises da avaliação da atenção primária em Manaus a partir do PMAQ-AB (2º. ciclo). Note-se que tanto as ICSAPs quanto as análises a partir dos dados do PMAQ-AB foram realizadas com uso de dados secundários;
- na quarta parte são explicitados os procedimentos utilizados para as análises da avaliação da atenção primária em Manaus por meio do instrumento PCA-Tool - Brasil (nas

versões adulto e profissional) com uso de dados primários entre outubro de 2018 a junho de 2019.

3.1. DEFINIÇÃO DAS CATEGORIAS DE ANÁLISE

Na ferramenta do ICSAP, a categoria-chave analisada refere-se à AIH1 (Autorização para Internação Hospitalar) – número de internações por doenças selecionadas segundo lugar de residência para os anos de 2010 e 2017.

A despeito dos dados pertencentes ao instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB (2º. ciclo) não estejam organizados segundo as categorias analíticas para avaliar a atenção primária à saúde no município de acordo com os atributos definidos por Starfield (2002), procedeu-se uma maneira de estabelecer uma correspondência entre os dados obtidos no PMAQ com os atributos essenciais e derivativos sumarizados no Quadro 8.

Os demais procedimentos utilizados são descritos na parte dedicada a cada ferramenta estudada: “Metodologia das ICSAPs” para a ferramenta ICSAP; em relação à pesquisa PMAQ-AB, no item intitulado “Metodologia do PMAQ-AB”, e, em relação ao instrumental do PCA-Tool, conferir na “Metodologia do PCA-Tool”.

Quadro 8 - Categorias analíticas – Atributos da Atenção Primária: Descrição

ATRIBUTOS	DESCRIÇÃO
ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO	Esse atributo requer uma análise de vários fatores, entre eles: se existe disponibilidade de horários de funcionamento das unidades de saúde para atendimento aos usuários; se nas unidades de saúde existe o acolhimento e atendimento rotineiro da demanda espontânea ou programada, e, por fim, se a equipe de saúde da família é acessível na maior parte do tempo; ou ainda, se os serviços são oportunos, contínuos, e conseguem atender à demanda real com capacidade de assegurar o acesso a outros níveis de atenção. Em síntese, é saber qual a posição ocupada pela APS nos sistemas de saúde e buscar identificar seus gargalos para a construção de uma atenção à saúde integral (GIOVANELL; MENDONÇA, 2012; ALBUQUERQUE et al., 2014).
INTEGRALIDADE	O atributo da Integralidade exige que a atenção primária reconheça adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las. Deve, portanto, incluir insumos como vacinas e medicamentos em qualidade e quantidade necessárias, além de uma melhor qualificação e distribuição espacial dos profissionais da saúde nos territórios sob responsabilidade da atenção primária, seja para grupos dos programas de saúde, seja para problemas como alcoolismo, drogas, saúde mental, etc. (STARFIELD, 2002; LIMA, 2016).
LONGITUDINALIDADE	Cunha e Giovanella (2011, p. 1038) definem a longitudinalidade/continuidade do cuidado, bem como identificam suas dimensões de forma a favorecer a avaliação do atendimento ao referido atributo. Sugerem, portanto, o uso do termo vínculo longitudinal, definindo-o como “relação terapêutica estabelecida entre paciente e profissional da equipe de APS, que se traduz no

ATRIBUTOS	DESCRIÇÃO
	reconhecimento e utilização da unidade básica de saúde como fonte regular de cuidado ao longo do tempo”.
COORDENAÇÃO DE CUIDADOS	O atributo da coordenação de cuidados compreende, “a articulação entre diversos serviços, ações e profissionais na atenção à saúde, de forma que, independentemente do local onde seja prestada, esteja sincronizada e voltada ao alcance de um objetivo comum. Sustenta-se na existência de ações integradas entre prestadores e profissionais, conformados em rede, guiadas pela APS” (ALMEIDA et al., 2017, p. 375).
ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA	O atributo da Orientação da Comunidade, envolve uma abordagem da atenção primária que utiliza habilidades epidemiológicas e clínicas de forma complementar para ajustar os programas para que atendam às necessidades específicas de saúde de uma população definida (STARFIELD, 2002, p. 537).
ORIENTAÇÃO FAMILIAR	O atributo da Centralidade na Família (Orientação Familiar) resulta quando o alcance da integralidade fornece uma base para a consideração dos pacientes dentro de seus ambientes, quando a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde e quando o desafio da coordenação da atenção se defronta com recursos familiares limitados. (STARFIELD, 2002, p. 486-487).

Fonte: STARFIELD, 2002; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; ALBUQUERQUE et al., 2014.

3.2. O CONTEXTO DO ESTUDO: MANAUS, AMAZONAS

3.2.1. Caracterização do município de Manaus e indicadores sociais

Manaus, capital do Estado do Amazonas, situada na região Norte do Brasil, está distribuída em uma área de 11.401,092 km², equivalendo a 0,73% do território do estado (1.577.820,2 km²). Trata-se de uma cidade de relevantes peculiaridades que incidem sobre o processo saúde e doença das populações humanas; e ocupa a sétima posição entre as capitais com maior população do país com 2.182 (BECKER et al., 2008; IBGE, 2019).

As mudanças trazidas pelo processo de industrialização acelerado em Manaus, capital do estado do Amazonas contribuíram para o seu crescimento populacional, de modestos 175.343 mil de habitantes, em 1960, para 1.802.014 milhões em 2010. Atualmente a população manauara está estimada em 2.182.763 habitantes, representando 52,6% da população do estado, em 2019 segundo a última estimativa do IBGE. A expectativa de vida ao nascer era de 67 anos em 2000 e subiu para 74,5 anos em 2010 (IBGE, 2010).

De acordo com a Figura 3, a população manauara está concentrada na área urbana do município. Isto significa uma distribuição populacional extremamente desigual entre as áreas urbana e rural em Manaus, onde apenas 0,51% dessa população residem numa área 8,64 km², enquanto que a população urbana representa 99,49% e distribui-se em 1,17 km². Manaus possui também, um contingente populacional enorme vivendo em precárias condições de

saneamento e sua densidade demográfica é de 158,06 habitantes por km² de acordo com IBGE (2010) (<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manaus/panorama>).

Com relação ao IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) em Manaus, entre 2000 e 2010, houve uma melhora significativa nesse indicador que avançou de 0,601, em 2000, para 0,737, em 2010, apresentando, portanto, uma taxa de crescimento de 22,63%. Considerando a perspectiva do hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1; nota-se que aquele foi reduzido em 65,91% entre 2000 e 2010. A dimensão social que mais contribuiu para essa melhora nos indicadores sociais do município foi a educação, cujo índice apresentou crescimento em termos absolutos de 0,215, seguida por longevidade e por renda, de acordo com o Atlas do Desenvolvimento Humano (http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/manaus_am).

Figura 3 - Localização Geográfica do Município de Manaus



Fonte: PMS 2014-2017.

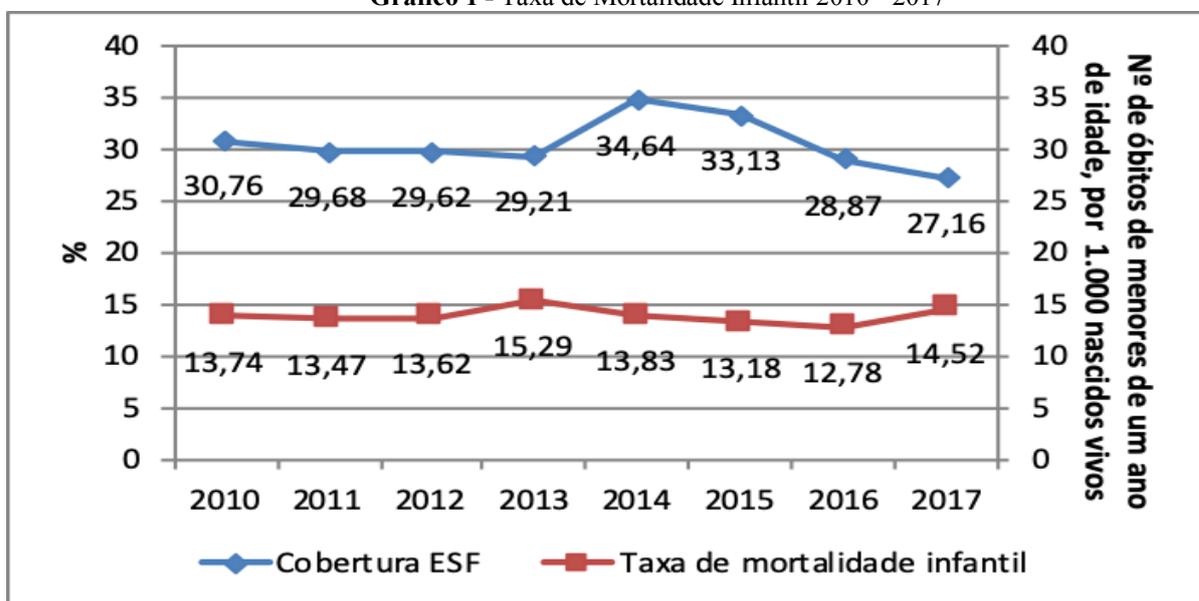
No que tange ao aspecto da renda *per capita* média de Manaus, esta cresceu 47,08% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 537,29 em 1991 para R\$ 531,53 em 2000 e R\$ 790,27 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de -1,07% no primeiro período e 48,68% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar *per capita* inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 5,82% em 1991 para 10,49% em 2000 e para 3,75% em 2010 segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano (http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/manaus_am). Considerando-se o rendimento do trabalho em Manaus em 2017, o salário médio mensal era de 3,0 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 23,7%

segundo IBGE (<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manaus/panorama>. Acesso em 12/06/2019).

As condições de saneamento em Manaus de acordo com o Instituto Trata Brasil (<http://www.tratabrasil.org.br/estudos/estudos-itb/itb/ranking-do-saneamento-2019>), dentre as 100 maiores cidades do Brasil, apresentam Manaus ocupando a 98ª posição no *ranking* do saneamento elaborado a partir dos dados do Sistema Nacional de Informações de Saneamento Básico – SNIS tendo como base o ano de 2017. Foi constatado que, em Manaus, somente 12,25% da população da cidade possui acesso à coleta de esgoto e 89,26% da população manauara tem acesso à água. Ressalte-se ainda que a maior parte do esgoto coletado, no entanto, não é tratado com tecnologia convencional, sendo estes encaminhados via emissário sub fluvial que lança os efluentes no Rio Negro.

Concernente aos indicadores de saúde, a taxa de mortalidade infantil (TMI) média na cidade é de 13,8 para 1.000 nascidos vivos. Entre 2008 e 2014, a TMI reduziu respectivamente 12,71% em Manaus e 6,15% no estado do Amazonas. No Brasil, essa taxa era de 12,89 em 2014 e diminuiu em 14,2% em relação a 2008 (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Taxa de Mortalidade Infantil 2010 - 2017



Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS 2010 - 2017.

As regiões Norte e Nordeste concentram 47% das proporções dos nascimentos em adolescentes; sendo que apenas na região Norte em 2013, ocorreram 26,5% dos nascimentos em mães com menos de 20 anos. Em Manaus, por exemplo, a proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 registrou 23,3% dos nascimentos na capital manauara em 2013 segundo dados do Ministério da Saúde (2015).

O município já fez sua transição epidemiológica, sendo as cinco principais causas de óbito em 2017 identificadas como: causas externas de morbidade e mortalidade (17,65%); Neoplasias (17,58%); Doenças do aparelho circulatório (16,42%); sintomas, sinais e achados anormais clínicos e de laboratórios (13,22%); Doenças do aparelho respiratório (8,22%). Somadas, essas causas de óbito representaram 73% das causas de mortes em Manaus em 2017 (MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10am.def>. Acesso em 21/06/2019).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais fontes da carga de doença no país. As mais importantes são: as doenças do aparelho circulatório (doenças cardiovasculares), as neoplasias (tumores), doenças do aparelho respiratório crônicas e as diabetes mellitus, as quais responderam por 72,4% dos óbitos por doenças crônicas em 2009 no Brasil. Essas doenças somadas corresponderam a mais de 60% do total de óbitos com DCNT na população brasileira de 30 a 69 anos. (Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade; SCHMIDT et al., 2011).

A Tabela 1 apresenta as prevalências para o município de Manaus de alguns dos principais fatores de risco (tabagismo, alimentação não saudável, uso nocivo de álcool e inatividade física, hipertensão, dislipidemia, sobrepeso, obesidade, intolerância à glicose) para o desenvolvimento da Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS, Diabetes Mellitus – DM e Doença Renal Crônica – DRC, segundo o Ministério da Saúde, por meio do sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL, 2018).

Tabela 1 - Prevalências de alguns dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica, em pessoas de 18 anos ou mais, e a posição de Manaus entre as 27 cidades estudadas por sexo (VIGITEL, 2018)

Fator de risco	Homens		Mulheres		População Total	
	%	Posição	%	Posição	%	Posição
Tabagismo	9,6	18 ^a	3,4	21 ^a	6,4	17 ^a
Excesso de peso	64,8	4 ^a	56,8	2 ^a	60,6	2 ^a
Obesidade	27,1	1 ^a	19,2	17 ^a	23,0	1 ^a
Inatividade física	12,2	17 ^a	14,2	12 ^a	13,3	14 ^a
Consumo abusivo de bebida alcoólica	19,9	26 ^a	8,1	24 ^a	13,8	7 ^a

Fonte: Ministério da Saúde, Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) 2018.

De acordo com as informações contidas na Tabela 1, considerando o conjunto das 27 cidades no VIGITEL (2018), a capital amazonense aparece na primeira posição com maior

percentual de pessoas com obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), 2ª posição com excesso de peso e a décima quarta posição em inatividade física.

Entre 2010 e 2016, o diabetes já vitimou 5.007 pessoas no Amazonas. De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o número cresceu 43,6% no período, saindo de 586 mortes para 842 no ano passado. Dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) apontam que a quantidade de internações também cresceu: foram 1.525 em 2010 para 2.569, em 2016. O diabetes é responsável por complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações dos membros inferiores, de acordo com Ministério da Saúde (<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43741-percentual-de-homens-com-diabetes-cresce-em-manaus-am>. Acesso em 12/06/2019).

As DCNT são doenças complexas, onerosas, perduram por muitos anos e exigem cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos. A carga de DCNT cresce rapidamente e tem sido acelerada pelos efeitos negativos da globalização, urbanização rápida, pelo aumento da vida sedentária e alimentação com alto teor calórico, além do marketing do tabaco e álcool.

O coeficiente de mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis mede o risco de morrer em decorrência dessas doenças em um determinado espaço geográfico e período de tempo, contribuindo para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e no controle das DCNT e seus fatores de risco.

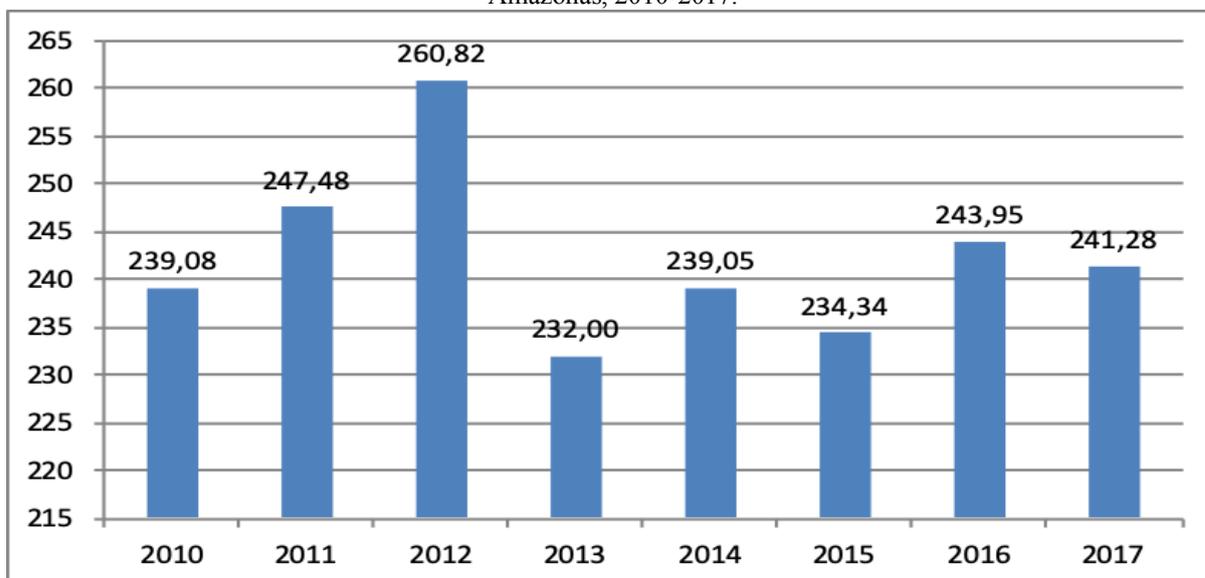
A Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelos principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis é constituída pelas seguintes doenças: doenças do aparelho circulatório, neoplasias malignas, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas. Os quatro grupos de doenças perfizeram, em 2016, 56% do total das mortes ocorridas no Brasil na faixa etária de 30 a 69 anos (MS: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/23/Nota-informativa-n-final.pdf>). O coeficiente de mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis apresentou tendência de redução no Brasil no período de 2007 a 2016, passando de 320,3 óbitos por 100.000 habitantes para 307,9/100.000 hab.

Em Manaus, a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis, segundo o Gráfico 2 aponta para um período de crescimento dessa taxa entre 2010 e 2012 (328,08 para 260,82) e outro período de excepcional redução em 2013 (232,00) e de retorno aos níveis de 2010, de 241,28 em 2017 (Gráfico 2).

A taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) é calculada da seguinte maneira: no numerador consta o número de óbitos de pessoas de 30 a 69 anos por DCNT registrados nos

códigos CID- 10: I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10 - E14, em determinado ano e local X 100.000 e no denominador, tem-se a população residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local.

Gráfico 2 - Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis, Manaus, Amazonas, 2010-2017.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da SEMSA (2018).

3.2.2. A organização dos serviços de APS em Manaus

A atenção primária à saúde em Manaus foi estruturada no final dos anos 1990, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em julho de 1998, e do Programa Médico da Família (PMF), em março de 1999. A Portaria GM/MS 1.535 de 4 de setembro de 2001 qualificou o programa PMF como PSF, passando o município a receber os incentivos financeiros correspondentes do PAB variável.

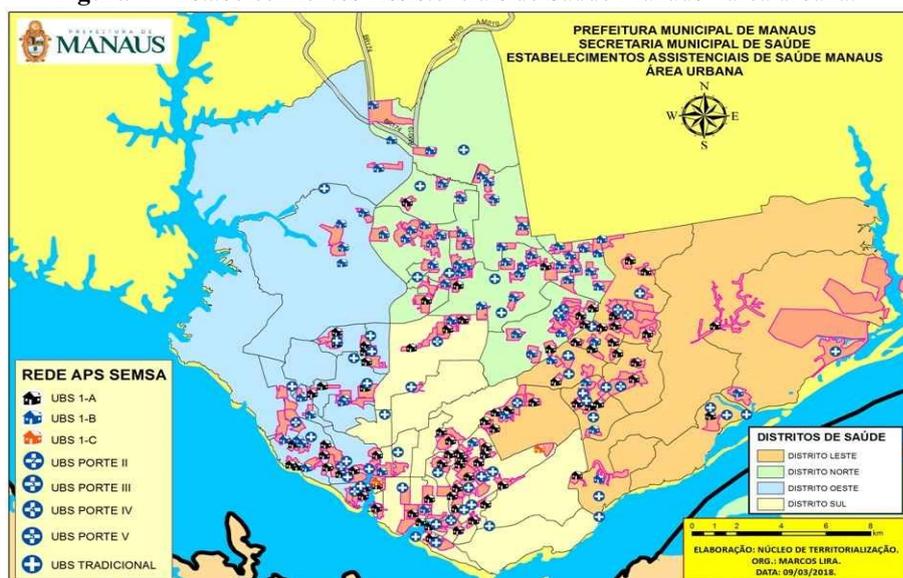
Atualmente, os serviços de saúde são organizados em duas redes, uma rede municipal e outra estadual. A maioria dos serviços da rede municipal desenvolvem ações de atenção primária, uma vez que a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA) detém a responsabilidade pela gestão da atenção primária em Manaus.

A organização do sistema de saúde municipal em Manaus é dividida em cinco distritos de saúde (quatro em zonas urbanas e um distrito rural). O presente estudo levou em consideração para a delimitação do espaço de investigação, o mapeamento das Unidades Básicas da Atenção Primária à Saúde com equipes de saúde da família ativas por bairros de Manaus. Portanto, o distrito rural foi excluído do campo de investigação da pesquisa em

função da dificuldade no deslocamento para essa área e da própria dinâmica diferenciada da atenção primária nesse distrito (Figura 4).

O município manauara contava em dezembro de 2018, com uma rede de serviços de atenção primária com 248 equipes de Saúde da Família cadastradas, distribuídas por 211 Unidades Básicas de ESF sob a coordenação de cinco Distritos de Saúde. A ESF mostra evolução entre 2010 e 2018, elevando-se de 183 para 225 equipes implantadas no Município, um aumento de 18,67%. Segundo dados do Cadastro nacional de Estabelecimentos de Saúde (http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp. Acesso em 19/09/2019), havia 195 médicos ocupados em Manaus na estratégia saúde da Família (mês de competência - dezembro) em 2018. Entre 2011 e 2018, houve um crescimento de 17,5% da quantidade de médicos ocupados como ESF.

Figura 4 - Estabelecimentos Assistenciais de Saúde Manaus - área urbana.



Fonte: PMM, 2018. (<http://www.territorializacao.com.br/#1522768243652>).

Nota-se, também, um crescimento em termos absolutos dos médicos da ESF até 2014 de 62 médicos em relação ao ano de 2011. Esse crescimento possivelmente está relacionado ao Programa Mais Médicos - PMM que proporcionou a ampliação do acesso às consultas médicas e a ativação das equipes de ESF que se encontravam inativas pela ausência deste profissional (Tabela 1) segundo a SEMSA (PMS 2018-2021).³

³ Contudo, a inativação das equipes de ESF no município pode estar relacionada também pela ausência do profissional enfermeiro, cuja desvinculação às equipes de ESF apresentou um aumento a partir de 2015, tendo como consequência direta a redução da cobertura da Atenção Primária (SEMSA, PMS: 2018-2021).

Em dezembro de 2010, a cobertura populacional estimada pela atenção básica no município de Manaus era de 57,25%; e oito anos depois, reduziu para 45,51%. Verifica-se, portanto, uma tendência declinante neste indicador da atenção primária no município. Se contabilizada somente a cobertura populacional pelas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), a cobertura atinge 30,7% em dezembro de 2010 e, oito anos depois alcançou 32,23% (Tabela 2).

Em Manaus, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em dezembro de 2018, a taxa de cobertura de planos de saúde (razão expressa em porcentagem, entre o número de beneficiários e a população em uma área geográfica específica) era de 27,5%. (<http://dados.gov.br/dataset/taxa-de-cobertura-de-planos-de-saude>. Acesso em 15/07/2019). Trata-se de um indicador importante, pois, revela o acesso da população manauara ao em relação a esse tipo de cobertura de seguro de saúde. Dessa forma, a maioria da população manauara é atendida em suas necessidades de saúde pelo Sistema Público de Saúde. Daí a importância da atenção primária nesse município em constituir-se na porta de entrada do SUS.

Outro indicador relevante a considerar diz respeito ao número de leitos hospitalares por mil habitantes, uma vez que a OMS (Organização Mundial de Saúde) informa que a média mundial desse indicador é de 3 leitos por mil habitantes, mas no Brasil, é de apenas 2 leitos por mil habitantes; e em Manaus, de apenas 1,76 por mil habitantes (em dezembro de 2018). Contudo, tal indicador vem reduzindo ao longo do tempo, assim como, o indicador de leito SUS por mil habitantes, o qual, em dezembro de 2018, contava com 1,36 leitos SUS por mil habitantes (Tabela 2).

Tabela 2 - Indicadores da Estratégia Saúde da Família (ESF) e de leitos hospitalares, 2010-2018, Manaus, Amazonas

INDICADORES	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Centro de saúde/unidade básica (mês de referência dezembro) ¹	-	-	231	235	240	240	228	226	211
Quantidade de ESF (mês de referência dezembro) ¹	188	196	195	210	230	288	287	282	248
Médico ESF (mês de referência dezembro) ¹	-	166	173	186	228	216	209	208	195
Equipe de ESF com PMM	-	-	-	-	83	95	61	90	
Beneficiários de plano de Saúde na população (%) ³	22,7	25,2	27,7	29,2	29,3	28,8	25,4	27,7	27,4
Cobertura da ESF (%) (mês de referência dezembro)	30,7	29,68	29,62	29,21	34,64	33,13	28,87	27,16	32,23
Estimativa da população coberta pela ESF (mês de referência dezembro) ¹	534.750	534.750	542.685	543.893	686.550	669.300	594.090	568.733	686.550
Cobertura da APS (%) (mês de referência dezembro) Total	57,25%	53,50%	51,86%	52,80%	52,57%	49,59%	45,81%	40,94%	45,51%
Estimativa da população coberta pela APS (mês de referência dezembro) ¹	995.400	964.140	950.385	982.972	1.042.050	1.001.910	942.690	857.482	969.450
Nº. de ACS Cob ²	1.206	1.200	1.124	913	1.243	1.204	1.028	985	1.142
Leitos por mil habitantes (mês de referência dezembro) ⁴	2,21	2,12	2,09	1,75	1,83	1,79	1,75	1,72	1,76
Leitos SUS por mil habitantes ⁴	1,76	1,70	1,67	1,27	1,37	1,37	1,36	1,35	1,36

¹Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES;

²Nº ACS Cob: número de Agentes Comunitários de Saúde com a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO), 515105, lotados em equipes da Estratégia Saúde da Família com código 01 a 03, 12 a 15, 24 a 39, Equipe de Atenção Básica parametrizada com código 16 a 21 e Equipe de Agentes Comunitários de Saúde com código 04, 10 e 11, desde que vinculadas aos estabelecimentos de saúde instituídas em suas portarias e cadastradas no SCNES

³Fonte: www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_tx.def

⁴Fonte: Tabelas de leitos dos estabelecimentos de saúde Brasil obtidas no site ftp.datasus.gov.br/dissemin/publicos/CNES/200508_/Dados/LT/

A desigualdade na distribuição de hospitais no estado do Amazonas é um aspecto importante quando examinamos o acesso da população aos serviços de saúde, 50,3% daqueles se encontram na capital amazonense, e o restante distribuídos no interior do estado; sendo que 55,2% dos hospitais no estado prestavam atendimento a pacientes do SUS e os demais não SUS (privados) segundo estudo intitulado, Cenário dos Hospitais no Brasil – 2018 (Federação Brasileira de Hospitais: <http://fbh.com.br/cenario-dos-hospitais-no-brasil-2018/>. Acesso em 15/07/2019).

Com relação aos aspectos da desigualdade no acesso aos serviços de saúde, a Região Norte apresenta enorme vulnerabilidade nessa área, principalmente na distribuição desigual de médicos, com concentração daqueles nas capitais, com única exceção de Palmas (Tocantins).

Do total de 4.844 médicos registrados no Amazonas em 2018, 4.508 estavam na capital e apenas 336 (6,9%) atendiam em 62 municípios, espalhados por uma área de 1,57 milhão de km². Ressalte-se que os médicos que atuavam em Manaus representavam 1,8% do total de médicos no Brasil e 93,1% dos médicos do estado do Amazonas. A razão de Manaus é de 2,15 médicos por mil habitantes em 2018 (Tabela 3) (SCHEFFER et al., 2018).

Tabela 3 - Distribuição de médicos, segundo capitais das unidades da federação da região Norte, Brasil, 2018.

Abrangência	Médicos	%*	%**	População	%**	Razão
Região Norte	15.016	71,9	6,0	5.578.931	11,3	2,73
Porto Velho	1.549	56,5	0,6	519.436	1,1	3,03
Rio Branco	746	77,2	0,3	383.443	0,8	1,98
Manaus	4.508	93,1	1,8	2.130.264	4,3	2,15
Boa Vista	710	87,0	0,3	332.020	0,7	2,18
Belém	5.635	69,7	2,3	1.452.275	2,8	3,90
Macapá	753	89,5	0,3	474.706	1,0	1,62
Palmas	1.115	43,2	0,4	286.787	0,6	3,98

*Percentual em relação ao estado. ** Percentual em relação ao País.

Fonte: SCHEFFER, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2018.

No que tange às Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSF, vale ressaltar que estas são distribuídas por porte, sendo o porte equivalente ao número de Equipes de Saúde da Família – EqSF. De acordo com dados do SCNES (competência mar./2019), na área urbana de Manaus, havia 175 UBSF, e 194 Equipes de Saúde da Família – EqSF – implantadas, das quais 90 possuem Equipes de Saúde Bucal – EqSB (Tabela 4 e Figura 5).

Tabela 4 - Distribuição do número de Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Equipes de Estratégia Saúde da Família (EqSF) ativa por Distrito de Saúde na cidade de Manaus, Amazonas, 2019.

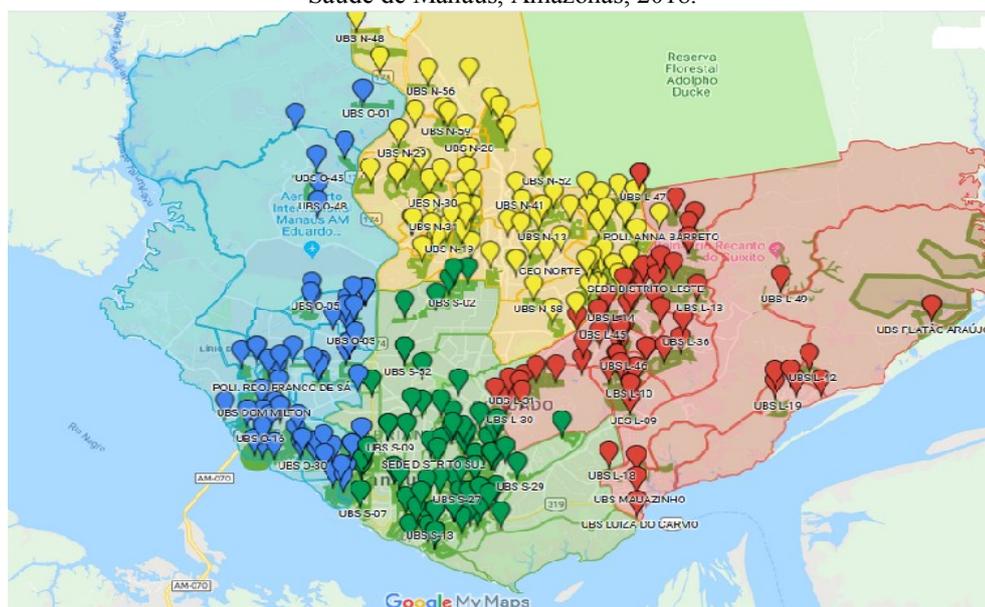
Distritos	UBSF	Total EqSF Ativa	EqSF	EqSF com SB MOD.1 ¹	EqSF Ribeirinhas c/ SB	ESqF Fluviais c/ SB
DISAS	41	45	32	13	-	-
DISAN	50	59	25	34	-	-
DISAL	48	48	24	24	-	-
DISAO	36	42	23	19	-	-
Sub – total	175	194	104	90	-	-
DISAR	11	11	2	3	3	3
Total	186	205	106	93	3	3

Fonte: SEMSA, 2019; SNES (2019).

Nota: Mês de competência: março (2019).

¹ESF com Saúde Bucal (SB)MOD. 1

Figura 5 - Distribuição das Unidades de Saúde Básicas (UBSF e UBST) nos Distritos de Saúde de Manaus, Amazonas, 2018.



Fonte: Google Maps (<https://www.google.com/maps/d/viewer?hl=pt-BR&mid=1ftN7KRzjlhGRuU74-CbRc-PC6Ww&ll=-3.0581119302284807%2C-59.99919300858687&z=12>).

O município de Manaus tem no Estratégia Saúde da Família (ESF) o eixo norteador para a organização da Atenção Primária à Saúde (APS), no entanto, concomitantemente, convive no mesmo espaço territorial com o atendimento básico realizado em unidades tradicionais. Além disso, o estado ainda mantém unidades que atuam na atenção básica na capital, voltada para atender à população manauara: 12 Centros de Atenção Integral à Criança (CAICs) em atendimento da população infantil; para a população idosa há 3 Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMIs); e no atendimento da assistência às urgências básicas (10 Unidades de Pronto Atendimento: 9 Serviços de Pronto Atendimentos (SPAs) e 1 Unidade de Pronto atendimento (UPA)).

Complementam a rede de atenção à saúde do município os serviços especializados, tais como: 03 Unidades de Saúde Fluviais; 11 Bases do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), sendo uma fluvial; 04 Centros de Atenção Psicossocial (Caps): um Infanto-juvenil localizado no Distrito Leste; um Álcool e Drogas (AD) que atende no Distrito Sul; 01 do tipo III para atendimento de adultos no Distrito Sul; e 01 Caps tipo III localizado no Distrito Norte;⁴ 04 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs); 01 Centro Especializado em Reabilitação (CER); 01 Maternidade; 07 Policlínicas (distribuídas nos quatro Distritos urbanos de Saúde); 05 Laboratórios – 04 distritais e um do Departamento de Vigilância Sanitária (Dvisa); e 01 Centro de Controle de Zoonoses. Além desses estabelecimentos de saúde, a SEMSA conta ainda com 12 unidades móveis de saúde cujo objetivo é garantir o acesso à atenção à saúde da população dos vazios assistenciais do município de Manaus.

De acordo com o Departamento de Atenção Básica do MS, referente a novembro de 2017, Manaus possui população para cálculo de PAB-Fixo (Faixa 4 - 23,00 *per capita*) de 2.094.391 habitantes, correspondente a R\$ 3.568.522,83 de repasse mensal. Apresenta cobertura de Atenção Básica de 54,58 %, considerando Estratégia Saúde da Família com cobertura de 29,00 %. Em Manaus havia 157 equipes de Saúde da Família e 972 Agentes Comunitários de Saúde implantados na cidade. O valor mensal repassado para foi de R\$ 867,6 mil reais e R\$ 985,6 mil para as EqSF e ACS respectivamente naquele mês.

A Tabela 5 mostra o percentual de cobertura da Estratégia Saúde da Família em Manaus (2012). Nota-se que os distritos de saúde com melhor cobertura na época eram os Distritos Sul (46%) e Oeste (41%).

Tabela 5 - Cobertura da Estratégia Saúde da Família por Distrito de Saúde, Manaus, 2012.

Distrito	População	Cobertura
Norte	501.055	24%
Sul	439.241	46%
Leste	447.946	29%
Oeste	401.922	41%
Manaus	1.802.014	35%

Fonte: PMS (2013)

⁴ Segundo dados da SEMSA (2019), considerando o aumento populacional estimado para 2017, observa-se a insuficiência de serviços destinados à demanda de saúde mental, álcool e outras drogas no município de Manaus.

Dito isso, e com base nos objetivos da pesquisa, foram pesquisadas noventa e nove (99) Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) com diferentes portes (de 1 a 5 equipes de estratégia saúde da família por unidade básica) e variados tamanhos de estruturas físicas (de 32m² a mais de 132 m²) nos quatro distritos selecionados; representando 56,6% das unidades básicas de saúde com equipes de estratégia saúde da família ativas nos quatro distritos urbanos de Manaus com base nos dados da SEMSA referentes a março de 2019.

3.3. METODOLOGIA DAS ICSAPS

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo e quantitativo com o intuito de obter resultados acerca do perfil das internações sensíveis à atenção primária entre 2010 e 2017 no município de Manaus, capital do estado do Amazonas. A pesquisa baseou-se em dados secundários referentes às taxas de ICSAPs para o município de Manaus no período de 2010 a 2017, e obtidas através do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), que é alimentado por informações da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) - documento que garante o pagamento da internação pelo SUS – por meio do programa Tabwin disponível no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) de domínio público (<http://www.datasus.gov.br>). Os arquivos eletrônicos, obtidos em formato comprimido “dbc”, foram unidos e descompactados em formato “dbf”, usando-se o TabWin do DATASUS. Em seguida foram tabuladas e analisadas por meio de estatística descritiva simples em planilha eletrônica do Microsoft Excel®.

Os grupos de causas de hospitalização por ICSAP receberam classificação conforme a Portaria n° 221 de 17 de abril de 2008. Os dados do número de residentes no município serão obtidos do banco de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) disponíveis em seu *site* de domínio público.

Inicialmente, efetuou-se o cálculo das taxas de hospitalização determinadas pelo quociente entre o número de pacientes internados por diagnósticos classificados pelo Ministério da Saúde (Portaria SAS/MS n° 221/2008) como Internações Sensíveis à Atenção Primária (ICSAPs) em Manaus e a população total desse município, multiplicado por 10.000; tendo como base as projeções populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Todos os diagnósticos integrantes da lista supracitada foram considerados nas análises de taxas e frequências de ICSAPs no município de Manaus.

Em seguida, procedeu-se uma análise sistemática dessas taxas e grupos de causas mais frequentes em Manaus no período de 2010 a 2017. Por fim, identificaram-se ainda, as taxas de

internações hospitalares por grupo de causas agravos e faixa etária contemplados nas Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária.

As taxas de ICSAPs analisadas foram estratificadas para as seguintes faixas etárias: menores de um ano; de um a quatro anos; de cinco a 14 anos; 15 a 19 anos; 20 a 24 anos; 25 a 29 anos; 30 a 34 anos; 35 a 39 anos; 40 a 44 anos; 45 a 49 anos; 50 a 54 anos; 55 a 59 anos; 60 a 64 anos e 65 anos ou mais. A taxa padronizada considerou como população padrão, a população-residente em Manaus por faixa etária de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2010).

Consideraram-se para efeito de cálculo das taxas de ICSAPs por principais grupos de causas, apenas aquelas que apresentaram maior número de internações. Foram consideradas “não-ICSAP” as demais internações não pertencentes aos diagnósticos considerados pela lista brasileira de condições sensíveis.

Posteriormente, realizou-se a análise das frequências das ICSAPs estratificadas por sexo, para elucidar as mudanças nos principais grupos de causas entre 2010 e 2017. Os dados percentuais relacionados à cobertura populacional pela ESF anual, em Manaus foram obtidos pelas informações fornecidas pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

3.4. METODOLOGIA DO PMAQ-AB

Esse estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva de corte transversal, de natureza quantitativa, baseado em dados secundários do PMAQ-AB (2º. ciclo), disponibilizados no *site* do DAB/Ministério da Saúde. Os dados foram selecionados a partir da Avaliação Externa, etapa do PMAQ-AB cuja finalidade é avaliar o desempenho e resultado dos processos de trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde e dos gestores municipais de saúde na busca pela ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da Atenção Primária no Brasil.

Trata-se de uma de pesquisa avaliativa para análise dos efeitos, vale dizer, procura verificar a influência dos serviços sobre os estados de saúde (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). O estudo procurou compreender se o processo de trabalho das equipes bem como, a organização dos serviços de atenção primária no município de Manaus têm como orientação as premissas da qualidade da atenção primária, sugeridas por Starfield (2002) e desenhadas a partir das dimensões de seus atributos essenciais e derivados.

Nesse sentido, buscou-se inicialmente, com base no referencial teórico de Starfield, selecionar variáveis do PMAQ-AB nos três bancos de dados relacionados à fase da Avaliação

Externa: das UBSs; das equipes de profissionais e dos usuários, variáveis correspondentes aos componentes de cada atributo essencial (primeiro contato: acesso e acessibilidade; integralidade, longitudinalidade, coordenação de cuidados) e dois componentes derivados (orientação familiar e orientação comunitária). Todos estes atributos estão contidos no instrumento PCA-Tool (*Primary Care Assessment Tool*) e possuem vários componentes (itens) os quais foram considerados na pesquisa como referência inicial na busca e seleção das variáveis no estudo. No módulo I do PMAQ-AB, estão contidos dados relativos ao aspecto da infraestrutura e funcionamento das UBSs, no módulo II, os dados informa sobre a organização da atenção e dos processos de trabalho das equipes, e por fim, no Módulo III, os dados referem-se à experiência de uso e satisfação do usuário.

Posteriormente, realizou-se novo processo de seleção e filtro das variáveis investigadas, a partir dos estudos já realizados sobre o tema. Dentre esses estudos, consideramos mais adequados aos nossos propósitos os trabalhos de Lima (2016), Almeida (2010), Almeida et al. (2013), Almeida e Giovanella (2008), Almeida et al. (2010), Almeida e Santos (2015). Os dois primeiros trabalhos nos auxiliaram tanto na forma de montar a estrutura do trabalho quanto na escolha das variáveis mais relevantes para análise. Portanto, as variáveis selecionadas tiveram como parâmetros os trabalhos dos pesquisadores supracitados, mas outras também foram incorporadas, enquanto algumas não foram trabalhadas aqui.

Após etapa da seleção das variáveis, realizou-se uma tabulação preliminar para identificar tanto a disponibilidade quanto a qualidade dos dados das variáveis pré-selecionadas do questionário. Foi identificado que algumas perguntas dos três bancos de dados continham respostas dicotômicas (sim, não), assim como perguntas que derivavam várias respostas. Nesse caso, foi considerada variável nesse estudo cada resposta de uma mesma pergunta. Por exemplo, no atributo da Integralidade no seu componente da Resolutividade, há o indicador I.3.3. Quantidade de profissionais da equipe mínima (SF, AB) existentes na unidade. Existem como respostas diversas variáveis (médicos; enfermeiro; cirurgião-dentista; técnico de enfermagem; auxiliar de enfermagem; técnico de saúde-bucal; auxiliar de saúde bucal; agente comunitário de saúde; técnico de laboratório; microscopista).

Considerando o procedimento realizado em Lima (2016), em alguns atributos e dimensões, houve a comparação nas respostas (variáveis) dadas pelos usuários, com as respondidas pelos profissionais das equipes de atenção primária, quando eram similares/equivalentes na tentativa de compreender a percepção dos usuários *vis à vis* dos profissionais sobre determinado assunto.

Após essas etapas da metodologia, e com base na revisão da literatura sobre a avaliação da atenção primária com ênfase no referencial teórico de Starfield (2002) foi elaborado um Quadro representando uma matriz de análise na qual contém: os atributos essenciais e derivados escolhidos, os componentes de cada atributo, as variáveis (respostas) e os “padrões de respostas”. Este último foi pensado com fins a identificar aquelas variáveis (respostas) que representam um “melhor padrão de qualidade” na atenção primária (LIMA, 2016).

3.4.1 Descrição das variáveis selecionadas no PMAQ-AB

A análise do atributo Primeiro Contato teve como parâmetro metodológico selecionar algumas dimensões do PMAQ-AB, bem como dos procedimentos metodológicos do trabalho realizado por Lima (2016). O atributo “porta de entrada” pressupõe um conjunto de ações a serem realizadas pela equipe de saúde da família e de outros profissionais de apoio no sentido de garantir o maior acesso possível e oportuno às demandas dos usuários.

Foi analisado considerando os seguintes componentes complementares entre si: “horários de funcionamento”, “acolhimento”, “canal de comunicação com o usuário” e “agendamento às consultas na AP” (Quadro 9).

Quadro 9 - Descrição dos componentes referentes ao atributo: “Primeiro Contato”.

ATRIBUTO	DESCRIÇÃO
HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO	Os horários de funcionamento são um dos elementos de organização das UBSs que contribui para avaliar se o serviço se constitui como uma “porta aberta”, ou seja, se sua organização facilita ou dificulta o acesso da população, em tempo oportuno. Esse componente considera também a experiência de uso do paciente em relação à adequação do horário às suas necessidades, bem como no que se refere à distância da sua casa até a UBS (LIMA, 2016, p. 101).
ACOLHIMENTO	Refere-se a uma dimensão da acessibilidade sócio organizacional, ou seja, a todas as características da oferta que podem facilitar ou dificultar a capacidade das pessoas no uso dos serviços. Diz respeito à forma como os serviços organizam-se para receber os usuários e o grau de adaptação dos usuários (ALBUQUERQUE et al., 2014).
AGENDAMENTO ÀS CONSULTAS NA APS	O “agendamento da consulta na AB” avalia a forma de acesso dos usuários às UBS a partir da organização do processo de trabalho. Diz respeito ao atendimento de demanda espontânea e programada; se as consultas podem ser agendadas por livre demanda ou se há dias e horários específicos para marcação; expressa a forma de marcação dessas consultas e a experiência de uso dos usuários em relação ao agendamento (LIMA, 2016, p. 103-04).
CANAL DE COMUNICAÇÃO COM O USUÁRIO	A comunicação profissional-paciente. Esta característica refere-se ao teor e à qualidade da interação entre o paciente e o profissional, além daqueles aspectos que são exclusivos na manutenção do enfoque interpessoal da atenção primária.(STARFIELD, 2002, p. 490).

Fonte: LIMA, 2016, p 101; ALBUQUERQUE et al., 2014; BRASIL (2013)⁵; STARFIELD, 2002, p. 490.

Para analisar o atributo integralidade seguiu-se o procedimento utilizado por Lima (2016), onde foram selecionados os componentes serviços realizados/escopo de ações e resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS). A oferta de recursos da APS a seus usuários está representada pelo componente, “serviços realizados/escopo de ações” e busca compreender o cuidado em saúde de acordo com as necessidades da população. Aqui foram selecionadas as seguintes variáveis relacionadas com as ações essenciais: consultas, medicamentos, exames, vacinação; e procedimentos/pequenas cirurgias.

Para Lima (2016), a resolutividade relaciona-se com a qualidade dos serviços prestados, vale dizer, se as ações e serviços oferecidos pela atenção primária de fato se propõem a responder às necessidades dos usuários e/ou a capacidade do serviço de realizar encaminhamentos adequados para outros níveis de atenção quando necessário.

Nesse estudo, a resolutividade foi analisada a partir de aspectos relacionados à percepção dos usuários, concernentes a dois indicadores dentro do escopo de serviços oferecidos na UBS: i) se o usuário quando é atendido na UBS acha que a equipe sempre busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde; e ii) se a medicação está sempre disponível na UBS quando o profissional receita um remédio. Nas UBSs, a resolutividade foi analisada a partir do indicador que abrange a quantidade de profissionais da equipe mínima existentes nas UBSs.

O atributo da longitudinalidade pode ser analisado através de três dimensões em acordo com o contexto do sistema de saúde público brasileiro: identificação da unidade básica como fonte regular de cuidado, vínculo terapêutico duradouro e continuidade informacional (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Nesse estudo, optou-se por caracterizar o atributo da Longitudinalidade segundo Lima (2016), a partir de um conjunto de indicadores nos seguintes componentes: “continuidade da relação profissional-paciente” e “qualidade da relação profissional-paciente (vínculo)”.

A “continuidade da relação profissional-paciente” concerne a

aspectos do cuidado ofertado aos usuários nos diferentes ciclos de vida, e da organização do serviço que permita um acompanhamento pelo profissional ao longo do tempo, como por exemplo, a fixação dele em uma mesma UBS,

⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I, 1ª. Impressão, DF, Brasília, 2013.

o atendimento do usuário pelo mesmo profissional e a realização de busca ativa dos usuários quando necessário (LIMA, 2016, p. 117).

Já a “qualidade da relação profissional-paciente (vínculo)” é o componente analisado principalmente sob a perspectiva do usuário. Foram selecionados alguns aspectos sobre o vínculo estabelecido nessa relação entre profissional-paciente, tais como: a qualidade da relação profissional-paciente apresenta indicadores sobre a experiência de uso do paciente em relação à suficiência do tempo das consultas, facilidade de falar de diferentes questões que preocupam o usuário e sobre a possibilidade de mudança de equipe ou unidade de saúde (LIMA, 2016).

Giovanella (2018, p. 4) ressalta que no país foi realizado vários estudos, a partir de realidades locais (Aleluia et al., 2017; Goncalves et al., 2017; Almeida et al., 2010; Dias e Giovanella, 2013; Giovanella et al., 2009; Giovanella, 2014) que se dedicaram a pesquisar o atributo da Coordenação de Cuidados, bem como de estudos internacionais sobre o tema; e com base neles, foi possível sistematizar e identificar estratégias para potencializar a capacidade dos sistemas de saúde e, portanto, ampliar a resolutividade da atenção básica, a partir da melhoria das ações (práticas) na coordenação de cuidados. Dentre as estratégias de valorização da atenção primária como uma fonte regular de procura de serviços de saúde, têm-se: “a ampliação do escopo de ações; arranjos de comunicação e da troca de informações entre os serviços; comunicação direta entre generalistas e especialistas; diálogo clínico e formação continuada com participação de profissional da atenção básica e da atenção especializada; prontuários eletrônicos compartilhados; Telessaúde com segunda opinião e elaboração de protocolos de referência com participação de profissionais da atenção básica e atenção especializada”.

Portanto, no presente estudo, a análise sobre o atributo da coordenação de cuidados no PMAQ-AB (2º. ciclo) foi delimitada, portanto, com base nas estratégias elencadas por Giovanella (2018), Fausto et al. (2014), e no trabalho de Lima (2016). Por conseguinte, foram selecionados os seguintes componentes para a avaliação da coordenação de cuidados pelas equipes e usuários na APS: continuidade informacional, ordenamento de fluxos assistenciais, acesso à consulta/exames especializados e comunicação direta entre serviços AP – Atenção Primária e AE – Atenção Especializada (Quadro 10).

Quadro 10 - Descrição dos componentes referentes ao atributo: Coordenação de cuidados.

ATRIBUTO	DESCRIÇÃO
CONTINUIDADE INFORMACIONAL	Continuidade informacional é o elemento que permite a conexão de informação entre diferentes provedores para a condução do cuidado. Tanto a informação relativa à condição clínica, quanto o conhecimento sobre as preferências, valores e contexto do paciente seriam importantes para assegurar o atendimento às necessidades do indivíduo (CUNHA; GIOVANELLA, 2011, p. 1031).
ORDENAMENTO DE FLUXOS ASSISTENCIAIS	A coordenação do cuidado pode ser traduzida como uma organização deliberada do cuidado individual, centrada na pessoa; com o objetivo de integrar e dar continuidade às várias ações de saúde prestadas por diferentes profissionais ou em diferentes serviços da rede. É concretizada a partir do acesso à informação, da responsabilização pelo cuidado e da organização do fluxo do usuário na rede de atenção a saúde (CHUERI, et al., 2017, p. 04).
COMUNICAÇÃO DIRETA ENTRE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA E ATENÇÃO ESPECIALIZADA	A falta de ou precária comunicação eficaz entre serviços de atenção básica e atenção especializada, afetam negativamente a coordenação de cuidados, o que resulta em barreiras para a trajetória do usuário pela rede de atenção (ALMEIDA et al., 2010).
ACESSO A CONSULTAS/EXAMES ESPECIALIZADOS	(..) uma APS coordenadora do cuidado deve ser capaz de realizar o agendamento para sua rede de referência e de monitorar as filas e os tempos de espera para atenção especializada, desde que tenha à disposição, por exemplo, instrumentos que permitam a integração assistencial, como centrais de regulação/marcação e prontuários eletrônicos compartilhados (ALMEIDA; MARIN; CASOTTI, 2017, p. 384).

Fonte: CUNHA; GIOVANELLA, 2011, p. 1031; CHUERI, et al., 2017, p. 04; ALMEIDA et al., 2010; ALMEIDA et al., 2010.

O atributo da orientação comunitária requer o conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita em razão do contexto econômico e social em que vive; reconhecer as relações da comunidade com a dinâmica do território; implica participação da comunidade nas decisões sobre sua saúde; na intersetorialidade do trabalho das equipes de saúde com outras organizações para realizar ações intersetoriais, tais como o Programa Saúde na Escola, entre outros (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012) (Quadro 11).

Nesse sentido, foram selecionadas essas três dimensões citadas para avaliar o atributo da orientação para a comunidade no PMAQ-AB. Segundo Lima (2016), o componente da “Territorialização” analisa a percepção das equipes de saúde em relação às ações organizacionais desenvolvidas e identificadas no e para o seu território, a saber: adscrição da população, uso de critérios de risco e vulnerabilidade e conhecimento/mapeamento desse território para o planejamento das ações. Além desses, foi selecionada uma variável para mostrar a percepção dos usuários quanto ao atendimento e de adequação dos serviços e atendimentos as suas necessidades e realidade.

Quadro 11 - Descrição dos componentes referentes ao atributo: Orientação Comunitária

ATRIBUTO	DESCRIÇÃO
TERRITORIALIZAÇÃO	A territorialização reconhece o território como um dos princípios básicos da Estratégia de Saúde da Família para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, vale dizer, o reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, mediante práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico (MONKEN e BARCELLOS, 2005, p. 899).
INTERSETORIALIDADE E	O objetivo da Intersetorialidade é articular a saúde com outros setores, é entendida como “uma relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor que se tenha formado para atuar em um tema visando alcançar resultados de saúde de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só” (SILVA et al., 2010, p. 763).
PARTICIPAÇÃO SOCIAL	A participação da comunidade ou “participação comunitária” na gestão do Sistema Único de Saúde, o SUS, é regulamentada pela Lei 8.142/90, a qual estabeleceu duas instâncias de participação: as Conferências e os Conselhos de Saúde nas três esferas de governo. Os Conselhos de Saúde são órgãos deliberativos que atuam como espaços participativos estratégicos na reivindicação, formulação, controle e avaliação da execução das políticas públicas de saúde. Com relação às Conferências de Saúde, estas consistem em fóruns públicos de discussões que envolvem vários segmentos sociais participantes do SUS (prestadores, gestores, trabalhadores e usuários) cujo objetivo é avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde.

Fonte: MONKEN e BARCELLOS, 2005, p. 899; SILVA et al., 2010, p. 763.

Foram selecionadas também, em relação ao atributo da orientação comunitária, algumas variáveis do PMAQ-AB considerando a articulação da APS com outros setores, em particular, com o setor da educação por meio do Programa Saúde na Escola (PSE). Os indicadores escolhidos foram ações realizadas pelas equipes de atenção primária na escola, a saber: i) se realiza atividades na escola relacionadas ao PSE; ii) se possui documento comprobatório sobre o levantamento do número de escolares identificados com necessidade de saúde que precisam de acompanhamento; iii) se realiza atividades de avaliação clínica (atualização do calendário vacinal, detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica, avaliação oftalmológica, avaliação auditiva, avaliação nutricional, avaliação de saúde bucal).

O atributo da orientação familiar considera o contexto e a dinâmica familiar, bem como a determinação saúde/doença na mesma; procurando conhecer cada membro da família para que possa avaliar seus problemas de saúde e respondê-los de acordo com suas necessidades.

No PMAQ-AB (2º ciclo), alguns indicadores foram selecionados para sua compreensão, no sentido de identificar o processo de trabalho organizacional das equipes com vistas a propiciar o cuidado individual e familiar dado aos usuários. Assim, buscou-se saber se: i) a agenda dos profissionais é organizada para a realização de visita domiciliar; ii) os prontuários dos usuários das equipes estão organizados por núcleos familiares; iii) as equipes possuem documento comprobatório dos prontuários dos usuários organizados por núcleos familiares; iv) as famílias da área de abrangência das equipes recebem visitas com periodicidade distinta de acordo com critérios de risco e vulnerabilidade; v) as equipes possuem algum protocolo ou critérios para visita domiciliar; vi) os profissionais da UBS sempre e na maioria das vezes costumam perguntar pelos familiares dos usuários; vii) o agente comunitário de saúde (ACS) sempre visita o usuário na sua casa; e viii) outro(s) profissional(is) das equipes sempre e na maioria das vezes visita(m) a casa do usuário.

A avaliação da qualidade na atenção primária à saúde envolve variáveis escolhidas a partir da tabulação de dados nos bancos de dados do 2º ciclo PMAQ-AB. Assim, definiu-se, para cada pergunta em cada atributo e seus componentes um conjunto de padrões de respostas, conforme Apêndice B.

Por último, cabe ressaltar que os resultados foram tabulados na forma de frequência simples e percentual com tabelas organizadas para cada componente dos atributos. E como critério de exclusão nos dados tabulados, foram desconsideradas as variáveis com erro no banco.

3.5. METODOLOGIA DO PCA-TOOL

3.5.1. População e amostra

A rede de Atenção Primária à Saúde no município de Manaus é distribuída em quatro distritos urbanos de saúde e um distrito de saúde da zona rural. Cada distrito sanitário compreende um território formado por determinado conjunto de bairros reunidos segundo localização geográfica (Quadro 12).

Nos distritos de saúde manauara coexistem dois modelos de atenção: as UBSTs (Unidades básicas de saúde tradicional), as UBSFs (Unidades básicas de saúde da família) e as unidades mistas. Foram investigados os serviços de APS realizados nas pelas equipes de saúde da família de cada distrito. A população de usuários do estudo foi constituída pela população residente e atendida (coberta) nos distritos pelas equipes de Saúde da Família

(EqSF) e profissionais de saúde e como critérios de inclusão foram considerados: o usuário adulto cadastrado nas UBSs selecionadas; estar em acompanhamento pela equipe de saúde há, pelo menos, seis meses, de maneira que pudesse ter condições de avaliar a atenção recebida. Como critério de exclusão para os usuários, adotou-se, portanto, não apresentar condições físicas e/ou mentais para responder ao questionário.

No tocante à seleção dos profissionais de saúde, foram convidados a participar médicos e enfermeiros que atuassem nos serviços de atenção primária no município, com cadastro ativo no SCNES e tivesse no mínimo seis meses de atuação nas equipes de saúde da família. Como critério de exclusão desses profissionais, citam-se: férias, afastamento ou licença no período da coleta de dados.

Quadro 12 - Bairros visitados e não visitados na pesquisa de campo.

Bairros	DISAS (n=25)	DISAN (n=10)	DISAL (n=11)	DISAO (n=17)	Total (n=63)
Bairros Visitados	Aleixo; Centro; Chapada; Educandos; Flores; Japiim; Morro da Liberdade; Nossa Senhora das Graças; Parque Dez de Novembro; Petrópolis; Presidente Vargas; São Francisco; São Geraldo	Cidade de Deus; Cidade Nova; Colônia Santo Antônio; Colônia Terra Nova; Lago Azul; Monte das Oliveiras; Nova Cidade; Novo Aleixo; Novo Israel; Santa Etelvina.	Armando Mendes; Distrito Industrial II; Coroadó; Gilberto Mestrinho; Jorge Teixeira; São José Operário; Tancredo Neves;	Alvorada; Compensa; Da Paz; Dom Pedro; Glória; Lírio do Vale; Nova Esperança; Redenção; Santo Agostinho; Santo Antônio; São Jorge; São Raimundo; Tarumã; Vila da Prata; Planalto	45 (71%)
Bairros não visitados	Adrianópolis*; Aparecida; Betânia*; Cachoeirinha; Colônia Oliveira Machado; Crespo; Distrito Industrial I; Raiz; Santa Luzia; Praça 14 de Janeiro*; Vila Buriti*; São Lázaro		Colônia Antônio Aleixo; Mauazinho; Puraquequara; Zumbi dos Palmares	Tarumã- Açú; Ponta Negra	18 (29%)
Total da população estimada (2017)	519.252	592.326	529.543	475.135	2.116.256

Fonte SEMSA, 2019.

Nota: * Sem UBSF.

3.5.2. Plano amostral

A cobertura populacional da ESF em Manaus totalizava 759.778 pessoas em outubro de 2018, (subdividida em: 177.863 no Distrito Sul; 221.953 no Distrito Norte; 186.619 no Distrito Leste e de 173.343 no Distrito Oeste) segundo dados coletados junto ao Núcleo de Monitoramento e Avaliação nos Distritos de Saúde (SEMSA). Esse quantitativo de cobertura da ESF no Município estava um pouco acima do referenciado no *site* do MS (<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>). Acesso em 09 de outubro de 2018), de 693.450 pessoas.

No tocante ao quantitativo de médicos e enfermeiros, segundo SCNES, havia 221 enfermeiros e 179 médicos, totalizando 400 profissionais; retirando a área rural, esse número cai para 384, e, filtrando mais ainda pelos critérios mencionados, esse total ficou em 147 médicos e 161 enfermeiros (dados apurados para fevereiro de 2019). Desse modo, procedeu-se à definição do tamanho mínimo da amostra de profissionais de saúde a serem entrevistados em cada distrito de saúde do município a partir do *cálculo probabilístico*, baseando-se no número de profissionais cadastrados no CNES e nas EqSFs. Aqueles profissionais que atuarem em mais de uma equipe de saúde da família em distintos distritos, não participaram da consulta novamente.

3.5.3. Estratificação da amostra

Para o cálculo da amostra estratificada nos distritos de saúde, determinou-se nível de significância de 95% e demarcou-se um erro amostral máximo desejado de 5%. Esses valores, aplicados na fórmula para populações infinitas, proporcionaram um “n” igual a 384 usuários, distribuídos da seguinte forma: 90 para o distrito Sul; 112 para o distrito Norte; 94 no distrito Leste; e 88 no distrito Oeste. Foram acrescidos 3% para prevenir perdas e/ou desistências, assim, no resultado do dimensionamento, a amostra final totalizou em 395 adultos (112 no Distrito Norte; 91 no Distrito Sul; 97 no Distrito Leste; e 95 no Distrito Oeste).

No tocante aos profissionais, foi realizado um cálculo amostral com nível de significância de 95% e demarcou-se um erro amostral de 6%. Com base nessas dimensões, aplicou-se a fórmula de populações infinitas e chegou-se ao tamanho desejado da amostra de 143 profissionais (sendo de 68 médicos e 75 enfermeiros). Por conta de desistências foram 60 médicos e 97 enfermeiros. O quantitativo final da amostra ficou em 157 profissionais de

ambos os sexos, e de 28% a mais de enfermeiros. Sabe-se que nas UBSs, em sua maioria, é o (a) enfermeiro(a) que figura como o(a) gestor(a) local da unidade de saúde, e portanto, sua participação é de grande relevância para o conhecimento dos processos de trabalho das equipes de saúde da família.

3.5.4. Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2018 a junho de 2019, por meio de entrevistas, utilizando-se a ferramenta PCA-Tool nas versões adulto e profissionais (ANEXOS B e C) e um segundo questionário sociodemográfico apenas para os usuários (APÊNDICE C). Em sua maioria, estas entrevistas foram feitas no interior das UBSs, no horário de atendimento aos usuários, e estes eram convidados a participar da pesquisa, com explicações sobre os objetivos, riscos e benefícios da sua participação, ressaltando-se o anonimato. Os profissionais foram também convidados a participar da pesquisa, em geral, as entrevistas eram realizadas após o atendimento aos usuários, portanto, ao final do expediente de trabalho; ou então, os questionários eram entregues aos profissionais e, quando finalizados, eram recolhidos pela pesquisadora. Foi disponibilizado, número de telefone e e-mail da pesquisadora para recebimento de dúvidas dos profissionais quanto a algum item do questionário deixado.

A coleta de dados para a pesquisa obedeceu aos seguintes critérios: i) definição do *locus* da pesquisa apenas nas UBSs localizadas na área urbana de Manaus; ii) identificação das equipes de Estratégia Saúde da Família; iii) feita a definição da amostra populacional dos usuários e profissionais, foram visitadas, inicialmente, às UBSs inseridas nos bairros mais populosos da cidade; iii) procedeu-se por conveniência a seleção dos usuários nas UBSs, à medida que foram sendo atendidos ou aguardando consultas pelos profissionais de saúde das ESF. Quando necessário foi preciso ir a campo, pesquisar de casa em casa nas proximidades das UBS selecionadas, com acompanhamento em muitos casos dos agentes comunitários de saúde.

3.5.5. Descrição dos instrumentos de coleta de dados

Inicialmente foi aplicado com os usuários um questionário do perfil sócio-demográfico com questões relativas ao distrito de saúde, sexo, faixa etária, raça (cor da pele), anos de estudo e situação conjugal dos participantes, número de filhos, renda familiar, acesso a plano

privado de saúde, ocupação, motivo principal para a busca do serviço da UBS e frequência com que procura a UBS. Também para os profissionais explicou-se sobre os objetivos da pesquisa e condições de risco, ao final da explanação, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em conformidade com a legislação vigente (APÊNDICES C, D e E).

O segundo instrumento foi a versão validada do PCA-Tool. Esse instrumento, versão usuários - adultos, contém 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS (ANEXO B). Os atributos avaliados foram quatro essenciais (atributos da APS: Primeiro Contato – Utilização e Acesso, Longitudinalidade, Integralidade – Serviços Disponíveis e Serviços Prestados, Coordenação – Cuidado e Sistema de Informações e três derivados (Orientação Familiar e Orientação Comunitária) e o grau de afiliação do usuário com o serviço de saúde.

Os atributos da APS inseridos no instrumento PCA-Tool-Brasil possibilitam captar a experiência do usuário e as características de processo sobre os serviços de saúde. Os atributos essenciais e derivados estão em conformidade com a base conceitual de Starfield (2002) e tem como finalidade avaliar a APS em Manaus (APÊNDICE A).

O componente denominado Grau de Afiliação com o Serviço de Saúde (A) relaciona-se com o grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde/profissional de saúde. Trata-se da identificação pelo usuário do serviço de saúde na qual ele frequenta, ou o profissional de saúde (médico/enfermeiro) sobre o qual o entrevistado (usuário) reconhece como o profissional que o assiste sempre que aquele necessita de assistência de saúde na UBS. É constituído por três elementos (A1, A2 e A3).

No atributo chamado de Acesso de Primeiro Contato – Utilização do Serviço (B) busca-se compreender se a UBS referenciada pelo usuário é o primeiro local que o mesmo procuraria caso possuía um problema de saúde que ainda não havia se apresentado ou novo episódio de um problema crônico/continuado. Ademais, deseja-se ter conhecimento se a UBS citada pelo usuário é o único meio de encaminhamento para um especialista ou serviço especializado. É subdividido em três questões (B1 a B3). No componente Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C) trata-se de analisar a utilização de serviços de saúde pelo usuário, ou seja, se a UBS configura-se como porta de entrada dos serviços de saúde, suprimindo as barreiras geográficas, financeiras e culturais. É composto por 12 questões (C1 a C12).

O atributo da Longitudinalidade (D) avalia se o médico ou o enfermeiro têm um conhecimento amplo, integral, da realidade biopsicossocial do usuário ou se o conhecimento

do profissional de saúde se resume ao reconhecimento das doenças dos usuários (biomédico). É constituído por 14 questões (D1 a D14).

Já o atributo da Coordenação compõe-se de duas partes: Integração de Cuidado (E); e Sistema de Informação (F). Estes dois componentes são distribuídos, respectivamente, por nove (E1 a E9) e por três (F1 a F3) questões. A coordenação do cuidado pode ser traduzida como uma organização deliberada do cuidado individual, centrada na pessoa; com o objetivo de integrar e dar continuidade às várias ações de saúde prestadas por diferentes profissionais ou em diferentes serviços da rede. É concretizada a partir do acesso à informação, da responsabilização pelo cuidado e da organização do fluxo do usuário na rede de atenção à saúde (CHUEIRI; HARZHEIM; TAKEDA, 2017).

O atributo da Integralidade é formado por dois itens: serviços disponíveis (G) e serviços prestados (H). Representa ações integrais de saúde de natureza preventiva, de promoção e cura, dirigidas à pessoa, família e comunidade, objetivando atender os diversos determinantes sociais, dentro de um processo de trabalho que envolva todos os serviços e agentes sociais, em todos os níveis de atenção. O atributo Serviços Disponíveis é constituído por 22 questões (G1 a G22), já o atributo Serviços Prestados é formado por 13 questões (H1 a H13).

O atributo derivado chamado de Orientação à família (orientação familiar) considera a família como o sujeito da atenção e aponta o seu potencial de cuidado e conhecimento integral de seus problemas e necessidades, sendo um grande parceiro na busca de uma saúde de qualidade para todos os brasileiros. Constitui-se apenas de três questões (I1 a I3).

O último atributo analisado refere-se à Orientação comunitária e diz respeito ao reconhecimento, pelos profissionais da saúde, durante seu processo de trabalho, das necessidades em saúde da comunidade, por meio do conhecimento do perfil epidemiológico, sanitário e de relação horizontalizada com ela, inclusive envolvimento da comunidade no planejamento e avaliação da atenção prestada. Possui apenas seis itens (J1 a J6).

As respostas do questionários do PCA-Tool – versão usuários são apresentadas do tipo *Likert*, com intervalo de um a quatro (1 a 4) para cada atributo. As respostas possíveis para cada um dos itens foram: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/não lembro” (valor=0).

Porém, para certos componentes do questionário são estabelecidos critérios diferenciados de cálculo para seus escores. Por exemplo, os itens C9, C10, C11, C12 e D14 foram formulados de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para APS. Logo, estes itens devem ter seus valores invertidos para: (valor 4=1),

(valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4); os demais atributos e suas especificidades foram calculadas a partir da metodologia descrita no Manual do instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCA-Tool – Brasil (BRASIL, 2010b).

Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente. O resultado geral da avaliação pelo PCA-Tool é calculado a partir de duas medidas: o Escore Essencial, que é a média dos escores dos componentes que pertencem aos atributos essenciais, e o Escore Geral, que é a média dos escores dos componentes dos atributos essenciais, acrescida dos escores dos atributos derivados. Esses resultados caracterizam o grau de orientação do serviço ou do sistema de saúde aos atributos da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2010b).

No tocante ao questionário PCA-Tool – Brasil (versão Profissionais) este é composto por 77 itens divididos em 8 componentes em relação aos atributos da APS (APÊNDICE A). Também nesse instrumento, os critérios de cálculo dos seus componentes obedecem ao manual do PCA-Tool – Brasil. Nesse último, os escores para cada um dos atributos foram calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo e possuem também diversos critérios específicos, como a necessidade de se inverter os valores no primeiro atributo, Acesso de Primeiro Contato, cujo item A9 (última pergunta do atributo) foi formulado de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor será a orientação para APS. Logo, este item deve ter seu valor invertido para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4).

Outra sugestão do citado manual diz respeito às respostas em branco. Nessa situação, 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”), não deve ser calculado o escore deste componente para este entrevistado. O escore deste componente para este entrevistado ficou em branco (*missing*) no banco de dados. 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” será transformado para o valor “2” (“provavelmente não”). Esta mudança é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde não conhecidas pelo entrevistado (BRASIL, 2010b).

Ainda segundo o Manual citado, para transformar os escores em escala de 0 a 10, foi utilizada a seguinte fórmula: [escore obtido – 1 (valor mínimo)] x 10/4 (valor máximo) – 1 (valor mínimo). Ou seja: (Escore obtido – 1) x 10/3.

No tocante ao cálculo do Escore Essencial (EE), o valor alcançado pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais dividido pelo número de atributos foi aferido mediante da seguinte fórmula: $EE = (A + B + C + D + E + F)/6$.

No caso de não ter sido possível calcular o escore em 3 ou mais componentes essenciais, não foi calculado o Escore Essencial da APS para este profissional. Se não foi possível calcular o escore em 2 ou menos dos componentes essenciais, foi calculada a média dos componentes restantes para calcular o Escore Essencial da APS.

O Escore Geral (EG) foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais aos componentes que pertencem aos atributos derivados dividida pelo número total de atributos: $EG = (A + B + C + D + E + F) + (G + H)/8$.

Caso não fosse possível calcular o escore em 4 ou mais componentes, não foi calculado o Escore Geral da APS para este participante. E, na situação onde não tenha sido possível calcular o escore em 3 ou menos dos componentes, foi calculada a média dos componentes restantes para calcular o Escore Geral da APS.

Após a consolidação dos dados relativos a cada atributo, os valores foram transformados em escala contínua, variando entre zero e dez, utilizando a fórmula a seguir: $Escala = [(escore\ obtido - 1) \times 10]/3$. Valores de escores $\geq 6,6$ foram definidos como elevados e equivalentes ao valor três ou mais (≥ 3) na escala *Likert*, enquanto valores $\leq 6,6$ foram considerados baixos (HARZHEIM et al, 2013).

Foram calculados os Escores Essencial e Geral da Atenção Primária no município analisado tanto na perspectiva tanto dos usuários quanto para os profissionais (médicos e enfermeiros). A obtenção de resultados pode elucidar se a presença e extensão dos atributos presentes em determinada organização de serviços de saúde é orientada para a Atenção Primária de Saúde. Ademais, a identificação empírica dos atributos da Atenção Primária à Saúde permite analisar a associação entre os atributos e os resultados da efetividade da qualidade da atenção prestada aos usuários e população.

3.5.6. Etapas da coleta de dados

Após a definição do instrumento de coleta de dados, realizaram-se os trâmites para submissão de solicitação para coleta de dados à avaliação do Núcleo de Pesquisa, Extensão e Inovação em Saúde da Escola de Saúde Pública de Manaus – ESAP/SEMSA por meio de preenchimento de dados e documentos relativos à pesquisa no *site* (http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=). Após aprovação de todas

as exigências e documentos na SEMSA, foram iniciadas as visitas às sedes distritais (Norte, Sul, Leste e Oeste) para conversar com os gestores distritais para esclarecimentos para exposição dos objetivos do estudo e o planejamento das estratégias para o contato com os participantes na própria UBS.

Nesse momento, foi solicitado também, o quantitativo de pessoas cadastradas e cobertas pelas equipes de estratégia saúde da família em todos os distritos de saúde. Com base nessas informações, a pesquisa foi dividida em duas partes: um primeiro momento foi dedicado à aplicação dos questionários sociodemográfico e PCA-Tool para os usuários, o segundo momento foi dedicado aos profissionais.

Após as informações emitidas pelos usuários e profissionais, as respostas às questões do PCA-Tool foram armazenados em um banco de dados para posterior análise e discussão dos dados.

3.5.7. Análise dos Dados

Por fim, foram calculados os escores de cada um dos atributos, objetivando avaliar individualmente cada atributo com menor ou maior orientação para APS. Foram usadas ferramentas estatísticas para fazer afirmações sobre características da população, com base nas informações dadas pela amostra (BUSSAB; MORETTIN, 2013).

Os dados foram analisados e tratados em planilha eletrônica, no programa Microsoft Excel versão 2007, e utilizou-se também, para a consolidação dos dados, o programa estatístico R Versão 3.6.1, para tratamento e geração de resultados, visando a correções de qualquer discordância entre os dados. Este *software* estatístico enseja o emprego de dados em diversas maneiras, permitindo determinar relatórios, avaliar as estatísticas descritivas, orientar as análises estatísticas mais complexas e criar tabelas e gráficos.

Foram calculadas frequências absolutas e relativas para variáveis qualitativas, bem como realizados os cálculos dos escores mínimos, máximas, média, desvio-padrão e grau de orientação para APS das variáveis quantitativas.

A normalidade estatística dos escores essencial e geral do PCA-Tool foi avaliada por intermédio do teste de Shapiro-Wilk, com a finalidade de definir os testes adequados para comparar os escores em relação às demais variáveis. Não sendo encontrada a normalidade ($p < 0,001$) em todas as medidas dos atributos, foram usados os testes de Mann-Whitney (também conhecido como teste de Wilcoxon). para comparações de escores envolvendo apenas dois grupos, Kruskal-Wallis para comparações de três ou mais grupos (NOETHER, 1983; VIEIRA, 2003). Esses testes são conhecidos como testes não-paramétricos, isto é, não

dependem de suposição de normalidade em relação à variável de interesse (SOARES; SIQUEIRA, 2002).

Para todos os procedimentos inferenciais, foi adotado um nível de significância de 5%. Quanto às entrevistas atinentes às características sociodemográficas dos participantes do estudo, foram avaliados os valores absolutos e relativos, por Distrito de Saúde.

Com o objetivo de verificar a associação entre variáveis tamanho da UBS, tempo de trabalho na ESF e categorias de profissionais (médicos e enfermeiros), foi utilizado o teste Qui-Quadrado e o Exato de Fisher. Este segundo foi utilizado quando o pressuposto do tamanho adequado das frequências esperadas não for atendido. O teste de Fisher é a alternativa para contornar esse problema, sendo considerado a versão exata do teste Qui-Quadrado (SOARES; SIQUEIRA, 2002).

3.6. ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE AS TRÊS FERRAMENTAS ANALISADAS

A comparação entre as três ferramentas analisadas (PCA-Tool, ICSAP e PMAQ-AB) sugerida na tese segue o modelo de análise apresentado a partir das informações contidas no Quadro 8, a saber: objetivo (o que pretende mensurar?), informações obtidas, como mede (quais parâmetros analisados?) e potencialidades (Figura 6).

No item OBJETIVO busca-se descrever o que o instrumento pretende mensurar. Na ferramenta ICSAP mensura-se as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAPs), ou seja, as internações por doenças passíveis de controle e redução por meio da atenção primária acessível e efetiva, envolvendo prevenção e continuidade do cuidado. As taxas de ICSAPs possibilitam os seguintes usos: analisa as variações geográficas e temporais na distribuição das ICSAPs, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos; avalia a adequação do uso do recurso hospitalar; e c) subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência à saúde (UFMG, 2012).

O instrumento PCA-Tool é usado para avaliar o grau de orientação dos serviços de saúde prestados aos atributos da APS estabelecidos por Starfield (acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção; orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural) e, por meio deles, qualificar o processo de atenção, priorizando as interações entre profissionais e usuários mediadas pela estrutura do serviço. Tem por objetivo, também, avaliar os profissionais da saúde e à população atendida. O instrumento do PMAQ-AB tem por objetivo:

- Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB;
- Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB;
- Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde;
- Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de Autoavaliação, Monitoramento e Avaliação, Apoio Institucional e Educação Permanente nas três esferas de governo;
- Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação como ferramenta de gestão da AB;
- Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e
- Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários (BRASIL, 2011).

Em suma, o PMAQ-AB tem por objetivo avaliar os profissionais da saúde que formam parte das equipes, os usuários e as diferentes instâncias gestoras de todos os municípios.

As INFORMAÇÕES OBTIDAS referem-se aos resultados possíveis de serem alcançados naquelas ferramentas. Na ferramenta PCA-Tool é possível avaliar as informações e percepção tanto de usuários quanto de profissionais sobre os serviços públicos de saúde utilizados na APS. Verifica-se, portanto, se os usuários quando necessitam de uma consulta de revisão (consulta de rotina, *check-up*) se encaminham para a UBS pesquisada e/ou é atendido pelo profissional (médico/enfermeiro) dessa unidade de saúde antes de ir a outro serviço de saúde frente a um novo problema; se os profissionais de saúde na UBS perguntam aos pacientes quais suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família; e possibilita também, a identificação do serviço na APS.

No PMAQ-AB é possível obter diversos tipos de informações, a saber: i) o funcionamento da UBS, isto é, os horários de funcionamento, mecanismo de agendamento de consulta, reserva de vagas para consultas de demanda espontânea, etc.; ii) a disponibilidade de medicamentos na UBS; iii) a saúde da mulher e da criança, isto é, se realiza o exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) na UBS, se realiza vacinação (imunização) na UBS às crianças iv) os procedimentos ofertados na UBS, ou seja, se na UBS realiza procedimentos simples, tais como: drenagem de abscesso e sutura de ferimentos, etc.; v) a satisfação dos usuários no tocante ao tempo dado pela equipe de profissionais para falar

sobre suas preocupações. Os dados do PMAQ-AB permitem também, o uso de indicadores de desempenho para classificar equipes, e indicadores de monitoramento sobre a oferta de serviços e resultados alcançados por equipe, agrupar municípios sob avaliação para fins de comparação, em seis estratos de acordo com indicadores socioeconômicos como Produto Interno Bruto *per capita*, proporção populacional de acesso a planos de saúde, bolsa família e extrema pobreza, e densidade demográfica (SAVASSI, 2012).

Na ferramenta ICSAP, as INFORMAÇÕES OBTIDAS referem-se à taxa de ICSAP, a qual pode ser construída a partir da lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária, que inclui 20 diagnósticos divididos em 120 categorias da CID-10. Portanto, obtém-se registros de informações das ICSAPs discriminados por diagnóstico de doenças, das seguintes maneiras: i) por Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais; ii) pelo perfil do usuário do SUS (Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 19, 20 a 39, 40 a 59 e 60 anos e mais e Sexo: masculino e feminino).

O critério COMO MEDE? pretende apurar quais parâmetros foram utilizados nas análises das informações nas referidas ferramentas. No PCA-Tool, a mensuração das informações é realizada por meio de questionários padronizados e validados PCA-Tool (versão criança, adulto e profissionais) e pelas dimensões e subdimensões analisadas (APÊNDICE A).

No PMAQ-AB, os parâmetros analisados são apurados através de questionários padronizados divididos em quatro dimensões (gestão municipal, gestão da atenção básica, unidade básica de saúde e equipe) que se subdividem em quatorze subdimensões (Quadro 6). Em relação ao ICSAP, a mensuração é feita através de um indicador hospitalar construído a partir de dados secundários extraídos de um banco de dados baseando-se na junção dos arquivos das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). É necessário, portanto, calcular as taxas de hospitalização com base no quociente entre o número de pacientes internados por diagnósticos classificados pelo Ministério da Saúde (Portaria SAS/MS nº 221/2008) como Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) em determinado localidade (município) e a população total do local (município), multiplicado por 10.000; tendo como base as projeções populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

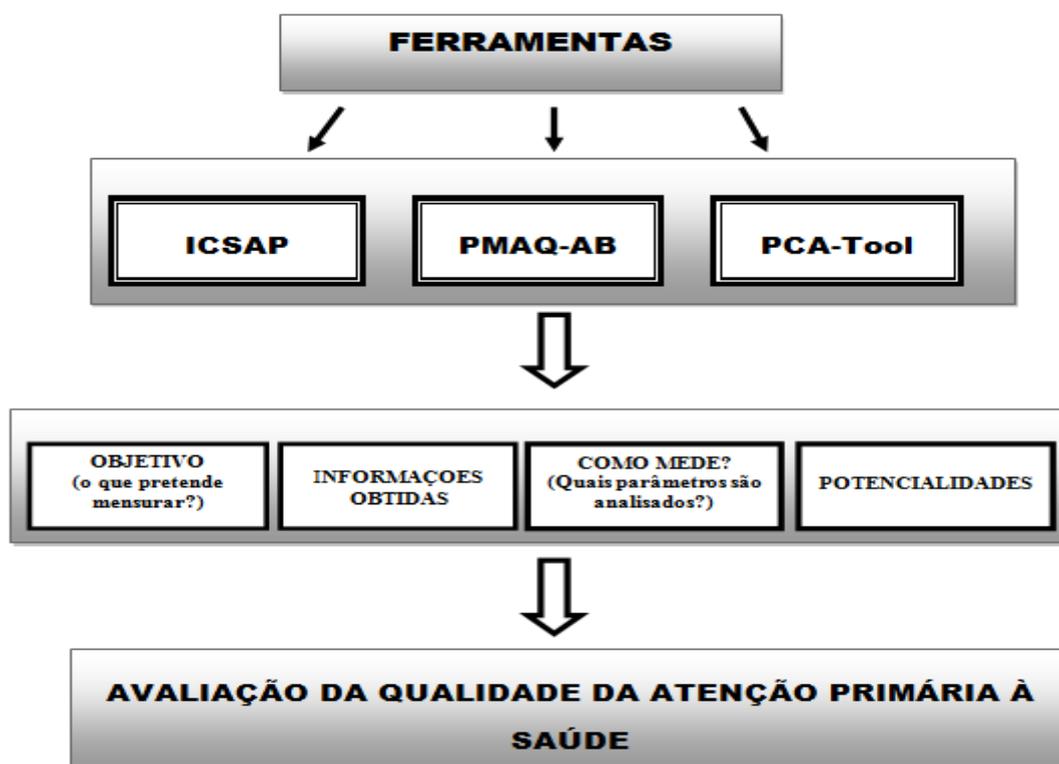
As POTENCIALIDADES explicitam a potencialidade de determinada ferramenta para avaliar a qualidade de serviços de saúde em uma determinada localidade. O PCA-Tool, por exemplo, pretende identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade tanto para o planejamento como para a

execução das ações de APS. Os atributos longitudinalidade e coordenação apresentam tanto características da estrutura quanto do processo; enquanto o aspecto estrutura dos serviços está fortemente ligado ao acesso de primeiro contato, subitem acessibilidade e ao atributo da integralidade, subitem serviços disponíveis; a categoria processo está mais envolvida no acesso de primeiro contato, subitem utilização e integralidade, subitem serviços prestados.

A ferramenta PMAQ-AB permite parâmetro de comparação entre as equipes da atenção básica, considerando as diferentes realidades de saúde. Possibilita ainda maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas para a APS.

As ICSAPs têm o potencial de indicar falhas ou limitações na organização ou funcionamento da APS, seja por dificuldades de acesso, falta de recursos diagnósticos ou terapêuticos e oferta de atenção clínica competente. Ademais, a análise da evolução das ICSAPs pode contribuir também, para evidenciar o impacto de medidas introduzidas no sistema de saúde, como as mudanças no modelo assistencial a partir da implantação da ESF e daquelas oriundas da ampliação do financiamento. Nesse sentido, altas taxas de hospitalização permitem identificar a dificuldade no acesso a serviços de saúde pela população, baixa resolubilidade desse serviço e/ou baixa cobertura de rede de atenção primária. É possível ainda determinar os fatores associados às ICSAPs entre adultos e idosos.

Figura 6 - Modelo de análise comparativo para as ferramentas (ICSAP, PCA-Tool e PMAQ-AB).



Fonte: Elaboração própria, a partir do Quadro 7.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS

A presente tese apresenta os resultados de pesquisa aprovada pelo CEP da COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG sob o N^o. 2.876.275, de 06 de setembro de 2018, que também aprovou o *Termo de Consentimento Esclarecido* que foi assinado por todos os entrevistados.

4. . RESULTADOS

4.1. RESULTADOS DAS ICSAPS EM MANAUS 2010-2017

Segundo estudo publicado no Boletim PROADESS⁶, entre 2009 a 2017, a taxa de internação hospitalar no SUS da população residente diminuiu de 57,4 para 55,5 por mil habitantes no Brasil. No entanto, nas regiões Norte e Centro Oeste, essa redução nas taxas de internação hospitalar ocorreu entre os anos de 2010 e 2016. Não obstante, segundo informações contidas no Boletim supracitado, a redução na taxa de internação hospitalar no Brasil pode estar associada em parte devido ao modelo assistencial de saúde, principalmente a partir da criação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no final dos anos 90 e das unidades de pronto atendimento (UPA) a partir de 2011 para atendimento nas áreas carentes no país.

Dessa forma, considerando a importância das ICSAPs como uma medida indireta de efetividade da atenção primária no SUS, o presente estudo objetivou avaliar o perfil das taxas de ICSAPs e de suas frequências no município de Manaus, Amazonas, com base numa série histórica de 2010 a 2017, comparando-se, o início e o final dessa série a fim de identificar as patologias mais prevalentes na população manauara e, dessa forma, elucidar problemas que possam ser referências em ações e serviços de saúde pelos formuladores de políticas na busca pela qualidade da atenção primária à saúde em Manaus, Amazonas.

Tabela 6 - Distribuição das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, Internações Não Sensíveis à atenção primária e Internações Totais, Manaus, Amazonas, 2010-2017.

Internações	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Total ICSAP	10979	14577	16240	13965	12625	14451	14755	14158	111750
Total N ICSAP	20890	23857	22994	21228	17287	19879	21910	23584	171629
Total de Internações por todas as causas	31869	38434	39234	35193	29912	34330	36665	37742	283379
Total ICSAP/Total das Internações (%)	34,5	37,9	41,4	39,7	42,2	42,1	40,2	37,5	39,4

Fonte: Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIHs mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/ Ministério da Saúde.

Legenda: ICSAP – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária; Internações Não Sensíveis à Atenção Primária (N ICSAP).

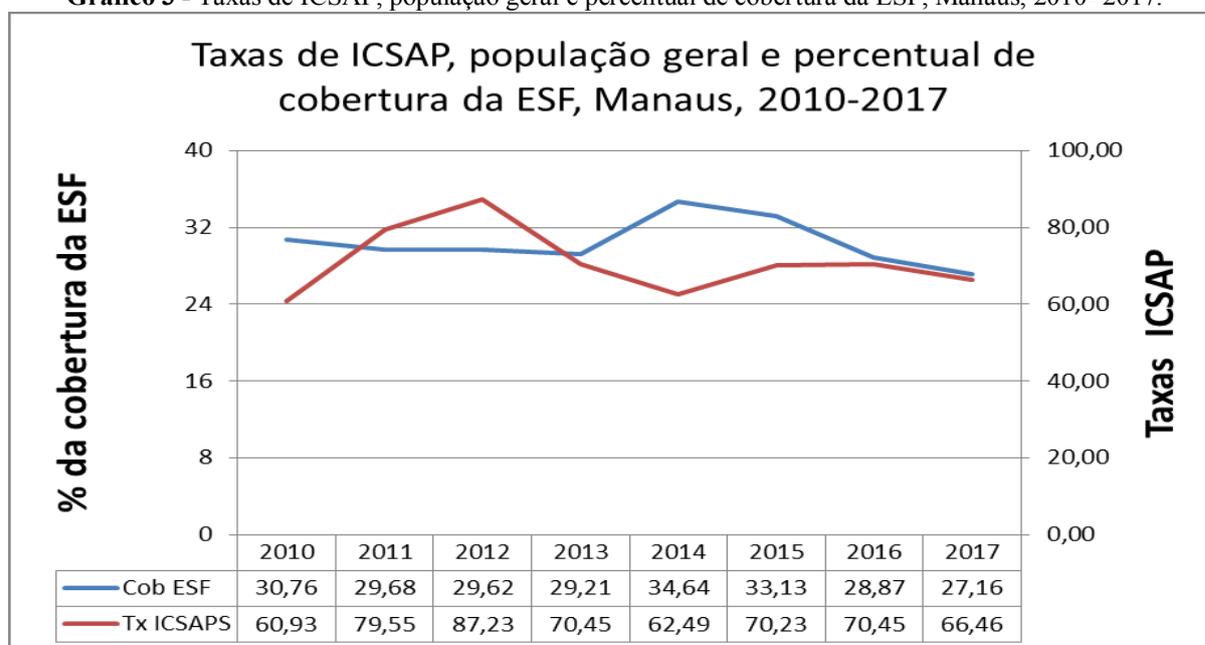
De acordo com os dados do SIH/SUS, no período de 2010 a 2017 foram registradas 283.379 de internações clínicas por todas as causas (excluídas as internações de longa

⁶ Boletim Informativo do PROADESS, n°4, fev./2019 (https://www.proadess.icict.fiocruz.br/Boletim_4_PROADESS_Monitoramento%20da%20assistencia%20hospitalar_errata_1403.pdf). Acesso em 15 de julho de 2019).

permanência ou por parto) de residentes em Manaus. Desse total, aproximadamente, 39,4% foram por Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) e 60,6% pertenciam a internações hospitalares não relacionadas com as condições sensíveis à atenção primária (Vide Tabela 6).

O Gráfico 3 apresenta a evolução das taxas, por 10.000 habitantes, de ICSAP, em contraste com a cobertura em percentual da Estratégia Saúde da Família. Ao longo dos oito anos de estudo, percebe-se que houve uma tendência média da cobertura da ESF de 29% entre 2010 e 2017; o ano de 2014 alcançou o maior percentual de cobertura da ESF no período (34,64% da população alvo). Não obstante, na comparação de 2010 com 2017, verifica-se uma queda 11,7% nesse indicador no município de Manaus.

Gráfico 3 - Taxas de ICSAP, população geral e percentual de cobertura da ESF, Manaus, 2010- 2017.



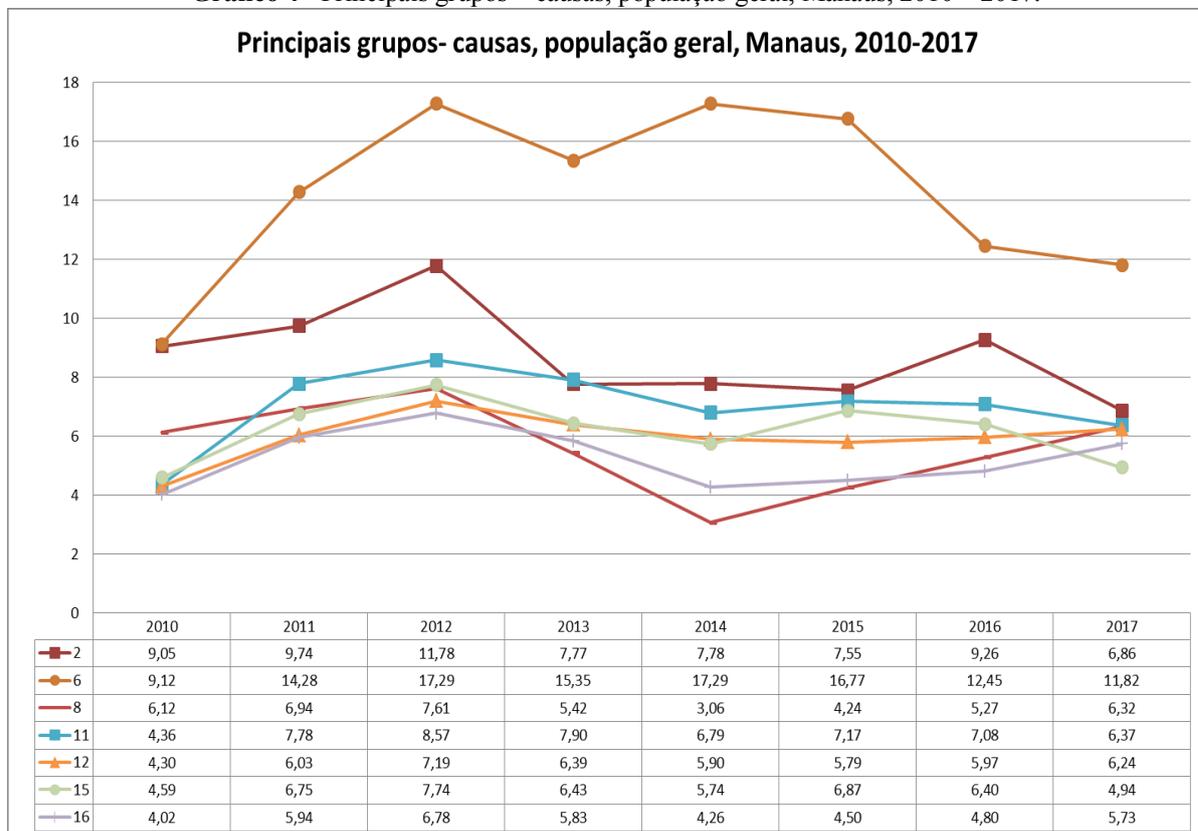
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de SIH SUS e SIAB (2018).

No que diz respeito às taxas de ICSAPs, nota-se um considerável aumento em 2012 alcançando o percentual de 87,23; e em seguida uma inflexão, no sentido de queda mais abrupta até 2014 quando volta a crescer e estabilizar entre 2015 e 2016. A taxa de ICSAP se elevou gradativamente de 60,93 para 66,46/10.000 habitantes, entre 2010 e 2017, apresentando um crescimento de 9,08% e, concomitantemente, houve uma redução da cobertura da ESF entre 2010 e 2017 de 30,76% em 2010 para 27,16%. (Gráfico 3).

No tocante aos grupos de causas mais frequentes classificados por situações de saúde pelas taxas de ICSAPs em Manaus no período de 2010 a 2017, destacam-se em ordem crescente as pneumonias bacterianas, as gastroenterites infecciosas e complicações, as

doenças pulmonares, a insuficiência cardíaca, as doenças cerebrovasculares, a infecção no rim e trato urinário e infecção da pele e tecido subcutâneo (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Principais grupos – causas, população geral, Manaus, 2010 – 2017.



Levando-se em consideração o ano inicial e o final da série temporal, observa-se que as taxas de internações sensíveis do grupo das gastroenterites infecciosas e complicações declinaram de 9,05 para 6,86 por 10.000 habitantes (redução de 24,20%). No entanto, as taxas de ICSAPs no grupo de causa das pneumonias bacterianas cresceram em 29,06%; enquanto no grupo das doenças pulmonares praticamente não houve mudanças com as taxas passando 6,12 para 6,32 por 10.000 habitantes, assim como no grupo 15 composto pela infecção no rim e trato urinário passaram de 4,59 para 4,94 por 10.000 habitantes na comparação entre 2010 e 2017. Os demais grupos analisados também apresentaram um crescimento nas taxas de ICSAPs no período selecionado para o estudo (Gráfico 4).

A relação das principais causas de taxas de ICSAPs por faixa etária em Manaus entre os anos de 2010 e 2017 está apresentada no Quadro 13. Entre 2010 e 2017 não houve mudanças em termos de prevalência dos grupos de causas na faixa etária de 0 a 4 anos, as doenças pulmonares, seguidas pelas pneumonias bacterianas, e das gastroenterites infecciosa e complicações juntas responderam pelas elevadas taxas de ICSAPs nessas condições de saúde no município de Manaus (Tabelas 7 e 8).

Quadro 13 - Principais grupos de causas de Taxas de ICSAP por faixa etária – Manaus, 2010 e 2017.

Faixa Etária	Principais causas de ICSAP	
	2010	2017
0 a 4 anos	Doenças pulmonares	Doenças pulmonares
	Pneumonias bacterianas	Pneumonias bacterianas
	Gastroenterites Infeciosas e complicações	Gastroenterites Infeciosas e complicações
	Infecção no rim e trato urinário	Doenças relacionadas ao pré-natal e parto
5 a 14 anos	Asma	Pneumonias bacterianas
	Gastroenterites Infeciosas e complicações	Gastroenterites Infeciosas e complicações
	Pneumonias bacterianas	Infecção da pele e tecido subcutâneo
	Infecção da pele e tecido subcutâneo	Asma
15 a 29 anos	Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	Doenças relacionadas ao pré-natal e parto
	Infecção no rim e trato urinário	Infecção no rim e trato urinário
	Doenças preveníveis p/imuniz/condições sensív	Pneumonias bacterianas
	Infecção da pele e tecido subcutâneo	Infecção da pele e tecido subcutâneo
30 a 59 anos	Doenças preveníveis p/imuniz/condições sensív	Doenças cerebrovasculares
	Insuficiência cardíaca	Insuficiência cardíaca
	Diabetes melitus	Diabetes melitus
	Doenças cerebrovasculares	Angina
60 anos e +	Insuficiência cardíaca	Insuficiência cardíaca
	Doenças cerebrovasculares	Doenças cerebrovasculares
	Diabetes melitus	Pneumonias bacterianas
	Doenças preveníveis p/imuniz/condições sensív	Diabetes melitus

Fonte: SIH/DATASUS – Tabelas 7 e 8. Acessado dezembro 2018.

Comparando as taxas de ICSAPS por diagnóstico, entre os anos de 2010 e 2017, na faixa etária menor de 1 ano, verifica-se crescimento no grupo de pneumonias bacterianas (5,9%), das doenças pulmonares (18,2%) e decréscimo nas gastroenterites infecciosas e complicações (44,0%) nessa faixa etária. Na faixa de 5 a 14 anos, o principal grupo de causas que apresentou internações hospitalares em 2010 foi da Asma (14,9 por 10.000 habitantes), com prevalência na faixa de 5 a 9 anos, em seguida, as pneumonias bacterianas (11,3 por 10.000 habitantes) e gastroenterites infecciosas e complicações (11,3 por 10.000 habitantes). Em 2017, as maiores taxas responsáveis pelas internações concentraram-se nos grupos de causas relacionados às pneumonias bacterianas (11,0 por 10.000 habitantes) com prevalência na faixa de 5 a 9 anos; seguidas das gastroenterites infecciosas e complicações (9,8 por 10.000 habitantes) na faixa supracitada (Tabelas 7 e 8).

No que concerne à faixa etária dos adolescentes (15 a 19 anos) entre os anos de 2010 e 2017, notou-se melhora em algumas taxas de ICSAPs entre os principais grupos de diagnósticos. A taxa de ICSAP no grupo das doenças referentes ao pré-natal e parto, por exemplo, apresentou redução de 33,3% (6,9 para 4,6 por 10.000 habitantes) respectivamente

entre 2010 e 2017. No grupo da infecção no rim e trato urinário, essa taxa alcançava 3,5 por 10.000 habitantes em 2010 e reduziu para 1,8 por 10.000 habitantes (diminuição de 48,6%). Não obstante esses avanços nos grupos de causas mais elevados para essa faixa etária, o grupo de causas das pneumonias bacterianas saltou de 0,5 em 2010 para 2,1 por 10.000 habitantes em 2017, um crescimento de 320% no período considerado (Tabelas 7 e 8).

Entre os adultos jovens, representados pela faixa etária de 20 a 24 anos, apuraram-se elevadas taxas de ICSAPs no grupo representado pelas doenças relacionadas ao pré-natal e parto. A análise a partir dessa taxa indica que, nesse grupo, houve uma diminuição de 35,6% entre 2010 e 2017 (7,3 em 2010 para 4,7 por 10.000 habitantes em 2017). O segundo grupo de causa mais prevalente para essa faixa etária em 2010 foram doenças diagnosticadas com as doenças preveníveis p/imunização/condições sensíveis que possuíam taxa de 2,4 por 10.000 habitantes naquele ano, mas foram reduzidas em 71% em 2017 (0,7 por 10.000 habitantes). O terceiro grupo de causas mais relevantes corresponderam às doenças associadas à infecção no rim e trato urinário as quais permaneceram com a mesma taxa (2,2 por 10.000 habitantes) em ambos anos analisados no estudo.

Na faixa etária de 25 a 29 anos, as taxas de ICSAPs mais elevadas observadas foram também para o grupo das doenças relacionadas ao pré-natal e parto. A análise da taxa de ICSAP a partir desse grupo revelou uma redução de 26,2% (4,2 para 3,1 por 10.000 habitantes respectivamente) entre 2010 e 2017. O segundo grupo de diagnósticos verificados entre os adultos jovens estavam associados às infecções no rim e trato urinário que também mostram decréscimo de 46,7% entre os anos de 2010 e 2017 (3,0 por 10.000 habitantes para 1,6 por 10.000 habitantes) (Tabelas 7 e 8).

Tabela 7 - Taxa de ICSAP (10.000/hab.) segundo principais grupo diagnóstico e faixa etária, Manaus, Amazonas, 2010.

Grupo de Causas	<1a	1-4a	5-9a	10-14a	15-19a	20-24a	25-29a	30-34a	35-39a	40-44a	45-49a	50-54a	55-59a	60e+a	Total
1.	3,97	2,48	1,63	1,88	2,05	2,44	2,65	2,20	4,54	5,74	6,45	7,39	10,07	20,29	4,40
2.	128,37	61,48	11,33	3,27	0,34	0,89	1,08	1,31	0,94	2,09	2,04	1,07	1,28	3,31	9,05
3.	2,75	0,00	0,06	0,11	0,00	0,00	0,11	0,00	0,07	0,09	0,11	0,27	0,37	0,73	0,16
4.	4,28	0,78	0,06	0,11	0,11	0,06	0,11	0,18	0,22	0,26	0,32	0,81	1,10	2,39	0,46
5.	7,03	3,88	1,02	0,33	0,06	0,06	0,00	0,06	0,00	0,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,55
6.	156,79	61,79	11,33	3,93	0,46	0,33	0,38	0,42	0,29	0,52	0,43	0,81	0,73	2,11	9,12
7.	19,87	32,10	14,89	3,77	0,11	0,11	0,16	0,00	0,07	0,26	1,08	0,27	0,00	1,47	4,62
8.	163,82	19,31	4,10	1,55	0,06	0,39	0,32	0,48	0,07	1,48	1,83	1,88	2,75	12,40	6,12
9.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17	0,50	0,59	0,30	0,79	2,00	1,61	4,70	5,86	11,02	1,47
10.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	0,05	0,24	0,29	0,70	1,18	2,28	1,83	4,77	0,60
11.	1,22	0,16	0,00	0,06	0,34	0,22	0,59	0,83	0,94	2,44	3,87	9,13	13,74	48,12	4,36
12.	0,00	0,00	0,00	0,06	0,68	0,89	0,49	0,54	1,23	2,26	5,38	7,12	11,35	47,75	4,30
13.	0,00	0,16	0,30	1,16	0,63	0,39	0,43	1,01	1,44	3,39	7,64	9,40	12,27	28,56	3,60
14.	4,28	2,71	2,05	0,89	0,40	0,22	0,22	0,48	0,79	0,35	0,43	0,40	0,00	0,46	0,83
15.	36,98	6,82	2,77	1,61	3,48	2,21	2,97	2,68	2,02	3,05	3,76	2,95	4,76	18,09	4,59
16.	23,53	17,06	8,92	3,66	1,31	1,55	1,13	1,07	0,94	1,13	2,15	2,01	3,30	4,13	4,02
17.	0,00	0,23	0,00	0,11	0,00	0,11	0,11	0,18	0,22	0,26	0,32	0,00	0,00	0,18	0,13
18.	0,31	0,16	0,06	0,17	0,06	0,17	0,00	0,18	0,14	0,09	0,00	0,27	0,00	0,55	0,14
19.	5,81	0,00	0,00	0,66	6,89	7,31	4,16	2,68	1,23	0,52	0,11	0,00	0,37	0,18	2,41
Total	559,00	209,10	58,53	23,32	17,15	17,88	15,55	14,83	16,22	26,72	38,71	50,76	69,78	206,52	60,93

Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIHs mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/ Ministério da Saúde.

Nota: A taxa padronizada considerou como população padrão, a população-residente em Manaus por faixa etária de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2010).

Legenda: ICSAP – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Legenda dos grupos: Grupo 1. Doenças preveníveis p/imuniz/condições sensív . Grupo 2. Gastroenterites Infeciosas e complicações. Grupo 3. Anemia, Grupo 4. Deficiências nutricionais, Grupo 5. Infecções de ouvido, nariz e garganta, Grupo 6. Pneumonias bacterianas, grupo 7. Asma, Grupo 8. Doenças pulmonares, Grupo 9. Hipertensão, Grupo 10. Angina, Grupo 11. Insuficiência cardíaca, grupo 12. Doenças cerebrovasculares, grupo 13. Diabetes mellitus, grupo 14. Epilepsias, Grupo 15. Infecção no rim e trato urinário, Grupo 16. Infecção da pele e tecido subcutâneo, Grupo 17. Doença inflamatória de órgãos, pélvicos femininos, Grupo 18. Úlcera gastrointestinal, Grupo 19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

Tabela 8 – Taxa de ICSAP (10.000/hab.) segundo principais grupo de causas e faixa etária, Manaus, Amazonas, 2017.

Grupo de Causas	<1a	1-4a	5-9a	10-14a	15-19a	20-24a	25-29a	30-34a	35-39a	40-44a	45-49a	50-54a	55-59a	60e+a	Total
1.	6,98	3,80	2,14	1,22	0,96	0,70	0,78	1,36	1,10	0,66	1,46	1,59	2,17	3,26	1,62
2.	71,87	48,14	9,79	3,70	0,63	0,70	0,37	0,60	1,16	0,88	0,36	1,48	2,17	5,28	6,86
3.	0,26	0,07	0,00	0,05	0,00	0,05	0,05	0,00	0,06	0,07	0,00	0,00	0,31	0,31	0,06
4.	3,62	0,72	0,10	0,14	0,00	0,05	0,00	0,10	0,12	0,37	0,09	0,23	0,15	2,02	0,33
5.	2,84	3,48	1,12	0,61	0,24	0,23	0,00	0,10	0,00	0,07	0,18	0,00	0,00	0,08	0,54
6.	165,98	52,07	10,96	3,61	2,07	1,03	1,23	1,21	1,28	1,69	2,91	3,75	6,97	40,31	11,82
7.	8,27	17,90	8,11	2,67	0,39	0,00	0,09	0,35	0,18	0,29	0,09	0,45	0,15	1,86	2,70
8.	193,65	20,92	2,91	1,08	0,39	0,05	0,23	0,10	0,18	0,37	0,36	1,14	1,86	11,50	6,32
9.	0,00	0,00	0,00	0,09	0,10	0,33	0,14	0,25	0,55	1,03	2,55	3,75	6,04	18,02	1,76
10.	0,52	0,26	0,10	0,05	0,10	0,28	0,23	0,45	0,79	1,47	3,55	5,68	11,31	19,34	2,23
11.	3,88	0,52	0,25	0,28	0,29	0,56	0,73	0,96	1,28	2,94	6,28	11,81	18,44	71,23	6,37
12.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,58	0,66	0,37	0,71	1,40	4,05	6,00	10,79	20,45	70,69	6,24
13.	0,26	0,07	0,51	1,12	0,53	0,47	0,23	0,55	1,22	2,36	5,28	9,43	11,77	29,83	3,41
14.	6,98	3,41	1,43	0,84	0,96	0,84	0,59	0,40	0,91	1,33	0,45	1,48	1,55	3,11	1,34
15.	31,02	9,31	3,62	3,23	1,78	2,15	1,64	1,96	1,83	2,28	2,55	2,73	6,51	26,18	4,94
16.	29,99	22,50	9,23	5,53	1,69	1,50	1,46	2,32	2,07	2,72	3,55	5,23	6,97	9,09	5,73
17.	0,00	0,00	0,00	0,09	0,24	0,19	0,05	0,10	0,37	0,07	0,00	0,00	0,15	0,00	0,10
18.1	0,52	0,07	0,10	0,28	0,43	0,42	0,73	0,71	0,98	0,81	1,64	2,61	4,49	12,20	1,47
19.	54,03	0,00	0,00	0,23	4,63	4,68	3,11	2,42	1,71	0,59	0,00	0,00	0,00	0,00	2,64
Total	580,68	183,24	50,37	24,83	16,00	14,89	12,02	14,66	17,19	24,07	37,30	62,14	101,47	324,30	66,46

Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIHs mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/ Ministério da Saúde. Nota: A taxa padronizada considerou como população padrão, a população-residente em Manaus por faixa etária de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2010).

Legenda: ICSAP – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Legenda dos grupos: Grupo 1. Doenças preveníveis p/imuniz/condições sensív . Grupo 2. Gastroenterites Infeciosas e complicações. Grupo 3. Anemia, Grupo 4. Deficiências nutricionais, Grupo 5. Infecções de ouvido, nariz e garganta, Grupo 6. Pneumonias bacterianas, grupo 7. Asma, Grupo 8. Doenças pulmonares, Grupo 9. Hipertensão, Grupo 10. Angina, Grupo 11. Insuficiência cardíaca, grupo 12. Doenças cerebrovasculares, grupo 13. Diabetes mellitus, grupo 14. Epilepsias, Grupo 15. Infecção no rim e trato urinário, Grupo 16. Infecção da pele e tecido subcutâneo, Grupo 17. Doença inflamatória de órgãos, pélvicos femininos, Grupo 18. Úlcera gastrointestinal, Grupo 19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

Em 2010, as doenças preveníveis p/imunização/condições sensíveis, a insuficiência cardíaca e diabetes melitus responderam pelos principais grupos de causas com elevadas taxas de ICSAPs na faixa dos 30 a 59 anos. Em 2017, os grupos de causas que apresentaram altas taxas de ICSAPs foram doenças cerebrovasculares, a insuficiência cardíaca e diabetes melitus. Na faixa etária de 55 a 59 anos, os grupos de causas com elevadas taxas de ICSAPs estiveram associadas à insuficiência cardíaca que apresentou um incremento de 34,3% em relação ao anos de 2010, as doenças cerebrovasculares também cresceram em 78,95% entre 2010 e 2017. Nessa faixa etária observou-se ainda uma ligeira redução na taxa de ICSAP para o grupo do diabetes melitus, com diminuição de 4,07% entre 2010 e 2017 (Tabelas 7 e 8).

Na faixa etária de 60 anos ou mais, analisando a variação percentual entre os dois períodos citados, as taxas por grupo de ICSAP de idosos que mais cresceram nas internações hospitalares em Manaus foram observadas para a insuficiência cardíaca (48,0%), as doenças cerebrovasculares (48,22%) e diabetes melitus (4,20%); porém, nota-se uma sensível redução nas taxas de doenças preveníveis p/imunização/condições sensíveis (74%) nessa faixa etária. Não obstante, em 2017, as pneumonias bacterianas revelaram-se na terceira principal causa de internação hospitalar entre os idosos (40,3 por 10.000 habitantes) (Tabelas 7 e 8).

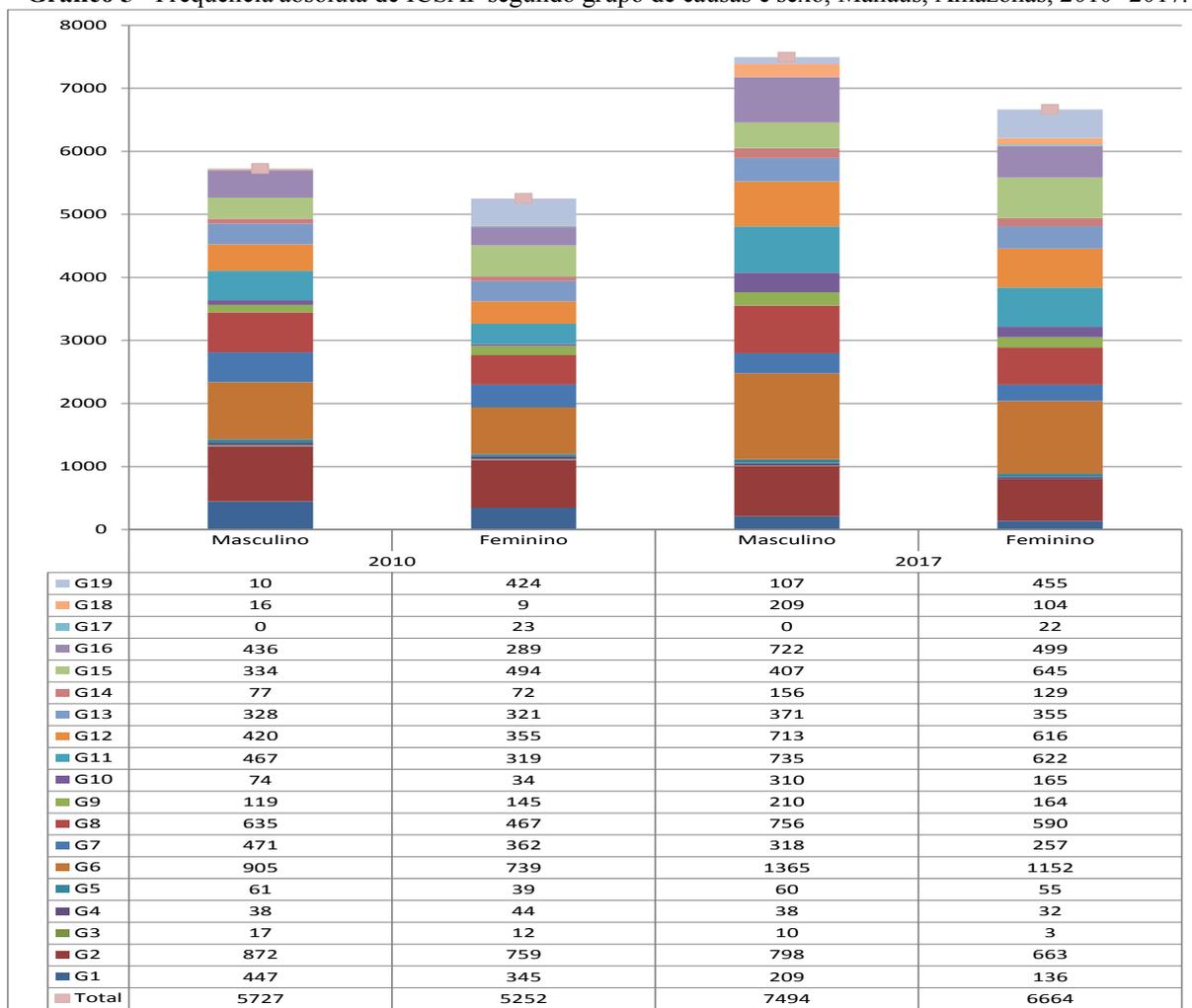
A frequência das internações por condições sensíveis à atenção primária em Manaus estratificada por sexo e grupos de causas de ICSAP entre os anos de 2000 e 2017 está apresentada no Gráfico 5. Verifica-se que as frequências das internações no sexo feminino representavam 47,8% do total das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária, em 2010, e de 47,0% em 2017.

Na comparação entre 2010 e 2017, ocorreu um aumento percentual de 26,88% das ICSAPs relacionadas ao sexo feminino. No entanto, os dados de internações hospitalares revelaram que o sexo masculino, por sua vez, alcançou 52,2%, em 2010, e 53,0% em 2017 do total das ICSAPs; e em termos de variação percentual de 30,85%, no período considerado entre 2010 e 2017. Em Manaus, portanto, há uma ligeira preponderância de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária para o sexo masculino entre os anos considerados (Tabela 9).

No que tange aos grupos de diagnósticos por ICSAP segundo o sexo, verifica-se que as três causas principais pelas internações entre as mulheres em 2010 foram as gastroenterites infecciosas e complicações, 14,45% (n=759); as pneumonias bacterianas, 14,07% (n=739) e infecção no rim e trato urinário, 9,41% (n=941). Em 2017, o mesmo grupo de causas também, respondeu pelas elevadas frequências de internações por condições sensíveis à atenção primária nas mulheres. Não obstante, notou-se uma redução no grupo das gastroenterites

infeciosas e complicações (12,65%) nas internações femininas. Os grupos da angina (385,29%), úlceras gastrointestinais (1000,56%) e insuficiência cardíaca (94,98%) alcançaram elevados percentuais de variação quando comparado os anos de 2010 e 2017 (Tabela 9).

Gráfico 5 - Frequência absoluta de ICSAP segundo grupo de causas e sexo, Manaus, Amazonas, 2010- 2017.



Fonte: SIH/DATASUS . Acessado dezembro 2018.

Legenda dos grupos: Grupo 1. Doenças preveníveis p/imuniz/condições sensív . Grupo 2. Gastroenterites Infeciosas e complicações. Grupo 3. Anemia, Grupo 4. Deficiências nutricionais, Grupo 5. Infecções de ouvido, nariz e garganta, Grupo 6. Pneumonias bacterianas, grupo 7. Asma, Grupo 8. Doenças pulmonares, Grupo 9. Hipertensão, Grupo 10. Angina, Grupo 11. Insuficiência cardíaca, grupo 12. Doenças cerebrovasculares, grupo 13. Diabetes mellitus, grupo 14. Epilepsias, Grupo 15. Infecção no rim e trato urinário, Grupo 16. Infecção da pele e tecido subcutâneo, Grupo 17. Doença inflamatória de órgãos, pélvicos femininos, Grupo 18. Úlcera gastrointestinal, Grupo 19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

Em relação ao sexo masculino, os principais diagnósticos relacionados às ICSAP entre 2010 e 2017 foram representados por: pneumonias bacterianas 15,80% (n=905) em 2010 e 18,21% (n=1.365) em 2017, apresentando um aumento percentual de 50,83%; em seguida, as gastroenterites infecciosas e complicação que tiveram uma redução percentual entre os anos considerados de 8,49%. A terceira maior causa de internação hospitalar relacionadas às

ICSAPs, as doenças pulmonares, embora tenham reduzido sua participação relativa nas causas de ICSAP entre os homens (de 11,09% para 10,09%), apresentaram um aumento percentual de 19,06% entre 2010 e 2017 (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição (%) de ICSAP segundo grupo de causas e sexo, Manaus, Amazonas, 2010- 2017.

Grupos de Causas de ICSAP	2010 (%)		2017 (%)		Variação (%) 2010-2017	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
1. Doenças preveníveis p/imuniz/condições sensív	7,81	6,57	2,79	2,04	-53,24	-60,58
2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	15,23	14,45	10,65	9,95	-8,49	-12,65
3. Anemia	0,30	0,23	0,13	0,05	-41,18	-75,00
4. Deficiências nutricionais	0,66	0,84	0,51	0,48	0,00	-27,27
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	1,07	0,74	0,80	0,83	-1,64	41,03
6. Pneumonias bacterianas	15,80	14,07	18,21	17,29	50,83	55,89
7. Asma	8,22	6,89	4,24	3,86	-32,48	-29,01
8. Doenças pulmonares	11,09	8,89	10,09	8,85	19,06	26,34
9. Hipertensão	2,08	2,76	2,80	2,46	76,47	13,10
10. Angina	1,29	0,65	4,14	2,48	318,92	385,29
11. Insuficiência cardíaca	8,15	6,07	9,81	9,33	57,39	94,98
12. Doenças cerebrovasculares	7,33	6,76	9,51	9,24	69,76	73,52
13. Diabetes melitus	5,73	6,11	4,95	5,33	13,11	10,59
14. Epilepsias	1,34	1,37	2,08	1,94	102,60	79,17
15. Infecção no rim e trato urinário	5,83	9,41	5,43	9,68	21,86	30,57
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	7,61	5,50	9,63	7,49	65,60	72,66
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	0,00	0,44	0,00	0,33	0,00	-4,35
18. Úlcera gastrointestinal	0,28	0,17	2,79	1,56	1206,25	1055,56
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	0,17	8,07	1,43	6,83	970,00	7,31
Total ICSAP	100,00	100,00	100,00	100,00	30,85	26,88

Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIHs mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/ Ministério da Saúde

No tocante à variação percentual entre 2010 e 2017, apresenta-se uma redução das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária em diversos grupos de causas, dentre as quais destacam-se: as doenças preveníveis para imunização por condições sensíveis à atenção primária (53,24%) no sexo masculino e nas mulheres (60,58%); as gastroenterites infecciosas e complicações, 8,49% para o sexo masculino e 12,65% no feminino; a anemia, 41,3% nos homens e 75% para as mulheres; as doenças relacionadas às

deficiências nutricionais, 27,7% somente para o sexo feminino; as infecções de ouvido, nariz e garganta, 1,64% somente para o sexo masculino; asma, 32,48% no sexo masculino e 29,01% no sexo feminino; e as doenças inflamatórias em órgãos pélvicos femininos, 4,35% nas mulheres (Tabela 9).

4.2. RESULTADOS: PMAQ-AB 2 O. CICLO

4.2.1. Características Socioeconômicas dos usuários – PMAQ-AB 2 o. Ciclo

Dos 597 entrevistados usuários das equipes de Atenção Primária à Saúde aderidas ao PMAQ-AB no 2º. ciclo em Manaus, estado do Amazonas, 85,59% eram mulheres e 14,41% homens. Observou-se que a maioria dos entrevistados estava na faixa etária de 31 à 50 anos (41,03%) e o menor percentual de 4,85% pertencia à população idosa na faixa de 71 à 90 anos. Em relação à raça/cor da pele, 74,87% se classificaram como pardos ou mestiços seguidos dos autorreferidos de cor branca (16,08%) e 5,86% de cor preta. Quando questionados se possuíam um trabalho, cerca de dois terços dos entrevistados (68,84%) responderam que naquele momento não estavam trabalhando, e 401 (67,17%) dos entrevistados responderam que não recebiam recursos do programa Bolsa Família (Tabela 10).

No que tange à escolaridade dos usuários, a maioria, 190 (31,88%), completou o Ensino Médio Completo seguido dos que relataram possuir o Ensino Fundamental Incompleto 169 (28,36%). Esse perfil visualizado por Distritos de Saúde revela o mesmo perfil de escolaridade, ou seja, entre aqueles que possuíam o Ensino Médio Completo: Distrito Leste (33,06%); Distrito Oeste (32,21%), Distrito Norte (31,47%) e Distrito Sul (31,11%); e com relação ao Ensino Fundamental Incompleto: Distrito Leste (33,87%), Distrito Norte (33,57%), Distrito Oeste (27,52%) e Distrito Sul (21,11%). Apenas 3,02% dos entrevistados mencionaram possuir Ensino Superior Completo em Manaus, com destaque para o Distrito Oeste (4,70%). Em relação à variável *renda familiar*, 431 entrevistados não responderam à pergunta (72,19%), sendo o Distrito Oeste o maior percentual com 118 (79,19%). Entre os usuários que responderam, notou-se que 122 (73,49%) recebem “De 1 a 3 salários mínimos” e 36 (21,69%) “Menos de 1 salário mínimo” (Tabela 10).

Tabela 10 - Características sociodemográficas dos usuários atendidos por equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Manaus, Amazonas, Brasil, 2013-2014.

Características	Manaus (N=597)		DISAL (N=124)		DISAN (N=143)		DISAO (N=149)		DISAS (N=181)	
	N	%	N	%	N	%	n	%	N	%
Sexo										
Homens	86	14,40	10	8,06	24	16,78	25	16,78	27	14,92
Mulheres	511	85,60	114	91,94	119	83,22	124	83,22	154	85,08
Idade (anos)										
16-30	182	30,49	41	33,06	53	37,06	44	29,53	44	24,30
31-50	245	41,03	52	41,94	66	46,15	51	34,23	76	42,00
51-70	141	23,62	28	22,58	24	16,78	40	26,84	49	27,07
71-90	29	4,86	03	2,42	0	0	14	9,40	12	6,63
Raça/cor da pele										
Branca	96	16,08	18	14,52	20	13,99	34	22,82	24	13,26
Preta	35	5,86	5	4,03	11	7,69	7	4,70	12	6,63
Amarela	14	2,35	2	1,61	2	1,40	3	2,01	7	3,87
Parda/mestiça	447	74,87	96	77,42	109	76,22	104	69,80	138	76,24
Indígena	3	0,50	1	0,81	1	0,70	1	0,67	0	0
Sem informação	2	0,34	2	1,61	0	0	0	0	0	0
Possui trabalho										
Sim	186	31,16	34	27,42	45	31,47	38	25,50	69	38,12
Não	411	68,84	90	72,58	98	68,53	111	74,50	112	61,88
Recebe Bolsa Família										
Sim	196	32,83	46	31,10	48	33,57	41	27,52	61	33,70
Não	401	67,17	78	62,90	95	66,43	108	72,48	120	66,30
Escolaridade										
Analfabetos	13	2,18	6	4,84	1	0,70	6	4,03	0	0,00
Ensino Fund. Incompleto	169	28,36	42	33,87	48	33,57	41	27,52	38	20,99
Ensino Fund. Completo	70	11,74	13	10,48	14	9,79	11	7,38	32	17,68
Ensino Médio Incompleto	74	12,42	13	10,48	21	14,69	20	13,42	20	11,05
Ensino Médio Completo	190	31,88	41	33,06	45	31,47	48	32,21	56	30,94
Ensino Superior Incompleto	25	4,19	2	1,61	8	5,59	5	3,36	10	5,52
Ensino Superior Completo	18	3,02	2	1,61	5	3,50	7	4,70	4	2,21
Pós-graduação	2	0,34	1	0,81	0	0,00	0	0,00	1	0,55
Sem informação	1	0,17	0	0	0	0	0	0	1	0,55
Renda										
Menos de 1 SM	36	21,69	8	25,00	7	16,28	7	22,58	14	7,73
De 1 a 3 SM	122	73,49	24	75,00	33	76,74	22	70,97	43	23,76
De 4 a 6 SM	5	3,01	0	0,00	3	3,00	1	0,85	1	0,55
De 7 a 9 SM	3	1,81	0	0,00	0	0,00	1	0,85	2	11,05
Mais de 10 SM	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Sem informação	431	72,19	92	74,19	100	69,93	118	79,19	121	66,85

Fonte: Banco de Dados PMAQ-AB 2º. ciclo.

SM: Salário Mínimo

4.2.2. Atributo Primeiro Contato: Acesso aos serviços – Acessibilidade

A Tabela 11 refere-se ao atributo do Primeiro Contato. De acordo com a percepção dos usuários entrevistados quanto ao tempo necessário para chegar até a Unidade de Saúde (UBS), 553 entrevistados (92,63%) afirmaram levar de 10 a 20 minutos. Na análise por Distrito de Saúde esta tendência também se apresenta em mais de 85% dos entrevistados. Dos 597 respondentes do PMAQ-AB (2º. ciclo), 95,64% dos entrevistados responderam que a distância da sua casa até a UBS é muito fácil, fácil, perto ou razoável; o horário de funcionamento da UBS atende às suas necessidades (90,45%).

Tabela 11 - Primeiro contato: indicadores do componente: horário de funcionamento e canal de comunicação com o usuário, padrões de referência e indicadores dos dados, por Distrito de saúde, Manaus, Amazonas.

Horário de funcionamento e canal de comunicação com o usuário	Manaus	DISAL	DISAN	DISAO	DISAS
	N	N	N	N	N
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Padrão de respostas: 10 minutos; 20 minutos; muito fácil; fácil ou razoável; turnos de atendimentos (manhã e tarde); Sim; segunda, terça, quarta, quinta, sexta, sábado, domingo.					
Usuários					
Horário de funcionamento					
III.5.1 Usuário afirma que leva de 10 a 20 minutos da sua casa até a UBS.	553 (92,63)	118 (95,16)	135 (94,49)	128 (85,90)	172 (95,03)
III.5.2. A distância da sua casa até a UBS é muito fácil, fácil ou razoável.	571 (95,64)	120 (96,77)	140 (97,9)	136 (91,27)	175 (96,68)
III.5.7 O horário de funcionamento da UBS atende às suas necessidades.	540 (90,45)	112 (90,32)	124 (86,71)	134 (89,93)	170 (93,92)
N usuários	597	124	143	149	181
UBS					
I.8.1. Oferecem 2 turnos de atendimento à população (manhã e tarde)	139 (100,00)	28 (100,00)	36 (100,00)	32 (100,00)	43 (100,00)
1.8.2 Funcionamento da UBS de segunda a sexta feira (5 dias por semana)	139 (99,86)	28 (100,00)	36 (100,00)	32 (100,00)	43 (100,00)
1.8.2 Funcionamento da UBS nos fins de semana (sábado).	1 (0,72)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (2,33)
Número de UBS	139	28	36	32	43
Padrão de respostas: Telefone da unidade básica; E-mail.					
EqAP					
Canal de Comunicação com Usuário					
II.29.3.1 A EqAP utiliza o telefone da unidade básica de saúde como canal de comunicação com o usuário.	46 (30,87)	11 (35,48)	11 (30,56)	12 (32,43)	12 (26,67)
II.29.3.3 A EqAP utiliza o e-mail como canal de comunicação com o usuário.	7 (4,69)	2 (6,45)	2 (5,56)	0 (0,00)	3 (6,67)
N. Equipes de Atenção Primária	149	31	36	37	45

Fonte: Base de dados do PMAQ-AB 2º. ciclo Manaus, Amazonas.

Quanto à acessibilidade geográfica, segundo a terminologia adotada por Donabedian (2003), a pesquisa constatou que o acesso nessa dimensão foi avaliado positivamente pelos usuários, uma vez que as UBSs estão localizadas no território onde as famílias cadastradas residem. Em que pese as UBSs não funcionarem aos sábados e domingos, os usuários afirmaram que o horário de funcionamento daquelas atende suas necessidades (90,45%). Muito embora, esse aspecto seja relevante na avaliação da qualidade da atenção à saúde, o fato de existir uma UBS próxima ao local de moradia dos usuários não garante sua efetiva utilização. É preciso avaliar outras dimensões, conforme veremos a seguir.

No que tange ao acesso e acessibilidade dos serviços nas UBSs em Manaus, em geral, 100% daquelas funcionam em dois turnos (manhã e tarde) de atendimento à população; e apenas 30% das equipes de saúde de atenção primária afirmam utilizar o telefone da unidade básica de saúde como canal de comunicação com o usuário. Menos de 5% delas possuem outra forma de comunicação, como o e-mail, por exemplo, como canal de comunicação com o usuário. Assim, o canal de comunicação é precário entre a equipe de saúde da família e os usuários, uma vez que apenas 31% das equipes utilizam o telefone e 4,65% usam e-mail como forma de comunicação com os usuários. Logo, é preciso melhorar o acesso dos usuários na APS, implementando ferramentas tecnológicas que facilitem o canal de comunicação entre o usuário e a Equipe de Atenção Primária à Saúde (EqAP).

No tocante ao “acolhimento”, os achados da Avaliação Externa indicam que 130 (87,35%) das Equipes de Atenção Primária (EqAP) em Manaus implantaram acolhimento à demanda espontânea e 56 afirmaram possuir protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para queixas mais frequentes no idoso, das quais 59% estavam localizadas nos Distritos Oeste e Leste de saúde. Dentre as 149 EqAP analisadas no PMAQ-AB, 61 (40,93%) também mencionaram ter protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para queixas mais frequentes na criança. Das 139 UBS analisadas, 92% afirmaram que o usuário é atendido na UBS com acolhimento durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde (Tabela 12).

No tocante à dimensão “Agendamento da consulta na APS” verificam-se os seguintes indicadores: a existência de reserva de vagas para consultas de demanda espontânea; se as consultas são agendadas na UBS em qualquer dia da semana, em qualquer horário; se as consultas dos usuários são agendadas por bloco de horas pela EqAP; se o agendamento nas UBSs pelas equipes de atenção primária (EqAP) é realizado com a ida do usuário na UBS; e se o agendamento nas UBSs pelas equipes são realizados por meio do telefone.

A Tabela 12 apresenta indicadores que expressam a disponibilidade das unidades básicas de saúde para realizar o agendamento de consultas, de acordo com a necessidade de saúde dos usuários. Aproximadamente 78% das equipes de atenção primária relataram haver reserva de vagas para consultas de demanda espontânea, entre estas, as equipes do Distrito Sul apresentaram o menor (44,4%) percentual dedicado a esse tipo de demanda nas UBSs dentre todos os distritos analisados. Em 93% das equipes de atenção primária, o usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia.

As consultas dos usuários são agendadas por bloco de horas pelas equipes de atenção primária (EqAP) em 44% das equipes nos distritos de saúde em Manaus, e em qualquer dia da semana, em qualquer horário segundo respostas de 70% das equipes; porém, 100% dessas ressaltaram que o agendamento nas UBS é realizado com a ida do usuário na UBS; e em 34% daquelas, o agendamento nas UBS são realizados por meio do telefone. Observa-se maior dificuldade de agendamento nas equipes do Distrito Sul de saúde, fato que se verifica em vários componentes analisados dessa dimensão.

Tabela 12 - Primeiro contato: indicadores do componente acolhimento e agendamento, padrões de referência e indicadores dos dados, por Distrito de saúde, Manaus, Amazonas.

Acolhimento e agendamento	Manaus	DISAL	DISAN	DISAO	DISAS
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Padrão de respostas: Sim; sempre; em qualquer dia da semana; em qualquer horário; por bloco de horas; a ida do usuário na UBS; por meio do telefone.					
Acolhimento					
EqAP					
II.12.1 Está implantado o acolhimento à demanda espontânea na unidade	130 (87,35)	31 (100,00)	34 (94,44)	37 (100,00)	28 (62,22)
II.12.7.1 A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para queixas mais frequentes no idoso	56 (37,58)	16 (51,61)	12 (33,33)	17 (45,95)	11 (24,44)
II.12.7.4 A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para queixa mais frequentes na criança	61 (40,93)	16 (51,61)	12 (33,33)	19 (51,35)	14 (31,11)
N. Equipes de Atenção Primária	149	31	36	37	45
UBS					
1.8.6.4 O usuário é atendido na UBS com acolhimento durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde.	128 (92,09)	28 (100,00)	36 (100,00)	32 (100,00)	32 (74,42)
Número de UBS	139	28	36	32	43

Agendamento da consulta na AP

Acolhimento e agendamento	Manaus N (%)	DISAL N (%)	DISAN N (%)	DISAO N (%)	DISAS N (%)
EqAP					
II. 12.6 Há reserva de vagas para consultas de demanda espontânea	116 (77,85)	31 (100,00)	30 (83,33)	35 (94,59)	20 (44,44)
II.12.9 O usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia.	139 (93,28)	29 (93,55)	34 (94,45)	36 (97,30)	40 (88,89)
II.12.12 As consultas são agendadas na UBS em qualquer dia da semana, em qualquer horário	105 (70,46)	25 (80,65)	25 (69,44)	26 (70,27)	29 (64,44)
II.12.13 As consultas dos usuários são agendadas por bloco de horas pela EqAP.	66 (44,29)	14 (45,16)	16 (44,44)	14 (37,84)	22 (48,89)
II.12.14.1 O agendamento nas UBS pelas EqAP é realizado com a ida do usuário na UBS	149 (100,00)	31 (100,00)	36 (100,00)	37 (100,00)	45 (100,00)
II.12.14.2 O agendamento nas UBS pelas EqAP são realizados por meio do telefone.	51 (34,22)	15 (48,39)	09 (25,00)	14 (37,84)	13 (28,89)
N. Equipes de Atenção Primária	149	31	36	37	45

Fonte: Base de dados do PMAQ-AB 2º. ciclo Manaus, Amazonas.

4.2.3. O Atributo da Integralidade

A Tabela 13 mostra, para o atributo da integralidade, os indicadores sobre os serviços realizados/escopo de ações. Observa-se quanto ao processo de trabalho das equipes que em 86,6% daquelas, a agenda dos profissionais está organizada para a realização de ações de consultas para cuidado continuado. E, de fato, tal procedimento é acompanhado por mais de 80% nos distritos de saúde de Manaus. Note-se que apenas 54,4% das equipes afirmam possuir levantamento/mapeamento de usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados). Nesse quesito, o Distrito Leste de saúde se destaca com a melhor cobertura de acompanhamento (80% das equipes); e de outro lado, no Distrito Norte, somente 30,6% das equipes de atenção primária, nesse distrito, possuem levantamento/mapeamento dos usuários adscritos que precisam receber cuidado no domicílio.

No que concerne aos procedimentos/pequenas cirurgias, tem-se os seguintes indicadores: a coleta de exame citopatológico de colo de útero nas UBSs é realizada por 73,2% das equipes de atenção primária em Manaus, sendo a única exceção o Distrito Sul, onde esse indicador é feito por apenas 53,3% das equipes de saúde. Porém, com relação à drenagem de abscesso e a sutura, a realização somente é feita respectivamente por 10,07% e 6,75% das equipes; a retirada de pontos e a realização de curativos nas UBS são realizadas por 93,28% pelas equipes de saúde; as medicações injetáveis endovenosas são feitas na UBS por quase 47% das equipes de saúde, porém os Distritos Leste e Norte realizam esse procedimento respectivamente, em 70,97% e 69,4% de suas equipes.

Observa-se que nas UBSs, durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde, são oferecidas as seguintes consultas: médicas, 98,56%; de enfermagem, 97,84%; e consultas odontológicas, 48,20%. Chama a atenção, nesse indicador, os distritos Norte e Sul, um com o maior percentual de consultas odontológicas, 77,78% (Distrito Norte), e o outro com o menor valor encontrado, 27,91 (Distrito Sul). A dispensação de medicamentos pela farmácia é feita por 91,37% das UBSs; porém, menos de 50% daquelas (47,48%) ofertam vacinação no seu escopo de ações, com exceção do Distrito Norte (77,78%) das UBSs ali localizadas ofertam a vacinação aos usuários.

Na perspectiva dos usuários, o atributo da integralidade é analisado em termos de serviços realizados/escopo de ações e em termos de resolutividade em saúde no município, a partir dos seguintes indicadores: o exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) na UBS; realização do pré-natal na UBS durante a última gravidez da usuária; os profissionais de saúde na UBS perguntam sobre as queixas dos usuários e de questões da sua vida (exemplos: alimentação, lazer, exercício físico, problemas com álcool, drogas, violência); quando o usuário é atendido na UBS, o usuário acha que a equipe sempre busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde; se a medicação está sempre disponível na UBS quando o profissional receita um remédio.

No tocante às usuárias, 58,93% delas afirmam realizar o exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) na UBS, porém, o Distrito Oeste apresentou o maior percentual (66,67%) nesse indicador; e 73,20% das usuárias fizeram consultas de pré-natal em sua UBS, com destaque para o Distrito Sul que apresentou o maior percentual (79,31%) nesse quesito de abrangência de serviços e ações de saúde à mulher no município. Apenas 45,73% das usuárias disseram que os profissionais de saúde durante os atendimentos, fazem perguntas sobre suas queixas e de questões da sua vida (exemplos: alimentação, lazer, exercício físico, problemas com álcool, drogas, violência).

Os usuários atendidos na UBS (53,27%) consideram que a equipe sempre busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde. O menor percentual de satisfação nos Distritos de saúde foi identificado no Distrito Norte (46,15%) em relação à resolutividade dos serviços e ações de saúde nas UBSs pelas equipes de atenção primária. Não obstante, ao serem interrogados sobre a disponibilidade de medicamentos nas UBS, apenas 20,6% dos usuários responderam que estes sempre estão disponíveis, sendo que o Distrito Sul apresentou o menor percentual entre os distritos analisados (14,36%).

Tabela 13 - Integralidade: indicadores do componente: serviços realizados/escopo de ações e resolutividade, padrões de referência e indicadores dos dados, por Distrito de saúde, Manaus, Amazonas.

Serviços realizados/escopo de ações e resolutividade	Manaus N (%)	DISAL N (%)	DISAN N (%)	DISAO N (%)	DISAS N (%)
Padrão de respostas: Sim; consultas para cuidado continuado; exame citopatológico de colo de útero; drenagem de abscesso; sutura de ferimentos; retirada de pontos; curativos; medicações injetáveis endovenosas					
Integralidade					
EqAP					
II.13.1.4 A agenda dos profissionais está organizada para a realização de ações de consultas para cuidado continuado.	129 (86,58)	28 (90,32)	29 (80,56)	34 (91,89)	38 (84,44)
II.17.1.4 A EqAP realiza coleta de exame citopatológico de colo de útero na UBS.	109 (73,15)	23 (74,19)	32 (88,89)	30 (81,08)	24 (53,33)
II.17.2.1 A EqAP realiza na UBS - drenagem de abscesso	15 (10,07)	2 (6,45)	5 (13,89)	3 (8,11)	5 (11,11)
II.17.2.2 A EqAP realiza na UBS sutura de ferimentos	1 (6,76)	0 (0,00)	1 (2,78)	0 (0,00)	0 (0,00)
II.17.2.3 A EqAP realiza na UBS retirada de pontos	139 (93,28)	29 (93,55)	36 100,00	35 100,00	39 (86,67)
II.17.2.7 A EqAP realiza na UBS curativos	139 (93,28)	29 (93,55)	35 (97,22)	33 (89,19)	42 (93,33)
II.17.2.9 A EqAP realiza medicações injetáveis endovenosas na UBS.	70 (46,98)	22 (70,97)	25 (69,44)	18 (48,65)	25 (55,56)
II.28.4 A EqAP possui levantamento/mapeamento usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados).	81 (54,36)	25 (80,65)	11 (30,56)	25 (67,57)	20 (44,44)
N. Equipes de Atenção Primária	149	31	36	37	45
Padrão de respostas: Sim; consultas médicas; consultas de enfermagem; consultas odontológicas; dispensação de medicamentos; vacinação.					
UBS					
1.8.6.1 O usuário é atendido na UBS com consultas médicas durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde.	137 (98,56)	28 (100,00)	35 (97,22)	32 (100,00)	42 (97,67)
1.8.6.2 O usuário é atendido na UBS com consultas de enfermagem durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde.	136 (97,84)	28 (92,86)	36 (100,0)	32 (100,00)	42 (97,67)
1.8.6.3 O usuário é atendido na UBS com consultas odontológicas durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde.	67 (48,20)	13 (46,43)	28 (77,78)	14 (43,75)	12 (27,91)
1.8.6.5 O usuário é atendido na UBS com vacinação durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde	66 (47,48)	11 (39,29)	28 (77,78)	13 (40,63)	14 (32,56)
1.8.6.6 O usuário é atendido na UBS com dispensação de medicamentos pela farmácia durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde	127 (91,37)	27 (96,43)	36 (100,00)	28 (87,50)	36 (83,72)
N. UBS	139	28	36	32	42

Serviços realizados/escopo de ações e resolutividade	Manaus N (%)	DISAL N (%)	DISAN N (%)	DISAO N (%)	DISAS N (%)
Padrão de respostas Sim/sempr.					
Usuários - Integralidade					
III.12.7 A usuária faz o exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) na UBS.	198 (58,93)	52 (53,06)	47 (58,02)	56 (66,67)	43 (58,90)
III.13.3 Durante a sua última gravidez, a usuária fez pré-natal na UBS.	71 (73,20)	12 (70,59)	17 (68,00)	19 (73,08)	23 (79,31)
III.8.6 Os profissionais de saúde perguntam sobre as queixas dos usuários e de questões da sua vida (exemplos: alimentação, lazer, exercício físico, problemas com álcool, drogas, violência).	273 (45,73)	52 (41,94)	60 (41,96)	76 (51,01)	85 (46,96)
N usuários	597	124	143	149	181
Usuários - Resolutividade					
III.8.1 Quando o usuário é atendido na UBS, o usuário acha que a equipe sempre busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde.	318 (53,27)	72 (58,06)	66 (46,15)	76 (51,01)	104 (57,46)
III.23.1 A medicação está sempre disponível na UBS quando o profissional receita um remédio.	123 (20,60)	33 (26,61)	25 (17,48)	39 (26,17)	26 (14,36)
N usuários	597	124	143	149	181

Fonte: Base de dados do PMAQ-AB 2º. ciclo Manaus, Amazonas.

O quantitativo de profissionais da saúde na atenção primária trabalhando nas equipes de UBSF e UBST totalizavam: 157 médicos, 167 enfermeiros, 106 cirurgiões dentistas e 996 agentes comunitários de saúde em Manaus, segundo os dados do PMAQ-AB (2º ciclo). Observa-se certa desigualdade na distribuição do profissional cirurgião-dentista na atenção primária em Manaus, segundo os dados da pesquisa, 58% desses profissionais trabalhando no Distrito Sul, enquanto apenas 2% daqueles se encontravam nas equipes de atenção primária no Distrito Leste da capital manauara (Tabela 14).

Tabela 14 - Resolutividade – indicador do componente: quantidade de profissionais da(s) equipe(s) mínima(s) (SF, AB) existentes na UBS, por Distrito de saúde, Manaus, Amazonas.

Profissionais de saúde	Manaus N (%)	DISAL N (%)	DISAN N (%)	DISAO N (%)	DISAS N (%)
Médicos	157	28 (18%)	37 (24%)	42 (27%)	50 (32%)
Enfermeiro	167	27 (16%)	36 (22%)	56 (34%)	48 (29%)
Cirurgião-dentista	106	2 (2%)	5 (5%)	37 (35%)	62 (58%)
Técnico de enfermagem	288	47 (16%)	62 (22%)	83 (29%)	96 (33%)
Auxiliar de enfermagem	30	4 (13%)	9 (30%)	9 (30%)	8 (27%)
Técnico de saúde bucal	46	2 (4%)	2 (4%)	22 (48%)	20 (43%)
Auxiliar de saúde bucal	53	0 (0%)	3 (6%)	13 (25%)	37 (70%)
ACS	996	185 (19%)	248 (25%)	253 (24%)	328 (33%)

Profissionais de saúde	Manaus	DISAL	DISAN	DISAO	DISAS
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Técnico de laboratório	8	0(0%)	0(0%)	7 (88%)	1 (12%)
Microscopista	19	2 (11%)	11 (58%)	0(0%)	6 (32%)

Fonte: Base de dados do PMAQ-AB 2º. ciclo Manaus, Amazonas.

4.2.4. Atributo da Longitudinalidade

Menos da metade dos profissionais respondentes (44,97%) do PMAQ-AB atuam 3 anos ou mais em sua equipe. Em relação aos usuários de Manaus, observa-se que 78,39% relatam sempre ser atendidos pelo mesmo médico e 72,69% pelo mesmo enfermeiro. No caso de interrupção de tratamento ou falta, os profissionais procuram saber o que aconteceu de acordo com 27,80% dos usuários. Entre os distritos de saúde manauaras, no distrito Norte, por exemplo, apenas 27,78% dos profissionais respondentes estão na equipe há 3 anos ou mais, e na outra ponta está o Distrito Oeste com 62,16% dos profissionais atuantes nas equipes de atenção primária há 3 anos ou mais (Tabela 15).

Nota-se que, no Distrito Leste, 35,48% dos usuários afirmam que os profissionais os procuram para saber o que aconteceu no caso de faltas às consultas: apenas 66,13% são atendidos pelo mesmo enfermeiro e 68,55%, pelo mesmo médico. Os distritos Sul e Oeste apresentam os maiores percentuais de continuidade da relação profissional-paciente tanto entre os médicos (80,66% e 83,22%) quanto entre os enfermeiros (74,59% e 74,50%) nos distritos estudados.

A Tabela 15 destaca os indicadores sobre a experiência de uso do paciente em relação à suficiência do tempo das consultas, facilidade para falar de diferentes questões que preocupam o usuário, e a disponibilidade do usuário em mudar de equipe ou unidade de saúde. Somente 16,24% dos usuários entrevistados se tivesse a opção, mudariam de equipe ou unidade de saúde. 88,27% dos usuários consideram o tempo da consulta médica suficiente, e 81,07% ponderam o mesmo para a consulta do enfermeiro. Contudo, somente 62,13% dos usuários sempre se sentem à vontade para fazer suas colocações.

Em geral, os resultados dos indicadores nos diferentes distritos de saúde apresentam proximidade entre si, com melhores respostas para o Distrito Oeste. O enfermeiro dá tempo suficiente ao usuário para este falar sobre suas preocupações, segundo 80,54% dos usuários do Distrito Oeste e 83,43% dos usuários do Distrito Sul. E em relação aos usuários dos distritos que menos se sentem à vontade para falar sobre suas preocupações e problemas estão 55,24% daqueles do Distrito Norte.

Tabela 15 – Longitudinalidade: indicadores do componente: qualidade da relação profissional - paciente (vínculo); continuidade da relação profissional - paciente, padrões de referência e indicadores dos dados, por Distrito de saúde, Manaus, Amazonas.

Qualidade e continuidade da relação profissional – paciente.	Manaus	DISAL	DISAN	DISAO	DISAS
	N	N	N	N	N
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Padrão resposta: Sim/sempe.					
Usuários - Qualidade					
III.8.7 O usuário se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações.	365 (61,13)	75 (60,48)	79 (55,24)	100 (67,11)	111 (61,63)
III.9.1 O usuário considera que o tempo de consulta com o médico é suficiente.	527 (88,27)	108 (87,10)	123 (86,01)	140 (93,96)	156 (86,19)
III.9.2 O usuário acha que o tempo de consulta com o enfermeiro é suficiente.	484 (81,07)	99 (79,84)	114 (79,72)	120 (80,54)	151 (83,43)
III.23.2 O usuário se tivesse a opção, mudaria de equipe ou unidade de saúde.	97 (16,24)	21 (16,94)	24 (16,78)	26 (17,45)	26 (14,36)
Usuários - Continuidade					
III.9.3 O usuário é atendido pelo mesmo médico na UBS.	468 (78,39)	85 (68,55)	113 (79,02)	124 (83,22)	146 (80,66)
II.9.4 O usuário é atendido pelo mesmo enfermeiro na UBS.	434 (72,69)	82 (66,13)	106 (74,13)	111 (74,50)	135 (74,59)
III.9.9 O usuário é sempre procurado pelos profissionais da UBS para saber o que aconteceu com ele e retomar seu atendimento quando o usuário interrompe o tratamento por algum motivo ou quando não vem à consulta na UBS.	166 (27,80)	44 (35,48)	29 (20,28)	34 (22,82)	59 (32,60)
N usuários	597	124	143	149	181
EqAP					
II.3.5 O profissional de saúde respondente na UBS está há 3 anos ou mais trabalhando na equipe de atenção básica.	67 (44,97)	16 (51,61)	10 (27,78)	23 (62,16)	18 (40,00)
N. Equipes de Atenção Primária	149	31	36	37	45

Fonte: Base de dados do PMAQ-AB 2º. ciclo Manaus, Amazonas.

4.2.5. O Atributo da Coordenação de Cuidados

Com respeito à “continuidade informacional”, 58,29% dos usuários responderam que encontram facilidade para conversar com os profissionais sobre os resultados dos seus exames. No que se refere às patologias e classificação de risco, 41,61% das equipes mantêm registro das pessoas com HAS com maior risco/gravidade; 38,26% possuem registro das pessoas com DM com maior risco/gravidade; 46,98% comprovam o registro do número de usuárias gestantes com maior risco/gravidade; e somente 26,85% possuem o registro de usuários com transtorno mental com maior risco/gravidade (Tabela 16).

Não obstante, no Distrito Leste verifica-se o maior percentual de registros relacionados às patologias: 64,52% possuem registro de pessoas com HAS com maior risco; 64,52% de pessoas com DM com maior risco; 70,97% de usuárias gestantes com maior risco/gravidade; e 54,84 % de usuários com transtorno mental de maior risco. Segundo os usuários, 65,19%, desses encontram mais facilidade para conversar sobre os resultados de exames com os profissionais no Distrito Sul. Contudo, nesse último distrito, as equipes de profissionais de saúde possuem o menor percentual de registro das situações de risco (HAS, DM, gestantes) quando encaminhadas para outros pontos de atenção. E, no geral, apenas 26,85% das equipes dos distritos de saúde de Manaus confirmaram possuir registro dos usuários com transtorno mental de maior risco encaminhado para outros pontos de atenção (Tabela 16).

Na análise do componente “acesso a consultas/exames especializados” presentes na Tabela 16, o usuário relatou que, quando perguntado sobre a forma como ele é encaminhado para o especialista, 18,76% disseram já sair da UBS com a consulta agendada para o especialista; e somente 20,43% responderam que a consulta é marcada pela UBS e posteriormente informada. Nota-se, portanto, uma divergência de percepções nesse tema entre os profissionais das equipes e usuários. Entre os usuários do Distrito Leste, apenas 15,32% afirmaram já ter saído da UBS informados sobre a consulta especializada.

De acordo com as equipes de saúde, quando o usuário necessita ser encaminhado para consulta especializada, 75,84% das equipes respondem que a consulta é marcada pela UBS e posteriormente informada ao usuário. E, na maioria das vezes, o encaminhamento dos usuários para o especialista é realizado através da central de regulação de acordo com 87,92% das equipes de saúde. Quando a consulta especializada é marcada pela UBS e posteriormente informada ao paciente, tem-se, no Distrito Norte, 91,67% das equipes procedendo dessa forma e 82,22% no Distrito Sul; enquanto no Distrito Leste, apenas 45,16% realizavam a consulta dessa maneira e 78,38% no Distrito Oeste.

No tocante ao componente da “comunicação entre a AP e AE”, apenas 4,02% das equipes de atenção primária afirmam sempre e na maioria das vezes obtêm retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados por ela. É notória a fragilidade desse aspecto na coordenação de cuidados no município, tendo o Distrito Sul informado que em nenhum momento houve a comunicação interprofissional e informação entre a atenção primária e atenção especializada quando foi necessário o encaminhamento dos usuários para atender uma necessidade deste.

No componente do “ordenamento de fluxos assistenciais”, nota-se, em relação aos grupos prioritários, que 57,72% das equipes possuem protocolos para estratificação de risco para pré-natal, 47,65% para HAS e 48,99% para DM. Apenas 5,03% das usuárias foram informadas pelas equipes da saúde sobre o local (em qual maternidade) o parto seria realizado. Nesse último indicador, apenas o Distrito Oeste apresentou percentual acima de 5,0%; e por outro lado, no Distrito Norte, menos de 5% das gestantes acompanhadas possuíam conhecimento prévio de maternidade para realização do parto.

Quanto às especificidades desses protocolos para estratificação de risco, nota-se que no Distrito Leste, 74,19% das equipes utilizam para pré-natal, com apenas 45,95% no Distrito Oeste. No tocante aos protocolos para HAS, 67,74% das equipes do Distrito Leste os utilizavam, com apenas 35,14% das equipes do Distrito Oeste. Em relação aos protocolos para estratificação de risco para DM, 64,86% eram utilizados pelas equipes do Distrito Oeste, enquanto apenas 29,03% pelas equipes do Distrito Leste.

Tabela 16 - Coordenação: indicadores do componente acesso à consultas/exames especializados, continuidade informacional, ordenamento de fluxos assistenciais, padrões de referência e indicadores dos dados, por Distrito de saúde, Manaus, Amazonas.

Acesso à consultas/exames especializados, continuidade informacional, ordenamento de fluxos assistenciais	Manaus	DISAL	DISAN	DISAO	DISAS
	N	N	N	N	N
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Padrão de respostas: Sim/sempe; a consulta é marcada pela UBS e a data posteriormente informada ao usuário.					
Acesso a consultas/exames especializados					
EqAP					
II.14.1.2 EqAP afirma que quando o usuário é atendido na UBS e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, a consulta é marcada pela UBS e a data posteriormente informada ao usuário.	113 (75,84)	14 (45,16)	33 (91,67)	29 (78,38)	37 (82,22)
II.16.3 Na maioria das vezes o encaminhamento dos usuários para o especialista é realizado através da central de regulação.	131 (87,92)	28 (90,32)	36 (100,0)	25 (67,57)	42 (93,33)
N. Equipes de Atenção Primária	149	31	36	37	45
Usuários					
III.10.1 Quando o usuário necessita ser encaminhado para consulta especializada, a consulta é marcada pela unidade de saúde e informada na hora.	112 (18,76)	19 (15,32)	23 (16,08)	27 (18,22)	43 (23,76)
III.10.1.2 A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada.	122 (20,43)	24 (19,35)	30 (20,98)	33 (22,15)	35 (19,34)
N usuários	597	124	143	149	181

Acesso à consultas/exames especializados, continuidade informacional, ordenamento de fluxos assistenciais	Manaus	DISAL	DISAN	DISAO	DISAS
	N	N	N	N	N
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)

Padrão de respostas: Sim/sempr.

Continuidade informacional

Usuários

III.10.2 O usuário encontra facilidade para conversar com os profissionais sobre os resultados dos seus exames.	348 (58,29)	65 (52,42)	77 (53,85)	88 (59,06)	118 (65,19)
N usuários	597	124	143	149	181

Padrão de respostas: Sim. para “realiza registro”; hipertensão; diabetes; gestantes, transtorno mental.

EqAP

III.14.6.1 A equipe mantém registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção.	62 (41,61)	20 (64,52)	13 (36,11)	15 (40,54)	14 (31,11)
II.14.6.2 A equipe mantém registro dos usuários com diabetes mellitus (DM) de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção.	57 (38,26)	20 (64,52)	10 (27,78)	13 (35,14)	14 (31,11)
II.14.6.5 A equipe mantém registro das usuárias gestantes de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção.	70 (46,98)	22 (70,97)	15 (41,67)	17 (45,95)	16 (35,56)
II.14.6 A equipe mantém registro dos usuários com transtorno mental de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção.	40 (26,85)	17 (54,84)	8 (22,22)	10 (27,03)	5 (11,11)
N. Equipes de Atenção Primária	149	31	36	37	45

Padrão de respostas: Sim; sempre; sim, na maioria das vezes.

EqAP

Comunicação entre a AP e AE

II.16.1 A equipe de AP afirma que sempre e na maioria das vezes obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados por ela.	6 (4,02)	2 (6,45)	2 (5,56)	2 (5,41)	0 (0,00)
N. Equipes de Atenção Primária	149	31	36	37	45

Padrão de resposta: Sim.

Usuários

Ordenamento de fluxos assistenciais

III.13.24 A usuária foi informada pela equipe em qual maternidade seria feito o seu parto.	30 (5,03)	5 (4,03)	5 (3,50)	11 (7,38)	9 (5,03)
N usuários	597	124	143	149	181

Padrão de resposta: Sim.

EqAP

I.14.4.3 A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para Pré-natal.	86 (57,72)	23 (74,19)	21 (58,33)	17 (45,95)	25 (55,56)
II.14.4.5 A equipe utiliza protocolos para	71	21	14	13	23

Acesso à consultas/exames especializados, continuidade informacional, ordenamento de fluxos assistenciais	Manaus	DISAL	DISAN	DISAO	DISAS
	N	N	N	N	N
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
estratificação de risco para Hipertensão arterial sistêmica	(47,65)	(67,74)	(38,89)	(35,14)	(51,11)
II.14.4.6 A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para Diabetes mellitus.	73 (48,99)	9 (29,03)	22 (61,11)	24 (64,86)	21 (46,67)
N. Equipes de Atenção Primária	149	31	36	37	45

Fonte: Base de dados do PMAQ-AB 2º. ciclo Manaus, Amazonas.

4.2.6. Atributo Orientação para a comunidade

Na Tabela 17 são expostos os indicadores da Territorialização. No município, somente 54,36% das equipes possuem levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados). As equipes demonstram também possuir conhecimento do seu território com registro da totalidade de gestantes sob sua responsabilidade (95,97%), mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero (71,81%) e exame de mamografia (34,23%); crianças até dois anos (79,19%); pessoas com diabetes e hipertensas (92,62%). Cerca de 60,40% das equipes de saúde informaram ainda que a gestão utilizou alguma tipificação com base em critérios de risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe. Na perspectiva dos usuários, estes relatam (60,97%) que, durante as consultas, os profissionais das equipes sempre sugerem soluções possíveis de serem realizadas.

Foram observadas diferenças significativas na Territorialização entre os distritos de saúde no município de Manaus. Quando perguntadas se utilizam algum tipo de levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio, as equipes dos Distritos Sul e Norte responderam que sim, apenas 30,56% e 44,44%, respectivamente. O Distrito Leste apresentou o maior percentual de mapeamento de usuários que precisam de cuidados domiciliares (80,65%).

No tocante à área da saúde materno – infantil, em geral, as equipes relatam possuir registro de todas as gestantes do seu território (mais 90%), sendo que no Distrito Sul esse percentual chegou a 100,00% de acompanhamento de usuárias gestantes na sua área de abrangência. Contudo, apenas 68,8% das equipes no Distrito Sul possuem registro das crianças com até dois anos de idade e apenas 60% dessas equipes detêm o registro de mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero e 31,11% das mulheres elegíveis para exame de mamografia do seu território.

Os Distritos de saúde Norte e Oeste têm comportamento parecido em relação ao registro de todas as mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero do seu território, 72,22% e 75,67% respectivamente. Ainda, sob esse exame, o Distrito Leste apresentou o mais alto percentual de resposta 83,87%. Não obstante, os distritos de saúde apresentam respostas muito baixas relacionadas ao registro de todas as mulheres elegíveis para exame de mamografia no seu território; somente no Distrito Leste, 54,83% das equipes nesse distrito afirmam possuir tal registro. O Distrito Norte obteve apenas 22,22% das respostas afirmativas nesse indicador avaliado.

Houve respostas positivas, por outro lado, quando as equipes foram questionadas se possuem registro de todas as pessoas com hipertensão e diabetes do seu território; no geral, mais de 90% deram uma resposta positiva nesse indicador. As equipes foram perguntadas se a gestão adotou critérios de risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob sua responsabilidade, houve, portanto, 60,40% de respostas positivas no município. Os Distritos Leste e Oeste obtiveram os melhores resultados (77,42% e 72,97%); e os Distritos Norte e Sul, os mais baixos percentuais de respostas afirmativas (44,44% e 51,11%), respectivamente.

A Tabela 17 mostra os resultados dos indicadores selecionados sobre a intersectorialidade. No município analisado, 67,11% das equipes planejam suas atividades na escola, relacionadas ao PSE (Programa Saúde na Escola). Nesse indicador, os Distritos Leste e Norte apresentaram os maiores percentuais de respostas afirmativas (70,97% e 80,56%). Entretanto, apenas 34,23% das equipes do município afirmam possuir documento comprobatório do levantamento do número de escolares identificados com necessidade de saúde que precisam de acompanhamento. Novamente, os dois distritos supracitados comprovaram tais documentos em 45,16% no Distrito Leste e 61,11% no Distrito Norte. Nos Distritos Oeste e Sul, a comprovação de tal documento com respostas afirmativas nesse indicador foram de apenas 16,22% e 20,00% nos dois distritos citados.

Em relação às atividades de avaliação clínica realizadas pelas equipes de saúde na escola, no âmbito do PSE, verifica-se que: i) pouco mais da metade das equipes (56,37%) confirmaram que realizam a atualização do calendário vacinal nas escolas; ii) apenas 30,20% das equipes conseguem detectar precocemente a hipertensão arterial sistêmica nas escolas; iii) 42,28% afirmaram realizar a avaliação oftalmológica nos estudantes; iv) apenas 18,79% realizam a avaliação auditiva; v) 47,65% fazem a avaliação nutricional; e vi) 38,93% conseguem realizar a avaliação de saúde bucal nos escolares.

Em termos de distritos de saúde, observa-se que, no Distrito Norte, as respostas afirmativas em relação aos indicadores estudados foram as mais altas entre os distritos de

saúde de Manaus. Revelando que o PSE no Distrito Norte é bastante utilizado no âmbito das ações intersetoriais da atenção primária: 80,56% das equipes nesse distrito afirmam realizar ações na escola relacionadas ao PSE; 61,11% possuem documento comprobatório do levantamento do número de escolares identificados com necessidade de saúde que precisam de acompanhamento; 72,22% atualizam o calendário vacinal; 36,11% fazem a detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica; 55,56% realizam a avaliação oftalmológica, 25% avaliação auditiva, 72,22% avaliação nutricional, 61,11% avaliação de saúde bucal nas escolas.

Na Tabela 17 são apresentados indicadores sobre a participação social. As equipes realizam ou têm um mecanismo de avaliação de satisfação do usuário segundo 63,09% daquelas. No Distrito Oeste, apenas 29,73% das equipes confirmaram possuir algum mecanismo de medir ou avaliar a satisfação dos usuários. No Distrito Leste, 87,09% afirmam realizar ou ter um mecanismo de avaliação da satisfação dos usuários sob sua responsabilidade e abrangência.

A existência de canais de comunicação para os usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões está presente em 77,18% das equipes, e 90,60% leva em conta a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho. Segundo as respostas das equipes, 59,36% dessas confirmam que o conselho local de saúde ou instância colegiada equivalente está presente na UBS. Entretanto, quando os usuários querem fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde, somente 16,75% conseguem.

Em relação à participação social na atenção primária, segundo os dados do PMAQ-AB (2º ciclo), nota-se que, no Distrito Leste, há um maior encaminhamento das demandas recebidas dos usuários para gestão municipal (64,52%), maior presença de participação dos usuários em espaços formais de decisão como conselhos locais de saúde (77,42%) e uma maior consideração a respeito da opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho (96,77%).

Os Distritos Norte e Sul apresentam baixa participação dos comunitários nas decisões e planejamentos de ações nas UBSs, apenas 38,89% e 40,00% afirmam que há Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular. E, somente 10,74% dos usuários no distrito Oeste conseguem fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde.

Observa-se, portanto, com exceção do Distrito Leste e do Distrito Norte (esse em menor importância), que, embora a participação social esteja preconizada como um direito das pessoas, preconizado, inclusive em lei, ainda assim, há um longo caminho a percorrer no sentido de tornar-se uma forma de controle social da população no SUS enquanto espaços

formais ou informais de discussão e de definição de suas demandas locais de saúde, inclusive nas formas de intervenção na sua comunidade.

Tabela 17 – Orientação para a comunidade: indicadores do componente: Territorialização, Intersetorialidade, Participação Social padrões de referência e indicadores dos dados, por Distrito de saúde, Manaus, Amazonas.

Territorialização, Intersetorialidade, Participação Social	Manaus N (%)	DISAL N (%)	DISAN N (%)	DISAO N (%)	DISAS N (%)
Padrão de resposta: Sim.					
Territorialização					
EqAP					
II.28.4 A equipe de atenção primária possui levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados).	81 (54,36)	25 (80,65)	11 (30,56)	25 (67,57)	20 (44,44)
II.14.2.1 A equipe de atenção primária possui o registro de todas as gestantes do seu território.	143 (95,97)	30 (96,77)	33 (91,67)	35 (94,59)	45 (100,00)
II.14.2.2 A equipe de atenção primária possui o registro de todas as mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero do seu território.	107 (71,81)	26 (83,87)	26 (72,22)	28 (75,67)	27 (60,00)
II.14.2.3 A equipe de atenção primária possui o registro de todas as mulheres elegíveis para exame de mamografia do seu território.	51 (34,23)	17 (54,83)	8 (22,22)	12 (32,43)	14 (31,11)
II.14.2.4 A equipe de atenção primária possui o registro de todas as crianças até dois anos do seu território.	118 (79,19)	27 (87,09)	32 (88,88)	28 (75,67)	31 (68,88)
II.14.2.5 A equipe de atenção primária possui o registro de todas as pessoas com hipertensão do seu território.	138 (92,62)	29 (93,54)	32 (88,89)	35 (94,59)	42 (93,33)
II.14.2.6 A equipe de atenção primária possui o registro de todas as pessoas com diabetes do seu território.	138 (92,62)	29 (93,54)	32 (88,88)	35 (94,59)	42 (93,33)
II.10.1 A gestão utilizou alguma tipificação com base em critérios de risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe.	90 (60,40)	24 (77,42)	16 (44,44)	27 (72,97)	23 (51,11)
N. Equipes de Atenção Primária	149	31	36	37	45
Padrão de resposta: Sempre.					
Usuários					
III.8.9 Na opinião do usuário, durante as consultas, os profissionais desta equipe sempre sugerem soluções possíveis de serem realizadas.	364 (60,97)	80 (64,52)	76 (53,15)	96 (64,43)	112 (61,88)
N usuários	597	124	143	149	181
Padrão de resposta: Sim.					
Intersetorialidade					
EqAP					
II.30.1 A equipe de atenção primária realiza	100	22	29	22	27

Territorialização, Intersetorialidade, Participação Social	Manaus N (%)	DISAL N (%)	DISAN N (%)	DISAO N (%)	DISAS N (%)
atividades na escola relacionadas ao PSE.	(67,11)	(70,97)	(80,56)	(59,46)	(60,00)
II.30.3/1 A equipe de atenção primária possui documento que comprova levantamento do número de escolares identificados com necessidade de saúde que precisam de acompanhamento.	51 (34,23)	14 (45,16)	22 (61,11)	6 (16,22)	9 (20,00)
II.30.4.1 A equipe de atenção primária realiza atividades de avaliação clínica, tais como a atualização do calendário vacinal nas escolas.	84 (56,37)	21 (67,74)	26 (72,22)	18 (48,65)	19 (42,22)
II.30.4.2 A equipe de atenção primária realiza atividades de avaliação clínica, tais como: detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica nas escolas.	45 (30,20)	13 (41,94)	13 (36,11)	10 (27,03)	9 (20,00)
II.30.4.4 A equipe de atenção primária realiza atividades de avaliação clínica, tais como: avaliação oftalmológica nas escolas.	63 (42,28)	15 (48,39)	20 (55,56)	14 (37,84)	14 (31,11)
II.30.4.5 A equipe de atenção primária realiza atividades de avaliação clínica, tais como: avaliação auditiva nas escolas.	28 (18,79)	6 (19,35)	9 (25,00)	6 (16,22)	7 (15,56)
II.30.4.6 A equipe de atenção primária realiza atividades de avaliação clínica, tais como: a avaliação nutricional nas escolas.	71 (47,65)	17 (54,84)	26 (72,22)	13 (35,14)	15 (33,33)
II.30.4.7 A equipe de atenção primária realiza atividades de avaliação clínica, tais como: a avaliação de saúde bucal nas escolas.	58 (38,93)	16 (51,61)	22 (61,11)	10 (27,03)	10 (22,22)
N. Equipes de Atenção Primária	149	31	36	37	45
Participação Social					
EqAP					
II.29.1 A equipe de atenção primária realiza ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário.	94 (63,09)	27 (87,09)	28 (77,78)	11 (29,73)	28 (62,22)
II.29.2 A equipe de atenção primária dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões na atenção básica.	115 (77,18)	24 (77,42)	32 (88,89)	27 (72,97)	32 (71,11)
II.29.4 A equipe de atenção primária faz o encaminhamento das demandas recebidas dos usuários para gestão municipal.	64 (42,95)	20 (64,52)	14 (38,89)	15 (40,54)	15 (33,33)
II.29.5 A equipe de atenção primária considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho.	135 (90,60)	30 (96,77)	28 (77,78)	37 (100,00)	40 (88,89)
II.29.6 A equipe de atenção primária afirma que há Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular.	81 (54,36)	24 (77,42)	14 (38,89)	25 (67,57)	18 (40,00)
N. Equipes de Atenção Primária	149	31	36	37	45

Territorialização, Intersetorialidade, Participação Social	Manaus N (%)	DISAL N (%)	DISAN N (%)	DISAO N (%)	DISAS N (%)
Usuários					
III.24.1 - Quando o usuário quer fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde, ele consegue.	100 (16,75)	21 (16,95)	34 (23,78)	16 (10,74)	29 (16,02)
N usuários	597	124	143	149	181

Fonte: Base de dados do PMAQ-AB 2º. ciclo Manaus, Amazonas.

4.2.7. Atributo da Centralidade (Orientação) Familiar

Na Tabela 18 são destacados os indicadores para o atributo da Orientação Familiar. As famílias da área de abrangência da equipe de atenção primária são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade por (86,58%) das equipes. As equipes de atenção primária dos quatro distritos de saúde analisados (87,25%) organizam os prontuários por núcleos familiares, e esse mesmo percentual de equipes contém documento comprobatório disso.

A agenda dos profissionais está organizada para a realização de visita domiciliar segundo (92,61%) das equipes. Há um protocolo ou critério para realização de visita domiciliar em (64,43%) das equipes de saúde. E, de acordo com (56,45%) dos usuários, sempre e na maioria das vezes os profissionais na UBS costumam perguntar pelos familiares dos usuários. Entre os usuários, (75,04%) recebem visita dos ACS e (38,36%) receberam visita de outros profissionais de saúde.

Tabela 18 - Orientação Familiar: indicadores do componente: abordagem familiar, padrões de referência e indicadores dos dados, por Distrito de saúde, Manaus, Amazonas .

Abordagem familiar, padrões de referência	Manaus N (%)	DISAL N (%)	DISAN N (%)	DISAO N (%)	DISAS N (%)
Padrão de respostas: Sim; visita domiciliar.					
EqAP					
II.13.1 A agenda dos profissionais está organizada para a realização de visita domiciliar	138 (92,61)	30 (96,77)	30 (83,33)	35 (94,59)	43 (95,56)
II.11.1 Os prontuários dos usuários da equipe de atenção básica estão organizados por núcleos familiares.	130 (87,25)	30 (96,77)	30 (83,33)	36 (97,29)	34 (75,56)
II.11.1/1 Há documentação que comprova que os prontuários dos usuários da equipe de atenção básica estão organizados por núcleos familiares.	130 (87,25)	30 (96,77)	30 (83,33)	36 (97,29)	34 (75,56)
II.28.2 As famílias da área de abrangência da equipe de atenção primária são visitadas com	129 (86,58)	30 (96,77)	28 (77,78)	34 (91,89)	37 (82,22)

Abordagem familiar, padrões de referência	Manaus	DISAL	DISAN	DISAO	DISAS
	N	N	N	N	N
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade.					
II.28.1.A EqAP possui protocolo ou critérios para visita domiciliar.	96 (64,43)	27 (87,09)	13 (36,11)	28 (75,67)	28 (62,22)
N. Equipes de Atenção Primária	149	31	36	37	45
Padrão de respostas: Sim; sempre; na maioria das vezes.					
Usuários					
III.9.6 Os profissionais da UBS sempre e na maioria das vezes costumam perguntar pelos familiares dos usuários.	337 (56,45)	76 (61,29)	68 (47,55)	93 (62,42)	100 (55,25)
III.11.1 O agente comunitário de saúde (ACS) sempre visita o usuário na sua casa.	448 (75,04)	98 (79,03)	98 (68,53)	115 (77,18)	137 (75,69)
III.11.2 Outro(s) profissionais da equipe de saúde sempre e na maioria das vezes visitam a casa do usuário.	229 (38,36)	35 (28,22)	36 (25,17)	63 (42,28)	95 (52,49)
N usuários	597	124	143	149	181

Fonte: Base de dados do PMAQ-AB 2º. ciclo Manaus, Amazonas.

As equipes tanto do Distrito Leste, (96,77%) quanto o Distrito Oeste (91,89%) fazem visitas domiciliares periódicas às famílias do seu território, segundo critérios avaliativos de risco e vulnerabilidade. Apenas 36,11% das equipes do Distrito Norte possuem algum protocolo ou critérios para visita domiciliar; e em 68,53% dessas, o agente comunitário de saúde (ACS) sempre visita o usuário na sua casa; já 25,17% dos profissionais das equipes de saúde no distrito sempre e na maioria das vezes visitam a casa do usuário. Nesse último indicador, o Distrito Leste também obteve baixo quantitativo de respostas, apenas 28,22% dos usuários confirmam a ida de outro profissional da equipe de saúde sempre e na maioria das vezes também visitando a sua casa.

4.3. ANÁLISES DE RESULTADO – PCA-TOOL (USUÁRIO)

Neste estudo, foram realizadas 395 entrevistas com usuários da ESF do município de Manaus, e as características sociodemográficas dos participantes da pesquisa estão sumarizadas na Tabela 19.

4.3.1. Características sociodemográficas dos usuários

O perfil dos usuários que frequentam as unidades de saúde da família é constituído de mulheres (90,89%); em idade fértil (idade entre 25 e 59); pardas (81,52%); donas de casa (41,52%); casadas (63,04%) e com filhos (até quatro filhos, 73,92%); que frequentam a UBS pelo menos uma vez ao mês (31,65%); para fazer, principalmente, o seu acompanhamento de rotina médica (83,04%). São usuários de baixa renda, pois (50%) percebem até um salário mínimo para atender suas necessidades básicas de sobrevivência; quase 40% desses têm apenas o ensino médio completo, e 26,33% possuíam o ensino fundamental incompleto. Em contrapartida, não possuem plano privado de saúde (92,91%).

A faixa etária de menores de 24 anos apresentou maior frequência no Distrito Leste (n=15; 15,46%) enquanto, a faixa etária com 60 anos ou mais (n=21; 22,11%) obteve uma maior frequência no Distrito Oeste. No Distrito Norte, (n=53; 47,32%) dos entrevistados possuem de 1 a 2 filhos, e (n=32; 35,16%) daqueles tem de 3 a 4 filhos. No Distrito Leste, 73% dos usuários entrevistados apresentou baixa escolaridade (n=34; 35,05%) possuíam ensino fundamental incompleto, (n=37; 38,14%) com ensino médio completo e apenas (n= 6; 6,19%) detentores de ensino superior. Nesse distrito, a maior parte dos entrevistados (n = 91;93,81%) não possuem Plano Privado de saúde. Aproximadamente 27% (n=26) dos entrevistados no Distrito Leste estavam desempregados; apenas 5,26% (n=5) no Distrito Oeste. O maior contingente de aposentados (n=9; 9,47%) também se localizava nesse último distrito e somente (n=2; 1,79%) dos aposentados estava no Distrito Norte.

Na época da pesquisa, os entrevistados no Distrito Sul possuíam uma ocupação remunerada (n=35; 38,46%) com renda mensal de 1 a 2 salários mínimos (n=38; 41,76%). O principal motivo para a busca do serviço da UBS no Distrito Sul foi consulta de rotina (n=85; 93,41%), seguida por (n=4; 4,40%) para marcação de consultas ou exames especializados. Já, os entrevistados no Distrito Oeste, (n=77; 81,05%) afirmam se dirigir à UBS primeiramente para realizar consulta de rotina, outros (n=1; 1,05%) para atendimento de urgência, e (n=2; 2,11%) se deslocam até a UBS para marcar consultas ou exames especializados.

Nota-se que a maioria dos entrevistados dirigem-se à UBS com certa frequência mensal em busca de algum atendimento: (n=37; 38,14%) desses no Distrito Leste; (n=35; 36,84%) no Distrito Oeste; (n=18; 19,78%) no Distrito Sul e (n=35; 31,25%) no Distrito Norte. Nesse último distrito, (n=24; 21,43%) dos entrevistados se deslocam até à UBS para receber algum atendimento clínico ou não a cada 6 meses e, aproximadamente (n=9; 10%) dos entrevistados no Distrito Sul afirmam ir esporadicamente à UBS.

Tabela 19 - Distribuição de frequência das respostas dos usuários adultos, por Distrito de Saúde atendidos nas UBS segundo variáveis sociodemográficas, Manaus, Amazonas, 2019.

Variáveis sociodemográficas	Manaus		DISAN		DISAS		DISAL		DISAO	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Sexo										
Masculino	36	(9,11)	10	(8,93)	10	(10,99)	8	(8,25)	8	(8,42)
Feminino	359	(90,89)	102	(91,07)	81	(89,01)	89	(91,75)	87	(91,58)
Faixa etária										
18 a 24	45	(11,39)	11	(9,82)	11	(12,09)	15	(15,46)	8	(8,42)
25 a 40	134	(33,92)	43	(38,39)	25	(27,47)	36	(37,11)	30	(31,58)
41 a 59	154	(38,99)	47	(41,96)	34	(37,36)	37	(38,14)	36	(37,89)
60 ou mais	60	(15,19)	10	(8,93)	20	(21,98)	9	(9,28)	21	(22,11)
Não informado	2	(0,51)	1	(0,89)	1	(1,10)	0	(0,00)	0	(0,00)
Cor/raça										
Negra	19	(4,81)	6	(5,36)	6	(6,59)	3	(3,09)	4	(4,21)
Branca	51	(12,91)	22	(19,64)	11	(12,09)	8	(8,25)	10	(10,53)
Amarela	2	(0,51)	2	(1,79)	0	(0,00)	0	(0,00)	0	(0,00)
Parda	322	(81,52)	81	(72,32)	74	(81,32)	86	(88,66)	81	(85,26)
Indígena	1	(0,25)	1	(0,89)	0	(0,00)	0	(0,00)	0	(0,00)
Status civil										
Casado(a)/ Ajuntado(a)	249	(63,04)	83	(74,11)	45	(49,45)	65	(67,01)	56	(58,95)
Separado(a)/ Divorciado(a)	32	(8,10)	5	(4,46)	8	(8,79)	8	(8,25)	11	(11,58)
Solteiro(a)	91	(23,04)	18	(16,07)	34	(37,36)	18	(18,56)	21	(22,11)
Viúvo(a)	23	(5,82)	6	(5,36)	4	(4,40)	6	(6,19)	7	(7,37)
Número de filhos										
Nenhum	44	(11,14)	11	(9,82)	14	(15,38)	10	(10,31)	9	(9,47)
de 1 a 2	171	(43,29)	53	(47,32)	37	(40,66)	41	(42,27)	40	(42,11)
de 3 a 4	121	(30,63)	33	(29,46)	32	(35,16)	28	(28,87)	28	(29,47)
de 5 a 6	38	(9,62)	13	(11,61)	4	(4,40)	13	(13,40)	8	(8,42)
de 7 a 8	10	(2,53)	1	(0,89)	1	(1,10)	2	(2,06)	6	(6,32)
de 9 a 10	7	(1,77)	1	(0,89)	1	(1,10)	2	(2,06)	3	(3,16)
de 11 a 12	1	(0,25)	0	(0,00)	0	(0,00)	0	(0,00)	1	(1,05)
Não informado	3	(0,76)	0	(0,00)	2	(2,20)	1	(1,03)	0	(0,00)
Escolaridade										
Analfabeto	4	(1,01)	1	(0,89)	0	(0,00)	1	(1,03)	2	(2,11)
Ens. Fund. Incompleto	104	(26,33)	22	(19,64)	18	(19,78)	34	(35,05)	30	(31,58)
Ens. Fund. Completo	16	(4,05)	6	(5,36)	6	(6,59)	2	(2,06)	2	(2,11)
Ens. Médio Incompleto	47	(11,90)	15	(13,39)	6	(6,59)	13	(13,40)	13	(13,68)
Superior Incompleto	26	(6,58)	6	(5,36)	9	(9,89)	3	(3,09)	8	(8,42)
Superior Completo	37	(9,37)	15	(13,39)	10	(10,99)	6	(6,19)	6	(6,32)
Outro	3	(0,76)	1	(0,89)	0	(0,00)	1	(1,03)	1	(1,05)
Não informado	1	(0,25)	1	(0,89)	0	(0,00)	0	(0,00)	0	(0,00)
Possui plano de saúde privado?										
Sim	27	(6,84)	8	(7,14)	7	(7,69)	6	(6,19)	6	(6,32)
Não	367	(92,91)	103	(91,96)	84	(92,31)	91	(93,81)	89	(93,68)
Não informado	1	(0,25)	1	(0,89)	0	(0,00)	0	(0,00)	0	(0,00)
Ocupação										
Trabalha	143	(36,20)	39	(34,82)	42	(43,30)	28	(28,87)	34	(35,79)
Dona de casa	164	(41,52)	56	(50,00)	28	(28,87)	38	(39,18)	42	(44,21)
Desempregado(a)	54	(13,67)	9	(8,04)	14	(14,43)	26	(26,80)	5	(5,26)
Aposentado(a)	20	(5,06)	2	(1,79)	5	(5,15)	4	(4,12)	9	(9,47)
Pensionista	2	(0,51)	0	(0,00)	0	(0,00)	1	(1,03)	1	(1,05)

Variáveis sociodemográficas	Manaus		DISAN		DISAS		DISAL		DISAO	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Não informado	12	(3,04)	6	(5,36)	2	(2,06)	0	(0,00)	4	(4,21)
Tem ocupação remunerada?										
Sim	142	(35,95)	39	(34,82)	35	(38,46)	25	(25,77)	43	(45,26)
Não	250	(63,29)	72	(64,29)	54	(59,34)	72	(74,23)	52	(54,74)
Não informado	3	(0,76)	1	(0,89)	2	(2,20)	0	(0,00)	0	(0,00)
Renda mensal (em salário mínimo-SM)										
até 1 SM	199	(50,38)	61	(54,46)	38	(41,76)	48	(49,48)	52	(54,74)
de 1,01 a 2 SM	135	(34,18)	31	(27,68)	38	(41,76)	39	(40,21)	27	(28,42)
de 2,01 a 3 SM	24	(6,08)	7	(6,25)	5	(5,49)	6	(6,19)	6	(6,32)
mais de 3 SM	6	(1,52)	2	(1,79)	3	(3,30)	0	(0,00)	1	(1,05)
Não informado	31	(7,85)	11	(9,82)	7	(7,69)	4	(4,12)	9	(9,47)
Motivo principal para a busca do serviço da UBS										
Tratamento odontológico	10	(2,53)	7	(6,25)	0	(0,00)	2	(2,06)	1	(1,05)
Consulta de rotina	328	(83,04)	87	(77,68)	85	(93,41)	79	(81,44)	77	(81,05)
Atendimento de urgência	3	(0,76)	2	(1,79)	0	(0,00)	0	(0,00)	1	(1,05)
Realização de exames laboratoriais	3	(0,76)	3	(2,68)	0	(0,00)	0	(0,00)	0	(0,00)
Marcação de consultas ou exames especializados	17	(4,30)	4	(3,57)	4	(4,40)	7	(7,22)	2	(2,11)
Outro	33	(8,35)	8	(7,14)	2	(2,20)	9	(9,28)	14	(14,74)
Não informado	1	(0,25)	1	(0,89)	0	(0,00)	0	(0,00)	0	(0,00)
Frequência com que procura a UBS										
Mensal	125	(31,65)	35	(31,25)	18	(19,78)	37	(38,14)	35	(36,84)
A cada 2 meses	33	(8,35)	7	(6,25)	14	(15,38)	8	(8,25)	4	(4,21)
a cada 3 meses	67	(16,96)	18	(16,07)	19	(20,88)	13	(13,40)	17	(17,89)
A cada 6 meses	73	(18,48)	24	(21,43)	18	(19,78)	18	(18,56)	13	(13,68)
Anualmente	46	(11,65)	12	(10,71)	13	(14,29)	8	(8,25)	13	(13,68)
Esporadicamente	50	(12,66)	15	(13,39)	9	(9,89)	13	(13,40)	13	(13,68)
Não informado	1	(0,25)	1	(0,89)	0	(0,00)	0	(0,00)	0	(0,00)

Fonte: Elaboração própria partir os dados do PMAQ-AB (2º.ciclo).

4.3.2. Grau de Afiliação (A)

O Grau de Afiliação não é um atributo da atenção primária, contudo, consta no somatório para se calcular o Escore Geral, de acordo com o instrumento de avaliação. O profissional médico /enfermeiro e/ou serviço de saúde foi considerado por (n=379; 95,95%) dos participantes, quando estes últimos adoecem ou precisam de conselhos sobre a sua saúde (A1).

A questão (A2) indaga aos participantes se existe um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa; assim, segundo (n=366; 92,66%) dos participantes responderam positivamente essa questão. A questão (A3) questiona os participantes se há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que possui responsabilidade por seu atendimento de saúde, os participantes (n=368; 93,16%) que confirmaram que a

responsabilidade pela sua assistência pertence a profissionais e serviços são os mesmos das questões A1 e A2. Logo, em termos gerais, deduz-se que há um vínculo do usuários com algum profissional ou UBS na qual ele recorre quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde (Tabela 20).

Tabela 20 - Distribuição de frequência das respostas dos usuários adultos das UBS ao Grau de Afiliação com Serviço de Saúde, Manaus, Amazonas, 2018-19

Grau de Afiliação (A)	Manaus		DISAN		DISAS		DISAL		DISAO		
	N	(%)	N	(%)	N	N	(%)	N	(%)	N	
A1	Não	16	4,05	12	10,71	0	0,00	3	3,09	1	1,05
	Sim	379	95,95	100	89,29	91	100,00	94	96,91	94	98,95
A2	Não	25	6,33	18	16,07	0	0,00	6	6,19	1	1,05
	Sim, mesmo médico/ enfermeiro/serviço de saúde acima	366	92,66	92	82,14	0	100,00	91	93,81	92	96,84
	Sim, médico/enfermeiro/ serviço de saúde diferente	4	1,01	2	1,79	0	0,00	0	0,00	2	2,11
A3	Não	20	5,06	17	15,18	0	0,00	2	2,06	1	1,05
	Sim, mesmo que A1 e A2 acima	368	93,16	92	82,14	91	100,00	91	93,81	94	98,95
	Sim, o mesmo que A1 somente	4	1,01	3	2,68	0	0,00	1	1,03	0	0,00
	Sim, o mesmo que A2 somente	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Sim, diferente de A1 e A2	3	0,76	0	0,00	0	0,00	3	3,09	0	0,00
Total	395	100,0	112	100,0	91	100,0	97	100,0	95	100,0	

Fonte: Elaboração própria.

Nota: A1 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde aonde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde? A2 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa? A3 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

Ao considerarmos essas questões que sintetizam o grau de afiliação dos usuários por distrito de saúde em Manaus, nota-se que em relação à questão (A1), (n=91;100%) dos usuários no Distrito Sul, (n=94; 96,91%) no Distrito Leste, (n=94; 98,95%) no Distrito Oeste, (n=100; 89,29%) no Distrito Norte, apontaram que há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde aonde o usuários geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde.

As questões (A2) e (A3) também apresentaram na percepção dos usuários um elevado números de respostas positivas relacionadas ao grau de afiliação dos usuários com os profissionais ou serviço de saúde na qual eles são atendidos.

4.3.3. Atributo Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B)

O atributo “Acesso de Primeiro Contato – Utilização” (B) tem por objetivo avaliar a procura do usuário pela unidade de saúde. No estudo alcançou a média acima do escore $\geq 6,60$ com 8,57 ($\pm 2,36$) correspondendo àqueles usuários que referiram predominantemente “Com certeza sim” ou seja, (85,32%) daqueles – quando necessitam de uma consulta de revisão (consulta de rotina, *check-up*) se encaminham para a UBS pesquisada e/ou é atendido pelo profissional (médico/enfermeiro) dessa unidade de saúde antes de ir a outro serviço de saúde (B1); já (70,89%) frente a um novo problema (B2) afirmaram que procurariam a UBS antes de ir buscar outro serviço. Na questão (B3), os usuários responderam que, na necessidade de uma consulta especializada, o serviço (UBS) tem que proceder, obrigatoriamente, ao encaminhamento para outro serviço especializado, conforme exposto na Tabela 21.

No tocantes aos distritos de saúde, houve respostas mais frequentes para “Com certeza, sim”, nas três questões supracitadas. No entanto, no distrito Norte apresentou menores percentuais comparados aos demais distritos (78,57%; 67,86%; 76,79%) respectivamente nas questões (B1), (B2) e (B3).

Tabela 21 – Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato – Utilização. Manaus, Amazonas 2018.

	Utilização (B)	Manaus	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO
B1	Com certeza, não (%)	10,38	15,18	7,69	2,06	15,79
	Provavelmente, não (%)	1,27	2,68	0	1,03	1,05
	Provavelmente, sim (%)	3,04	3,57	1,1	5,15	2,11
	Com certeza, sim (%)	85,32	78,57	91,21	91,75	81,05
B2	Com certeza, não (%)	21,77	23,21	23,08	18,56	22,11
	Provavelmente, não (%)	1,52	2,68	0	0	3,16
	Provavelmente, sim (%)	5,82	6,25	5,49	9,28	2,11
	Com certeza, sim (%)	70,89	67,86	71,43	72,16	72,63
B3	Com certeza, não (%)	4,05	10,71	2,2	2,06	0
	Provavelmente, não (%)	1,52%	4,46	0	1,03	0
	Provavelmente, sim (%)	4,05	8,04	1,1	6,19	0
	Com certeza, sim (%)	90,38	76,79	96,7	90,72	100

Fonte: Elaboração própria.

Nota: B1 – Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, *check-up*), você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde. B2 – Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde B3 – Quando você tem que consultar um especialista, o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” tem que encaminhar você obrigatoriamente?

4.3.4. Atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C)

O atributo “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade” pontuou a menor avaliação entre os atributos da atenção primária na percepção dos usuários das UBSs, com média de 3,76 ($\pm 1,26$), sublinhando os seguintes fatores negativos: a falta de atendimento na UBS aos sábados e domingos, o horário de funcionamento (comercial) das UBSs nos dias úteis das 8:00 às 17:00 horas, a falta de atendimento por via de telefone (C4). Na pergunta (C10), 61,01% dos participantes informaram que têm de esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora de consulta na UBS com o médico ou o enfermeiro. Na pergunta (C11), 75,70% dos participantes responderam que há dificuldade em conseguir atendimento nas UBS investigadas. Na pergunta (C12), 92,66% ressaltam as dificuldades de acesso, pois, quando precisam ir à UBS para consulta, precisam faltar ao trabalho ou à escola. Por outro lado, como fatores positivos, destaca-se: a facilidade de marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up”) na UBS pesquisada de acordo com 76,20% dos participantes (apenas 30,13% disseram que o tempo de espera para o atendimento é de mais de 30 minutos) e 42,78% dos participantes disseram não esperar todo esse tempo para consulta médica ou de enfermagem (Tabela 22).

Entre os distritos de saúde, é interessante apresentar suas diferenças e semelhanças no que tange às perguntas relacionadas ao atributo do Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (C). As perguntas (C1) e (C2) foram respondidas de forma semelhantes nos distritos, 100% para ambas “com certeza, não”. As perguntas (C5), (C6) e (C7) também foram consideradas da mesma forma para a maioria dos participantes, “com certeza, não” em todos os distritos analisados. Já as perguntas (C3) e (C4), concernentes à possibilidade de caso adoeça, o usuário ser atendido por algum profissional na UBS no mesmo dia, ou caso precise de conselhos ou tirar dúvidas, possa conversar com algum profissional da UBS por telefone, foram respondidas pelos participantes como “com certeza, não” da seguinte forma na pergunta (C3): Distrito Norte (60,71%); Distrito Sul (54,95%); Distrito Leste (45,36%) e Distrito Oeste (45, 26%) e um pouco mais da metade na pergunta (C4), 60,87% no Distrito Norte; 70,54% no Distrito Sul; 64,84% no Distrito Leste e 69,07% no Distrito Oeste, respectivamente.

A pergunta (C8) teve uma resposta positiva em todos os distritos analisados: 75,89% no Distrito Norte; 78,02% no Distrito Sul; 75,26% no Distrito Leste e 75,79% no Distrito Oeste, respectivamente.

Com relação à pergunta (C9), se o participante ao chegar à UBS, passar pela triagem e acolhimento tem de esperar mais de 30 minutos para conseguir consulta com o médico ou enfermeiro, as respostas em termos percentuais “Com certeza, não” dos participantes nos distritos de saúde foram as seguintes: 56,25% no Distrito Norte; 41,76% no Distrito Sul; 42,27% no Distrito Leste e 28,42% no Distrito Oeste. No outro extremo, ainda com respeito à pergunta (C9) constavam as respostas “Com certeza, sim”: 21,43% no Distrito Norte; 34,07% no Distrito Sul; 21,65% no Distrito Leste e 45,26% no Distrito Oeste. Nota-se, nesta pergunta, uma diferença no Distrito Oeste com as avaliações mais negativas em relação a este item.

Considerem-se as perguntas: (C10) – se o participante tem de esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora na UBS que ele frequenta/ com o médico/enfermeiro que o atende; a questão (C11) – se é difícil para o participante conseguir atendimento médico na UBS ou com médico/enfermeiro nessa UBS quando pensa que é necessário; e pergunta (C12) – se quando o participante tem que ir consultar com o médico/enfermeira na UBS pesquisada, ele ou (ela) tem que faltar ao trabalho ou à escola. As respostas dos participantes em sua maioria foram “com certeza, sim”, com maior percentual encontrado na pergunta (C12), 90,18% no Distrito Norte; 93,41% no Distrito Sul; 96,91% no Distrito Leste e 90,53% no Distrito Oeste. Essas últimas respostas apontam uma grande dificuldade de acesso dos participantes em termos de acessibilidade organizacional nas UBSs.

Tabela 22 - Distribuição de frequências das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade, Manaus, Amazonas, 2018.

Acessibilidade (C)		Manaus	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO
C1	Com certeza, não (%)	100	100	100	100	100
	Provavelmente, não (%)	0	0	0	0	0
	Provavelmente, sim (%)	0	0	0	0	0
	Com certeza, sim (%)	0	0	0	0	0
C2	Com certeza, não (%)	100	100	100	100	100
	Provavelmente, não (%)	0	0	0	0	0
	Provavelmente, sim (%)	0	0	0	0	0
	Com certeza, sim (%)	0	0	0	0	0
C3	Com certeza, não (%)	51,9	60,71	54,95	45,36	45,26
	Provavelmente, não (%)	6,33	8,04	3,3	5,15	8,42
	Provavelmente, sim (%)	12,91	9,82	14,29	11,34	16,84
	Com certeza, sim (%)	28,86	21,43	27,47	38,14	29,47
C4	Com certeza, não (%)	69,87	70,54	64,84	69,07	74,74
	Provavelmente, não (%)	2,28	2,68	2,2	0	4,21
	Provavelmente, sim (%)	3,29	2,68	4,4	3,09	3,16
	Com certeza, sim (%)	24,56	24,11	28,57	27,84	17,89
C5	Com certeza, não (%)	81,52	75	78,02	92,78	81,05
	Provavelmente, não (%)	2,53	4,46	1,1	0	4,21
	Provavelmente, sim (%)	3,04	3,57	4,4	1,03	3,16
	Com certeza, sim (%)	12,91	16,96	16,48	6,19	11,58

Acessibilidade (C)		Manaus	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO
C6	Com certeza, não (%)	98,73	98,21	98,9	100	97,89
	Provavelmente, não (%)	0,76	1,79	1,1	0	0
	Provavelmente, sim (%)	0	0	0	0	0
	Com certeza, sim (%)	0,51	0	0	0	2,11
C7	Com certeza, não (%)	98,99	99,11	100	98,97	97,89
	Provavelmente, não (%)	0,51	0,89	0	0	1,05
	Provavelmente, sim (%)	0	0	0	0	0
	Com certeza, sim (%)	0,51	0	0	1,03	1,05
C8	Com certeza, não (%)	10,63	7,14	9,89	9,28	16,84
	Provavelmente, não (%)	6,58	11,61	3,3	8,25	2,11
	Provavelmente, sim (%)	6,58	5,36	8,79	7,22	5,26
	Com certeza, sim (%)	76,2	75,89	78,02	75,26	75,79
C9	Com certeza, não (%)	42,78	56,25	41,76	42,27	28,42
	Provavelmente, não (%)	18,99	16,07	16,48	22,68	21,05
	Provavelmente, sim (%)	8,1	6,25	7,69	13,4	5,26
	Com certeza, sim (%)	30,13	21,43	34,07	21,65	45,26
C10	Com certeza, não (%)	21,01	33,04	13,19	17,53	17,89
	Provavelmente, não (%)	11,39	6,25	9,89	20,62	9,47
	Provavelmente, sim (%)	6,58	3,57	8,79	11,34	3,16
	Com certeza, sim (%)	61,01	57,14	68,13	50,52	69,47
C11	Com certeza, não (%)	14,43	27,68	9,89	5,15	12,63
	Provavelmente, não (%)	6,58	5,36	4,4	12,37	4,21
	Provavelmente, sim (%)	3,29	0,89	4,4	7,22	1,05
	Com certeza, sim (%)	75,7	66,07	81,32	75,26	82,11
C12	Com certeza, não (%)	6,84	8,93	5,49	3,09	9,47
	Provavelmente, não (%)	0,25	0,89	0	0	0
	Provavelmente, sim (%)	0,25	0	1,1	0	0
	Com certeza, sim (%)	92,66	90,18	93,41	96,91	90,53

Fonte: Elaboração própria.

Nota: C1 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” fica aberto no sábado ou no domingo? C2 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas? C3 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” está aberto e você adocece alguém de lá atende você no mesmo dia? C4 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar? C5 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente? C6 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia? C7 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite? C8 – É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up”) neste “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro”? C9 – Quando você chega ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)? C10 – Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”? C11 – É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” quando pensa que é necessário? C12 – Quando você tem que ir ao “nome do médico / enfermeira / local”, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?

4.3.5. Atributo Longitudinalidade (D)

Em relação ao atributo “Longitudinalidade”, o mesmo alcançou a média de 8,34 ($\pm 1,14$), assegurando que o profissional de saúde na UBS é o mesmo que atende o participante

todas as vezes que aquele se desloca até a UBS para alguma necessidade de serviços de saúde (93,67%), que entende as suas dúvidas e as esclarece de modo compreensível (perguntas D2 e D3), bem como lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problema (93,67%). Dessa maneira, o participante se sente à vontade para falar sobre suas preocupações ou problemas com o médico ou o enfermeiro (94,18%). Nota-se, também, que, na percepção dos participantes, o “médico/enfermeiro” o conhece com certeza mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde (89,37%). O profissional conhece com certeza, com quem mora o participante (88,10%), problemas mais importantes para o participante (91,65%), a história clínica completa do participante (95,95%) e se o participante trabalha ou se está desempregado (73,42%), o medicamento por ele utilizado (84,81%).

No entanto, fatores negativos também foram considerados pelos participantes ao analisar esse atributo. Assim, em conformidade com as respostas do atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade –, a pergunta (D4) foi avaliada negativamente por 83,04% que afirmam haver falta de atendimento por via telefônica. A pergunta (D12), na percepção do participante, indica que há pouco conhecimento do profissional a respeito da existência de problemas em obter ou pagar por medicamentos caso o participante venha a necessitar (55,19%). Ao ser questionados se mudariam de UBS ou de profissional para outro serviço de saúde caso fosse muito fácil de fazê-lo, a maioria, considerando as respostas “com certeza, sim”, e “provavelmente, sim”, cerca de 70% dos participantes, se fosse possível procuraria outro serviço para atendimento. As respostas dos participantes nos distritos de saúde foram novamente semelhantes com relação a esse atributo. Os dados estão sumarizados na Tabela 23.

Tabela 23 - Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Longitudinalidade, Manaus, Amazonas, 2018.

	Longitudinalidade (D)	Manaus	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO
D1	Com certeza, não (%)	3,04	8,04	1,1	1,03	1,05
	Provavelmente, não (%)	1,52	4,46	1,1	0	0
	Provavelmente, sim (%)	1,52	3,57	0	0	2,11
	Com certeza, sim (%)	93,67	83,04	97,8	98,97	96,84
D2	Com certeza, não (%)	0,76	0	1,1	1,03	1,05
	Provavelmente, não (%)	1,52	2,68	0	1,03	2,11
	Provavelmente, sim (%)	2,78	3,57	1,1	0	6,32
	Com certeza, sim (%)	94,68	92,86	97,8	97,94	90,53
D3	Com certeza, não (%)	1,01	0	2,2	0	2,11
	Provavelmente, não (%)	1,52	1,79	2,2	1,03	1,05
	Provavelmente, sim (%)	2,03	1,79	1,1	2,06	3,16
	Com certeza, sim (%)	95,19	95,54	94,51	96,91	93,68

Longitudinalidade (D)	Manaus	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO	
D4	Com certeza, não (%)	83,04	79,46	82,42	90,72	80
	Provavelmente, não (%)	1,77	5,36	0	0	1,05
	Provavelmente, sim (%)	0,51	0,89	1,1	0	0
	Com certeza, sim (%)	14,43	13,39	16,48	9,28	18,95
D5	Com certeza, não (%)	3,04	5,36	4,4	0	2,11
	Provavelmente, não (%)	1,01	1,79	0	1,03	1,05
	Provavelmente, sim (%)	2,03	1,79	2,2	1,03	3,16
	Com certeza, sim (%)	93,67	90,18	93,41	97,94	93,68
D6	Com certeza, não (%)	2,78	3,57	3,3	3,09	1,05
	Provavelmente, não (%)	1,27	2,68	0	1,03	1,05
	Provavelmente, sim (%)	1,52	0,89	2,2	1,03	2,11
	Com certeza, sim (%)	94,18	91,96	94,51	94,85	95,79
D7	Com certeza, não (%)	4,05	8,04	2,2	4,12	1,05
	Provavelmente, não (%)	1,52	1,79	0	3,09	1,05
	Provavelmente, sim (%)	4,81	4,46	2,2	8,25	4,21
	Com certeza, sim (%)	89,37	84,82	95,6	84,54	93,68
D8	Com certeza, não (%)	9,62	22,32	1,1	8,25	4,21
	Provavelmente, não (%)	0,76	0,89	0	1,03	1,05
	Provavelmente, sim (%)	1,27	0	1,1	2,06	2,11
	Com certeza, sim (%)	88,1	75,89	97,8	88,66	92,63
D9	Com certeza, não (%)	3,04	7,14	2,2	0	2,11
	Provavelmente, não (%)	1,27	2,68	0	1,03	1,05
	Provavelmente, sim (%)	3,8	5,36	1,1	5,15	3,16
	Com certeza, sim (%)	91,65	83,93	96,7	93,81	93,68
D10	Com certeza, não (%)	1,77	5,36	0	0	1,05
	Provavelmente, não (%)	0,76	0	0	0	3,16
	Provavelmente, sim (%)	1,27	0,89	1,1	1,03	2,11
	Com certeza, sim (%)	95,95	92,86	98,9	98,97	93,68
D11	Com certeza, não (%)	22,78	50,89	9,89	11,34	13,68
	Provavelmente, não (%)	2,28	2,68	1,1	3,09	2,11
	Provavelmente, sim (%)	1,27	0,89	2,2	1,03	1,05
	Com certeza, sim (%)	73,42	44,64	86,81	84,54	83,16
D12	Com certeza, não (%)	31,39	33,04	35,16	27,84	29,47
	Provavelmente, não (%)	7,09	3,57	6,59	14,43	4,21
	Provavelmente, sim (%)	6,08	4,46	7,69	5,15	7,37
	Com certeza, sim (%)	55,19	58,04	50,55	52,58	58,95
D13	Com certeza, não (%)	9,87	10,71	14,29	6,19	8,42
	Provavelmente, não (%)	0,76	0,89	1,1	1,03	0
	Provavelmente, sim (%)	4,3	0,89	4,4	4,12	8,42
	Com certeza, sim (%)	84,81	86,61	80,22	88,66	83,16

Longitudinalidade (D)	Manaus	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO
D14 Com certeza, não (%)	24,56	36,61	18,68	19,59	21,05
Provavelmente, não (%)	5,06	4,46	5,49	7,22	3,16
Provavelmente, sim (%)	3,54	4,46	2,2	5,15	2,11
Com certeza, sim (%)	66,58	53,57	73,63	68,04	73,68

Fonte: Elaboração própria.

Nota: D1 – Quando você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas as vezes? D2 – Você acha que o seu “médico/ enfermeiro” entende o que você diz ou pergunta. D3 – O seu “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda? D4 – Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece você? D5 – O seu “médico/enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas? D6 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “médico/enfermeiro”? D7 – O seu “médico/enfermeiro” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde? D8 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quem mora com você? D9 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quais problemas são mais importantes para você? D10 – O seu “médico/enfermeiro” conhece a sua história clínica completa? D11 – O seu “médico/enfermeiro” sabe a respeito do seu trabalho ou emprego? D12 – O seu “médico/enfermeiro” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa? D13 – O seu “médico/enfermeiro” sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando? D14 – Você mudaria do “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?

4.3.6. Atributo Coordenação – Integração de Cuidados (E)

O atributo “Coordenação – Integração de Cuidados” foi bem avaliado pelos participantes ($\geq 6,60$), com a média de 8,99 ($\pm 1,31$). Nota-se, quanto à questão (E1) que 74,43% dos participantes informaram já ter consultado algum tipo de especialista ou serviço especializado no período em que estavam em acompanhamento na UBS pelo médico/enfermeiro. No entanto, no Distrito Sul, o percentual de respostas afirmativas foi bem superior (84,62%) e no Distrito Norte, o menor, (63,99%) respectivamente nesse atributo (Tabela 24).

Tabela 24 – Distribuição percentual das respostas dos usuários da UBS ao item E1 que compõe o atributo da Coordenação – Integração de Cuidados, Manaus, Amazonas, 2018.

Integração de Cuidados (E)	Manaus (%)	DISAN (%)	DISAS (%)	DISAL (%)	DISAO (%)
Sim	74,43	63,99	84,62	74,23	77,89
E1 Não	25,06	35,71	15,38	24,74	22,11
Não sei/Não lembro	0,51	0,89	0,00	1,03	0,00

Fonte: Elaboração própria.

Nota: E1 – Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento “nome do serviço de saúde/ médico / enfermeiro”?

Todas as questões (E2) a (E9), com exceção da (E4), foram bem avaliadas pelos participantes, com a resposta “com certeza sim”. Apenas 31,14% dos participantes responderam positivamente a questão (E4), a qual questiona se o profissional da UBS discute e orienta o participante com respeito a diferentes serviços/especializados onde possa ser

encaminhado dado seus problemas de saúde. Nos distritos de saúde, o maior percentual negativo nas respostas dos participantes foi observado no Distrito Norte, onde somente 17,86% responderam que com certeza, o profissional da UBS orientava sobre os serviços/especializados que deveriam procurar, ao passo que 76,79% garantiram que não receberam nenhuma orientação dos profissionais nesta questão, segundo os dados contidos na Tabela 25.

Tabela 25 – Distribuição percentual das respostas dos usuários da UBS que compõe o atributo da Coordenação – Integração de Cuidados, Manaus, Amazonas, 2018.

Integração de Cuidados (E)		Manaus	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO
E2	Com certeza, não (%)	27,34	41,08	15,38	25,77	24,22
	Provavelmente, não (%)	0	0	0	0	0
	Provavelmente, sim (%)	0	0	0	0	0
	Com certeza, sim (%)	72,66	58,93	84,62	74,23	75,79
E3	Com certeza, não (%)	28,33	44,65	16,48	25,77	23,16
	Provavelmente, não (%)	0,25	0	0	0	1,05
	Provavelmente, sim (%)	0,25	0	0	0	1,05
	Com certeza, sim (%)	71,14	55,36	83,52	74,23	74,74
E4	Com certeza, não (%)	66,08	76,79	58,24	65,98	61,06
	Provavelmente, não (%)	0	0	0	0	0
	Provavelmente, sim (%)	2,78	5,36	1,1	2,06	2,11
	Com certeza, sim (%)	31,14	17,86	40,66	31,96	36,84
E5	Com certeza, não (%)	28,61	46,43	15,38	25,77	23,16
	Provavelmente, não (%)	0	0	0	0	0
	Provavelmente, sim (%)	0	0	0	0	0
	Com certeza, sim (%)	71,39	53,57	84,62	74,23	76,84
E6	Com certeza, não (%)	28,36	42,86	15,38	25,77	26,32
	Provavelmente, não (%)	0,25	0,89	0	0	0
	Provavelmente, sim (%)	0	0	0	0	0
	Com certeza, sim (%)	71,39	56,25	84,62	74,23	73,68
E7	Com certeza, não (%)	28,61	44,65	15,38	25,77	25,27
	Provavelmente, não (%)	0,51	0	0	0	2,11
	Provavelmente, sim (%)	0	0	0	0	0
	Com certeza, sim (%)	70,89	55,36	84,62	74,23	72,63
E8	Com certeza, não (%)	29,62	48,22	15,38	25,77	25,27
	Provavelmente, não (%)	0,51	0	0	1,03	1,05
	Provavelmente, sim (%)	0,76	1,79	0	1,03	0
	Com certeza, sim (%)	69,11	50	84,62	72,16	73,68
E9	Com certeza, não (%)	29,87	45,54	15,38	26,8	28,43
	Provavelmente, não (%)	0,76	1,79	0	0	1,05
	Provavelmente, sim (%)	0	0	0	0	0
	Com certeza, sim (%)	69,37	52,68	84,62	73,2	70,53

Fonte: Elaboração própria.

Nota: E2 – O “nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro” sugeriu que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado? E3 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado? E4 – O seu “médico/enfermeiro” discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde? E5 - O seu “médico / enfermeiro” ou alguém que trabalha no/com “nome do serviço de saúde” ajudou-o /a marcar esta consulta? E6 – O seu “médico/enfermeiro” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta? E7 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe quais foram os resultados desta consulta? E8 – Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu “médico/enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta? E9 – O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado?

4.3.7. Atributo Coordenação – Sistema de Informações (F)

O atributo “Coordenação – Sistema de Informações” –, na percepção dos participantes alcançou a média de 8,32 ($\pm 2,09$). A pergunta (F1) questiona os usuários se eles levam boletins/registros anteriores para as consultas com os profissionais na UBS; a (F2) pergunta ao usuário se o prontuário do paciente está disponível durante a consulta; já a questão (F3) quer saber dos usuários se eles têm acesso às informações constantes em seu prontuário/ ficha de saúde.

Considerando os dados da Tabela 26, percebe-se que, em relação à pergunta (F1), em geral, 79,24% dos participantes (somando-se as respostas “com certeza sim” e “provavelmente sim”) garantiram que levam algum tipo de registro ou boletim anterior, e esse padrão positivo de respostas é acompanhado também pelos distritos.

A pergunta (F2) também teve avaliação positiva pelos participantes em termos gerais, e apresenta semelhanças nos distritos de saúde; contudo, o Distrito Norte apresentou 25,89% de suas respostas nesse item negativas, indicando que para os participantes nem sempre o prontuário está disponível, e 32,14% disseram que não conseguiriam ler o seu prontuário, caso quisessem (F3).

Tabela 26 – Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Coordenação – Sistema de Informações, Manaus, Amazonas, 2018.

Sistema de Informações (F)		Manaus	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO
F1	Com certeza, não (%)	14,94	23,22	9,89	16,49	8,43
	Provavelmente, não (%)	5,82	6,25	3,3	11,34	2,11
	Provavelmente, sim (%)	7,85	3,57	10,99	6,19	11,58
	Com certeza, sim (%)	71,39	66,96	75,82	65,98	77,89
F2	Com certeza, não (%)	11,14	25,89	3,3	5,15	7,37
	Provavelmente, não (%)	1,27	0	4,4	0	1,05
	Provavelmente, sim (%)	2,78	2,68	1,1	5,15	2,11
	Com certeza, sim (%)	84,81	71,43	91,21	89,69	89,47

Sistema de Informações (F)	Manaus	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO
F3 Com certeza, não (%)	15,95	32,14	7,7	12,37	14,74
Provavelmente, não (%)	16,2	12,5	15,38	18,56	18,95
Provavelmente, sim (%)	8,61	3,57	13,19	8,25	10,53
Com certeza, sim (%)	57,72	51,79	63,74	60,82	55,79

Fonte: Elaboração própria.

Nota: F1. Quando você vai no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? F2. Quando você vai ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro”, o seu prontuário está sempre disponível na consulta? F3. Você poderia ler o seu prontuário/ficha se quisesse no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?

4.3.8. Atributo Integralidade – Serviços Disponíveis (G).

No atributo “Integralidade – Serviços Disponíveis”, os participantes avaliaram abaixo do ponto de corte de $\geq 6,60$, com escore negativo de 5,92 ($\pm 1,60$). Os serviços (orientações) disponíveis na UBS avaliados positivamente acima de 70% pelos entrevistados em Manaus foram somente: a existência de vacinas – G4 (76,46%), planejamento familiar/método anticoncepcional – G7 (89,87%), exame preventivo para câncer de colo de útero – G16 (93,42%), cuidados pré-natais – G18 (96,96%).

Nesse atributo, nota-se muita diferença nas respostas dos participantes relacionada às perguntas entre os distritos de saúde na capital manauara. O Distrito Norte foi o pior avaliado nos resultados das respostas “com certeza, sim” nas perguntas: (G1) – respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta (53,57%), (G2) verificação na UBS da participação da família do participante em algum programa assistencial social ou benefícios sociais (41,96%), (G3) se participa de algum programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos) (38,39%), (G9) sobre se recebeu aconselhamento de saúde mental (15,18%), (G20) orientações sobre as mudanças que ocorrem na terceira idade (33,93%), (G21) orientações sobre cuidados que se deve ter no domicílio com pessoas acamadas, como tomar banho, troca de sondas, etc., (30,36%) e, (G22) orientações sobre cuidados com alguém da família quando este fica incapacitado e não pode tomar decisões sobre sua saúde (31,25%).

Os Distritos Sul e Oeste apresentaram fragilidades nas respostas das seguintes perguntas: (G5) - avaliação da saúde bucal e (G6) - tratamento dentário, respectivamente, 48,35% no distrito Sul e 38,95% no Distrito Oeste. Por outro lado, o Distrito Sul se destaca positivamente com 96,70% das respostas “Com certeza, sim” na pergunta relacionada ao planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais (G7); e todos os distritos de saúde pesquisados apresentaram resultados positivos nas respostas relacionada aos cuidados pré-

natais (96,43% no Distrito Norte; 97,80% no Distrito Sul; 96,91% no Distrito Leste; 96,84% no Distrito Oeste).

As perguntas (G8) e (G17) relacionam-se ao recebimento ou aconselhamento fornecidos aos participantes na UBS de ações de promoção e prevenção relacionadas ao tratamento para o uso prejudicial de drogas e aconselhamento para cessação do fumo. Nessas questões, observa-se que, em Manaus, responderam “com certeza, sim” 40,25% na questão (G8) e 42,78% na (G17), e nota-se ainda o mesmo padrão de respostas entre os distritos analisados.

Em geral, as perguntas, (G10), (G14), (G15) e (G19) relacionadas à falta de atendimento aos procedimentos cirúrgicos e ortopédicos simples, como sutura de um corte que necessite de pontos (93,92%), colocação de tala (96,45%), remoção de verrugas (96,45%) e unha encravada (94,68%) foram respondidas em sua maioria, “com certeza, não”. Os dados estão contidos na Tabela 27.

Tabela 27 – Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Integralidade – Serviços Disponíveis, Manaus, Amazonas, 2018.

Serviços Disponíveis (G)		Manaus	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO
G1	Com certeza, não (%)	26,07	40,18	20,88	19,59	21,05
	Provavelmente, não (%)	3,8	5,36	5,49	0	4,21
	Provavelmente, sim (%)	1,77	0,89	3,3	2,06	1,05
	Com certeza, sim (%)	68,35	53,57	70,33	78,35	73,68
G2	Com certeza, não (%)	18,48	49,1	3,3	8,25	7,37
	Provavelmente, não (%)	8,35	6,25	7,69	13,4	6,32
	Provavelmente, sim (%)	3,54	2,68	4,4	3,09	4,21
	Com certeza, sim (%)	69,62	41,96	84,62	75,26	82,11
G3	Com certeza, não (%)	25,31	56,25	5,49	19,59	13,68
	Provavelmente, não (%)	4,56	4,46	6,59	2,06	5,26
	Provavelmente, sim (%)	3,04	0,89	5,49	3,09	3,16
	Com certeza, sim (%)	67,09	38,39	82,42	75,26	77,89
G4	Com certeza, não (%)	5,31	7,14	4,4	0	9,47
	Provavelmente, não (%)	1,01	1,79	2,2	0	0
	Provavelmente, sim (%)	17,22	0,89	32,97	9,28	29,47
	Com certeza, sim (%)	76,46	90,18	60,44	90,72	61,05
G5	Com certeza, não (%)	36,71	21,43	50,55	18,56	60
	Provavelmente, não (%)	0,76	1,79	0	1,03	0
	Provavelmente, sim (%)	1,27	1,79	1,1	1,03	1,05
	Com certeza, sim (%)	61,27	75	48,35	79,38	38,95
G6	Com certeza, não (%)	36,71	21,43	50,55	18,56	60
	Provavelmente, não (%)	0,76	1,79	0	1,03	0
	Provavelmente, sim (%)	1,27	1,79	1,1	1,03	1
	Com certeza, sim (%)	61,27	75	48,35	79,38	38,95
G7	Com certeza, não (%)	3,03	6,25	0	2,06	3,16
	Provavelmente, não (%)	5,06	10,71	2,2	3,09	3,16
	Provavelmente, sim (%)	2,03	2,68	1,1	2,06	2,11
	Com certeza, sim (%)	89,87	80,36	96,7	92,78	91,58

Serviços Disponíveis (G)		Manaus	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO
G8	Com certeza, não (%)	40,5	41,07	42,86	24,74	53,68
	Provavelmente, não (%)	13,16	16,07	12,09	16,49	7,37
	Provavelmente, sim (%)	6,08	1,79	8,79	8,25	6,32
	Com certeza, sim (%)	40,25	41,07	36,26	50,52	32,63
G9	Com certeza, não (%)	38,48	52,68	28,57	22,68	47,37
	Provavelmente, não (%)	27,34	26,79	36,26	28,87	17,89
	Provavelmente, sim (%)	6,84	5,36	6,59	10,31	5,26
	Com certeza, sim (%)	27,34	15,18	28,57	38,14	29,47
G10	Com certeza, não (%)	93,92	89,28	97,8	100	89,47
	Provavelmente, não (%)	2,28	4,46	1,1	0	3,16
	Provavelmente, sim (%)	0,76	0,89	0	0	2,11
	Com certeza, sim (%)	3,04	5,36	1,1	0	5,26
G11	Com certeza, não (%)	12,4	17,85	7,69	8,25	14,74
	Provavelmente, não (%)	17,72	25	13,19	19,59	11,58
	Provavelmente, sim (%)	5,32	2,68	1,1	15,46	2,11
	Com certeza, sim (%)	64,56	54,46	78,02	56,7	71,58
G12	Com certeza, não (%)	18,22	40,18	4,4	11,34	12,63
	Provavelmente, não (%)	12,15	17,86	7,69	7,22	14,74
	Provavelmente, sim (%)	7,34	6,25	6,59	7,22	9,47
	Com certeza, sim (%)	62,28	35,71	81,32	74,23	63,16
G13	Com certeza, não (%)	17,97	40,18	5,49	10,31	11,58
	Provavelmente, não (%)	11,39	16,96	7,69	8,25	11,58
	Provavelmente, sim (%)	7,09	5,36	6,59	6,19	10,53
	Com certeza, sim (%)	63,54	37,5	80,22	75,26	66,32
G14	Com certeza, não (%)	96,45	95,53	97,8	100	92,63
	Provavelmente, não (%)	2,03	2,68	2,2	0	3,16
	Provavelmente, sim (%)	1,27	1,79	0	0	3,16
	Com certeza, sim (%)	0,25	0	0	0	1,05
G15	Com certeza, não (%)	96,45	93,75	98,9	100	93,68
	Provavelmente, não (%)	2,78	6,25	0	0	4,21
	Provavelmente, sim (%)	0	0	0	0	0
	Com certeza, sim (%)	0,76	0	1,1	0	2,11
G16	Com certeza, não (%)	2,02	0,89	4,4	0	3,16
	Provavelmente, não (%)	1,27	0	2,2	1,03	2,11
	Provavelmente, sim (%)	3,29	0,89	10,99	0	2,11
	Com certeza, sim (%)	93,42	98,21	82,42	98,97	92,63
G17	Com certeza, não (%)	31,39	35,71	29,67	18,56	41,05
	Provavelmente, não (%)	18,48	23,21	15,38	21,65	12,63
	Provavelmente, sim (%)	7,34	7,14	10,99	7,22	4,21
	Com certeza, sim (%)	42,78	33,93	43,96	52,58	42,11
G18	Com certeza, não (%)	1,52	1,78	2,2	1,03	1,05
	Provavelmente, não (%)	1,01	0,89	0	2,06	1,05
	Provavelmente, sim (%)	0,51	0,89	0	0	1,05
	Com certeza, sim (%)	96,96	96,43	97,8	96,91	96,84
G19	Com certeza, não (%)	94,68	92,85	96,7	95,88	93,68
	Provavelmente, não (%)	3,54	3,57	1,1	4,12	5,26
	Provavelmente, sim (%)	0,51	1,79	0	0	0
	Com certeza, sim (%)	1,27	1,79	2,2	0	1,05
G20	Com certeza, não (%)	19,24	40,18	5,49	14,43	12,63
	Provavelmente, não (%)	12,91	19,64	7,69	12,37	10,53
	Provavelmente, sim (%)	4,81	6,25	3,3	7,22	2,11
	Com certeza, sim (%)	63,04	33,93	83,52	65,98	74,74

Serviços Disponíveis (G)		Manaus	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO
G21	Com certeza, não (%)	20,5	45,53	5,49	14,43	11,58
	Provavelmente, não (%)	12,15	17,86	7,69	12,37	9,47
	Provavelmente, sim (%)	4,81	6,25	4,4	6,19	2,11
	Com certeza, sim (%)	62,53	30,36	82,42	67,01	76,84
G22	Com certeza, não (%)	21,26	48,21	5,49	14,43	11,58
	Provavelmente, não (%)	11,39	15,18	7,69	12,37	9,47
	Provavelmente, sim (%)	4,56	5,36	4,4	7,22	1,05
	Com certeza, sim (%)	62,78	31,25	82,42	65,98	77,89

Fonte: Elaboração própria.

Nota: G1 – Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta. G2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais. G3 – Programa de suplementação nutricional. G4 – Vacinas. G5 – Avaliação da saúde bucal. G6 – Tratamento dentário. G7 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais. G8 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas. G9 – Aconselhamento para problemas de saúde mental. G10 – Sutura de um corte que necessite de pontos. G11 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV. G12 – Identificação de problemas auditivos. G13 – Identificação de problemas visuais. G14 – Colocação de tala. G15 – Remoção de verrugas. G16 – Exame preventivo para câncer de colo de útero. G17 – Aconselhamento sobre como parar de fumar. G18 – Cuidados pré-natais. G19 – Remoção de unha encravada. G20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento. G21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama. G22 – Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde.

4.3.9. Atributo Integralidade – Serviços Prestados (H)

O atributo “Integralidade – Serviços Prestados” obteve uma avaliação negativa na percepção dos usuários participantes com escore médio de 4,79 ($\pm 1,98$). No geral, as perguntas positivas “com certeza, sim” nesse atributo foram apenas mencionadas pelos participantes em: conselhos sobre alimentação saudável e dieta – H1 (72,41%), exames de sangue para verificar os níveis de colesterol – H6 (89,37%), verificação de medicamentos prescritos – H7 (85,06%), e orientação sobre cuidados mais comuns do processo de menstruação ou menopausa – H13 (86,84%) (Tabela 28).

Apenas 52,15% dos participantes disseram ter recebido “com certeza, sim” orientação sobre como guardar adequadamente em segurança os medicamentos que são prescritos (H2). No Distrito Norte esse percentual foi bem menor (32,14%), no Distrito Sul foi de 70,33% e nos Distritos Leste e Oeste têm-se (48,45% e 62,11%) respectivamente.

As perguntas (H3) e (H9) dizem respeito ao aconselhamento para uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro e sobre a orientação sobre guardar com segurança arma de fogo pelo participante. No entanto, nota-se que, entre os participantes, (95,19%) mencionaram não ter sido orientado em (H3), e 97,47% em (H9). Pouca orientação tem sido dada aos participantes no tocante a: possíveis exposições a substâncias perigosas no seu lar, no trabalho ou na sua vizinhança (H8), segundo 71,64%, em

como prevenir queimaduras (H10) por 66,07% dos entrevistados, os quais também não têm recebido adequada orientação em como prevenir quedas (H11), segundo 60,25% dos participantes que responderam “com certeza, não” nessas questões supracitadas.

Nota-se que, em algumas perguntas, o Distrito Sul e em menor escala os Distritos Leste e Oeste estão acima do percentual geral encontrado para Manaus, como se verifica na pergunta (H5) que trata sobre conselhos acerca de exercícios físicos apropriados para os participantes. No Distrito Sul, 72,53% receberam algum conselho para a prática esportiva específica para a idade e físico dos participantes, e 40,66% daqueles que disseram “com certeza, sim” receberam alguma orientação sobre prevenção de quedas.

Tabela 28 – Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Integralidade – Serviços Prestados, Manaus, Amazonas, 2018.

	Serviços Prestados (H)	Manaus	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO
H1	Com certeza, não (%)	23,54	38,39	20,88	14,43	17,89
	Provavelmente, não (%)	2,28	3,57	1,1	1,03	3,16
	Provavelmente, sim (%)	1,77	0,89	3,3	3,09	0
	Com certeza, sim (%)	72,41	57,14	74,73	81,44	78,95
H2	Com certeza, não (%)	42,02	64,28	24,18	44,33	30,53
	Provavelmente, não (%)	4,3	2,68	5,49	6,19	3,16
	Provavelmente, sim (%)	1,52	0,89	0	1,03	4,21
	Com certeza, sim (%)	52,15	32,14	70,33	48,45	62,11
H3	Com certeza, não (%)	95,19	94,64	95,6	97,94	92,63
	Provavelmente, não (%)	2,03	1,79	2,2	1,03	3,16
	Provavelmente, sim (%)	0,76	1,79	0	1,03	0
	Com certeza, sim (%)	2,03	1,79	2,2	0	4,21
H4	Com certeza, não (%)	68,35	71,43	62,64	69,07	69,47
	Provavelmente, não (%)	7,59	12,5	4,4	5,15	7,37
	Provavelmente, sim (%)	2,53	2,68	4,4	3,09	0
	Com certeza, sim (%)	21,52	13,39	28,57	22,68	23,16
H5	Com certeza, não (%)	33,92	44,64	25,27	31,96	31,58
	Provavelmente, não (%)	1,77	3,57	0	2,06	1,05
	Provavelmente, sim (%)	3,04	4,46	2,2	1,03	4,21
	Com certeza, sim (%)	61,27	47,32	72,53	64,95	63,16
H6	Com certeza, não (%)	7,59	12,5	3,3	6,19	7,37
	Provavelmente, não (%)	2,03	5,36	0	1,03	1,05
	Provavelmente, sim (%)	1,01	0,89	0	1,03	2,11
	Com certeza, sim (%)	89,37	81,25	96,7	91,75	89,47
H7	Com certeza, não (%)	11,39	16,07	7,69	13,4	7,37
	Provavelmente, não (%)	1,01	3,57	0	0	0
	Provavelmente, sim (%)	2,53	1,79	3,3	0	5,26
	Com certeza, sim (%)	85,06	78,57	89,01	86,6	87,37

Serviços Prestados (H)		Manaus	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO
H8	Com certeza, não (%)	71,64	78,57	65,93	72,16	68,42
	Provavelmente, não (%)	4,56	5,36	5,49	2,06	5,26
	Provavelmente, sim (%)	1,01	0,89	2,2	1,03	0
	Com certeza, sim (%)	22,78	15,18	26,37	24,74	26,32
H9	Com certeza, não (%)	97,47	96,43	96,7	97,94	98,95
	Provavelmente, não (%)	1,52	3,57	1,1	1,03	0
	Provavelmente, sim (%)	0	0	0	0	0
	Com certeza, sim (%)	1,01	0	2,2	1,03	1,05
H10	Com certeza, não (%)	66,07	72,32	63,74	68,04	58,95
	Provavelmente, não (%)	3,8	3,57	6,59	2,06	3,16
	Provavelmente, sim (%)	2,53	2,68	4,4	2,06	1,05
	Com certeza, sim (%)	27,59	21,43	25,27	27,84	36,84
H11	Com certeza, não (%)	60,25	67,85	49,45	67,01	54,74
	Provavelmente, não (%)	3,54	2,68	5,49	2	4,21
	Provavelmente, sim (%)	2,78	1,79	4,4	3,09	2,11
	Com certeza, sim (%)	33,42	27,68	40,66	27,84	38,95
H12	Com certeza, não (%)	48,47	60,71	33,33	47,19	42,53
	Provavelmente, não (%)	5,57	3,57	6,17	3,37	9,2
	Provavelmente, sim (%)	3,9	0	8,64	3,37	4,6
	Com certeza, sim (%)	42,06	26,79	51,85	46,07	43,68
H13	Com certeza, não (%)	12,54	20,53	7,41	10,11	8,05
	Provavelmente, não (%)	2,51	1,79	2,47	5,62	0
	Provavelmente, sim (%)	1,11	2,68	0	0	1,15
	Com certeza, sim (%)	86,84	66,07	90,12	84,27	90,8

Fonte: Elaboração própria.

Nota: H1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente. H2 – Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança. H3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro. H4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando. H5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você. H6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol. H7 – Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando. H8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas. H9 – Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança. H10 – Como prevenir queimaduras. H11 – Como prevenir quedas. H12 – Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis. H13 – Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa

4.3.10. Atributo Orientação Familiar (I)

Em relação ao atributo “Orientação Familiar”, na avaliação dos usuários participantes, o escore médio foi de 7,55 ($\pm 2,86$). Em geral, 62,25% dos participantes garantiram “com certeza, sim” que os médicos ou enfermeiros na UBS costumam se interessar pelas suas ideias/opiniões ao planejar o seu tratamento ou para algum membro de sua família (I1).

Os participantes afirmaram que durante a consulta já foram abordadas perguntas sobre as doenças/problemas comuns que podem ocorrer em sua família, tais como, câncer, alcoolismo, depressão (79,49%). Os entrevistados relataram com certeza (65,57%) que o médico/enfermeiro teria disponibilidade para se reunir com os membros de sua família se necessário (I3), sendo que desses 85,26% no Distrito Oeste. Contudo, no Distrito Norte, apenas 49,11%; já no Distrito Leste, 58,76% dos participantes afirmaram com certeza essa possibilidade de reunião entre profissionais com familiares. Os dados citados estão presentes na Tabela 29.

Tabela 29 – Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Orientação Familiar, Manaus, Amazonas, 2018.

Orientação Familiar (I)	Manaus	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO	
I1	Com certeza, não (%)	28,36	30,36	24,18	31,96	26,31
	Provavelmente, não (%)	2,53	1,79	2,2	3,09	3,16
	Provavelmente, sim (%)	6,58	4,46	7,69	12,37	2,11
	Com certeza, sim (%)	62,53	63,39	65,93	52,58	68,42
I2	Com certeza, não (%)	17,47	25	16,48	10,31	16,82
	Provavelmente, não (%)	1,27	0	0	4,12	1,05
	Provavelmente, sim (%)	1,77	0,89	2,2	3,09	1,05
	Com certeza, sim (%)	79,49	74,11	81,32	82,47	81,05
I3	Com certeza, não (%)	16,96	28,57	12,09	20,62	4,21
	Provavelmente, não (%)	9,11	11,61	7,69	9,28	7,37
	Provavelmente, sim (%)	8,35	10,71	7,69	11,34	3,16
	Com certeza, sim (%)	65,57	49,11	72,53	58,76	85,26

Fonte: Elaboração própria.

Nota: I1 – O seu “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família? I2 – O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)? I3 – O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?

4.3.11. Atributo Orientação Comunitária (J)

No tocante ao atributo “Orientação Comunitária”, a avaliação na percepção dos participantes alcançou o escore médio de 5,36 ($\pm 2,36$). A pergunta (J1), a qual questiona a realização de visita domiciliar, foi bem avaliada, em geral, pelos participantes (78,48%), porém, no Distrito Norte, obteve apenas 60,71%, ao passo que no Distrito Oeste foi de 92,63%. Apenas 45,54% dos entrevistados no Distrito Norte e 62,89% no Distrito Oeste avaliaram “com certeza, sim” quando perguntados se o profissional conhece os problemas de saúde importantes da vizinhança (J2). Com relação ao questionamento se há escuta ativa às

opiniões e ideias da comunidade para melhorar os serviços de saúde (J3), nota-se novamente que, no Distrito Norte, somente 31,25% relataram “com certeza, sim” e no geral, 43,29%. Os dados estão apresentados na Tabela 30.

Na pergunta (J4), apenas 30,89% dos participantes responderam “com certeza, sim” quando perguntados se na unidade de saúde pesquisada existe algum tipo de pesquisa com os pacientes acerca da qualidade e satisfação das necessidades das pessoas em relação aos serviços de saúde prestados por ela. As avaliações mais negativas nesse item foram encontradas nos distritos Norte e Leste de 20,54% e 25,77%, respectivamente.

Quanto à realização de pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que a UBS deveria conhecer (J5), 41,01% no geral afirmaram com certeza que esse procedimento é realizado pelos profissionais na UBS, enquanto que somente 19,64% responderam positivamente no Distrito Norte, e, por outro lado, 56,84% confirmaram no Distrito Oeste.

A pergunta (J6) atinente à participação da comunidade nas decisões sobre planejamento e ações de saúde na sua comunidade, ou seja, se os participantes ou membros de sua família são convidados a participar do Conselho Local de Saúde, desta feita, 92,41%, em termos gerais, disseram com certeza que não foram convidados a participar do conselho local de saúde de sua comunidade. Trata-se aqui do pior item avaliado nesse atributo pelos participantes.

Tabela 30 – Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Orientação Comunitária, Manaus, Amazonas, 2018.

Orientação Familiar (I)	Manaus	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO	
J1	Com certeza, não (%)	13,42	32,14	4,4	10,31	3,16
	Provavelmente, não (%)	1,77	2,68	0	3,09	1,05
	Provavelmente, sim (%)	6,33	4,46	4,4	13,4	3,16
	Com certeza, sim (%)	78,48	60,71	91,21	73,2	92,63
J2	Com certeza, não (%)	16,71	36,6	6,6	13,4	6,32
	Provavelmente, não (%)	5,06	7,14	0	4,12	8,42
	Provavelmente, sim (%)	10,63	10,71	8,79	19,59	3,16
	Com certeza, sim (%)	67,59	45,54	84,62	62,89	82,11
J3	Com certeza, não (%)	40,26	46,43	30,77	39,17	43,16
	Provavelmente, não (%)	6,33	12,5	3,3	3,09	5,26
	Provavelmente, sim (%)	10,13	9,82	12,09	14,43	4,21
	Com certeza, sim (%)	43,29	31,25	53,85	43,3	47,37
J4	Com certeza, não (%)	58,99	75,89	41,76	61,85	52,64
	Provavelmente, não (%)	2,28	1,79	4,4	2,06	1,05
	Provavelmente, sim (%)	7,85	1,79	10,99	10,31	9,47
	Com certeza, sim (%)	30,89	20,54	42,86	25,77	36,84

Orientação Familiar (I)		Manaus	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO
J5	Com certeza, não (%)	48,11	68,75	32,97	46,39	40
	Provavelmente, não (%)	4,05	6,25	7,69	1,03	1,05
	Provavelmente, sim (%)	6,84	5,36	9,89	10,31	2,11
	Com certeza, sim (%)	41,01	19,64	49,45	42,27	56,84
J6	Com certeza, não (%)	92,41	94,64	86,82	98,97	88,43
	Provavelmente, não (%)	4,56	1,79	10,99	1,03	5,26
	Provavelmente, sim (%)	0,25	0	0	0	1,05
	Com certeza, sim (%)	2,78	3,57	2,2	0	5,26

Fonte : Elaboração própria

Nota: J1 – Alguém no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” faz visitas domiciliares? J2 – O seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança? J3 – O seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” ouviu opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde? J4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas? J5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer? J6 – Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)?

4.3.12. Relação entre os Distritos de Saúde (DS) e Atributos da APS

A tabela 31 apresenta os escores médios, desvio-padrão, dos atributos da atenção primária avaliados pelos usuários manauaras nos distritos de saúde. O escore Essencial alcançou a média de 7,16 ($\pm 1,12$); e o escore Geral atingiu 7,02 ($\pm 1,18$), ambos alcançaram a média acima do ponto de corte ($\geq 6,60$) configurando, portanto, uma alta avaliação da atenção primária pelos participantes no período analisado. Houve associação estatística entre os Distritos de Saúde, com exceção para Coordenação – Sistema de Informações ($p=0,279$).

O Grau de Afiliação (A), entre os 395 participantes das 99 UBS pesquisadas, conseguiu dentro de uma escala de 0-10, a média de 9,46 ($\pm 2,01$), denotando alto grau de orientação para APS. Em todos os quatro distritos de saúde, o grau de afiliação alcançou escore acima de $\geq 6,60$.

O atributo Acesso de “Primeiro Contato – Utilização” apresentou avaliação acima da média de $\geq 6,60$ de 8,57 ($\pm 2,36$) nos quatro distritos (Norte, Sul, Leste e Oeste). Contudo, o Acesso “Primeiro Contato – Acessibilidade” foi avaliado com baixo valor 3,76 ($\pm 1,26$), nos quatro distritos de saúde. Os atributos “Longitudinalidade”, “Coordenação” e “Orientação Familiar” alcançaram avaliação acima da média de $\geq 6,60$ nos quatro distritos.

Contudo, os valores dos escores médios dos atributos “Integralidade – Serviços Disponíveis”, 5,92 ($\pm 1,60$), “Integralidade – Serviços Prestados”, 4,79 ($\pm 1,98$) e “Orientação Comunitária”, 5,36 ($\pm 2,36$) foram baixos em relação ao ponto de corte ($\geq 6,60$) em todos os distritos de saúde.

O Distrito de saúde Norte apresentou, quanto ao Escore Essencial, o pior escore, de 6,44 ($\pm 1,44$), quando comparados aos demais ($p < 0.001$), assim como no Escore Geral, de 6,31 ($\pm 1,45$). Os demais Distritos (Sul, Leste e Oeste) alcançaram tanto no Escore Essencial quanto no Escore Geral melhores escores contribuindo dessa maneira para a avaliação positiva do Escore Geral em Manaus ($p < 0.001$), conforme Tabela 31.

Tabela 31 – Relação entre Distritos de Saúde de atendimento e os atributos da APS na percepção dos usuários adultos das UBS, Manaus, Amazonas, 2018-19.

ATRIBUTOS DA APS	Média Geral	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO	P-valor
A – Grau de Afiliação	9,46 \pm 2,01	8,60 \pm 3,15	10,0 \pm 0,0	9,59 \pm 0,0	9,82 \pm 1,13	<0,0001^a
B – Acesso de primeiro contato - Utilização	8,57 \pm 2,36	7,89 \pm 3,06	8,89 \pm 1,90	8,97 \pm 1,62	8,65 \pm 2,29	0,063^a
C – Acesso de primeiro contato – Acessibilidade	3,76 \pm 1,26	3,45 \pm 1,34	3,98 \pm 1,26	3,77 \pm 1,08	3,93 \pm 1,27	0,016^a
D – Longitudinalidade	8,34 \pm 1,14	7,80 \pm 1,37	8,57 \pm 0,96	8,51 \pm 0,87	8,58 \pm 1,05	<0,0001^a
E – Coordenação –Integração de Cuidados	8,99 \pm 1,31	8,35 \pm 1,92	9,35 \pm 0,62	9,28 \pm 0,66	8,96 \pm 1,42	<0,0001^a
F – Coordenação – Sistema de Informações	8,32 \pm 2,09	8,00 \pm 2,86	8,80 \pm 1,47	8,24 \pm 1,80	8,40 \pm 1,89	0,279 ^a
G – Integralidade – Serviços disponíveis	5,92 \pm 1,60	4,99 \pm 1,69	6,35 \pm 1,37	6,54 \pm 1,44	5,95 \pm 1,37	<0,0001^a
H – Integralidade – Serviços prestados	4,79 \pm 1,98	3,95 \pm 1,98	6,35 \pm 1,78	4,83 \pm 1,98	5,16 \pm 1,86	<0,0001^a
I – Orientação Familiar	7,55 \pm 2,86	6,98 \pm 3,31	7,83 \pm 2,68	7,31 \pm 2,66	8,18 \pm 2,54	0,014^a
J – Orientação Comunitária	5,36 \pm 2,36	6,11 \pm 2,56	6,25 \pm 1,89	5,12 \pm 2,31	5,85 \pm 2,12	<0,0001^a
Escore Essencial	7,16 \pm 1,12	6,44 \pm 1,44	7,60 \pm 0,75	7,37 \pm 0,82	7,37 \pm 0,85	<0,0001^a
Escore Geral	7,02 \pm 1,18	6,31 \pm 1,45	7,48 \pm 0,88	7,15 \pm 0,89	7,29 \pm 0,97	<0,0001^a

Fonte: Elaboração própria.

Média \pm Desvio Padrão

^aTeste de Kruskal-Wallis.

4.3.13. Relação entre a variável sexo dos respondentes e Atributos da APS

Observa-se que não houve associação entre as médias dos escores dos atributos e Grau de Afiliação, da Atenção Primária e o sexo dos usuários das UBSs. Tanto o sexo masculino quanto o feminino atribuíram escores baixos ($\leq 6,60$) para os atributos “Acesso de Primeiro Contato-Acessibilidade”, com média de 3,85 ($\pm 1,29$) e ($p=0,598$) e 3,78 ($\pm 0,91$), respectivamente, e Orientação Comunitária, com média de 4,66 ($\pm 2,66$) no sexo masculino e ($p=0,374$). O atributo Integralidade – Serviços Prestados também recebeu baixo escore em ambos os sexos, 5,30 ($\pm 1,84$), mas apresentou associação estatística ($p= 0,049$).

O Escore Essencial (EE) em ambos os sexos teve avaliação positiva, alcançando o ponto de corte de $\geq 6,6$ ($\pm 0,72$) e ($p=0,186$) no sexo feminino, enquanto os homens avaliaram também positivamente em $7,39$ ($\pm 0,81$). Com relação ao Escore Geral, este também recebeu boa avaliação em ambos os sexos, com $7,43$ ($\pm 0,87$) no sexo feminino e $7,07$ ($\pm 0,95$) e ($p=0,095$), medindo, assim, alta presença e extensão para APS, conforme a Tabela 32.

Tabela 32 – Relação entre o sexo dos respondentes e os atributos da APS na visão dos usuários adultos das UBS. Manaus, Amazonas, 2018.

ATRIBUTOS DA APS	Sexo		P-valor
	Feminino	Masculino	
A – Grau de Afiliação	9,44 \pm 2,04	9,63 \pm 1,74	0,590 ^b
B – Acesso de primeiro contato - Utilização	9,13 \pm 1,72	8,94 \pm 2,37	0,399 ^b
C – Acesso de primeiro contato - Acessibilidade	3,85 \pm 1,29	3,78 \pm 0,91	0,598 ^b
D – Longitudinalidade	8,62 \pm 0,93	8,31 \pm 0,98	0,247 ^b
E – Coordenação – Integração de Cuidados	9,08 \pm 1,25	8,95 \pm 0,92	0,619 ^b
F – Coordenação – Sistema de Informações	8,66 \pm 1,57	8,63 \pm 1,53	0,747 ^b
G – Integralidade – Serviços disponíveis	6,43 \pm 1,32	6,08 \pm 1,52	0,132 ^b
H – Integralidade – Serviços prestados	5,30 \pm 1,84	4,44 \pm 1,29	0,049^b
I – Orientação Familiar	7,93 \pm 2,53	6,93 \pm 2,79	0,171 ^b
J – Orientação Comunitária	5,56 \pm 2,27	4,66 \pm 2,66	0,374 ^b
Essencial	7,60 \pm 0,72	7,39 \pm 0,81	0,186 ^b
Geral	7,43 \pm 0,87	7,07 \pm 0,95	0,095 ^b

Fonte: Elaboração própria.

Média \pm Desvio Padrão

^bTeste de Mann-Whitney.

4.3.14. Relação entre a variável escolaridade do respondente e os Atributos da APS

Não foi encontrado em nenhum dos atributos da atenção primária associação estatística para Grau de Afiliação ($p=0,111$), Acesso de Primeiro Contato – “Utilização” e Acessibilidade ($p=0,292$ e $p=0,189$, respectivamente), Longitudinalidade ($p=0,228$), Coordenação – Integração de Cuidados ($p=0,422$), Coordenação – Sistema de Informações ($p=0,242$), – Integralidade – Serviços disponíveis ($p = 0,255$), Integralidade – Serviços prestados ($p=0,326$), Orientação Familiar ($p=0,773$) e Orientação Comunitária ($p=0,206$).

Ressalte-se que os participantes do ensino fundamental avaliaram negativamente os seguintes atributos: “Acessibilidade, “Integralidade-Serviços, Disponíveis e Prestados e “Orientação Comunitária”. Os participantes com ensino superior avaliaram com escores mais

baixos ($\leq 6,60$) do que os demais níveis de escolaridade, com exceção do atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade, segundo os dados contidos na Tabela 33.

Tabela 33 – Relação entre a escolaridade dos respondentes e os atributos da APS na percepção dos usuários adultos das UBS, de Manaus, Amazonas 2018.

ATRIBUTOS DA APS	Escolaridade			P-valor
	Fundamental	Médio	Superior	
A – Grau de Afiliação	9,85±1,11	9,80±1,21	9,60±1,51	0,111 ^a
B – Acesso de primeiro contato - Utilização	9,19±1,73	9,25±1,69	8,70±2,04	0,292 ^a
C – Acesso de primeiro contato - Acessibilidade	3,66±1,21	3,94±1,31	3,94±1,32	0,189 ^a
D – Longitudinalidade	8,54±0,97	8,71±0,84	8,28±1,10	0,228 ^a
E – Coordenação – Integração de Cuidados	9,16±0,79	9,04±1,28	8,88±1,75	0,422 ^a
F – Coordenação – Sistema de Informações	8,73±1,35	8,70±1,60	8,41±1,84	0,242 ^a
G – Integralidade – Serviços disponíveis	6,32±1,42	6,56±1,28	6,10±1,24	0,255 ^a
H – Integralidade – Serviços prestados	5,35±1,83	5,30±1,90	4,93±1,60	0,326 ^a
I – Orientação Familiar	7,84±2,50	7,89±2,53	7,80±2,75	0,773 ^a
J – Orientação Comunitária	5,39±2,40	5,61±2,33	5,36±2,13	0,206 ^a
Essencial	7,60±0,69	7,66±0,72	7,36±0,82	0,177 ^a
Geral	7,40±0,86	7,48±0,89	7,20±0,93	0,144 ^a

Fonte: Elaboração própria.

Média ± Desvio Padrão

^aTeste de Kruskal-Wallis

4.3.15. Relação entre a variável Plano de Saúde e Atributos da APS

A relação entre os atributos da atenção primária à saúde e a variável Plano de Saúde apresentou associação estatística praticamente em todos os atributos, com exceção dos atributo – “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade” ($p=0,942$), “Coordenação – Sistema de Informações” ($p=0,051$) e atributo “Orientação Familiar”, conforme evidenciado na Tabela 34.

Tabela 34 – Relação entre a Plano de Saúde dos respondentes e os atributos da APS na percepção dos usuários adultos das UBS, de Manaus, Amazonas 2018.

ATRIBUTOS DA APS	Plano de Saúde		P-valor
	Não	Sim	
A – Grau de Afiliação	9,82±1,09	9,23±2,77	<0,0001 ^b
B – Acesso de primeiro contato - Utilização	9,14±1,73	8,55±2,42	0,003 ^b
C – Acesso de primeiro contato - Acessibilidade	3,85±1,28	3,65±0,97	0,564 ^b
D – Longitudinalidade	8,62±0,93	8,10±1,04	<0,0001 ^b

ATRIBUTOS DA APS	Plano de Saúde		P-valor
	Não	Sim	
E – Coordenação – Integração de Cuidados	9,05±1,24	9,49±0,62	<0,0001 ^b
F – Coordenação – Sistema de Informações	8,70±1,52	7,86±2,10	0,051 ^b
G – Integralidade – Serviços disponíveis	6,40±1,31	6,43±1,83	<0,0001 ^b
H – Integralidade – Serviços prestados	5,22±1,81	5,56±2,12	<0,0001 ^b
I – Orientação Familiar	7,85±2,57	8,03±2,49	0,547 ^b
J – Orientação Comunitária	5,43±2,30	6,58±2,39	0,002 ^b
Essencial	7,60±0,71	7,36±1,03	<0,0001 ^a
Geral	7,41±0,87	7,35±1,20	<0,0001 ^a

Fonte: Elaboração própria.

Média ± Desvio Padrão

^aTeste de Kruskal-Wallis.

^bTeste de Mann-Whitney.

4.4. ANÁLISES DE RESULTADO – PCA-TOOL (PROFISSIONAIS)

4.4.1. Características dos profissionais

Foram entrevistados 157 profissionais (60 médicos e 97 enfermeiros) nas UBSs da Estratégia Saúde da Família nos quatro distritos da área urbana de Manaus, em 99 UBSs, assim distribuídos: 55 (31 enfermeiros e 24 médicos) do Distrito Norte, 30 (17 enfermeiros e 13 médicos) do Distrito Sul, 35 (22 enfermeiros e 13 médicos) do Distrito Leste, e 37 (27 enfermeiros e 10 médicos) do Distrito Oeste (Tabela 35).

Tabela 35 – Quantitativo de profissionais entrevistados em Manaus, Amazonas por Distritos de saúde.

Profissional	Manaus N(%)	DISAN N(%)	DISAS N(%)	DISAL N(%)	DISAO N(%)
Enfermeiro	97 (61,78%)	31(56,36%)	17 (56,67%)	22 (62,86%)	27 (72,97%)
Médico	60 (38,22%)	24 (43,64%)	13 (43,33%)	13 (37,14%)	10 (27,03%)
TOTAL	157 (100,00)	55 (100,00)	30 (100,00)	35(100,00)	37 (100,00)

Fonte: Elaboração própria a partir da pesquisa de campo.

Nota-se que 66,9% (n=105) desses profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família tem até 5 anos de tempo de trabalho e 33,1% (n= 52) trabalham há pelo menos 6 anos ou mais na ESF. Cinquenta e seis profissionais (35,7%) trabalham numa UBSF de 32m², outros 31,8% (n=61) numa UBSF de 132m² e quarenta profissionais (25,5%) em unidades de saúde com mais de 132m². Os dados estão sumarizados na Tabela 36.

Tabela 36 – Frequência do tempo de trabalho dos profissionais na ESF e tamanho das UBS pesquisadas.

Variável	N	%	Variável	N	%
Tempo de trabalho na ESF			Tamanho da UBS		
Menor ou igual a 5 anos	105	66,88	32m ²	56	35,67
Maior ou igual a 6 anos	52	33,12	132 m ²	61	38,85
Total	157	100,00	Mais de 132 m ²	40	25,48
			Total	157	100,00

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e pesquisa de campo.

4.4.2. Atributo - Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (A)

O atributo Acesso de Primeiro Contato alcançou um escore médio de 3,51, considerado baixo grau de orientação para APS, de acordo com o ponto de corte de ($\geq 6,6$). As perguntas com maiores percentuais negativos (“com certeza, não”) foram: A1 – “Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?”(91,08%); A2 – “Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana, até as 20h?” (82,62%); A6 – “Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?” (84,08%); A7 – “Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?” (87,28%). Nota-se que, entre os distritos de saúde, há o mesmo padrão de respostas concernentes a essas questões. A pergunta A5 – “Quando seu serviço de saúde está fechado existe algum telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?” também recebeu altas respostas negativas (64,97%) dos profissionais.

As perguntas A3 – “Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?” e A8 – “É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?” obtiveram percentuais de respostas positivas (“com certeza, sim” acima de 60% dos profissionais (66,88% e 61,15%, respectivamente).

Em geral, na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo profissional (sem contar a triagem ou o acolhimento) na UBS, segundo 17,83% dos profissionais, sendo que no distrito Oeste, esse percentual foi de 24,32% das respostas positivas. Os resultados estão sumarizados nas Tabelas 37 e 38.

Tabela 37 – Relação dos Atributos da APS na percepção dos profissionais das UBS, Manaus, Amazonas, 2018-19.

ATRIBUTOS DA APS	Escore médio dos atributos por distrito de saúde - PROFISSIONAIS				
	MANAUS	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO
Acessibilidade	3,51	3,09	3,75	3,62	3,81
Longitudinalidade	7,79	7,88	7,79	7,58	7,85
Integração de Cuidados	7,06	7,19	7	6,83	7,12
Sistema de Informações	8,71	8,42	9,07	8,7	8,86
Serviços Disponíveis	6,91	7,03	6,58	7,19	6,74
Serviços Prestados	7,66	7,64	7,59	7,7	7,72
Orientação Familiar	8,96	9,15	9	8,66	8,92
Orientação Comunitária	7,16	6,77	7,41	7,35	7,39
Escore Essencial	6,94	6,87	6,97	6,94	7,02
Escore Geral	7,21	7,15	7,27	7,19	7,3

Fonte: Elaboração própria.

Na percepção dos profissionais, apenas o atributo “Acessibilidade” obteve escore médio abaixo do ponto de corte ($\geq 6,6$), indicando um baixo grau de orientação da atenção primária à saúde nesse atributo. O atributo melhor avaliado pelos profissionais foi a “Orientação familiar” com escore médio de 8,96. O escore médio essencial alcançado foi de 6,94, e, o Escore médio Geral apontado pelos profissionais foi de 7,21. A seguir, apresenta-se a distribuição percentual das respostas concernentes aos componentes constituintes de cada atributo de acordo com a perspectiva de médicos e enfermeiros participantes das equipes de atenção à saúde da estratégia saúde da família em Manaus, Amazonas.

Tabela 38 – Distribuição percentual das respostas dos profissionais da UBS aos itens que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato, Manaus, Amazonas, 2019.

Acesso de Primeiro Contato - PROFISSIONAIS		Manaus	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO
A1	Com certeza, não (%)	91,08	92,73	83,33	91,43	94,59
	Provavelmente, não (%)	6,37	7,27	3,33	8,57	5,41
	Provavelmente, sim (%)	0	0	0	0	0
	Com certeza, sim (%)	2,55	0	13,33	0	0
A2	Com certeza, não (%)	86,62	87,27	73,33	88,57	94,59
	Provavelmente, não (%)	3,18	5,45	3,33	2,86	0
	Provavelmente, sim (%)	0	0	0	0	0
	Com certeza, sim (%)	10,19	7,27	23,33	8,57	5,41
A3	Com certeza, não (%)	3,18	3,64	3,33	2,86	2,7
	Provavelmente, não (%)	3,18	0	0	8,57	5,41
	Provavelmente, sim (%)	26,75	25,45	26,67	25,71	29,73
	Com certeza, sim (%)	66,88	70,91	70	62,86	62,16

Acesso de Primeiro Contato - PROFISSIONAIS		Manaus	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO
A4	Com certeza, não (%)	31,85	32,73	30	40	24,32
	Provavelmente, não (%)	20,38	29,09	33,33	8,57	8,11
	Provavelmente, sim (%)	19,11	14,55	13,33	25,71	24,32
	Com certeza, sim (%)	28,66	23,64	23,33	25,71	43,24
A5	Com certeza, não (%)	64,97	76,36	63,33	51,43	62,16
	Provavelmente, não (%)	8,92	7,27	13,33	11,43	5,41
	Provavelmente, sim (%)	8,92	5,45	13,33	17,14	2,7
	Com certeza, sim (%)	17,2	10,91	10	20	29,73
A6	Com certeza, não (%)	84,08	90,91	86,67	68,57	86,49
	Provavelmente, não (%)	11,46	7,27	6,67	25,71	8,11
	Provavelmente, sim (%)	2,55	0	6,67	5,71	0
	Com certeza, sim (%)	1,91	1,82	0	0	5,41
A7	Com certeza, não (%)	87,26	90,91	86,67	80	89,19
	Provavelmente, não (%)	9,55	7,27	10	14,29	8,11
	Provavelmente, sim (%)	1,91	0	3,33	5,71	0
	Com certeza, sim (%)	1,27	1,82	0	0	2,7
A8	Com certeza, não (%)	3,18	7,27	3,33	0	0
	Provavelmente, não (%)	3,82	7,27	3,33	2,86	0
	Provavelmente, sim (%)	31,85	38,18	20	31,43	32,43
	Com certeza, sim (%)	61,15	47,27	73,33	65,71	67,57
A9	Com certeza, não (%)	25,48	32,73	23,33	31,43	10,81
	Provavelmente, não (%)	38,85	43,64	36,67	31,43	40,54
	Provavelmente, sim (%)	17,83	9,09	23,33	20	24,32
	Com certeza, sim (%)	17,83	14,55	16,67	17,14	24,32

Fonte: Elaboração própria.

Nota: A1 –Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo? A2 –Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20hs? A3 –Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoece, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia? A4 –Quando seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone, quando julgam ser necessário? A5 –Quando seu serviço de saúde está fechado existe algum telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem? A6 - Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia? A7 -Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite? A8 –É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde? A9 –Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico, enfermeiro ou dentista (sem contar a triagem ou o acolhimento)?

4.4.3. Atributo Longitudinalidade (B)

No tocante ao atributo da “Longitudinalidade”, o escore alcançado foi de 7,79 expressando alto escore para atenção primária à saúde. Os participantes responderam em sua maioria “com certeza, sim”, às seguintes perguntas: “no seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?”(73,89%); entretanto, nos Distritos Sul e Leste, esse percentual foi menor (66,67% e 62,86%); “consegue entender as perguntas que

seus pacientes lhe fazem?”(84,08%); “dá a seus pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?”(83,44%); “acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas” (74,52%). Nessas três últimas questões, nota-se o mesmo padrão de respostas identificado no geral para os distritos de saúde. Considerando as questões (B7) a (B13) na Tabela 39, e somando-se as respostas obtidas em “provavelmente, sim” e “com certeza, sim”, verifica-se que superam em muito as respostas negativas nesse item.

Chama-nos a atenção, no entanto, as respostas dos profissionais nas questões: (B10) – “Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?”, apenas 54,14% responderam “com certeza, sim”, e esse padrão de respostas foi o mesmo encontrado nos distritos de saúde e (B8) – “Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes”, pois apenas 31,85% dos profissionais responderam positivamente nessa questão. Os dados estão sumarizados na Tabela 39.

Tabela 39 – Distribuição percentual das respostas dos profissionais da UBS aos itens que compõem o atributo Longitudinalidade, Manaus, Amazonas, 2019.

Longitudinalidade (B) - PROFISSIONAIS		Manaus	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO
B1	Com certeza, não (%)	1,27	3,64	0	0	0
	Provavelmente, não (%)	6,37	3,64	10	11,43	2,7
	Provavelmente, sim (%)	18,47	12,73	23,33	25,71	16,22
	Com certeza, sim (%)	73,89	80	66,67	62,86	81,08
B2	Com certeza, não (%)	0	0	0	0	0
	Provavelmente, não (%)	1,27	0	0	5,71	0
	Provavelmente, sim (%)	14,65	10,91	20	14,29	16,22%
	Com certeza, sim (%)	84,08	89,09	80	80,00%	83,78
B3	Com certeza, não (%)	0	0	0	0	0
	Provavelmente, não (%)	1,27	1,82	0	2,86	0
	Provavelmente, sim (%)	33,12	27,27	33,33	34,29	40,54%
	Com certeza, sim (%)	65,61	70,91	66,67	62,86	59,46
B4	Com certeza, não (%)	44,59	43,64	53,33	40	43,24
	Provavelmente, não (%)	22,29	20	16,67	34,29	18,92
	Provavelmente, sim (%)	17,83	18,18	16,67	14,29	21,62%
	Com certeza, sim (%)	15,29	18,18	13,33	11,43	16,22
B5	Com certeza, não (%)	0,64	0	0	2,86	0
	Provavelmente, não (%)	0,64	1,82	0	0	0
	Provavelmente, sim (%)	15,29	16,36	13,33	11,43	18,92%
	Com certeza, sim (%)	83,44	81,82	86,67	85,71	81,08
B6	Com certeza, não (%)	0	0	0	0	0
	Provavelmente, não (%)	1,27	0	3,33	2,86	0
	Provavelmente, sim (%)	24,2	25,45	23,33	25,71	21,62%
	Com certeza, sim (%)	74,52	74,55	73,33	71,43	78,38

Longitudinalidade (B) - PROFISSIONAIS		Manaus	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO
B7	Com certeza, não (%)	1,27	1,8	0	2,86	0,00%
	Provavelmente, não (%)	9,55	9,09	6,67	14,29	8,11
	Provavelmente, sim (%)	31,85	40	26,67	28,57	27,03%
	Com certeza, sim (%)	57,32	49,09	66,67	54,29	64,8
B8	Com certeza, não (%)	14,01	10,91	16,67	14,29	16,22
	Provavelmente, não (%)	25,48	30,91	16,67	34,29	16,22
	Provavelmente, sim (%)	28,66	25,45	36,67	20	35,14%
	Com certeza, sim (%)	31,85	32,73	30	31,43	32,43
B9	Com certeza, não (%)	0	0	0	0	0
	Provavelmente, não (%)	5,1	3,64	10	5,71	2,7
	Provavelmente, sim (%)	29,94	27,27	33,33	25,71	35,14%
	Com certeza, sim (%)	64,97	69,09	56,67	68,57	62,16
B10	Com certeza, não (%)	1,91	1,82	3,33	2,86	0
	Provavelmente, não (%)	9,55	3,64	3,33	17,14	16,22
	Provavelmente, sim (%)	34,39	40	40	25,71	29,73%
	Com certeza, sim (%)	54,14	54,55	53,33	54,29	54,05
B11	Com certeza, não (%)	14,01	14,55	6,67	20	13,51
	Provavelmente, não (%)	29,3	30,91	30	22,86	32,43
	Provavelmente, sim (%)	23,57	20	23,33	28,57	24,32%
	Com certeza, sim (%)	33,12	34,55	40	28,57	29,73
B12	Com certeza, não (%)	2,55	3,64	0	0	5,41
	Provavelmente, não (%)	7,64	5,45	10	14,29	2,7
	Provavelmente, sim (%)	38,22	32,73	46,67	34,29	43,24%
	Com certeza, sim (%)	51,59	58,18	43,33	51,43	48,65
B13	Com certeza, não (%)	3,18	5,45	3,33	2,86	0
	Provavelmente, não (%)	14,01	12,73	10	14,29	18,92
	Provavelmente, sim (%)	33,76	27,27	40	37,14	35,14%
	Com certeza, sim (%)	49,04	54,55	46,67	45,71	45,95

Fonte : Elaboração Própria.

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

4.4.4. Atributo – Coordenação – Integração de Cuidados (C)

O atributo “Coordenação - Integração de Cuidados” obteve escore médio de 7,06, considerado também de alto grau de orientação de atenção primária à saúde, se comparado com o ponto de corte ($\geq 6,6$). Destacam-se nesse atributo, respostas positivas “com certeza,

sim” para as questões: (C3) – “Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?” e (C4) – “Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou ao serviço especializado?”(85,35%) para ambas as questões, inclusive repete-se tal padrão de respostas entre os distritos de saúde. Por outro lado, apenas 5,75% dos profissionais entrevistados mencionaram que recebem do especialista do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado, de fato, nenhum profissional no Distrito Oeste assinalou essa resposta e apenas 8,11% disseram que “provavelmente, sim” recebem a contrarreferência dos especialistas ao encaminhar pacientes para o segundo ou terceiro nível de atenção, segundo dados mostrados na Tabela 40.

Tabela 40 – Distribuição percentual das respostas dos profissionais da UBS aos itens que compõem o atributo Coordenação - Integração de Cuidados, Manaus, Amazonas, 2019.

Coordenação – Integração de Cuidados (C)		Manaus	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO
C1	Com certeza, não (%)	7,01	7,27	3,33	14,29	2,7
	Provavelmente, não (%)	25,48	21,82	3,33	22,86	21,62
	Provavelmente, sim (%)	35,03	36,36	36,67	31,43	35,14
	Com certeza, sim (%)	32,48	34,55	20	31,43	40,54
C2	Com certeza, não (%)	20,38	16,36	16,67	28,57	21,62
	Provavelmente, não (%)	7,64	7,27	16,67	8,57	8,11
	Provavelmente, sim (%)	29,3	34,55	30	22,86	27,03
	Com certeza, sim (%)	42,68	41,82	46,6	40	43,24
C3	Com certeza, não (%)	0,64	0	0	2,86	0
	Provavelmente, não (%)	1,91	1,82	0	2,86	2,7
	Provavelmente, sim (%)	12,1	10,91	10	14,29	13,51
	Com certeza, sim (%)	85,35	87,27	90	80	83,78
C4	Com certeza, não (%)	0,6	1,82	0	0	0
	Provavelmente, não (%)	1,91	1,82	0	2,86	2,7
	Provavelmente, sim (%)	12,1	12,73	13,33	14,29	8,11
	Com certeza, sim (%)	85,35	83,64	86,67	82,86	89,19
C5	Com certeza, não (%)	57,96	52,73	66,67	57,14	59,46
	Provavelmente, não (%)	25,48	23,64	66,67	22,86	32,43
	Provavelmente, sim (%)	10,83	14,55	6,67	11,43	8,11
	Com certeza, sim (%)	5,73	9,09	3,33	8,57	0
C6	Com certeza, não (%)	2,55	5,45	0	0	2,7
	Provavelmente, não (%)	2,55	1,82	0	8,57	0
	Provavelmente, sim (%)	33,12	29,09	43,33	31,43	32,43
	Com certeza, sim (%)	61,78	63,64	56,67	60	64,86

Fonte : Elaboração Própria.

Nota: C1 – Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou a serviços especializados? C2 – Quando seus pacientes necessitam de um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos? C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada? C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou ao serviço especializado? C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado? C6 – Após a consulta com o especialista ou com o serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados dessa consulta.

4.4.5. Atributo - Coordenação - Sistema de Informações

A Tabela 41 destaca que o atributo da “Coordenação – Sistema de Informações” teve uma avaliação positiva com escore médio de 8,71, indicando alto grau de orientação da atenção primária na percepção dos profissionais de saúde na UBS pesquisada. Observa-se nesse atributo elevados percentuais de avaliação positiva (“com certeza, sim”), para todas as perguntas. Na questão (D1) – se os profissionais de saúde na UBS solicitam aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (64,33%), e (D2) – se os profissionais permitiriam que seus pacientes examinassem seus prontuários se assim quisessem (73,25%) e (D3) – se os prontuários dos pacientes ficam disponíveis quando estes são atendidos pelos profissionais (77,07%). Nesse último item, os Distritos Sul e Oeste se destacaram acima do geral (86,67% e 81,08%), respectivamente.

Tabela 41 – Distribuição percentual das respostas dos profissionais da UBS aos itens que compõem o atributo Coordenação - Sistema de Informações, Manaus, Amazonas, 2019.

Coordenação - Sistema de Informações (D)		Manaus	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO
D1	Com certeza, não (%)	2,55	3,64	0	2,86	2,7
	Provavelmente, não (%)	5,1	5,45	6,67	5,71	2,7
	Provavelmente, sim (%)	28,03	23,6	30	31,43	29,73
	Com certeza, sim (%)	64,33	67,27	63,33	60	64,86
D2	Com certeza, não (%)	3,18	7,27	0	0	2,7
	Provavelmente, não (%)	6,37	9,09	3,33	5,71	5,41
	Provavelmente, sim (%)	17,2	14,55	16,67	20	18,92
	Com certeza, sim (%)	73,25	69,09	80	74,29	72,97
D3	Com certeza, não (%)	1,91	5,45	0	0	0
	Provavelmente, não (%)	3,82	1,82	3,33	8,57	2,7
	Provavelmente, sim (%)	17,2	21,82	10	17,14	16,22
	Com certeza, sim (%)	77,07	70,91	86,67	74,29	81,08

Fonte: Elaboração Própria.

Nota: D1 –Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)? D2–Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem? D3 – Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende

4.4.6. Atributo Integralidade – Serviços Disponíveis

O atributo “Integralidade – Serviços Disponíveis” alcançou escore médio de 6,91, está de acordo com o parâmetro de corte ($\geq 6,6$) e é considerado de alto grau de orientação na APS. Ressalte-se que esse atributo é composto de 22 perguntas destinadas aos profissionais de

saúde, e, de maneira geral, apenas quatro perguntas apresentaram resultados com respostas negativas (“provavelmente, não” e “com certeza, não”), a saber: realização de sutura de um corte que necessite de pontos (80,25%); colocação de talas (78,34%); remoção de verrugas (77,71%) e remoção de unha encravada (81,53%).

As perguntas que obtiveram expressivas respostas positivas foram relacionadas a: realização de imunizações na UBS – E2 (75,16%), E3 – “Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social” (73,89%), E6 – “Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais” (94,27%), E10 – “Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV” (83,44%), E15 – “Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau)” (95,54%), E17 – “Cuidados pré-natais” (98,09%), E20 – “Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair)” (78,34%), E21 – “Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente, como: curativos, troca de sondas, banho na cama” (84,71%), E22 – “Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimento)” (76,43%).

Em contrapartida, as perguntas, E4 – “Avaliação da saúde bucal “ e E5 – “Tratamento dentário” estão aquém das necessidades da população manauara, apenas 51,59% e 48,41% respectivamente, responderam “com certeza, sim” para esses tipos de serviços disponíveis nas suas UBSs pesquisadas.

O Distrito Sul apresentou fragilidades comparado com os demais nas perguntas (E4) e (E5), uma vez que somente 26,67% dos profissionais afirmaram possuir esses serviços em suas UBS. E 17,14% dos profissionais de saúde no Distrito Leste realizam pequenos procedimentos cirúrgicos como sutura simples em seus locais de trabalho. Os dados estão sumarizados na Tabela 42.

Tabela 42 – Distribuição percentual das respostas dos profissionais da UBS aos itens que compõem o atributo Integralidade - Serviços Disponíveis, Manaus, Amazonas, 2019.

Integralidade – Serviços Disponíveis (E)		Manaus	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO
E1	Com certeza, não (%)	11,46	12,73	23,33	5,71	5,41
	Provavelmente, não (%)	5,1	3,64	6,67	2,86	8,11
	Provavelmente, sim (%)	24,84	25,45	26,67	34,29	13,51
	Com certeza, sim (%)	58,6	58,18	43,33	57,14	72,97
E2	Com certeza, não (%)	9,55	1,82	13,33	14,29	13,51
	Provavelmente, não (%)	3,18	1,82	6,67	2,86	2,7
	Provavelmente, sim (%)	12,1	7,27	20	5,71	18,92
	Com certeza, sim (%)	75,16	89,09	60	77,14	64,86
E3	Com certeza, não (%)	1,27	0	6,67	0	0
	Provavelmente, não (%)	2,55	1,82	3,33	2,86	2,7
	Provavelmente, sim (%)	22,29	23,64	30	14,29	21,62
	Com certeza, sim (%)	73,89	74,55	60	82,86	75,68

Integralidade – Serviços Disponíveis (E)		Manaus	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO
E4	Com certeza, não (%)	26,75	12,73	40	28,57	35,14
	Provavelmente, não (%)	7,64	7,27	6,67	0	16,22
	Provavelmente, sim (%)	14,01	20	26,67	5,71	2,7
	Com certeza, sim (%)	51,59	60	26,67	65,71	45,95
E5	Com certeza, não (%)	31,85	16,36	46,67	31,43	43,24
	Provavelmente, não (%)	7,01	10,91	6,67	0	8,11
	Provavelmente, sim (%)	12,74	16,36	20	8,57	5,41
	Com certeza, sim (%)	48,41	56,36	26,67	60	43,24
E6	Com certeza, não (%)	0,64	0	3,33	0	0
	Provavelmente, não (%)	0,64	1,82	0	0	0
	Provavelmente, sim (%)	4,46	3,64	10	2,86	2,7
	Com certeza, sim (%)	94,27	94,55	86,67	97,14	97,3
E7	Com certeza, não (%)	20,38	21,82	23,33	8,57	27,03
	Provavelmente, não (%)	7,64	5,45	3,33	2,86	18,92
	Provavelmente, sim (%)	23,57	16,36	30	22,86	29,73
	Com certeza, sim (%)	48,41	56,36	43,33	65,71	24,32
E8	Com certeza, não (%)	17,83	20	20	5,71	24,32
	Provavelmente, não (%)	7,01	5,45	0	5,71	16,22
	Provavelmente, sim (%)	26,11	27,27	26,67	25,71	24,32
	Com certeza, sim (%)	49,04	47,27	53,33	62,86	35,14
E9	Com certeza, não (%)	80,25	78,18	86,67	77,14	81,08
	Provavelmente, não (%)	10,19	10,91	10	5,71	13,51
	Provavelmente, sim (%)	4,46	9,09	3,33	0	2,7
	Com certeza, sim (%)	5,1	1,82	0	17,14	2,7
E10	Com certeza, não (%)	11,46	7,27	6,67	14,29	18,92
	Provavelmente, não (%)	0,64	0	0	0	2,7
	Provavelmente, sim (%)	4,46	5,45	6,67	5,71	0
	Com certeza, sim (%)	83,44	87,27	86,67	80	78,38
E11	Com certeza, não (%)	19,11	32,73	20	11,43	5,41
	Provavelmente, não (%)	10,83	7,27	13,33	14,29	10,81
	Provavelmente, sim (%)	19,75	16,36	20	22,86	21,62
	Com certeza, sim (%)	50,32	43,64	46,67	51,43	62,16
E12	Com certeza, não (%)	13,38	27,27	10	5,71	2,7
	Provavelmente, não (%)	10,83	9,09	10	17,14	8,11
	Provavelmente, sim (%)	21,66	14,55	26,67	25,71	24,32
	Com certeza, sim (%)	54,14	49,09	53,33	51,43	64,86
E13	Com certeza, não (%)	78,34	70,91	96,67	74,29	78,38
	Provavelmente, não (%)	12,74	14,55	0	20	13,51
	Provavelmente, sim (%)	6,37	12,73	3,33	2,86	2,7
	Com certeza, sim (%)	2,55	1,82%	0	2,86	5,41
E14	Com certeza, não (%)	77,71	67,27	76,67	82,86	89,19
	Provavelmente, não (%)	8,28	9,09	10	14,29	0
	Provavelmente, sim (%)	7,01	12,73	6,67	2,86	2,7
	Com certeza, sim (%)	7,01	10,91	6,67	0	8,11
E15	Com certeza, não (%)	2,55	0	10	2,86	0
	Provavelmente, não (%)	0,64	1,82	0	0	0
	Provavelmente, sim (%)	1,27	0	6,67	0	0
	Com certeza, sim (%)	95,54	98,18	83,33	97,14	100
E16	Com certeza, não (%)	9,55	14,55	13,33	0	8,11
	Provavelmente, não (%)	7,01	5,45	6,67	2,86	13,51
	Provavelmente, sim (%)	22,29	14,55	23,33	25,71	29,73
	Com certeza, sim (%)	61,15	65,45	56,67	71,43	48,65

Integralidade – Serviços Disponíveis (E)		Manaus	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO
E17	Com certeza, não (%)	0,64	0	3,33	0	0
	Provavelmente, não (%)	0	0	0	0	0
	Provavelmente, sim (%)	1,27	1,82	3,33	0	0
	Com certeza, sim (%)	98,09	98,18	93,33	100	100
E18	Com certeza, não (%)	81,53	81,82	76,67	74,29	91,89
	Provavelmente, não (%)	12,74	10,91	16,67	20	5,41
	Provavelmente, sim (%)	3,82	5,45	6,67	2,86	0
	Com certeza, sim (%)	1,91	1,82	0	2,86	2,7
E19	Com certeza, não (%)	5,1	5,45	6,67	5,71	2,7
	Provavelmente, não (%)	2,55	0	6,67	2,86	2,7
	Provavelmente, sim (%)	22,93	25,45	23,33	20	21,62
	Com certeza, sim (%)	69,43	69,09	63,33	71,43	72,97
E20	Com certeza, não (%)	1,27	0	3,33	2,86	0
	Provavelmente, não (%)	0,64	1,82	0	0	0
	Provavelmente, sim (%)	19,75	20	26,67	17,14	16,22
	Com certeza, sim (%)	78,34	78,18	70	80	83,78
E21	Com certeza, não (%)	0,64	0	3,33	0	0
	Provavelmente, não (%)	0,64	1,82	0	0	0
	Provavelmente, sim (%)	14,01	16,36	10	11,43	16,22
	Com certeza, sim (%)	84,71	81,82	86,67	88,57	83,78
E22	Com certeza, não (%)	5,73	3,64	13,33	2,86	5,41
	Provavelmente, não (%)	1,91	0	3,33	2,86	2,7
	Provavelmente, sim (%)	15,92	21,82	16,67	14,29	8,11
	Com certeza, sim (%)	76,43	74,55	66,67	80	83,78

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços, poderia obtê-los no seu serviço de saúde? E1 –Aconselhamento nutricional. E2 –Imunizações. E3 –Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social. E4 –Avaliação da saúde bucal. E5 –Tratamento dentário. E6 –Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais. E7 –Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas). E8 –Aconselhamento para problemas de saúde mental. E9 –Sutura de um corte que necessite de pontos. E10 –Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV. E11 –Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar). E12 –Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar). E13 –Colocação de tala (ex.: para tornozelo torcido). E14 –Remoção de verrugas. E15 –Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau). E16 –Aconselhamento sobre como parar de fumar. E17 –Cuidados pré-natais. E18 –Remoção de unha encravada. E19 –Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex.: coma). E20 –Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair). E21 –Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente, como: curativos, troca de sondas, banho na cama. E22 –Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimento).

4.4.7. Atributo – Integralidade – Serviços Prestados

O atributo “Integralidade – Serviços Prestados” recebeu na percepção, dos profissionais de saúde nos distritos de saúde, o escore médio de 7,66, indicando alto grau de orientação de atenção primária à saúde segundo o ponto de corte ($\geq 6,6$). Esse atributo é composto de quinze perguntas, sendo que o percentual de respostas positivas (“com certeza, sim” e “provavelmente, sim”) foi expressivo com destaque para as perguntas: F1 – “Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente”, F2 – “Segurança

no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança”, F5 – “Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados”, F6 – “Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol”, F7 – “Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando”, F10 – “Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente”, F11 – “Como prevenir quedas”, F12 – “Prevenção de osteoporose em mulheres.”, F13 – “Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa”, F14 – “Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças”, F15 – “Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária”. Na pergunta F11, ressalte-se que 81,08% dos profissionais no distrito Oeste responderam “com certeza, sim” para essa questão, o maior percentual dentre os distritos de saúde manauara.

Em contrapartida, as respostas negativas, avaliadas em “com certeza, não” e “provavelmente, não” foram: F3 – “Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura” e F9 – “Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança”. No Distrito Sul, 30% dos profissionais mencionaram com certeza que aconselham aos pais ou cuidadores de crianças sobre o uso de cinto de segurança, e cuidados com queda de altura para as crianças, e 8,57% no Distrito Leste orienta o paciente na guarda segura de arma de fogo. Os resultados estão sumarizados na Tabela 43.

Tabela 43 – Distribuição percentual das respostas dos profissionais da UBS aos itens que compõem o atributo Integralidade - Serviços Prestados, Manaus, Amazonas, 2019.

Integralidade – Serviços Prestados (F)		Manaus	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO
F1	Com certeza, não (%)	1,27	0	3,33	2,86	0
	Provavelmente, não (%)	0,64	0	3,33	0	0
	Provavelmente, sim (%)	12,74	16,36	13,33	14,29	5,41
	Com certeza, sim (%)	85,35	83,64	80	82,86	94,59
F2	Com certeza, não (%)	5,73	9,09	10	2,86	0
	Provavelmente, não (%)	1,27	0	3,33	0	2,7
	Provavelmente, sim (%)	20,38	16,36	30	22,86	16,22
	Com certeza, sim (%)	72,61	74,55	56,67	74,29	81,08
F3	Com certeza, não (%)	46,5	47,27	43,33	40	54,05
	Provavelmente, não (%)	14,65	10,91	13,33	22,86	13,51
	Provavelmente, sim (%)	16,56	23,64	13,33	8,57	16,22
	Com certeza, sim (%)	22,29	18,18	30	28,57	16,22
F4	Com certeza, não (%)	3,82	3,64	3,33	2,86	5,41
	Provavelmente, não (%)	9,55	7,27	6,67	14,29	10,81
	Provavelmente, sim (%)	38,22	49,09	26,67	28,57	40,54
	Com certeza, sim (%)	48,41	40	63,33	54,29	43,24

Integralidade – Serviços Prestados (F)		Manaus	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO
F5	Com certeza, não (%)	4,46	1,82	6,66	2,86	8,11
	Provavelmente, não (%)	1,91	1,82	0	2,86	2,7
	Provavelmente, sim (%)	25,48	18,18	26,67	34,29	27,03
	Com certeza, sim (%)	68,15	78,18	66,67	60	62,16
F6	Com certeza, não (%)	7,64	9,09	10	5,71	2,7
	Provavelmente, não (%)	1,27	1,82	0	0	2,7
	Provavelmente, sim (%)	12,1	9,09	16,67	11,43	13,51
	Com certeza, sim (%)	78,98	80	73,33	82,86	78,38
F7	Com certeza, não (%)	1,27	1,82	3,33	0	0
	Provavelmente, não (%)	0	0	0	0	0
	Provavelmente, sim (%)	8,28	9,09	10	8,57	5,41
	Com certeza, sim (%)	90,45	89,09	86,67	91,43	94,59
F8	Com certeza, não (%)	21,66	18,18	26,67	20	24,32
	Provavelmente, não (%)	9,55	5,45	13,33	11,43	10,81
	Provavelmente, sim (%)	29,94	38,18	23,33	25,71	27,03
	Com certeza, sim (%)	38,85	38,18	36,67	42,86	37,84
F9	Com certeza, não (%)	61,15	67,27	50	54,29	67,57
	Provavelmente, não (%)	29,3	27,27	43,33	31,43	18,92
	Provavelmente, sim (%)	6,37	3,64	6,67	5,71	10,81
	Com certeza, sim (%)	3,18	1,82	0	8,57	2,7
F10	Com certeza, não (%)	26,72	23,64	30	20	21,62
	Provavelmente, não (%)	9,55	7,27	6,67	17,14	8,11
	Provavelmente, sim (%)	29,94	30,91	36,67	25,71	27,03
	Com certeza, sim (%)	36,31	36,36	26,67	37,14	43,24
F11	Com certeza, não (%)	6,72	3,64	3,33	0	0
	Provavelmente, não (%)	3,18	5,45	3,33	2,86	0
	Provavelmente, sim (%)	24,84	25,45	30	25,71	18,92
	Com certeza, sim (%)	69,43	63,64	63,33	71,43	81,08
F12	Com certeza, não (%)	11,46	12,73	10	11,43	10,81
	Provavelmente, não (%)	4,46	3,64	3,33	5,71	5,41
	Provavelmente, sim (%)	30,57	27,27	36,67	34,29	27,03
	Com certeza, sim (%)	53,5	56,36	50	48,57	56,76
F13	Com certeza, não (%)	1,27	1,82	3,33	0	0
	Provavelmente, não (%)	0	0	0	0	0
	Provavelmente, sim (%)	12,74	9,09	13,33	20	10,81
	Com certeza, sim (%)	85,99	89,09	83,33	80	89,19
F14	Com certeza, não (%)	5,73	9,09	6,66	5,71	0
	Provavelmente, não (%)	4,46	3,64	3,33	5,71	5,41
	Provavelmente, sim (%)	28,66	29,09	43,33	20	24,32
	Com certeza, sim (%)	61,15	58,18	46,67	68,57	70,27
F15	Com certeza, não (%)	1,91	1,82	6,66	0	0
	Provavelmente, não (%)	1,27	0	0	2,86	2,7
	Provavelmente, sim (%)	10,83	12,73	20	8,57	2,7
	Com certeza, sim (%)	85,99	85,45	73,33	88,57	94,59

Fonte: Elaboração Própria.

Nota: F1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente. F2 – Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança. F3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura. F4 – Maneiras de lidar com

conflitos de família que podem surgir de vez em quando. F5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados. F6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol. F7 – Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando. F8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente. F9 – Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança. F10 – Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente. F11 – Como prevenir quedas. F12 – Prevenção de osteoporose em mulheres. F13 – Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa. F14 – Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças. F15 – Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.

4.4.8. Atributo – Orientação Familiar

De acordo com a Tabela 44, o atributo “Orientação Familiar” alcançou escore médio de 8,96, denotando alto grau de orientação na atenção primária, na percepção dos profissionais de saúde. As três perguntas relacionadas nesse atributo receberam elevados percentuais de respostas positivas (somando “provavelmente, sim” e “com certeza, sim”), com destaque para a resposta dos profissionais do Distrito Norte que apresentou os maiores percentuais, nas perguntas: G1 – “Pergunta aos pacientes quais suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?” (69,09%); G2 – “Pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes? (87,27%); e G3 – “Está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar (78,18%).

Tabela 44 – Distribuição percentual das respostas dos profissionais da UBS aos itens que compõem o atributo Orientação Familiar, Manaus, Amazonas, 2019.

	Orientação Familiar (G)	Manaus	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO
G1	Com certeza, não (%)	4,46	1,82	3,33	11,43	2,7
	Provavelmente, não (%)	2,55	1,82	0	5,71	2,7
	Provavelmente, sim (%)	30,57	27,27	36,67	25,71	35,14
	Com certeza, sim (%)	62,42	69,09	60	57,14	59,46
G2	Com certeza, não (%)	1,91	0	3,33	2,86	2,7
	Provavelmente, não (%)	1,27	0	0	2,86	2,7
	Provavelmente, sim (%)	17,2	12,73	20	17,14	21,62
	Com certeza, sim (%)	79,62	87,27	76,67	77,14	72,97
G3	Com certeza, não (%)	3,18	1,82	6,67	2,86	2,7
	Provavelmente, não (%)	3,18	1,82	3,33	2,86	5,41
	Provavelmente, sim (%)	18,47	18,18	13,33	25,71	16,22
	Com certeza, sim (%)	75,16	78,18	76,67	68,57	75,68

Fonte: Elaboração própria.

Nota: G1 –Você pergunta aos pacientes quais suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família? G2 –Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes? G3 –Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar.

4.4.9. Atributo da Orientação Comunitária

O atributo da “Orientação Comunitária” alcançou escore médio de 7,16, portanto, de alto grau de orientação na atenção primária, segundo a avaliação dos profissionais de saúde nas UBSs pesquisadas. Cerca de 95,54% dos profissionais de saúde mencionaram “com certeza, sim” que realizam visitas domiciliares no território onde está inserida a UBS pesquisada (H1).

Quando questionados na pergunta (H2) se acreditam “que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende”, os profissionais do Distrito Oeste responderam “com certeza, sim” em 81,08%, bem acima, portanto, da média geral (64,33%) e dos demais distritos de saúde.

A opinião dos profissionais quanto às perguntas (H3) – “Seu serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?”, (H4) se “Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?”, e (H5) se “Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?”, também, observou-se elevado percentual positivo quando somados os itens “provavelmente sim” e “com certeza, sim”. Apenas 49,09% dos profissionais no Distrito Norte responderam que levam em consideração as opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde na UBS pesquisada.

Por outro lado, a pergunta (H6), que – questiona se há comunitários presentes no Conselho Local de Saúde, a resposta dos profissionais foi bem equilibrada, cerca de 51% (somados “provavelmente, sim” e “com certeza, sim”) expressaram resposta afirmativa. Conquanto, no Distrito Leste, o percentual de respostas foi de 51%, o mais elevado dentre os distritos, e apenas 25,45% no Distrito Norte. Os resultados estão inseridos na Tabela 45.

Tabela 45 – Distribuição percentual das respostas dos profissionais da UBS aos itens que compõem o atributo Orientação Comunitária, Manaus, Amazonas, 2019.

Orientação Comunitária (H)		Manaus	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO
H1	Com certeza, não (%)	1,27	0	3,33	2,86	0
	Provavelmente, não (%)	0,64	1,82	0	0	0
	Provavelmente, sim (%)	2,55	3,64	3,33	2,86	0
	Com certeza, sim (%)	95,54	94,55	93,33	94,29	100
H2	Com certeza, não (%)	4,46	0	6,67	14,29	0
	Provavelmente, não (%)	4,46	9,09	0	2,86	2,7
	Provavelmente, sim (%)	26,75	38,18	26,67	20	16,22
	Com certeza, sim (%)	64,33	52,73	66,67	62,86	81,08

Orientação Comunitária (H)		Manaus	DISAN	DISAS	DISAL	DISAO
H3	Com certeza, não (%)	7,01	5,45	10	8,57	5,41
	Provavelmente, não (%)	5,73	9,09	0	2,86	8,11
	Provavelmente, sim (%)	29,94	36,36	26,67	28,57	24,32
	Com certeza, sim (%)	57,32	49,09	63,33	60	62,16
H4	Com certeza, não (%)	20,38	21,82	23,33	20	16,22
	Provavelmente, não (%)	16,56	12,73	10	28,57	16,22
	Provavelmente, sim (%)	35,03	38,18	33,33	22,86	43,24
	Com certeza, sim (%)	28,03	27,27	33,33	28,57	24,32
H5	Com certeza, não (%)	22,93	30,91	23,33	11,43	21,62
	Provavelmente, não (%)	16,56	16,36	10	25,71	13,51
	Provavelmente, sim (%)	31,21	29,09	33,33	34,29	29,73
	Com certeza, sim (%)	29,3	23,64	33,33	28,57	35,14
H6	Com certeza, não (%)	31,21	36,36	26,67	25,71	32,43
	Provavelmente, não (%)	17,83	16,36	23,33	14,29	18,92
	Provavelmente, sim (%)	15,92	21,82	20	8,57	10,81
	Com certeza, sim (%)	35,03	25,45	30	51,43	37,84

Fonte: Elaboração própria.

Nota: .H1 –Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares? H2 –Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende? H3 –Seu serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde? H4 –Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas? H5 –Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer? H6 –Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários)

4.4.10. Relação entre tempo de trabalho e categoria dos profissionais entrevistados e tamanho da UBS e categoria profissional

Não foi encontrada associação estatística entre a categoria dos profissionais (enfermeiros e médicos) com o tempo de trabalho na Estratégia Saúde na Família, assim como na associação entre o tamanho da UBS e categoria de profissionais (Tabelas 46 e 47).

Tabela 46 – Associação entre tempo de trabalho, segundo a categoria.

Tempo	Categoria		P-valor*
	Enfermeiro	Médico	
Menor ou igual a 5 anos	69 (43,9%)	36 (23,0%)	0,222
Maior ou igual a 6 anos	28 (17,8%)	24 (15,3%)	
Total	97 (61,8%)	60 (38,2%)	-

Fonte: Elaboração própria, a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

*Teste Qui-Quadrado de Pearson.

Observa-se que a SEMSA vem gradualmente substituindo as 79 unidades básicas de saúde da família, designadas de “Casas de Saúde”, inauguradas em 1994, e popularmente chamadas pela população de “casinhas”. Foram construídas em modelo com infraestrutura em uma área de 32m² para ser “ponto de encontro da equipe e não como local de atendimento, de forma que os profissionais permanecessem a maior parte do tempo realizando atividades na comunidade”. Serão substituídas por outras Unidades Básicas de Saúde maiores e com um espaço de saúde mais adequado às necessidades de saúde dos profissionais e dos comunitários (SILVA; GARNELO; GIOVANELLA, 2010, p. 594; PMS, 2019).

Tabela 47 – Associação entre Tamanho da UBS, segundo a categoria.

Tempo	Categoria		P-valor*
	Enfermeiro	Médico	
32m ²	39 (24,8%)	18 (11,5%)	0,259
132 m ²	33 (21,0%)	28 (17,8%)	
Mais de 132 m ²	25 (15,9%)	14 (8,9%)	
Total	97 (61,8%)	60 (38,2%)	-

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e pesquisa de campo.

*Teste Exato de Fisher.

A Tabela 48 ressalta também que não houve associação estatística entre tempo de trabalho e o valor dos escores médios (“Essencial” e “Geral”). Em contrapartida, houve associação estatística entre o tamanho da UBS e os escores médios “Essencial” e “Geral” conforme a Tabela 49. O tamanho da UBS de 132m² apresentou as maiores médias no escores Essencial e Geral.

Tabela 48 – Associação entre Tempo de trabalho, segundo os escores Essencial e Geral.

Tempo	Escore		Essencial	Geral
	Essencial	Essencial	P-valor*	P-valor*
Menor ou igual a 5 anos	3,07±0,25	3,15±0,24	0,305	0,175
Maior ou igual a 6 anos	3,10±0,18	3,19±0,19		
Total	3,08±0,23	3,16±0,23	-	-

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e pesquisa de campo.

*Teste de Mann-Whitney

Tabela 49 – Tamanho da UBS X Escores (Essencial e Geral) segundo a categoria.

Tempo	Escore		Essencial	Geral
	Essencial	Essencial	P-valor*	P-valor*
32m ²	3,06±0,21	3,14±0,21		
132 m ²	3,15±0,21	3,24±0,20	0,006**	0,009**
Mais de 132 m ²	3,01±0,25	3,09±0,25		
Total	3,08±0,23	3,16±0,23	-	-

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e pesquisa de campo.

*Teste de Mann-Whitney.

**p-valor significativo.

4.4.11. Comparação entre os grupos de usuários e profissionais de saúde na ESF quanto aos atributos da atenção primária

A Tabela 50 ressalta que no município pesquisado foi identificado que o “Escore Geral” apresentou forte grau de orientação na atenção primária segundo o ponto de corte ($\geq 6,6$) tanto na avaliação dos usuários (7,02) quanto dos profissionais (7,21). O mesmo ocorreu com relação ao “Escore Essencial” que alcançou 7,16 entre os usuários e 6,94 entre os profissionais (médicos e enfermeiros). Entre os atributos da atenção primária, “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade” obteve baixo grau de orientação entre os dois grupos citados (3,76 nos usuários e 3,51 entre os profissionais); contudo, nota-se que no Distrito Norte houve a pior avaliação entre os distritos de saúde pesquisados nesse atributo (3,45 para os usuários e 3,09 para os profissionais) e associação estatística entre a comparação entre os dois grupos. ($p < 0,0001$). Ainda assim, os atributos da “Longitudinalidade” (8,34 para usuários e 7,79 para profissionais), “Coordenação – Integração de Cuidados” (8,99 de usuários e 7,06 de profissionais), “Coordenação – Sistema de Informações” (8,32 para usuários e 8,71 para profissionais) e “Orientação Familiar” (7,55 para usuários e 8,96 para profissionais) alcançaram elevado valor nos seus escores médios em ambos os grupos ($p < 0,0001$). Em contrapartida, nos atributos da “Integralidade – Serviços Disponíveis” (5,92 para usuários e 6,91 para profissionais) e “Integralidade – Serviços Prestados” (4,79 para usuários e 7,66 para profissionais) e “Orientação Comunitária” (5,36 para usuários e 7,16 para profissionais), as percepções dos grupos (usuários e profissionais) foram divergentes. Para os usuários esses atributos foram avaliados negativamente, ou seja abaixo do ponto de corte ($\geq 6,6$) considerado como expressivo de alto grau de orientação da APS. No Distrito Norte, há a maior diferença entre as avaliações entre usuários e profissionais, principalmente nos atributos da “Integralidade – Serviços Disponíveis e Serviços Prestados” (4,99 e 3,95 para os

usuários, e 7,03 e 7,64 para os profissionais, respectivamente). Com relação ao atributo da “Orientação Comunitária”, também percebem-se diferentes avaliações, principalmente nos Distrito Leste e Oeste (5,12 e 5,85 para os usuários, 7,35 e 7,39 para os profissionais), respectivamente nesse atributo. Houve associação estatística entre todos os escores médios dos atributos da atenção primária dos usuários e profissionais nos distritos de saúde de Manaus ($p < 0,0001$).

Tabela 50 – Comparação entre os atributos da atenção primária entre os usuários e profissionais da ESF (médicos e enfermeiros), Manaus, Amazonas, 2018-19.

ATRIBUTOS DA APS	ESCORE										P-Valor ^b
	Manaus		DISAN		DISAS		DISAL		DISAO		
	Us.	(M/E)	Us.	(M/E)	Us.	(M/E)	Us.	(M/E)	Us.	(M/E)	
Acessibilidade	3,76	3,51	3,45	3,09	3,98	3,75	3,77	3,62	3,93	3,81	<0,0001
Longitudinalidade	8,34	7,79	7,8	7,88	8,57	7,79	8,51	7,58	8,58	7,85	<0,0001
Integração de Cuidados	8,99	7,06	8,35	7,19	9,35	7	9,28	6,83	8,96	7,12	<0,0001
Sistema de Informações	8,32	8,71	8	8,42	8,8	9,07	8,24	8,7	8,4	8,86	<0,0001
Serviços Disponíveis	5,92	6,91	4,99	7,03	6,35	6,58	6,54	7,19	5,95	6,74	<0,0001
Serviços Prestados	4,79	7,66	3,95	7,64	6,35	7,59	4,83	7,7	5,16	7,72	<0,0001
Orientação Familiar	7,55	8,96	6,98	9,15	7,83	9	7,31	8,66	8,18	8,92	<0,0001
Orientação Comunitária	5,36	7,16	6,11	6,77	6,25	7,41	5,12	7,35	5,85	7,39	<0,0001
Escore Essencial	7,16	6,94	6,44	6,87	7,6	6,97	7,37	6,94	7,36	7,02	<0,0001
Escore Geral	7,02	7,21	6,31	7,15	7,48	7,27	7,15	7,19	7,29	7,3	<0,0001

Elaboração própria.

^bTeste de Mann-Whitney.

Nota: Us. – Usuário, (M/E) : M – Médico. E – Enfermeiro.

5. DISCUSSÃO

5.1. Discussão: ICSAP

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) constituem-se num indicador da atividade hospitalar capaz de mensurar, de maneira indireta, a efetividade da Atenção Primária à Saúde na atenção a determinados problemas de saúde relacionados às doenças agudas ou crônicas; assim como, elucidar eventuais barreiras de acesso aos serviços (geográficas, culturais, financeiras ou organizacionais) (ALFRADIQUE et al., 2009; MENDONÇA, 2016).

A cobertura populacional pelas equipes de ESF nos municípios brasileiros atua no sentido de organizar seu processo de trabalho com ações de promoção, orientando a população na prevenção e/ou tratamento de certos grupos de doenças, evitando, dessa forma, a internação do paciente (PAIVA; SOUZA, 2018).

Em Manaus, entre 2010 e 2017, dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde revelaram que a cobertura populacional da atenção primária à saúde pelas equipes de ESF apresentou uma tendência declinante de 30,76% (2010) para 27,16% (2017); por outro lado, as taxas brutas de ICSAPs mostraram tendência ascendente no período supracitado. No entanto, análises realizadas a partir dos grupos de causas diagnósticos das taxas de ICSAP por 10.000 habitantes apresentados no presente estudo corroboram os resultados encontrados em outras pesquisas (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A identificação dos grupos diagnósticos mais prevalentes entre as populações, segundo sexo e faixa etária, possibilita ações para reestruturação de políticas e programas do governo, no sentido de elucidar novos caminhos para as ações direcionadas às patologias em regiões específicas (PAIVA; SOUZA, 2018).

Em Manaus, os principais grupos de causas que mais internaram no período de 2010 a 2017 permanecem com as pneumonias bacterianas seguidas pelas gastroenterites infecciosas e complicações. Ao se considerar o grupo de causas por faixa etária, nota-se que há uma maior prevalência de elevados valores nas referidas taxas entre as crianças e os idosos na população estudada, o que corrobora com os resultados de estudos investigados no país. (PEREIRA; SILVA; LIMA NETO, 2015; BARRETO et al., 2012; MELO; EGRY, 2014; ANSARI et al., 2012).

No tocante às análises dos grupos de causas por faixa etária das taxas de ICSAP, em Manaus, verificou-se que as doenças do aparelho respiratório (doenças pulmonares, seguida

das pneumonias) e doenças infecciosas (gastroenterites infecciosas e complicações) foram identificadas como as causas mais frequentes na faixa etária de 0 a 4 anos. Tais resultados estão em linha com os estudos nacionais que abordaram internações hospitalares em crianças menores de cinco anos (CALDEIRA et al. , 2011; PREZOTTO; CHAVES; MATHIAS, 2015; OLIVEIRA; VIERA; COLLET; LIMA, 2010; MARQUES et al., 2014).

No que concerne ao grupo de causas mais recorrentes dos idosos acerca de internações hospitalares, as doenças crônicas não transmissíveis se sobressaem entre os idosos, com destaque para as doenças relacionadas ao aparelho circulatório e o *diabetes melitus* nos dois anos estudados. Elevadas taxas de ICSAPs nesses grupos de causas nos idosos já foram evidenciadas em outros estudos que analisaram as regiões brasileiras (RODRIGUES; ALVAREZ; RAUCH, 2019; MURARO et al., 2013; SCHMIDT et al., 2011).

Não obstante, Schmidt et al. (2011) ressalta que o governo nas últimas duas décadas pode ter contribuído para as tendências favoráveis na mortalidade por DCNT (padronizada por idade) através de políticas contra o tabagismo e mudança no modelo assistencial de saúde à população via fortalecimento e ampliação dos cuidados primários à saúde.

Os avanços dos sistemas de saúde, em especial as mudanças na atenção primária à saúde no Brasil, corroboraram para que as doenças preveníveis por imunização apresentassem redução em termos percentuais de registros de ICSAP para ambos os sexos (53,24% no sexo masculino e 60,58% nas mulheres) no município de Manaus, revelando a eficácia do Programa Nacional de Imunização (PNI) (PEREIRA; SILVA; LIMA NETO, 2015)

Não obstante, observa-se que no município, o percentual de internações por condições sensíveis à atenção primária demonstra uma ligeira superioridade para os homens. Isso levanta questões a respeito da eficácia de políticas e programas de atenção integral para esse gênero na atenção primária. A predominância das ICSAPs no sexo masculino também foi analisada em outros estudos. Este fato pode indicar que fatores subjetivos como o maior consumo de álcool, drogas e tabagismo entre os homens *vis à vis* as mulheres tendem a reduzir a qualidade de vida dos primeiros em relação às mulheres (MARQUES et al., 2014; TORRES; CIOSAK, 2014; JINEZ; SOUZA; PILLON, 2009).

Nesse sentido, o governo federal tem disponibilizado pelo SUS várias medidas de cuidado na prevenção e promoção à saúde tais como: programas de vacinação para atender em especial, crianças, mães, adolescentes, idosos e população em geral. Cita-se, principalmente, a época dos anos 2000 quando ocorreu a introdução e atualização de várias vacinas relacionadas a um conjunto de doenças e agravos da população brasileira, tais como, a

introdução da vacina oral contra o rotavírus humano (VORH) no calendário de vacinação do PNI para crianças de dois meses a menos de dois anos (24 meses) (SILVA JUNIOR, 2013).

Para atender os indivíduos acometidos por doenças cardiovasculares nas últimas décadas, foi implementada a Política Nacional de Promoção da Saúde, o Programa Nacional de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (Hiperdia) cujo foco concentra-se em ações que minimizem a morbimortalidade por doenças cardiovasculares na população brasileira (VILLELA; GOMES; MELÉNDEZ, 2014).

Cumprido ressaltar, enquanto limitação do estudo, a elaboração de análises com dados secundários, os quais podem apresentar limitações como subnotificações, erros de classificação do diagnóstico principal da internação, problemas no preenchimento das AIH e outros erros e inconsistências, tais como considerar apenas as internações de usuários no sistema SUS, deixando de identificar as internações particulares ou de convenio de saúde. (REHEM et al., 2013).

Por outro lado, diversos estudos apontam um conjunto de fatores específicos existentes em cada contexto social que limitam a eficácia das ICSAPs enquanto métrica para qualificar a qualidade nas ações e serviços de saúde na atenção primária, tais como aspectos socioeconômicos, culturais, ambientais e comportamentais os quais podem influenciar a ocorrência de problemas de saúde (ENGRY, 2010; FALSTER et al., 2015; NEDEL et al., 2010).

Nedel et al. (2010) e UFMG (2012) ressaltam fatores que restringem o uso desse indicador, relacionados propriamente dito com os dados coletados no sistema SIH/SUS, ou seja, é possível que haja limitações relacionadas à coleta de dados secundários das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), devido à ocorrência de inconsistências no processo de coleta e processamento dessa informação. Por outro lado, as limitações podem ser decorrentes não exclusivamente das políticas executadas na atenção primária à saúde, e/ou do seu grau de cobertura, mas de fatores associados ao indicador que também podem afetá-lo, a saber: aspectos concernentes ao acesso organizacional e geográfico de cada sistema de saúde, à utilização dos serviços nesse sistema, bem como às condições socioeconômicas presentes na população estudada; e às características populacionais (individuais e biológicas) que devem ser controlados e ajustados quando se utiliza tal tipo de indicador.

Segundo Rehem et al. (2016) e Engry (2010) não basta apenas identificar e agir, por exemplo, sobre os fatores biológicos e ambientais, mas compreender que o processo saúde/doença é inseparável do desenvolvimento econômico e social, significando a

necessidade de enfrentamento dos determinantes sociais dos processos saúde/enfermidade, o que exige a articulação com outros setores de políticas públicas.

5.2. Discussão: PMAQ-AB 2º. Ciclo

5.2.1. Atributo Primeiro Contato

Segundo Giovanella e Mendonça (2012, p. 586), o atributo do “primeiro contato” pode ser compreendido a partir de duas maneiras: a) “como serviços procurados regularmente cada vez que o paciente necessita de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde”; e b) “como porta de entrada do sistema de saúde, isto é, ponto de início da atenção e filtro para acesso aos serviços especializados”.

Os distritos de saúde revelaram características mais semelhantes relativas ao funcionamento das UBSs durante cinco dias da semana, ao horário de funcionamento das UBSs atender às necessidades dos usuários, à realização da marcação de consultas, à proximidade das UBS em relação ao local de moradia dos usuários. Tais resultados encontrados corroboram outras pesquisas que analisaram o acesso e a acessibilidade, bem como o nível de satisfação dos usuários com os sistemas de saúde na atenção primária (ALBUQUERQUE et al., 2014; SANTIAGO et al., 2013;. PROTASIO et al., 2017).

O atributo da porta de entrada do sistema de saúde na atenção primária cumpre um papel de “garantir atenção à maior parte das necessidades de saúde e filtrar o acesso aos outros níveis.” Contudo, é preciso que, nesse nível de atenção, as barreiras financeiras, geográficas, temporais e culturais sejam eliminadas ou reduzidas. Com relação ao horário de funcionamento, sua acessibilidade temporal, as UBSs em Manaus, funcionam basicamente de segunda a sexta feira, cinco dias por semana; e em dois turnos (matutino e vespertino). Por conseguinte não é acessível temporalmente às pessoas trabalhadoras em horários e dias alternativos, por exemplo depois das 19h00min e aos sábados, este aspecto também foi ressaltado em outros estudos no Brasil (SCOREL et al., 2007).

No estudo de Lima (2016), as UBSs brasileiras participantes do PMAQ-AB mostram-se acessíveis temporal e geograficamente, uma vez que “94,9% das UBS brasileiras participantes do PMAQ-AB oferecem dois ou mais turnos de atendimento à população, 93,4% funcionam 5 ou mais dias na semana e 89% funcionam 8 horas/dia ou mais”. Ademais, 86,7% dos usuários entrevistados afirmam que a distância da sua casa até a UBS é curta ou razoável, e com

horário adequado às suas necessidades, mas o atendimento nos fins de semana fica a desejar, pois “não é uma realidade na maior parte das UBSs”.

Em relação, ao acolhimento, Tesser et al. (2010) discute a relação entre a prática do acolhimento na atenção primária (Programa/Estratégia Saúde da Família) e o processo de medicalização social. Para os autores, o acolhimento envolve questões de organização e prática do trabalho:

O Acolhimento envolve um interesse, uma postura ética e de cuidado, uma abertura humana, empática e respeitosa ao usuário, mas ao mesmo tempo implica avaliação de riscos e vulnerabilidades, eleição de prioridades, percepção de necessidades clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais, que precisam ser consideradas (TESSER et al., 2010, p. 3619).

Considerando que a demanda espontânea refere-se àquele usuário que comparece à UBS inesperadamente, seja para problemas agudos ou por motivos que o próprio paciente julgue como necessidade de saúde, e o acolhimento como um ato de escuta, em que o profissional de saúde, em conjunto com a equipe de atenção primária, com base nos conhecimentos, busca respostas às necessidades dos usuários; nota-se que o processo de trabalho reproduz uma forma de organização em moldes tradicionais da assistência, centrado nas doenças, em práticas curativas e no saber médico, restringindo a capacidade de atendimento e, por consequência, o acesso dos usuários aos serviços (TESSER et al., 2010).

Em Manaus, em que pese à existência de protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para queixas mais frequentes tanto no idoso como para a criança, é preciso levar em conta a hierarquização das necessidades quanto ao tempo do cuidado (diferenciar necessidades mais prementes das menos prementes); distinguir entre necessidades desiguais e tratá-las conforme suas características nas práticas de trabalho das equipes de atenção primária (ALBUQUERQUE et al, 2014).

Não obstante, é perceptível o baixo percentual nos indicadores de acolhimento e agendamento para reserva de vagas para consultas de demanda espontânea, bem como, nas respostas das equipes sobre possuir ou não protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para queixas mais frequentes no idoso e a criança no Distrito Sul de saúde em Manaus.

Na pesquisa de Lima (2016), o acolhimento estava implantado em 80,1% das equipes de atenção primária segundo dados do PMAQ-AB (2º. ciclo). Em 97,2% das equipes analisadas, os usuários que buscam atendimento espontaneamente na UBS têm suas

necessidades escutadas e avaliadas, porém, há um baixo número de profissionais capacitados e de usuários satisfeitos.

Em Manaus, no que tange à dimensão “agendamento da consulta na AP”, o usuário precisa ir fisicamente à UBS para marcar uma consulta, embora possa realizá-la em qualquer dia da semana, qualquer horário; no entanto, a consulta poderia ser marcada *on line*, ou por telefone se houvesse um canal de comunicação mais ativo entre o usuário e as equipes de atenção primária. É sabido que, nas visitas domiciliares, os profissionais, entre eles os agentes de saúde são os principais canais de comunicação entre a UBS e o usuário. Em geral, nesses momentos que se verifica a possibilidade de agendamento de consultas para o usuário.

Segundo Lima et al. (2018) ainda que o serviço de APS seja adequado às necessidades dos usuários, em termos de horário de funcionamento e localização perto da residência dos usuários, a baixa qualidade do acolhimento, seja pela carência de profissionais capacitados para realizar classificação de risco e vulnerabilidade seja pela própria lógica de organização do acolhimento, constitui-se numa forma de barreira organizacional a ser também enfrentada na busca pela qualidade nos serviços de APS.

5.2.2. Discussão: Integralidade

O atributo da integralidade foi analisado a partir do processo de trabalho das equipes de atenção primária, bem como do conjunto de ações e serviços disponíveis nas UBSs como formas de promoção da integralidade quando abordada as necessidades dos usuários e da resolutividade na atenção primária (FACCHINI et al., 2008; LIMA, 2016).

A resolutividade na APS pode ser compreendida a partir de diferentes abordagens, seja,

(...) através de aspectos relativos à demanda, à satisfação do cliente, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência preestabelecido, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e socioeconômicos da clientela, entre outros (TURRINI et al., 2008, p. 664).

No estudo da atenção primária em Manaus foram selecionados os dados contidos na avaliação externa referentes aos bancos de dados das equipes, dos usuários e das UBSs. O atributo da integralidade apresentou resultados positivos concernentes à disponibilidade de consultas médicas e de enfermagem e de disponibilidade de medicamentos nas UBSs. Em

relação ao processo de trabalho das equipes nas unidades de saúde, a agenda dos profissionais está orientada para realizações de ações de consultas para cuidado continuado; há a coleta de exame citopatológico de colo de útero na UBS.

Mendes et al. (2014) realizaram um estudo que objetivou a caracterização da disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde do Brasil e a identificação de fatores organizacionais a ela associados, utilizando o banco de dados secundários do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Segundo, os autores, a “disponibilidade média de medicamentos ficou abaixo do valor aceitável de 80% proposto pela OMS em todos os estratos analisados, seja o populacional, seja por tipo de UBS” .

Em Manaus, segundo dados do PMAQ-AB, 2º. ciclo, a alta disponibilidade de medicamentos independente dos distritos de saúde manauara foi ressaltada pelos respondentes em 91,37% das UBSs analisadas. Contudo, na percepção dos usuários, apenas 20% confirmaram a disponibilidade da medicação estar sempre disponível na UBS quando o profissional receita um remédio.

Verifica-se também que alguns procedimentos simples, não são realizados nas UBSs, tais como a drenagem de abscesso e sutura de ferimentos; além disso, apenas 54,36% das equipes de saúde dizem realizar levantamento/mapeamento usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados). E menos de 50% da população adscrita tem disponível na UBS, a vacinação durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde. Esses aspectos refletem certas fragilidades que precisam ser melhoradas para maior resolutividade das equipes de atenção primária.

Há elevada concentração de profissionais da saúde bucal no Distrito Sul na atenção primária do município, e uma carência desses profissionais principalmente nos distritos Leste e Norte. Entretanto, a presença de cirurgiões dentistas no Distrito Sul não se traduziu num percentual alto de consultas odontológicas. Nota-se, que nos Distritos Leste e Norte, o cirurgião dentista trabalha sozinho nas UBSs, sem apoio do técnico ou do auxiliar em saúde bucal. Essa questão também foi discutida no estudo de Do Amaral Giordani (2017) que analisou a partir de algumas variáveis ((i) presença de auxiliar de saúde bucal; ii) presença de técnico de saúde bucal; e iii) presença do cirurgião dentista) do banco de dados do PMAQ-AB (1º. ciclo) da avaliação externa, e observou que 8,9% das equipes de saúde bucal no Brasil apresentavam apenas o cirurgião dentista; sugerindo, portanto, que no Brasil, há problemas em relação à organização dos recursos humanos nos municípios brasileiros concernentes às equipes de saúde bucal da estratégia saúde da família.

Em relação às respostas das usuárias, a realização do exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) com as equipes nas UBSs é um indicador importante para se avaliar a integralidade das ações e efetividade da atenção à saúde. Cerca de 60% das usuárias disseram fazer aquele exame com as equipes de saúde nas UBSs. Observa-se menor percentual de realização de exame citopatológico de colo de útero no Distrito Sul de Manaus (53,33%). Nota-se que esse indicador demanda estudos mais detalhados para se detectar se há problemas na estrutura e (ou) se no processo de trabalho das UBSs, assim como identificar as características socioeconômicas da população estudada para se inferir qual a razão do baixo percentual comparado com os demais distritos de saúde.

Estudo de Barcelos et al. (2015) analisou se as variáveis demográficas, socioeconômicas e da organização dos serviços estavam associadas à qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino, a partir da percepção das usuárias de UBS participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (1º ciclo). Em que pese, a implantação e consolidação do SUS e da Estratégia Saúde da Família (ESF) tenham contribuído para a expansão, cobertura e oferta do rastreamento e controle do câncer de colo uterino no Brasil, o estudo detectou que uma em cada 15 mulheres entre 25 e 64 anos vinculadas a serviços de atenção básica no Brasil nunca havia realizado o exame colpocitológico. Segundo os autores, problemas na estrutura e no processo de trabalho das UBSs são importantes fatores que podem influenciar este indicador, além das características sociais do contexto e da população estudada.

De fato, segundo Bottari et al. (2008, p.112), a atenção primária é responsável por ações de educação em saúde e detecção precoce do câncer do colo do útero, por meio do exame citopatológico (*Papanicolaou*), para a prevenção e cura dessa doença. “Mesmo após a cura, esta ainda permanece responsável pelo acompanhamento das usuárias, mantendo as ações de sua competência, e assim prevenindo recidivas”.

5.2.3. Discussão: Longitudinalidade

Os resultados em relação à qualidade da relação profissional-paciente (vínculo) mostram que os usuários afirmam estar satisfeitos quanto ao tempo para falar sobre suas preocupações com os profissionais das equipes. Ademais, apenas 16% dos usuários em Manaus mudariam de equipe ou unidade de saúde. Por outro lado, os indicadores da continuidade da relação profissional-paciente expressam dificuldades na organização do

serviço como a rotatividade de profissionais e uma insuficiente busca ativa dos usuários pelos profissionais da UBS quando o usuário interrompe o tratamento por algum motivo ou quando não vem à consulta na UBS.

De fato, em outro estudo realizado em um município do Oeste do Paraná por Frank et al.(2015), esses aspectos positivos e negativos encontrados em Manaus também foram identificados naquela pesquisa. O estudo citado tinha por objetivo identificar a opinião dos responsáveis/principais cuidadores das crianças em diferentes modelos de APS, com a finalidade de reconhecer os pontos positivos e as dificuldades existentes quanto ao atributo longitudinalidade. Dentre os resultados positivos encontrados no estudo, ressaltaram a existência de vínculo entre o serviço e a comunidade, uma vez que os usuários apontaram as UBSs como uma fonte regular de cuidados; onde o responsável (cuidador das crianças) afirmou, também, possuir tempo suficiente para expor suas preocupações e seus problemas e de ficar à vontade para expô-los ao profissional da saúde. Quanto aos aspectos negativos, os autores relataram a alta rotatividade de profissionais como um dos aspectos críticos para o sucesso do modelo de ESF, pois pode comprometer a efetividade do serviço, prejudicando a qualidade da assistência e a satisfação do usuário.

Campos e Malik (2008) analisaram os fatores que levam à rotatividade dos médicos generalistas do Programa de Saúde da Família no município de São Paulo. Os resultados ressaltam haver uma maior correlação com a rotatividade associada à: capacitação, isto é, quanto menor a percepção de capacitação para o serviço, maior a rotatividade de profissionais; distância das unidades, ou seja, quanto maior a distância da UBS do local de moradia do profissional, maior a rotatividade e a disponibilidade de materiais para realizar o trabalho. Ademais, os fatores que mais influenciaram a rotatividade estavam associados a fatores higiênicos, ou seja, quanto pior a percepção dos profissionais sobre o ambiente físico da unidade, maior a rotatividade; e o salário é um importante fator de atração dos profissionais para o PSF, contudo, não contribui para a fixação daqueles nas UBSs.

O atributo da longitudinalidade apresentou resultados tanto negativos quanto positivos no tocante à continuidade da relação profissional-paciente como para qualidade da relação profissional-paciente. A continuidade do cuidado com o mesmo profissional, a facilidade de expor suas preocupações e dúvidas, o tempo destinado para as consultas clínicas foram bem avaliados pelos usuários; mas em compensação, a fixação de profissionais nas equipes e UBS ainda se constituem num entrave à efetividade da atenção primária no município, bem como a dimensão organizacional relacionada à busca dos usuários quando este interrompe o tratamento por algum motivo ou quando não vem à consulta na UBS.

5.2.4. Discussão: Coordenação de Cuidados

A coordenação de cuidados é um atributo inserido em debates acalorados na saúde pública, principalmente relacionadas ao tema da fragmentação da rede assistencial e a ausência de comunicação entre profissionais de saúde em diversos níveis de atenção. Segundo Conill e Fausto (2007), historicamente, os sistemas de saúde latino-americanos são caracterizados por apresentarem segmentação e fragmentação, e “foram constituídos como uma ação seletiva e pouco articulada com outras ações do sistema de saúde”.

A análise do atributo da coordenação de cuidados na atenção primária no município de Manaus possibilitou a identificação de fragilidades na organização dos serviços de atenção primária com destaque para a fragmentação do cuidado.

Para Mendes (2015), a falta de coordenação da atenção à saúde manifesta-se por meio de um conjunto de situações, entre essas destacam-se: as barreiras de acesso aos serviços especializados, ambulatoriais e hospitalares; a falta de comunicação entre a APS e os serviços especializados; ausência de um sentimento de continuidade assistencial pelas pessoas usuárias; e ausência de um ponto de atenção identificável e com responsabilização coordenadora na perspectiva das pessoas usuárias e de suas famílias.

Segundo Almeida et al. (2013, p.409), entre os benefícios observados no médio prazo das medidas em favor pró-coordenação de cuidados na atenção primária, está a “possibilidade de redução do número de internações hospitalares, de melhoria do acompanhamento do uso de medicamentos e do autocuidado, do fluxo de informações entre serviços e dos ganhos de eficiência do sistema em geral”.

Na análise da atenção primária enquanto coordenadora de cuidados, o PMAQ-AB considerou uma variedade de questões, tais como: o acesso a consultas (exames) especializadas de usuários que utilizavam regularmente os serviços de saúde para atendimento de suas necessidades na UBS, como também a necessidade de encaminhamento dos usuários para a consulta ou exames com especialistas. Ademais, o PMQA-AB procurou verificar ainda a forma de ordenar (organizar) os fluxos assistenciais para a atenção especializada daqueles usuários que precisam de cuidado continuado, tais como: gestantes, crianças com menos de dois anos de idade, idosos, e usuários com doenças crônicas através da percepção dos profissionais de saúde e usuários.

Conquanto tenhamos identificado diferenças percentuais entre os distritos de saúde, as dificuldades de articulação da APS com a AE existem e podem ser enumeradas a seguir: no

acesso a consultas/exames especializados, menos de 20% dos usuários relatam que saem da UBS com consulta especializada agendada e 75,84% das equipes afirmam que a consulta é marcada pela UBS e a data posteriormente informada ao usuário. Outra forma identificada nas respostas das equipes de saúde foi através de uma central de regulação assinalada pelas equipes (87,92%), para marcar as consultas especializadas – entre a atenção primária (AP) e a atenção especializada (AE). Esse aspecto corrobora, também, o estudo de Fausto et al. (2014) quando comenta sobre as variedade de formas de agendamento para serviços especializados de pacientes encaminhados pelas equipes de saúde da família, a mais comum é a consulta especializada marcada pela UBS com data informada posteriormente ao paciente.

Não obstante, o PMAQ-AB também buscou investigar se houve (ou existe) frequência do contato interprofissional, ou seja, se há contato pessoal entre os profissionais dentro da própria atenção primária e entre profissionais de outros níveis de atenção à saúde; se os profissionais da atenção primária e os da atenção especializada possuem meios (instrumentos) para comunicação interprofissional e informação compartilhada entre ambos no sentido de possibilitar a melhora dos cuidados de saúde no sistema de saúde.

A comunicação interprofissional entre a atenção primária e a atenção especializada é um dos pontos fracos evidenciados na coordenação de cuidados, apenas 4% das equipes de atenção primárias sempre e na maioria das vezes obtêm retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados por ela. A maioria dos estudos que se debruçaram a pesquisar sobre a importância da coordenação de cuidados na atenção primária destacam que a referência entre médicos da APS e especialistas aumenta a satisfação dos primeiros com a atenção especializada e melhora os resultados obtidos com o encaminhamento, por outro lado, a falta da contrarreferência entre a AP e AE, induz a ocorrência de várias situações que prejudicam a comunicação entre os equipamentos da rede (Escorel, et al., 2007; Almeida et al., 2010; Almeida et al, 2017). Percebe-se que, no âmbito do município analisado, os resultados do PMAQ-AB apontam que essa prática não está presente entre profissionais das equipes de atenção primária e demais especialistas.

Em relação à continuidade informacional, ficou evidenciado que 58,3% dos usuários conseguem conversar sobre os resultados obtidos nos exames realizados na atenção especializada com os profissionais de saúde na UBS. Também no estudo de Almeida et al. (2017), quando os usuários foram perguntados se a equipe conversava sobre o atendimento realizado fora da UBS, 55,1% dos entrevistados afirmaram que nunca, e somente 33% responderam que sempre. Segundo Starfield (2002), o retorno das pessoas usuárias dos

especialistas para a APS após as consultas e exames com aqueles é um dos fatores que podem colaborar para o enfrentamento dos desafios da coordenação nos sistemas de atenção à saúde.

Em relação ao ordenamento de fluxos, o estudo de Aleluia et al. (2017) também ressalta considerando as entrevistas de profissionais e gestores analisados em sistema local de saúde do Estado da Bahia, a inexistência de protocolos clínicos para atenção que orientassem a definição de fluxos assistenciais para hipertensos e diabéticos. Segundo Mendes (2015, p. 101), os protocolos clínicos “são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a partes do processo de uma condição de saúde e em um ponto de atenção à saúde determinado”. São importantes, portanto, nas estratégias de coordenação de cuidados entre a atenção primária e atenção especializada.

Os processos de trabalho das equipes e atenção primária à saúde foram investigados no PMAQ, em diferentes aspectos da coordenação de cuidados de saúde, por exemplo, como se estabelecia dentro da equipe, a programação de ações, o acompanhamento, a estratificação e registro dos usuários de maior risco e de cuidado continuado encaminhados para outros pontos de atenção.

Na questão do ordenamento dos fluxos entre a atenção primária e a atenção especializada, notam-se, novamente fragilidades a serem trabalhadas entre a atenção primária e os demais níveis de atenção à saúde. Por exemplo, entre as gestantes acompanhadas no pré-natal, somente 5% dessas gestantes foram informadas pela equipe em qual maternidade seria feito o seu parto.

Outra questão relacionada ao ordenamento dos fluxos entre a atenção primária e a atenção especializada, diz respeito às situações nas quais as equipes foram questionadas se utilizam algum tipo de protocolo para estratificação de risco de determinadas situações, como para pré-natal, em 57,7% das equipes houve referência ao uso, mas no Distrito Oeste, menos de 50% dessas relataram o uso em situações de risco; em relação às pessoas com hipertensão e diabetes, a situação se mostra mais delicada, pois, menos de 50% dessas equipes afirmaram utilizar protocolos para estratificação de risco para essas doenças crônicas da população.

Apenas o Distrito Leste apresentou dados melhores nesses quesitos, quando afirma que 74,19% utilizam algum protocolo estratificar gestantes em situações de risco para pré-natal e 67,74% das equipes, utilizam algum tipo de protocolo para estratificar situações de risco em pessoas com hipertensão arterial sistêmica; contudo apenas 29,03% em pessoas com diabetes.

No estudo de Aleluia et al. (2017, p.1848) também foi constatada, concernente ao usuário hipertenso e diabético, a inexistência de critérios ou instrumentos para estratificar riscos e definir com mais segurança os fluxos e os pacientes prioritários, tanto para o agendamento de consultas na própria unidade quanto para o encaminhamento para cardiologistas e endocrinologista.

Em outras palavras, a análise do atributo da coordenação de cuidados a partir do banco de dados do PMAQ-AB referente à avaliação externa das equipes, UBS da atenção primária e usuários no município de Manaus, revelou fragilidades tais como: dificuldade de acesso dos usuários às consultas e exames especializados; falta de comunicação entre a APS e os serviços especializados; ausência de continuidade assistencial pelas pessoas usuárias; baixa referência a protocolos para estratificação de risco no pré-natal, nos usuários com hipertensão e diabetes.

Logo, para que a coordenação de cuidados se torne efetiva, é necessário um esforço conjunto com distribuição de responsabilidades mútuas entre Atenção Primária e demais níveis de atenção nos sistemas de saúde que contemplem: a garantia e a facilidade de comunicação, interpessoal e de transferência de informações; a avaliação das necessidades dos usuários em termos de cuidado e de coordenação da atenção; o alinhamento de recursos organizacionais com as necessidades das pessoas usuárias e de suas famílias (MENDES, 2015).

5.2.5. Discussão: Orientação comunitária

O atributo da orientação para a comunidade possibilita compreender uma variedade de ações delineadas na Estratégia da Saúde da Família para o enfrentamento das iniquidades em saúde em determinada comunidade. Esta última representa o conjunto de pessoas e famílias que residem em um espaço territorial adscrito a uma Unidade Básica de Saúde e que estão sob a responsabilidade sanitária das equipes de saúde da família, de modo que, a comunidade inserida num mesmo território estaria potencialmente exposta a alguns tipos de riscos à saúde e, portanto, em riscos semelhantes de adoecimento, transformada assim em população-alvo das ações de saúde (SIMON, 2003).

A pesquisa de Bezerra (2016) realizada com dados da Pesquisa para Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ (2º ciclo) no território brasileiro com indicadores que avaliam a assistência à saúde da mulher (proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal, razão de mamografia realizada e razão de exame citopatológico) identificou como principais fragilidades na região Norte, os seguintes indicadores: uso de

protocolos para captação precoce das gestantes; planejamento das ações; retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados; registro do seu território das mulheres elegíveis para exame de mamografia e agendamento de consultas em qualquer dia e horário; e ações para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto. As ações voltadas à saúde da mulher na atenção primária no Brasil, portanto, são insuficientes “para atender as diretrizes preconizadas, refletida pelas baixas classificações das temáticas de ações e pelas diferenças regionais detectadas”.

No que tange às análises da orientação para a comunidade a partir dos dados do PMAQ-AB (2º. ciclo) para o município de Manaus, é preciso ponderar bastante. Se por um lado, na dimensão da territorialidade, houve respostas positivas com relação ao conhecimento das equipes da população adscrita que precisa de seus cuidados (gestantes, hipertensos, diabéticos, crianças de até 2 anos), porém, há pouco conhecimento mapeado sobre a população que precisa de cuidados no domicílio, baixo conhecimento e acompanhamento das mulheres elegíveis para exames de mamografia. Em que pese essas fragilidades, 60,97% dos usuários, durante as consultas, tem recebido sempre ou sugerem soluções possíveis de serem realizadas para suas demandas de saúde.

A análise territorial pelas equipes de saúde possibilita elucidar situações-problemas e necessidades em saúde da população em estudo. Ademais, permite identificar situações de risco e vulnerabilidade da população que demandam intervenções de políticas públicas para a prevenção de doenças e melhoria dos serviços de atenção primária nesse contexto. Nessa direção, Leão et al. (2011) observa que a melhor efetividade da orientação comunitária na ESF, está associada com as ações de visita domiciliar realizadas por todos os profissionais, mas principalmente pelos agentes comunitários de saúde, melhorando, dessa forma, a vigilância à saúde e o acompanhamento das famílias da comunidade.

A dimensão da intersetorialidade é relevante na avaliação da atenção primária porque se propõe incorporar a ideia de integração, de território, de equidade, ou seja, pressupõe romper com a fragmentação das políticas públicas, a partir do entendimento de que a saúde é algo inseparável do desenvolvimento econômico e social, e portanto, há a necessidade de incluir e enfrentar nas reflexões sobre o tema, os determinantes sociais dos processos saúde-enfermidade (JUNQUEIRA, 2000; GIOVANELLA et al., 2009a).

No contexto municipal, a atuação intersetorial se processa na ação comunitária no território, isto é, ela permite a articulação do setor da saúde com outros setores, como educação, saneamento, meio ambiente, obras, ação social, esporte, lazer, cultura, além de

organizações não governamentais voltada para a promoção em saúde (FRANCESCHINI et al. 2017; BRASIL, 2006)

A Intersetorialidade, analisada a partir da participação das UBSs no Programa Saúde na Escola, constatou por intermédio dos indicadores representativos de avaliações clínicas feitas pelas equipes nas escolas, que, com exceção do Distrito Norte, os demais distritos apresentaram resultados baixos com relação ao planejamento para ações intersetoriais no PSE. De modo que segundo Giovanella et al. (2009, p. 791), “a baixa participação em atividades intersetoriais é reconhecida pelas ESF como problema”.

Na maioria dos estudos que analisam a atenção primária por meio de seus atributos essenciais e derivados, ao atributo da orientação para a comunidade não é bem avaliado. Apresenta, escore abaixo do esperado, demonstrando mais uma fragilidade dos serviços em relação à integração com a comunidade (BATISTA et al., 2016).

A última dimensão pesquisada para avaliar a orientação para a comunidade refere-se à participação social no contexto da atenção primária. Dentre os aspectos negativos encontrados, destaca-se o baixo percentual de encaminhamento das demandas recebidas dos usuários para gestão municipal pelas equipes, com exceção do Distrito Leste que obteve melhores resultados nessa dimensão. Em que pese às equipes afirmarem que consideraram a opinião dos usuários para a reorganização e qualificação do processo de trabalho, tal aspecto não se encaixa com os demais resultados obtidos da baixa participação social.

O estudo de Paula et al.(2017) também destaca que a participação da comunidade no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família seja incrementada, com a ampliação de espaços de discussão entre os pares, de forma a permitir uma maior compreensão das necessidades de saúde locais e o fortalecimento do vínculo longitudinal e do controle social.

No entanto, a análise da orientação para a comunidade na atenção primária possui desafios para a sua efetiva Participação Social. Em primeiro lugar, relaciona-se à própria visão dos serviços de saúde sobre o cidadão, uma vez que aqueles não os enxergam como um sujeito ativo e participante de cada ação de saúde; por outro lado, tem-se a falta de informação sobre o direito à saúde e a maneira como o Estado deve provê-lo ao cidadão individual e coletivamente (FRANCESCHINI et al, 2017).

Há dificuldade, no entanto, “da comunidade em reconhecer-se nesse processo, questão por vezes dificultada pela forma como foram desigualmente organizados ao longo da história os serviços de saúde, fragilizando a promoção da autonomia” (LIMA e GALIMBERTTI, 2016, p. 170-71).

Segundo, Rodrigues et al., (2019, p.668), o atributo “Orientação Comunitária” requer a participação da comunidade no processo de trabalho das ESF, por meio da ampliação de espaços de debates entre os profissionais de saúde e a comunidade, de forma a permitir o melhor acesso às necessidades de saúde dos entes da comunidade, e favorecer o vínculo longitudinal e o controle social.

5.2.6. Discussão: Orientação Familiar

O atributo da centralidade (orientação) familiar busca compreender a família a partir de seus múltiplos aspectos: sociais, sanitários, culturais, econômicos, funcionais e organizacionais. Nesse sentido, a família é uma unidade de cuidados que deve ser compreendida pelos profissionais de saúde, a partir de sua dinâmica interna, entre seus membros, bem como, nas suas inter-relações com a comunidade na qual está inserida (SILVA et al., 2014)

Em relação ao atributo da Orientação Familiar, assim como o obtido nos estudos de Oliveira (2012), e Daschevi et al. (2015) possui boa avaliação concerne às visitas domiciliares, as quais mostraram a boa atuação dos profissionais, principalmente dos ACS, que são os principais responsáveis por essa tarefa em todos os distritos de saúde (75,04%) de Manaus. Contudo, também outros profissionais estão visitando as famílias em 52,49% das equipes do Distrito Sul de saúde no município.

Não obstante, as potencialidades das visitas domiciliares das equipes de atenção primária, no conhecimento sobre as condições de vida e saúde das famílias, de forma a facilitar o planejamento das ações, Silva et al. (2014) ressalta que as visitas domiciliares são ações pontuais e individuais na solução de questões conjunturais.

A organização dos prontuários dos usuários por núcleos familiares obteve um alto valor em 87,25% das equipes de saúde da atenção primária manauara. De fato, outro estudo que abordou a avaliação da atenção primária entre unidades PSF e UBS tradicionais em Petrópolis, já apontava que a organização dos prontuários por família nas unidades PSF era de quase 100% daquelas, bem diferente, portanto, das UBS tradicionais, onde era inexistente tal prática de trabalho (MACINKO, et al. 2003).

Segundo o estudo de Silva et al. (2014, p.276), a organização dos prontuários das famílias deve ser considerada como um indicador de centralidade na família. Não obstante, analisando as famílias nas práticas das equipes de Saúde da família nas UBSs de Manaus, as autoras, ressaltam que a organização dos prontuários é realizada pelas equipes de maneira

fragmentada, ou seja, a depender do grupo com maior demanda à USF, as fichas de Assistência Médico Sanitária (AMS) são separadas, criando-se, por exemplo, um arquivo de fichas de AMS de crianças, outro de pré-natal e assim sucessivamente.”

As autoras, Silva et al. (2014) observam ainda que agindo dessa maneira, as equipes de atenção primária não conseguem ter uma visão abrangente da família, pois há uma predominância da lógica hegemônica do procedimento individual ao invés da lógica da centralidade na família. Essa análise das autoras corrobora outro indicador desse atributo relacionado à percepção dos usuários sobre ser os profissionais da UBS sempre e na maioria das vezes costumam perguntar pelos familiares dos usuários. As respostas positivas entre os distritos variaram de 47,55% no Distrito Norte a 62,42% no Leste. Portanto, o foco das visitas domiciliares pelas equipes parece estar centrado nos cuidados individualizados e em uma dada tecnologia assistencial valorizada (prescrição de remédio).

Em relação ao indicador “as famílias da área de abrangência da equipe de atenção primária são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade”, o percentual de respostas positivas variou de 77,78% no Distrito Norte a 96,77% no Leste. De fato, esse indicador revela um avanço nas práticas de trabalho das equipes concernentes ao atributo da orientação familiar, pois, requer avaliar aspectos de risco e vulnerabilidade dos indivíduos no contexto de abrangência das UBSs, e, por conseguinte, compreende investigar um conjunto de fatores (subjetivos e sociais) no sentido de orientar o tipo de intervenção mais adequada e a oferta de cuidado necessária em conformidade com o tempo para tal atuação (BRASIL, 2011).

De modo geral, os indicadores em relação ao atributo da orientação familiar apresentam avanços associados à visita domiciliar, organização dos prontuários por núcleos familiares, qualidade dos registros dos prontuários, visitas domiciliares organizadas com avaliações de risco e vulnerabilidade; e, por outro lado, são registradas fragilidades nos demais elementos tais como: protocolo ou critérios para visita domiciliar, a centralidade das práticas das equipes centralizadas nos cuidados individuais, quando deveria estar focada na dinâmica familiar (os profissionais da UBS sempre e na maioria das vezes costumam perguntar pelos familiares dos usuários).

5.3. Discussão: PCATool (usuários e profissionais)

Neste estudo, foram realizadas 395 entrevistas com usuários da ESF e 157 entrevistas com profissionais em 99 unidades básicas de saúde da família nos distritos de saúde de

Manaus. Nota-se o perfil sociodemográficos dos usuários, em sua maioria de mulheres, donas de casa, casadas, sem plano de saúde privado, recebem até uma salário mínimo e vão à UBS mensalmente para consulta de rotina.

É uma população que depende basicamente do SUS, pois não possui plano privado de saúde (92,91%), mas apresenta alta vulnerabilidade econômica e social de seus usuários frequentadores dos serviços da Estratégia Saúde da Família como referência para a assistência; assemelhando-se, assim, com estudo anterior que buscou analisar a evolução do perfil de utilização de serviços de saúde, entre 2003 e 2008, no Brasil e nas suas macrorregiões, a partir do banco de dados da PNAD - Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (VIACAVA; BELLIDO, 2016; SILVA et al., 2011).

Essas características sociodemográficas dos usuários estão em conformidade com outros estudos da área, que destacam as mulheres como grandes usuárias desse sistema, uma vez que elas são as principais responsáveis por levarem seus filhos, e demais parentes para receberem os serviços e ações de atenção primária (IBANEZ et al., 2006; GUIBU et al., 2017; PEREIRA et al., 2012).

No tocante aos profissionais observa-se que o tempo de trabalho na Estratégia Saúde da Família na maioria deles foi de até cinco anos, o que pode indicar certa rotatividade, denotando inclusive pouco vínculo com o usuário.

5.3.1. Discussão: Os atributos da atenção primária à saúde

O uso da ferramenta PCA-Tool para avaliar os serviços de saúde é relevante, na medida em que permite aferir, com base nos atributos da APS, a percepção dos usuários e profissionais quanto aos serviços prestados à população e, no caso do presente estudo, na atenção primária à saúde em Manaus, capital do Amazonas.

Um serviço de saúde é considerado acessível se de fato existe uma abordagem plenamente fácil e disponível aos usuários; isto implica na ausência de qualquer tipo de barreiras, identificadas como geográfica, administrativa, financeira, cultural ou de linguagem, permitindo, por conseguinte, atenção ao primeiro contato (STARFIELD, 2002).

No questionário do PCA-Tool, o atributo “Acesso de primeiro Contato” possui duas subdimensões avaliadas: acessibilidade e utilização. A acessibilidade busca avaliar, por exemplo, se é fácil para o usuário conseguir atendimento clínico no mesmo dia em caso de adoecimento; ou se ele pode se aconselhar com a equipe de profissionais por telefone se precisar; investiga ainda, quais os horários e dias de atendimento da equipe de ESF nas

unidades de saúde. Verifica-se, portanto, um entrave à acessibilidade nesse quesito para os usuários nas unidades básicas da estratégia da saúde, uma vez que as referidas unidades funcionam em horário comercial e somente nos dias úteis da semana. Não há disponibilidade de atendimento para o usuário no turno noturno, o que limita o acesso aos trabalhadores em geral. Por outro lado, percebe-se pouca disposição das equipes de ESF, em utilizar formas comunicativas com os usuários baseadas nas atuais tecnologias, o que reforça a necessidade do usuário em se deslocar até a UBS para sanar suas dúvidas, obter informações sobre algum procedimento clínico, medicação, etc. (CHOMATAS et al., 2013).

Nota-se, portanto, que o atributo acesso ao primeiro contato se constitui num momento do atendimento ao usuário onde, “se estabelecem as relações de confiança, respeito e que se procederá à diferença no tratamento futuro, inclusive na aderência ao tratamento, além é claro de proporcionar a acessibilidade, a longitudinalidade do cuidado e sua integralidade” (BISPO, 2018, p. 63).

Com relação ao atributo da integralidade do cuidado à saúde, no PCATool, este é subdividido em serviços disponíveis e prestados pela atenção primária. No tocante ao atributo Integralidade – serviços disponíveis –, este recebeu baixo valor no seu escore médio (5,92) pelos usuários, mas, para os profissionais, o escore médio alcançado foi de 6,91, considerado elevado segundo o ponto de corte ($\geq 6,6$). Os itens avaliados nesse atributo contêm, entre outras, perguntas relacionadas a procedimentos considerados cirúrgicos e invasivos, tais como: “sutura de um corte; que necessite de pontos”; “colocação de tala”, e “remoção de verrugas”, os quais em sua maioria não são realizados pelas equipes de ESF.

A subdimensão – integralidade serviços prestados – obteve um valor baixo no escore médio (4,79) pelos usuários em linha com outros estudos de avaliação da atenção primária com ênfase na integralidade na atenção primária (PAULA, 2013). Por outro lado, na percepção dos profissionais, esse atributo foi bem avaliado com escore médio de 7,66 pelos profissionais (médicos e enfermeiros). Contudo, esse atributo traz subitens avaliados negativamente por ambos os grupos, a saber: “aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro, se o usuário tem uma arma de fogo e é orientado a como guardá-la com segurança. Outrossim, a maioria das UBSs da família em Manaus estão inseridas nas chamadas “áreas vermelhas”, ou seja, em áreas de bairros com grande incidência de crimes relacionados com o tráfico de drogas e outros crimes. Portanto, discutir sobre a guarda segura de armas não é conveniente e pode expor o profissional a constrangimentos e riscos (CÉSAR, 2016; DINIZ et al., 2016).

A “Orientação Comunitária” é um atributo no qual o escore médio também foi apurado baixo pelos usuários (5,36) e elevado pelo profissionais (7,16). Os itens que receberam avaliações mais negativas pelos usuários foram: se os profissionais das equipes de ESF realizam pesquisas para aferir se os serviços oferecidos estão atendendo às necessidades das pessoas; se as equipes de ESF realizam pesquisas na comunidade para identificar os problemas de saúde que ela deveria conhecer, e se o usuário ou outro membro de sua família participa do Conselho Local de Saúde. Portanto, essas avaliações nos itens citados, configuram um índice de insatisfação por parte dos usuários nesses atributos. Tais características negativas relacionadas a esse atributo também foram destacadas em outros estudos (ALENCAR, et al., 2014; BATISTA et al., 2016).

A Estratégia Saúde da Família é formada por uma equipe multiprofissional que tem por objetivo realizar ações e serviços de saúde no âmbito da atenção primária para uma determinada comunidade. Na sua prática de trabalho cotidiana, a equipe realiza o mapeamento do território sob sua responsabilidade, a partir de pesquisas na comunidade para identificação de problemas e situações de riscos de saúde que são relevantes e recorrentes naquela realidade social, cultural, demográfica e epidemiológica das famílias. Com o conhecimento adquirido junto à população é possível fazer um planejamento adequado para as intervenções de ações de saúde naquela comunidade. Portanto, a avaliação negativa do atributo orientação comunitária, além de mostrar a insatisfação dos usuários, mostra uma realidade em que os preceitos originais da ESF estão enfraquecidos (VAN STRALEN et al., 2008).

Os atributos da “Longitudinalidade”, “Coordenação de cuidados” e “Orientação familiar” foram bem avaliados tanto pelos usuários quanto pelos profissionais da APS em Manaus, segundo a ferramenta utilizada, o PCA-Tool para avaliação da Atenção Primária à Saúde. De fato, uma maior convivência das equipes da ESF com a família, ou seja, uma relação pessoal entre médico e paciente ao longo do tempo, sugere um conhecimento melhor das demandas dos usuários e de seus problemas econômicos ou sociais, possibilitando, a criação de vínculos de confiança entre a equipe e os usuários e uma maior satisfação destes últimos com os serviços recebidos (STARFIELD, 2002; CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

Cunha e Giovanella (2011) destacam, no entanto, que, apesar de estar presente na prática dos profissionais de saúde, o atendimento ao vínculo longitudinal só será possível se for uma prioridade da gestão, na medida em que envolve questões como a oferta adequada de serviços de Atenção Primária à Saúde e ações que diminuam a rotatividade de profissionais, permitindo a sua fixação na unidade de saúde. Nesse sentido, o fim do contrato com Cuba no

Programa Mais Médicos trouxe mais um elemento de instabilidade para alguns distritos de saúde em Manaus onde havia muitos médicos integrados nesse programa.

Nota-se, com base nos dados da presente pesquisa, que dois terços dos profissionais da estratégia saúde da família (n=105) entrevistados possuíam até 5 anos de tempo de trabalho atuante na ESF e apenas um terço já trabalhava há seis anos ou mais; tal dado pode revelar alta rotatividade na ESF em Manaus. Com respeito ao tempo de trabalho dos profissionais, uma pesquisa realizada com 13 médicos e 17 enfermeiros trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde, de um município do sudoeste goiano, com o uso do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCA-Tool-Brasil, constatou também, que o tempo de atuação daqueles profissionais na APS era de um a cinco anos (SANTOS et al., 2017).

Em que pese o atributo da Coordenação de Cuidados ter obtido escore médio positivo na pesquisa, há uma pergunta discriminada neste atributo na subdimensão - integração de cuidados, item E4, o qual questiona ao usuário se foram “discutidos” com ele os diferentes serviços onde ele poderia realizar um atendimento com um médico ou serviço especializado. Esse item dificilmente tem avaliação positiva pelos usuários, uma vez que, não é dado o direito ao usuário escolher, por exemplo, realizar um serviço especializado, um exame de próstata, uma consulta com um oftalmologista perto da sua residência. A marcação desse tipo de exame e consultas médicas especializadas é realizada através de um sistema regulador (SISREG), que avalia segundo critérios técnicos, entre eles, a disponibilidade de vagas e atendimento. Logo, é muito comum o usuário ao conseguir a consulta com o especialista, ser deslocado para um lugar bem distante da sua moradia, o que lhe causa extrema insatisfação com o sistema que regula essa distribuição de atendimentos a especialistas e serviços especializados em Manaus.

Não obstante, apenas 5,75% dos profissionais da ESF entrevistados mencionaram que recebem a contrarreferência dos especialistas ao encaminhar pacientes para o segundo ou terceiro nível de atenção. Essa característica negativa para a APS é verificada em outros estudos, em que os profissionais de saúde mencionam nunca ou quase nunca receber de volta informações sobre os usuários encaminhados para outros níveis de atenção à saúde (SERRA; RODRIGUES, 2010; CUNHA, 2006).

Em que pese o Prontuário Eletrônico integrado possibilitar aos profissionais o acesso a resultados e relatórios clínicos dos pacientes emitidos em serviços especializados em outros níveis de atenção, este ainda não está plenamente implantado em Manaus, pois em algumas unidades de saúde o recurso ainda não está disponível.

O atributo da orientação familiar, de forma geral, recebeu uma avaliação positiva tanto na percepção dos usuários (7,55) entrevistados quanto dos profissionais de saúde (8,96). A orientação familiar implica considerar as necessidades no contexto da família, o seu potencial de cuidado e de ameaça à saúde, assim como o uso e ferramentas de abordagem familiar. Mas, para que isso ocorra, é preciso que os profissionais de saúde levem em consideração, nas suas práticas cotidianas de planejamento do cuidado e tratamento, as ideias e opiniões dos usuários e familiares. Por conseguinte, é importante que os profissionais de saúde estejam dispostos e capazes de atender membros da família dos usuários para discutir problemas de saúde ou familiar. Somente 49,11% no Distrito Norte e 58,76% no Leste dos usuários entrevistados expressaram a certeza na possibilidade de reunião entre profissionais com familiares para discussões e considerações de seu cuidado em saúde.

No Quadro 14, a seguir, apresenta-se uma comparação entre as avaliações realizadas entre as três ferramentas estudadas nesta tese, de acordo com seus objetivos, informações obtidas, parâmetros utilizados e potencialidades encontradas ou sugeridas.

Quadro 14 – Síntese comparativa entre os Instrumentos da Atenção Primária.

INSTRUMENTO	OBJETIVOS	INFORMAÇÕES OBTIDAS	COMO MEDE	POTENCIALIDADES
PCA-TOOL - Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde.	Identificar os atributos da Atenção Primária à Saúde através do Primary Care Assessment Tool que obtiveram a melhor e pior avaliação no Município de Manaus (AM) em 2018 e 2019.	<ul style="list-style-type: none"> - Dados sociodemográficos. - Informações e percepção sobre os serviços públicos de saúde utilizados na APS. - Identificação do serviço na APS. 	Por meio de questionários padronizados e validados PCATool (versão criança, adulto e profissionais) e as dimensões e subdimensões analisadas (Quadro 5).	Pretende identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade tanto para o planejamento como para a execução das ações de APS.
PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade.	Analisar os resultados da avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde, a partir do banco de dados do PMAQ-AB (2º ciclo) considerando dimensões específicas verificadas na Avaliação Externa.	<ul style="list-style-type: none"> - Funcionamento da UBS - Disponibilidade de Medicamentos - Saúde da Mulher e da Criança - Procedimentos ofertados na UBS - Satisfação dos Usuários. 	Por meio de questionários padronizados O instrumento é formado de quatro dimensões (gestão Municipal, gestão da atenção básica, unidade básica de saúde e equipe) que se subdividem em quatorze subdimensões (Quadro 7).	Possuir parâmetro de comparação entre as equipes da atenção básica, considerando as diferentes realidades de saúde. Permite maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas para a APS.
ICSAP - As Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde - CSAP são agravos à saúde cuja morbidade e mortalidade podem ser reduzidas através de uma atenção primária oportuna e eficaz.	Verificar a qualidade da Atenção Primária à Saúde no Município de Manaus (Amazonas) por meio das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), no período 2010 – 2017.	<ul style="list-style-type: none"> - Taxas brutas de ICSAPs (internações por condições sensíveis à atenção primária em Manaus) de 2010 a 2017; - Taxas padronizadas de internações hospitalares por grupo de causas agravos e faixa etária contemplados nas ICSAP; - Frequências das ICSAP estratificadas por sexo nos principais grupos de causas (2010 e 2017). 	Cálculo das taxas de hospitalização determinadas pelo quociente entre o número de pacientes internados por grupos de causas diagnósticos classificados pelo Ministério da Saúde (Portaria SAS/MS no 221/2008) como ICSAP em Manaus e sua população total, multiplicado por 10.000, tendo como base as projeções populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. As taxas de ICSAPs analisadas foram estratificadas para as seguintes faixas etárias: menores de um ano; de um a quatro anos; de cinco a 14 anos; 15 a 19 anos; 20 a 24 anos; 25 a 29 anos; 30 a 34 anos; 35 a 39 anos; 40 a 44 anos; 45 a 49 anos; 50 a 54 anos; 55 a 59 anos; 60 a 64 anos e 65 anos ou mais. A taxa padronizada considerou como população padrão, a população-residente em Manaus por faixa etária de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2010).	As ICSAP devem ser entendidas como um indicador de vigilância dos serviços de saúde porque as hospitalizações por essas causas deveriam ser eliminadas ou pelo menos reduzidas na presença de uma atenção primária à saúde de qualidade. Traçar o perfil de patologias pode ajudar a fornecer subsídios para o planejamento das ações nos serviços de saúde, além de contribuir para a sensibilização dos profissionais de saúde (HATISUKA et al, 2015). Altas taxas ICSAP não são necessariamente indicativas de deficiências na atenção básica, mas um sinal de alerta para uma investigação mais profunda nos locais onde elas ocorrem.

ATRIBUTO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO: Implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. Isto significa que mensurar esse primeiro atributo requer considerar a avaliação da acessibilidade (elemento estrutural), ou seja, conhecer se o sistema de serviços de saúde facilita o acesso da população que o procura, tanto em termos geográficos, quanto relacionados ao horário de funcionamento do centro ou unidade de saúde. Cabe averiguar ainda, o elemento processual, a utilização dos serviços de saúde pela população, isto é, “a população considera este acesso mais fácil está associado à utilização do estabelecimento para problemas novos por sua população definida?” (STARFIELD, 2002).

INSTRUMENTO	OBJETIVOS	INFORMAÇÕES OBTIDAS	COMO MEDE	POTENCIALIDADES
<p>PCATool (Usuários)</p>	<p>Significa avaliar nesse atributo a acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.</p> <p>O atributo “Acesso de Primeiro Contato – Utilização” (B) tem por objetivo avaliar a procura do usuário pela unidade de saúde.</p>	<p>- 85,32% dos usuários – quando necessitam de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), se encaminham para a UBS pesquisada e/ou é atendido pelo profissional (médico/enfermeiro) dessa unidade de saúde antes de ir a outro serviço de saúde (B1) e (70,89%) frente a um novo problema (B2), afirmaram que procurariam a UBS antes de ir buscar outro serviço.</p> <p>Os usuários responderam que, na necessidade de uma consulta especializada, o serviço (UBS) tem que proceder, obrigatoriamente, ao encaminhamento para outro serviço especializado. (B3).</p> <p>O distrito Norte apresentou menores percentuais comparados aos demais distritos (78,57%; 67,86%; 76,79%) respectivamente nas questões (B1), (B2) e (B3).</p> <p>O atributo “Acesso de Primeiro Contato- Acessibilidade” na percepção dos usuários apontou os seguintes fatores negativos: 1) Falta de atendimento na UBS aos sábados e domingos; 2) O horário de funcionamento (comercial) das UBS nos dias úteis das 8:00 às 17:00 horas; 3) A falta de atendimento por via de telefone (C4); 4) 61,01% dos participantes informaram que tem de esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora de consulta na UBS com o médico ou o enfermeiro;</p>	<p>Os parâmetros que mensuram esse atributo são:</p> <p>B1 – Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde. B2 – Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde</p> <p>B3 – Quando você tem que consultar um especialista, o seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/ enfermeiro” tem que encaminhar você obrigatoriamente?</p> <p>C1 – O “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” fica aberto no sábado ou no domingo? C2 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas? C3 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” está aberto e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia? C4 – Quando o seu “nome do serviço de saúde /ou nome médico/ enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar? C5 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente? C6 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia? C7 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?</p>	<p>Acessibilidade: envolve a localização do estabelecimento próximo da população a qual atende, os horários e dias em que está aberto para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos da acessibilidade (STARFIELD, 2002, p.60).</p> <p>Nota-se nesse atributo uma dificuldade funcional, através de oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população.</p> <p>A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, ou seja, é um aspecto da estrutura da unidade de saúde necessário para se atingir a atenção ao primeiro contato (Starfield,2002).</p> <p>Observa-se no distrito Norte uma dificuldade maior para os usuários entre os itens analisados.Fica evidente nas respostas (C10) (C11) e (C12), fornecidas pelos usuários uma grande dificuldade de acesso dos participantes em termos de acessibilidade organizacional nas UBS.</p>

ATRIBUTO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO: Implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. Isto significa que mensurar esse primeiro atributo requer considerar a avaliação da acessibilidade (elemento estrutural), ou seja, conhecer se o sistema de serviços de saúde facilita o acesso da população que o procura, tanto em termos geográficos, quanto relacionados ao horário de funcionamento do centro ou unidade de saúde. Cabe averiguar ainda, o elemento processual, a utilização dos serviços de saúde pela população, isto é, “a população considera este acesso mais fácil está associado à utilização do estabelecimento para problemas novos por sua população definida?” (STARFIELD, 2002).

INSTRUMENTO	OBJETIVOS	INFORMAÇÕES OBTIDAS	COMO MEDE	POTENCIALIDADES
<p>PCATool (Usuários)</p>		<p>5) 75,70% dos participantes responderam que há dificuldade em conseguir atendimento nas UBS investigadas; 6) 92,66% comentaram sobre as dificuldades de acesso, quando precisam ir à UBS para consulta, pois, precisam faltar ao trabalho ou à escola. Os fatores positivos destacados foram: a facilidade de marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up”) na UBS (76,20%) e apenas 30,13% disseram que o tempo de espera para o atendimento é de mais de 30 minutos), 42,78% afirmaram não esperar todo esse tempo para consulta médica ou de enfermagem. Os resultados nos distritos de saúde revelam que: as perguntas (C1) e (C2) foram respondidas de forma semelhantes nos distritos, 100% para ambas “Com certeza, não”; As perguntas (C5), (C6) e (C7) para a maioria dos participantes foram respondidas “com certeza, não” em todos os distritos analisados; A pergunta (C3) foi respondida como “com certeza, não” por aproximadamente metade dos participantes no distrito Norte (60,71%), Distrito Sul, (54,95%), Distrito Leste (45,36%) e Distrito Oeste (45,26%) (na pergunta (C3), respectivamente); Os usuários responderam “com certeza não” na (C4) em: 60,87% no distrito Norte, 70,54% no distrito Sul, 64,84% no distrito Leste e 69,07% no distrito Oeste, respectivamente.</p>	<p>C8 – É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up”) neste “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”? C9 – Quando você chega ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)? C10 – Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”? C11 – É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” quando pensa que é necessário? C12 – Quando você tem que ir ao “nome do médico / enfermeira / local”, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?</p>	

ATRIBUTO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO: Implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. Isto significa que mensurar esse primeiro atributo requer considerar a avaliação da acessibilidade (elemento estrutural), ou seja, conhecer se o sistema de serviços de saúde facilita o acesso da população que o procura, tanto em termos geográficos, quanto relacionados ao horário de funcionamento do centro ou unidade de saúde. Cabe averiguar ainda, o elemento processual, a utilização dos serviços de saúde pela população, isto é, “a população considera este acesso mais fácil está associado à utilização do estabelecimento para problemas novos por sua população definida?” (STARFIELD, 2002).

INSTRUMENTO	OBJETIVOS	INFORMAÇÕES OBTIDAS	COMO MEDE	POTENCIALIDADES
PCATool (Usuários)		(C8) respostas com certeza sim: em todos os distritos analisados: 75,89% no distrito Norte, 2% distrito Sul, 75,26% no Distrito Leste e 75,79% no distrito Oeste;(C9) respostas em termos percentuais “com certeza, não” dos participantes nos distritos de saúde: 56,25% no distrito Norte, 41,76% no distrito Sul, 42,27% no distrito Leste e 28,42% no distrito Oeste; (C9) respostas “com certeza, sim”: 21,43% no distrito Norte, 34,07% no distrito Sul, 21,65% no distrito Leste e 45,26% no distrito Oeste. O distrito Oeste obteve as avaliações mais negativas em relação a este item.Nas perguntas, (C10) (C11) e (C12), as respostas dos participantes em sua maioria foram “com certeza, sim”, com maior percentual encontrado na pergunta (C12), 90,18% no distrito Norte, 93,41% no distrito Sul, 96,91% no distrito Leste e 90,53% no distrito Oeste.		
PMAQ-AB	O atributo “porta de entrada” pressupõe um conjunto de ações a serem realizadas pela equipe de saúde da família e de outros profissionais de apoio no sentido de garantir o maior acesso possível e oportuno às demandas dos usuários.	Funcionamento da UBS: O horário de funcionamento nas UBS em Manaus funciona basicamente de segunda a sexta feira, cinco dias por semana; e em dois turnos (matutino e vespertino). Agendamento da consulta na AP: O usuário precisa ir fisicamente à UBS para marcar uma consulta, embora possa realizá-la em qualquer dia da semana, qualquer horário;	Os parâmetros utilizados são: - Horários de funcionamento; - Acolhimento; - Canal de comunicação com o usuário; - Agendamento às consultas na Atenção Primária.	Não é acessível temporalmente às pessoas trabalhadoras em horários e dias alternativos, como por exemplo, depois das 19h00min e aos sábados. Há no Município pouquíssimas unidades de saúde com horário estendido para atender a população. Aa consulta poderia ser marcada on line, ou por telefone se houvesse um canal de comunicação mais ativo entre o usuário e as equipes de atenção primária.

ATRIBUTO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO: Implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. Isto significa que mensurar esse primeiro atributo requer considerar a avaliação da acessibilidade (elemento estrutural), ou seja, conhecer se o sistema de serviços de saúde facilita o acesso da população que o procura, tanto em termos geográficos, quanto relacionados ao horário de funcionamento do centro ou unidade de saúde. Cabe averiguar ainda, o elemento processual, a utilização dos serviços de saúde pela população, isto é, “a população considera este acesso mais fácil está associado à utilização do estabelecimento para problemas novos por sua população definida?” (STARFIELD, 2002).

INSTRUMENTO	OBJETIVOS	INFORMAÇÕES OBTIDAS	COMO MEDE	POTENCIALIDADES
ICSAP	Em alguns casos as altas taxas de ICSAP podem indicar barreiras de acesso à atenção primária ou deficiências no manejo adequado para prevenir o agravamento da enfermidade e a hospitalização.	O aumento da importância do grupo as doenças pulmonares, em especial dos casos de tuberculose em Manaus pode indicar a presença de barreiras no diagnóstico e tratamento dos casos, tanto no centro de referência do Município como nas unidades de atenção primária à saúde na capital manauara.	Cálculo das taxas de hospitalização determinadas pelo quociente entre o número de pacientes internados por grupos de causas diagnósticos classificados pelo Ministério da Saúde (Portaria SAS/MS nº 221/2008) como ICSAP em Manaus e sua população total, multiplicado por 10.000, tendo como base as projeções populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.	As patologias mais frequentes classificadas pelas taxas de ICSAPs em Manaus no período de 2010 a 2017, em ordem crescente foram: as pneumonias bacterianas, as gastroenterites infecciosas e complicações, as doenças pulmonares, a insuficiência cardíaca, as doenças cerebrovasculares, a infecção no rim e trato urinário e infecção da pele e tecido subcutâneo;

INTEGRALIDADE: O atributo da Integralidade exige que a atenção primária reconheça adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las. Deve, portanto, incluir insumos como vacinas e medicamentos em qualidade e quantidade necessárias, além de uma melhor qualificação e distribuição espacial dos profissionais da saúde nos territórios sob responsabilidade da atenção primária, seja para grupos dos programas de saúde, seja para problemas como alcoolismo, drogas, saúde mental, etc. (STARFIELD, 2002; LIMA, 2016).

INSTRUMENTO	OBJETIVOS	INFORMAÇÕES OBTIDAS	COMO MEDE	POTENCIALIDADES
PCATool	Com relação ao atributo da integralidade do cuidado à saúde, no PCATool, este atributo pretende captar a oferta de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Verificar as ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, devem incluir tanto o ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção,	Atributo “Integralidade – Serviços Disponíveis”: Os serviços (orientações) disponíveis na UBS avaliados positivamente acima de 70% pelos entrevistados em Manaus foram somente: 1) A existência de vacinas (G4) - (76,46%); 2) Planejamento familiar/método anticoncepcional (G7) - (89,87%); 3) Exame preventivo para câncer de colo de útero (G16) - (93,42%); 4) Cuidados pré-natais (G18) - (96,96%). O Distrito Norte foi o pior avaliado pelos usuários nos resultados das “respostas com certeza sim” nas perguntas:	O atributo Integralidade subdivide-se em: Integralidade – Serviços Disponíveis que é composto por tópicos que avaliam os serviços disponíveis na APS e pela Integralidade – Serviços Prestados que possui os itens que avaliam os serviços realmente prestados. São os seguintes parâmetros pertencentes ao atributo da integralidade: G1 – Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta. G2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais. G3 – Programa de suplementação nutricional. G4 – Vacinas. G5 – Avaliação da saúde bucal. G6 – Tratamento dentário.	No tocante ao atributo Integralidade – serviços disponíveis - este recebeu baixo valor no seu escore médio (5,92) pelos usuários, sendo que os itens avaliados nesse atributo contem perguntas sobre procedimentos considerados cirúrgicos e invasivos (G 10 Sutura de um corte; que necessite de pontos; G 14 colocação de tala; G15 remoção de verrugas), os quais em sua maioria não são realizados pelas ESFA subdimensão – integralidade serviços prestados recebeu um valor baixo no escore médio (4,79). Nesse atributo os subitens: H3 – aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro e

INTEGRALIDADE: O atributo da Integralidade exige que a atenção primária reconheça adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las. Deve, portanto, incluir insumos como vacinas e medicamentos em qualidade e quantidade necessárias, além de uma melhor qualificação e distribuição espacial dos profissionais da saúde nos territórios sob responsabilidade da atenção primária, seja para grupos dos programas de saúde, seja para problemas como alcoolismo, drogas, saúde mental, etc. (STARFIELD, 2002; LIMA, 2016).

INSTRUMENTO	OBJETIVOS	INFORMAÇÕES OBTIDAS	COMO MEDE	POTENCIALIDADES
PCATool	cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Analisar também, os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros	<p>(G1) – respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta (53,57%),</p> <p>(G2) verificação na UBS da participação da família do participante em algum programa assistencial social ou benefícios sociais (41,96%),</p> <p>(G3) se participa de algum programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos) (38,39%),</p> <p>(G9) sobre se recebeu aconselhamento de saúde mental (15,18%),</p> <p>(G20) orientações sobre as mudanças que ocorrem na terceira idade (33,93%),</p> <p>(G21) orientações sobre cuidados que se deve ter no domicílio com pessoas acamadas, como tomar banho, troca de sondas, etc, (30,36%) e,</p> <p>(G22) orientações sobre cuidados com alguém da família quando este fica incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (31,25%).</p> <p>Em geral, com relação às respostas que inspiram uma preocupação, uma vez que em sua maioria foram respostas “com certeza, não”, (G10), (G14), (G15) e (G19) relacionadas à falta de atendimento aos procedimentos cirúrgicos e ortopédicos simples, como sutura de um corte que necessite de pontos (93,92%), colocação de tala (96,45%), remoção de verrugas (96,45%) e unha encravada (94,68%).</p> <p>O atributo “Integralidade – Serviços Prestados”:</p> <p>As respostas “com certeza sim” nesse atributo foram apenas mencionadas</p>	<p>G7 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais. G8 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas. G9 – Aconselhamento para problemas de saúde mental. G10 – Sutura de um corte que necessite de pontos. G11 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV. G12 – Identificação de problemas auditivos. G13 – Identificação de problemas visuais. G14 – Colocação de tala. G15 – Remoção de verrugas. G16 – Exame preventivo para câncer de colo de útero. G17 – Aconselhamento sobre como parar de fumar. G18 – Cuidados pré-natais. G19 – Remoção de unha encravada. G20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento. G21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama...</p> <p>G22 – Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde.</p> <p>H1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.</p> <p>H2 – Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança.</p> <p>H3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro.</p> <p>H4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.</p> <p>H5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.</p> <p>H6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.</p> <p>H7 – Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando.</p>	<p>H9 – se o usuário tem uma arma de fogo e é orientado a como guardá-la com segurança foram mal avaliados pelos comunitários. Outrossim, a maioria das UBS da família em Manaus estão inseridas nas chamadas “áreas vermelhas”, ou seja, em áreas de bairros com grande incidência de crimes relacionados com o tráfico de drogas e outros crimes. Portanto, discutir sobre a guarda segura de armas não é conveniente e pode expor o profissional a constrangimentos e riscos.</p> <p>De modo geral, o atributo integralidade (serviços prestados e serviços disponíveis) foi bem avaliado nas perguntas relacionadas à saúde da mulher (Planejamento familiar/método anticoncepcional (G7) - (89,87%); Exame preventivo para câncer de colo de útero (G16) - (93,42%); e Cuidados pré-natais (G18) - (96,96%).</p> <p>A discussão em relação ao aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas e fumo foi comentado apenas por cerca de 40% dos usuários. Logo, é um tema que precisa de mais ações educativas e informativas por parte das equipes nas UBS.</p> <p>Questões relacionadas à orientação nutricional e práticas esportivas devem ser incentivadas pelas equipes de atenção à saúde primária em Manaus, uma vez que a capital amazonense aparece na primeira posição com maior percentual de pessoas com obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²), e 2ª posição com excesso de peso; e a décima quarta posição em inatividade física</p>

INTEGRALIDADE: O atributo da Integralidade exige que a atenção primária reconheça adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las. Deve, portanto, incluir insumos como vacinas e medicamentos em qualidade e quantidade necessárias, além de uma melhor qualificação e distribuição espacial dos profissionais da saúde nos territórios sob responsabilidade da atenção primária, seja para grupos dos programas de saúde, seja para problemas como alcoolismo, drogas, saúde mental, etc. (STARFIELD, 2002; LIMA, 2016).

INSTRUMENTO	OBJETIVOS	INFORMAÇÕES OBTIDAS	COMO MEDE	POTENCIALIDADES
PCATool		<p>pelos participantes em: H1 (72,41%), H6 (89,37%), H7 (85,06%), e H13 (86,84%). - 52,15% responderam “com certeza, sim”, orientação sobre (H2). No distrito Norte esse percentual foi bem menor (32,14%), no distrito Sul foi de 70,33% e nos distritos Leste e Oeste (48,45% e 62,11%) respectivamente.</p> <p>(H3) e (H9), entre os usuários, (95,19%) mencionaram não ter sido orientado em (H3), e 97,47% em (H9).</p> <p>Pouca orientação tem sido dada aos participantes no tocante a: possíveis exposições a substâncias perigosas no seu lar, no trabalho ou na sua vizinhança (H8), segundo 71,64%, em como prevenir queimaduras (H10) por 66,07% dos entrevistados, os quais também, não tem recebido adequada orientação em como prevenir quedas (H11), segundo 60,25% dos participantes que responderam “com certeza não” nessas questões supracitadas.</p> <p>O distrito Sul, e um pouco os distritos Leste e Oeste estão acima do percentual geral encontrado para Manaus, como se verifica na pergunta (H5) que trata sobre conselhos sobre exercícios físicos apropriados para os participantes.</p> <p>No distrito Sul 72,53% recebera algum conselho para a prática esportiva específica para a idade e físico dos participantes, e 40,66% daqueles disseram “com certeza sim” receberam alguma orientação sobre prevenção de quedas.</p>	<p>H8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas.</p> <p>H9 – Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança.</p> <p>H10 – Como prevenir queimaduras.</p> <p>H11 – Como prevenir quedas.</p> <p>H12 – Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis.</p> <p>H13 – Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa.</p>	<p>(VIGITEL, 2018). Entre 2010 e 2016, o diabetes já vitimou 5.007 pessoas no Amazonas.</p> <p>De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o número cresceu 43,6% no período, saindo de 586 mortes para 842 no ano passado. Dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) apontam que a quantidade de internações também cresceu: foram 1.525 em 2010 para 2.569, em 2016.</p> <p>O diabetes é responsável por complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações dos membros inferiores. (Fonte: Ministério da saúde: http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43741-percentual-de-homens-com-diabetes-cresce-em-manaus-am).</p>

INTEGRALIDADE: O atributo da Integralidade exige que a atenção primária reconheça adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las. Deve, portanto, incluir insumos como vacinas e medicamentos em qualidade e quantidade necessárias, além de uma melhor qualificação e distribuição espacial dos profissionais da saúde nos territórios sob responsabilidade da atenção primária, seja para grupos dos programas de saúde, seja para problemas como alcoolismo, drogas, saúde mental, etc. (STARFIELD, 2002; LIMA, 2016).				
INSTRUMENTO	OBJETIVOS	INFORMAÇÕES OBTIDAS	COMO MEDE	POTENCIALIDADES
PMAQ-AB	Variedade de serviços: é o pacote de serviços disponíveis para a população, bem como aqueles serviços que a população acredita que estejam disponíveis (STARFIELD, 2002, p.60).	<p>Serviços realizados/escopo de ações: Em 86,6% das equipes de saúde, a agenda dos profissionais está organizada para a realização de ações de consultas para cuidado continuado. Tal procedimento é acompanhado por mais de 80% nos Distritos de saúde de Manaus. Apenas 54,4% das equipes possuem levantamento/mapeamento de usuários adscritos que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados). O Distrito Leste de saúde se destaca com a melhor cobertura de acompanhamento (80% das equipes); e de outro lado, no Distrito Norte, somente 30,6% das equipes de atenção primária nesse distrito, possuem levantamento/mapeamento dos usuários adscritos que precisam receber cuidado no domicílio.</p> <p>No que concerne aos procedimentos/pequenas cirurgias, tem-se os seguintes indicadores: a coleta de exame citopatológico de colo de útero nas UBS é realizada por 73,2% das equipes, sendo a única exceção, o Distrito Sul, onde esse indicador é feito por apenas 53,3% das equipes de saúde.</p> <p>Procedimentos de drenagem de abscesso e sutura, somente são realizados por 10,07% e 6,75% das equipes; a retirada de pontos e a realização de curativos nas UBS são realizadas por 93,28% pelas equipes de saúde; as Medicações injetáveis endovenosas são feitas na UBS por quase 47% das equipes de</p>	<p>Parâmetros da Integralidade: Serviços realizados/escopo de ações e resolatividade. Na perspectiva dos usuários, o atributo da integralidade é analisado em termos de serviços realizados/escopo de ações e em termos de resolatividade em saúde no município, a partir dos seguintes indicadores: o exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) na UBS; realização do pré-natal na UBS durante a última gravidez da usuária; se os profissionais de saúde na UBS perguntam sobre as queixas dos usuários e de questões da sua vida (exemplos: alimentação, lazer, exercício físico, problemas com álcool, drogas, violência); quando o usuário é atendido na UBS, o usuário acha que a equipe sempre busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde; se a medicação está sempre disponível na UBS quando o profissional receita um remédio.</p>	<p>O aconselhamento quanto às práticas esportivas foram bem avaliados principalmente nos distrito Sul, Leste e Oeste.</p> <p>O atributo da integralidade apresentou resultados positivos concernentes à disponibilidade de consultas médicas e de enfermagem e de disponibilidade de medicamentos nas UBS. Em relação ao processo de trabalho das equipes nas unidades de saúde, a agenda dos profissionais está orientada para realizações de ações de consultas para cuidado continuado; há a coleta de exame citopatológico de colo de útero na UBS. os profissionais de saúde na UBS perguntam sobre as queixas dos usuários e de questões da sua vida (exemplos: alimentação, lazer, exercício físico, problemas com álcool, drogas, violência); quando o usuário é atendido na UBS, o usuário acha que a equipe sempre busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde; se a medicação está sempre disponível na UBS quando o profissional receita um remédio</p> <p>Em geral, novamente, os piores resultados usuários em termos de resolatividade das necessidades/problemas e de satisfação dos usuários estão concentrados no distrito Norte.</p>

INTEGRALIDADE: O atributo da Integralidade exige que a atenção primária reconheça adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las. Deve, portanto, incluir insumos como vacinas e medicamentos em qualidade e quantidade necessárias, além de uma melhor qualificação e distribuição espacial dos profissionais da saúde nos territórios sob responsabilidade da atenção primária, seja para grupos dos programas de saúde, seja para problemas como alcoolismo, drogas, saúde mental, etc. (STARFIELD, 2002; LIMA, 2016).

INSTRUMENTO	OBJETIVOS	INFORMAÇÕES OBTIDAS	COMO MEDE	POTENCIALIDADES
PMAQ-AB		<p>saúde; porém os Distritos Leste e Norte realizam esse procedimento respectivamente, em 70,97% e 69,4% de suas equipes.</p> <p>Nas UBS, durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde, são oferecidas as seguintes consultas: médicas, 98,56%; de enfermagem, 97,84%; e, consultas odontológicas, 48,20%. Chama a atenção, nesse indicador, os distritos Norte e Sul, um com o maior percentual de consultas odontológicas, 77,78% (Distrito Norte), e o outro como menor valor encontrado, 27,91 (Distrito Sul).</p> <p>A dispensação de medicamentos pela farmácia é feita por 91,37% das UBS; porém, menos de 50% daquelas (47,48%) ofertam vacinação no seu escopo de ações, com exceção do Distrito Norte (77,78%) das UBS ali localizadas ofertam a vacinação aos usuários.</p> <p>- 58,93% das usuárias realizam o exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) na UBS, porém, o Distrito Oeste apresentou o maior percentual (66,67%) nesse indicador; e 73,20% das usuárias fizeram consultas de pré-natal em sua UBS, com destaque para o Distrito Sul que apresentou o maior percentual (79,31%) nesse quesito de abrangência de serviços e ações de saúde à mulher no Município. Apenas 45,73% das usuárias disseram que os profissionais de saúde durante os atendimentos, fazem perguntas sobre suas queixas e de questões da sua vida</p>		

INTEGRALIDADE: O atributo da Integralidade exige que a atenção primária reconheça adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las. Deve, portanto, incluir insumos como vacinas e medicamentos em qualidade e quantidade necessárias, além de uma melhor qualificação e distribuição espacial dos profissionais da saúde nos territórios sob responsabilidade da atenção primária, seja para grupos dos programas de saúde, seja para problemas como alcoolismo, drogas, saúde mental, etc. (STARFIELD, 2002; LIMA, 2016).				
INSTRUMENTO	OBJETIVOS	INFORMAÇÕES OBTIDAS	COMO MEDE	POTENCIALIDADES
PMAQ-AB		(exemplos: alimentação, lazer, exercício físico, problemas com álcool, drogas, violência). - 53,27% dos usuários consideram que a equipe sempre busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde. O menor percentual de satisfação nos Distritos de saúde foi identificado no Distrito Norte (46,15%) em relação à resolutividade dos serviços e ações de saúde nas UBS pelas equipes de atenção primária. Quanto à disponibilidade de medicamentos nas UBS, apenas 20,6% dos usuários responderam que estes sempre estão disponíveis, sendo que o Distrito Sul apresentou o menor percentual entre os distritos analisados (14,36%).		
ICSAP	Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, devem incluir tanto o ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS.	Ligeira predominância das ICSAPs no sexo masculino, tal fato põe em evidência, a eficácia de políticas e programas de atenção integral para esse gênero na atenção primária, e pode estar associado também, a fatores subjetivos como o maior consumo de álcool, drogas e tabagismo entre os homens vis à vis as mulheres os quais tendem a reduzir a qualidade de vida dos primeiros em relação às mulheres.	A frequência das internações por condições sensíveis à atenção primária em Manaus estratificada por sexo e grupos de causas de ICSAPs nos anos de 2000 e 2017.	Com relação à avaliação dos resultados, esta diz respeito a investigar, por exemplo, a prevalência de fatores de risco modificável, doenças e mortalidade evitável e bem-estar percebido pela população (STARFIELD, 2002). Em que pese as limitações nesse indicador, é possível verificar a necessidade ações direcionadas à população masculina no sentido de acolher suas demandas e necessidades, e fortalecimento dos vínculos entre a equipe de saúde e aqueles.

LONGITUDINALIDADE: Longitudinalidade, no contexto da atenção primária, é uma relação pessoal de longa duração, entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde. A continuidade não é necessária para que esta relação exista; as interrupções na continuidade da atenção, por qualquer motivo, necessariamente não interrompem esta relação (STARFIELD, 2002, p.242).				
INSTRUMENTO	OBJETIVOS	INFORMAÇÕES OBTIDAS	COMO MEDE	POTENCIALIDADES
PCATool	Pode ser analisada como a existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.	O profissional de saúde na UBS é o mesmo que atende o participante todas as vezes que aquele se desloca até a UBS para alguma necessidade de serviços de saúde (93,67%), que entende as suas dúvidas e as esclarece de modo compreensível (perguntas D2 e D3), bem como, lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problema (93,67%). O usuário se sente à vontade para falar sobre suas preocupações ou problemas com o médico ou o enfermeiro (94,18%). O “médico/ enfermeiro” o conhece com certeza mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde (89,37%). O profissional sabe com certeza, com quem mora o participante (88,10%), dos problemas mais importantes para o participante (91,65%), a história clínica completa do participante (95,95%) e se o participante trabalha ou se está desempregado (73,42%), conhece o medicamento por ele utilizado (84,81%). Fatores negativos apontados foram: - (D4) foi avaliada negativamente por 83,04% que afirmam haver falta de atendimento por via telefônica. - (D12) apenas 55,19% afirmaram; O usuário mudaria de UBS ou de profissional para outro serviço de saúde caso fosse muito fácil de fazê-lo, considerando as respostas “com certeza, sim, e provavelmente sim, cerca de 70% dos participantes, se fosse possível procurariam outro serviço para atendimento. As respostas dos participantes nos distritos de saúde foram novamente semelhantes com relação a esse atributo.	Parâmetros utilizados para avaliara a Longitudinalidade: D1 – Quando você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes? D2 – Você acha que o seu “médico/ enfermeiro” entende o que você diz ou pergunta. D3 – O seu “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda? D4 – Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece você? D5 – O seu “médico/enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas? D6 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “médico/enfermeiro”? D7 – O seu “médico/enfermeiro” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde? D8 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quem mora com você? D9 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quais problemas são mais importantes para você? D10 – O seu “médico/enfermeiro” conhece a sua história clínica completa? D11 – O seu “médico/enfermeiro” sabe a respeito do seu trabalho ou emprego? D12 – O seu “médico/enfermeiro” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa? D13 – O seu “médico/enfermeiro” sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando? D14 – Você mudaria do “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	O atributo da longitudinalidade foi bem avaliado pelos usuários da APS em Manaus. De fato, uma maior a convivência das equipes da ESF com a família, sugere um conhecimento melhor de suas demandas e problemas econômicos sociais e, possibilita a criação de vínculos de confiança entre a equipe e os usuários. Diferentemente do resultado apontado no PMAQ-AB (2º. Ciclo), os usuários responderam que em geral, ficam à vontade para falar sobre suas preocupações ou problemas com o médico ou o enfermeiro (94,18%). Contudo, é preciso considerar os aspectos negativos apontados pelos usuários nesse atributo: não é possível perguntar sobre alguma dúvida situação pela via do telefone, e se fosse possível e fácil, os usuários mudariam de profissional ou de UBS em 70% das respostas dos usuários. Esse último item demonstra muita insatisfação acerca dos serviços prestados ou com o profissional que o atende.

LONGITUDINALIDADE: Longitudinalidade, no contexto da atenção primária, é uma relação pessoal de longa duração, entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde. A continuidade não é necessária para que esta relação exista; as interrupções na continuidade da atenção, por qualquer motivo, necessariamente não interrompem esta relação (STARFIELD, 2002, p.242).				
INSTRUMENTO	OBJETIVOS	INFORMAÇÕES OBTIDAS	COMO MEDE	POTENCIALIDADES
PMAQ-AB	O atributo da longitudinalidade pode ser analisado através de três dimensões em acordo com o contexto do sistema de saúde público brasileiro: identificação da unidade básica como fonte regular de cuidado, vínculo terapêutico duradouro e continuidade informacional (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).	<p>Menos da metade dos profissionais respondentes (44,97%) do PMAQ-AB atuam 3 anos ou mais em sua equipe. 78,39% dos usuários relatam sempre ser atendidos pelo mesmo médico e 72,69% pelo mesmo enfermeiro.</p> <p>Entre os distritos de saúde manauaras, no Distrito Norte, por exemplo, apenas 27,78% dos profissionais respondentes estão na equipe há 3 anos ou mais, e na outra ponta está o Distrito Oeste com 62,16% dos profissionais atuantes nas equipes de atenção primária há 3 anos ou mais.</p> <p>Os Distritos Sul e Oeste apresentam os maiores percentuais de continuidade da relação profissional-paciente tanto entre os médicos (80,66% e 83,22%) quanto entre os enfermeiros (74,59% e 74,50%) nos distritos estudados. Somente 16,24% dos usuários entrevistados se tivesse a opção, mudariam de equipe ou unidade de saúde.</p> <p>Para 88,27% dos usuários, consideram o tempo da consulta médica suficiente, e 81,07% para a consulta do enfermeiro. Contudo, somente 62,13% dos usuários sempre se sentem à vontade para fazer suas colocações.</p>	<p>Nesse sentido, os parâmetros analisados são: “continuidade da relação profissional-paciente” e “qualidade da relação profissional-paciente (vínculo)”.</p> <p>Foram selecionados alguns aspectos sobre o vínculo estabelecido nessa relação entre profissional-paciente, tais como: a qualidade da relação profissional-paciente apresenta indicadores sobre a experiência de uso do paciente em relação à suficiência do tempo das consultas, facilidade de falar de diferentes questões que preocupam o usuário e sobre a possibilidade de mudança de equipe ou unidade de saúde (LIMA, 2016).</p>	<p>Os resultados em relação à qualidade da relação profissional-paciente (vínculo) mostram que os usuários afirmam estar satisfeitos quanto ao tempo para falar sobre suas preocupações com os profissionais das equipes, uma vez que apenas 16% dos usuários em Manaus mudariam de equipe ou unidade de saúde. Por outro lado, os indicadores da continuidade relação profissional-paciente expressam dificuldades na organização do serviço como a rotatividade de profissionais e uma insuficiente busca ativa dos usuários pelos profissionais da UBS quando o usuário interrompe o tratamento por algum motivo ou quando não vem à consulta na UBS.</p> <p>Ressalte-se, portanto, a existência de vínculo entre o serviço e a comunidade, uma vez que os usuários apontaram as UBS como uma fonte regular de cuidados; onde o usuário afirmou também, possuir tempo suficiente para expor suas preocupações, mas, apenas 62,13% conseguem expor seus problemas e ficar à vontade com o profissional da saúde.</p> <p>Em contrapartida, nota-se uma maior rotatividade de profissionais no distrito Norte de saúde em Manaus, e esse fato pode representar um dos aspectos críticos para o grau de orientação da tenção primária do modelo de ESF em Manaus, pois pode comprometer a efetividade do serviço, prejudicando a qualidade da assistência e a satisfação do usuário.</p>

LONGITUDINALIDADE: Longitudinalidade, no contexto da atenção primária, é uma relação pessoal de longa duração, entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde. A continuidade não é necessária para que esta relação exista; as interrupções na continuidade da atenção, por qualquer motivo, necessariamente não interrompem esta relação (STARFIELD, 2002, p.242).				
INSTRUMENTO	OBJETIVOS	INFORMAÇÕES OBTIDAS	COMO MEDE	POTENCIALIDADES
ICSAP		<p>Reduções nas taxas de ICSAP sugerem possíveis melhorias na atenção primária à saúde: Entre os anos de 2010 e 2017, na faixa etária menor de 1 ano, verificou-se decréscimo nas gastroenterites infecciosas e complicações (44,0%) nessa faixa etária; Na faixa etária dos adolescentes (15 a 19 anos) os principais grupos de diagnósticos foram: o grupo das doenças referentes ao pré-natal e parto com redução de 33,3% (6,9 para 4,6 por 10.000 habitantes), o grupo da infecção no rim e trato urinário diminuiu de 48,6% (3,5 para 1,8 por 10.000 habitantes);</p> <p>Na faixa etária de 20 a 24 anos apurou-se elevadas taxas de ICSAPs, mas decrescentes no grupo relacionado às doenças do pré-natal e parto as decrescentes de 35,6% (7,3 para 4,7 por 10.000 habitantes), o grupo das doenças preveníveis p/imunização/condições sensíveis reduziu em 71% sua taxa de ICSAP de 2,4 para 0,7 por 10.000 habitantes;</p> <p>Na faixa etária de 25 a 29 anos, as taxas de ICSAPs relacionadas ao grupo das doenças relacionadas ao pré-natal e parto apresentaram redução de 26,2% (4,2 para 3,1 por 10.000 habitantes), o segundo grupo de diagnósticos associados às infecções no rim e trato urinário mostram decréscimo de 46,7% (3,0 para 1,6 por 10.000 habitantes);</p> <p>Na faixa etária de 55 a 59 anos, redução de 4,07% nas taxas de ICSAPs no grupo diabetes melitus; na faixa etária de 60 anos ou mais, as taxas por grupo de ICSAP apresentou sensível redução nas taxas de doenças preveníveis p/imunização/condições sensíveis (74%).</p>	<p>Cálculo das taxas de hospitalização determinadas pelo quociente entre o número de pacientes internados por grupos de causas diagnósticos classificados pelo Ministério da Saúde (Portaria SAS/MS nº 221/2008) como ICSAP em Manaus e sua população total, multiplicado por 10.000, tendo como base as projeções populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.</p> <p>As taxas de ICSAPs analisadas foram estratificadas para as seguintes faixas etárias: menores de um ano; de um a quatro anos; de cinco a 14 anos; 15 a 19 anos; 20 a 24 anos; 25 a 29 anos; 30 a 34 anos; 35 a 39 anos; 40 a 44 anos; 45 a 49 anos; 50 a 54 anos; 55 a 59 anos; 60 a 64 anos e 65 anos ou mais.</p> <p>A taxa padronizada considerou como população padrão, a população-residente em Manaus por faixa etária de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2010). Considerou-se para efeito de cálculo das taxas de ICSAPs por principais grupos de causas, apenas aquelas que apresentaram maior número de internações.</p>	<p>Com relação à avaliação dos resultados, esta diz respeito a investigar, por exemplo, a prevalência de fatores de risco modificável, doenças e mortalidade evitável e bem-estar percebido pela população (STARFIELD, 2002).</p> <p>Apesar da redução na variação percentual entre 2010 e 2017, em Manaus, o perfil de patologias apontado elucida necessidades de planejamento ou reorganização das ações nos serviços de saúde, além de contribuir para a sensibilização dos profissionais de saúde, principalmente, nos grupos de causas que aumentaram vis á vis 2010.</p>

COORDENAÇÃO DE CUIDADOS: A coordenação requer tanto um meio de transferência de informações (o componente estrutural ou de capacidade) quanto o reconhecimento de informações (o componente processual ou de desempenho). (...) A atenção compartilhada é um meio de melhorar o fluxo de informações do médico de atenção primária para outros especialistas e de volta para aquele. (STARFIELD, 2002, p.366; 374).				
INSTRUMENTO	OBJETIVOS	INFORMAÇÕES OBTIDAS	COMO MEDE	POTENCIALIDADES
PCATool	<p>Refere-se a alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.</p>	<p>O atributo Coordenação – Integração de Cuidados: - 74,43% dos usuários informaram já ter consultado algum tipo de especialista ou serviço especializado no período em que estavam em acompanhamento na UBS pelo médico/enfermeiro. No distrito Sul, o percentual de respostas afirmativas foi bem superior (84,62%) e no distrito Norte, o menor, (63,99%) respectivamente nesse atributo. Na pergunta (E1) (86,8%) dos usuários afirmaram que já procuraram outros profissionais/serviços e apenas 89 (13,2%) disseram não. Todas as questões (E2) a (E9), com exceção da (E4) foram bem avaliadas pelos participantes, com a resposta “Com certeza sim”. Apenas 31,14% responderam positivamente a questão (E4). Nos distritos de saúde, o maior percentual negativo nas respostas dos participantes foi observado no distrito Norte, onde somente 17,86% responderam que com certeza que o profissional da UBS orientavam sobre os serviços/especializados que deveriam procurar, ao passo que 76,79% garantiram que não receberam nenhuma orientação dos profissionais neste item. O atributo Coordenação – Sistema de Informações: Na pergunta (F1), em geral, 79,24% dos participantes (somando-se as respostas</p>	<p>Parâmetros utilizados no atributo: E1 – Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento “nome do serviço de saúde/médico/ enfermeiro”? E2 – O “nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro” sugeriu que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado? E3 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado? E4 – O seu “médico/enfermeiro” discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde? E5 - O seu “médico / enfermeiro” ou alguém que trabalha no/com “nome do serviço de saúde” ajudou-o /a marcar esta consulta? E6 – O seu “médico/enfermeiro” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta? E7 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe quais foram os resultados desta consulta?E8 – Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu “médico/enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta? E9 – O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado? Na pergunta E1 583 (86,8%) dos usuários afirmaram que já procuraram outros profissionais/serviços e apenas 89 (13,2%) disseram não. F1. Quando você vai no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado?</p>	<p>Em que pese o atributo da Coordenação de Cuidados ter obtido um escore médio positivo na pesquisa, há uma pergunta discriminada neste atributo na subdimensão - integração de cuidados, item E4, o qual questiona ao usuário se foi “discutido” com ele os diferentes serviços aonde ele poderia realizar um atendimento com um médico ou serviço especializado. Esse item dificilmente tem avaliação positiva pelos usuários, uma vez que, não é dado o direito ao usuário escolher, por exemplo, realizar um serviço especializado, um exame de próstata, uma consulta com um oftalmologista perto da sua residência. A marcação desse tipo de exame e consultas médicas especializadas é realizada através de um sistema regulador (SISREG), que avalia segundo critérios técnicos, entre eles, a disponibilidade de vagas e atendimento. Logo, é muito comum, o usuário quando consegue a consulta com o especialista ele ser deslocado para um lugar bem distante da sua moradia, o que lhe causa extrema insatisfação com o sistema que regula essa distribuição de atendimentos a especialistas e serviços especializados em Manaus.</p>

COORDENAÇÃO DE CUIDADOS: A coordenação requer tanto um meio de transferência de informações (o componente estrutural ou de capacidade) quanto o reconhecimento de informações (o componente processual ou de desempenho). (...) A atenção compartilhada é um meio de melhorar o fluxo de informações do médico de atenção primária para outros especialistas e de volta para aquele. (STARFIELD, 2002, p.366; 374).				
INSTRUMENTO	OBJETIVOS	INFORMAÇÕES OBTIDAS	COMO MEDE	POTENCIALIDADES
PCATool		<p>“com certeza sim” e “provavelmente sim”) garantiram que levam algum tipo de registro ou boletim anterior, e esse padrão positivo de respostas é acompanhado também pelos distritos.</p> <p>A pergunta (F2) também teve avaliação positiva pelos participantes tanto em termos gerais, e apresenta semelhanças nos distritos de saúde; contudo, o distrito Norte apresentou 25,89% de suas respostas nesse item negativas, indicando que para os participantes nem sempre o prontuário está disponível e 32,14% disseram que não conseguiriam ler o seu prontuário caso quisessem. (F3).</p>	<p>F2. Quando você vai ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro”, o seu prontuário está sempre disponível na consulta?</p> <p>F3. Você poderia ler o seu prontuário/ficha se quisesse no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?</p>	
PMAQ-AB		<p>Foram selecionados os seguintes parâmetros para a avaliação da coordenação de cuidados pelas equipes e usuários na APS: continuidade informacional, ordenamento de fluxos assistenciais, acesso à consulta/exames especializados e comunicação direta entre serviços AP - Atenção Primária e AE - Atenção Especializada.</p> <p>“Continuidade informacional”- para 58,29% dos usuários existe facilidade para conversar com os profissionais sobre os resultados dos seus exames. No Distrito Leste verifica-se o maior percentual de registros relacionados às patologias: 64,52% possuem registro de pessoas com HAS com maior risco; 64,52% de pessoas com DM com maior risco; 70,97% de usuárias gestantes com maior risco/gravidade; e 54,84 % de usuários com transtorno mental de maior risco; e 65,19% dos usuários encontram mais facilidade para conversar sobre os resultados de exames com os</p>	<p>Os parâmetros para a avaliação da coordenação de cuidados pelas equipes e usuários na APS foram: continuidade informacional, ordenamento de fluxos assistenciais, acesso à consulta/exames especializados e comunicação direta entre serviços AP (Atenção Primária) e AE (Atenção Especializada).</p> <p>Na análise da atenção primária enquanto coordenadora de cuidados, o PMAQ-AB considerou uma variedade de questões tais como: o acesso a consultas (exames) especializadas de usuários que utilizavam regularmente os serviços de saúde para atendimento de suas necessidades na UBS, como também, a necessidade de encaminhamento dos usuários para a consulta ou exames com especialistas. Ademais, o PMQA-AB procurou verificar ainda, a forma de ordenar (organizar) os fluxos assistenciais para a atenção especializada daqueles usuários que precisam de cuidado continuado, tais como: gestantes, crianças com menos de dois anos de idade, idosos, e usuários com doenças crônicas através da percepção dos profissionais de saúde e usuários.</p>	<p>Dentre uma variedade de formas de agendamento para serviços especializados de pacientes encaminhados pelas equipes de saúde da família, a mais comum é a consulta especializada marcada pela UBS com data informada posteriormente ao paciente.</p> <p>Outra forma identificada nas respostas das equipes de saúde de marcação de consultas especializadas entre a atenção primária (AP) e a atenção especializada (AE) é através da uma central de regulação. Nota-se falta da contrarreferência entre a AP e AE, em que a comunicação interprofissional entre a atenção primária e a atenção especializada é um dos pontos fracos evidenciados na coordenação de cuidados, apenas 4% das equipes de atenção primárias sempre e na maioria das vezes obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados por ela. Metade dos usuários em Manaus confirmaram a continuidade informacional, em que a</p>

COORDENAÇÃO DE CUIDADOS: A coordenação requer tanto um meio de transferência de informações (o componente estrutural ou de capacidade) quanto o reconhecimento de informações (o componente processual ou de desempenho). (...) A atenção compartilhada é um meio de melhorar o fluxo de informações do médico de atenção primária para outros especialistas e de volta para aquele. (STARFIELD, 2002, p.366; 374).				
INSTRUMENTO	OBJETIVOS	INFORMAÇÕES OBTIDAS	COMO MEDE	POTENCIALIDADES
		<p>profissionais no Distrito Sul. Contudo, nesse último distrito, as equipes de profissionais de saúde possuem o menor percentual de registro das situações de risco (HAS, DM, gestantes) quando encaminhadas para outros pontos de atenção. No geral, apenas 26,85% das equipes dos distritos de saúde de Manaus confirmaram possuir registro dos usuários com transtorno mental de maior risco encaminhado para outros pontos de atenção.</p> <p>No parâmetro - Acesso a consultas/exames especializados: o usuário relatou que quando perguntado sobre a forma como ele é encaminhado para o especialista, 18,76% disseram já sair da UBS com a consulta agendada para o especialista e somente 20,43% responderam que a consulta é marcada pela UBS e posteriormente informada. Nota-se, portanto, uma divergência de percepções nesse tema entre os profissionais das equipes e usuários. Entre os usuários do Distrito Leste, apenas 15,32% afirmaram já ter saído da UBS informados sobre a consulta especializada. Quando o usuário necessita ser encaminhado para consulta especializada, 75,84% das equipes respondem que a consulta é marcada pela UBS e posteriormente informada ao usuário. E, na maioria das vezes, o encaminhamento dos usuários para o especialista é realizado através da central de regulação de acordo com 87,92% das equipes de saúde. Quando a consulta especializada é marcada pela UBS e posteriormente informada ao paciente</p>	<p>Os processos de trabalho das equipes e atenção primária à saúde foram investigados no PMAQ, em diferentes aspectos da coordenação de cuidados de saúde, por exemplo, como se estabelecia dentro da equipe, a programação de ações, o acompanhamento, a estratificação e registro dos usuários de maior risco e de cuidado continuado encaminhados para outros pontos de atenção.</p>	<p>equipe costuma conversar sobre o atendimento realizado fora da UBS. Em relação a esse aspecto, Starfield (2002) ressalta que o retorno das pessoas usuárias dos especialistas para a APS após as consultas e exames com aqueles é um dos fatores que podem colaborar para o enfrentamento dos desafios da coordenação nos sistemas de atenção à saúde. Na questão do ordenamento dos fluxos entre a atenção primária e a atenção especializada nota-se, fragilidades a serem trabalhadas entre a atenção primária e os demais níveis de atenção à saúde. Entre as gestantes acompanhadas no pré-natal, somente 5% foram informadas pela equipe em qual maternidade seria feito o seu parto. As equipes foram questionadas se utilizam protocolo para estratificação de risco para pré-natal (57,7%). No Distrito Oeste, menos de 50% das equipes relataram o uso de protocolo em situações de risco em pessoas com hipertensão e diabetes. A análise do atributo da coordenação de cuidados a partir do banco de dados do PMAQ-AB no município de Manaus revelou fragilidades tais como: dificuldade de acesso dos usuários às consultas e exames especializados; falta de comunicação entre a APS e os serviços especializados; ausência de continuidade assistencial pelas pessoas usuárias; baixa referência a protocolos para estratificação de risco no pré-natal, nos usuários com hipertensão e diabetes. Logo, para que a coordenação de cuidados se torne efetiva, é necessário um esforço conjunto com distribuição de responsabilidades mútuas entre Atenção Primária e demais níveis de</p>

COORDENAÇÃO DE CUIDADOS: A coordenação requer tanto um meio de transferência de informações (o componente estrutural ou de capacidade) quanto o reconhecimento de informações (o componente processual ou de desempenho). (...) A atenção compartilhada é um meio de melhorar o fluxo de informações do médico de atenção primária para outros especialistas e de volta para aquele. (STARFIELD, 2002, p.366; 374).				
INSTRUMENTO	OBJETIVOS	INFORMAÇÕES OBTIDAS	COMO MEDE	POTENCIALIDADES
		<p>tem-se no Distrito Norte, 91,67% das equipes procedendo dessa forma e 82,22% no Distrito Sul; enquanto no Distrito Leste, apenas 45,16% realizavam a consulta dessa maneira e, 78,38% no Distrito Oeste.</p> <p>No tocante ao parâmetro: comunicação entre a AP e AE, apenas 4,02% das equipes de atenção primária afirmam sempre e na maioria das vezes obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados por ela. No parâmetro - ordenamento de fluxos assistenciais, 57,72% das equipes possuem protocolos para estratificação de risco para pré-natal, 47,65% para HAS e 48,99% para DM. Apenas, 5,03% das usuárias foram informadas pelas equipes da saúde sobre o local onde o parto seria realizado.</p> <p>No Distrito Norte menos de 5% das gestantes acompanhadas possuíam conhecimento prévio de maternidade para realização do parto.</p>		atenção nos sistemas de saúde que contemplem: a garantia e a facilidade de comunicação, interpessoal e de transferência de informações; a avaliação das necessidades dos usuários em termos de cuidado e de coordenação da atenção; o alinhamento de recursos organizacionais com as necessidades das pessoas usuárias e de suas famílias (MENDES, 2015).
ICSAP				

ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA: Todas as necessidades relacionadas à saúde dos pacientes ocorrem em um contexto social; o reconhecimento dessas necessidades frequentemente requer o conhecimento do contexto social. A orientação familiar se efetiva quando: o alcance da integralidade fornece uma base para a consideração do indivíduo dentro de seus ambientes; a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde; o desafio da coordenação da atenção se defronta com recursos familiares limitados (STARFIELD, 2002).

INSTRUMENTO	OBJETIVOS	INFORMAÇÕES OBTIDAS	COMO MEDE	POTENCIALIDADES
PCATool	<p>A APS com orientação comunitária utiliza habilidades clínicas, epidemiológicas, de ciências sociais e pesquisas avaliativas, de forma complementar para ajustar os programas a fim de atender as necessidades específicas de saúde de uma população definida.</p> <p>Nesse sentido, deve ser objeto de: conhecimento da comunidade; identificação dos problemas de saúde; desenvolvimento ou adequação de ações de saúde para responder a estes problemas; monitorar a efetividade das ações e promover e incentivar o Controle Social.</p>	<p>No atributo “Orientação Comunitária”: A pergunta (J1) foi bem avaliada, em geral, pelos participantes (78,48%), porém, no distrito Norte, obteve apenas 60,71%, ao passo que no distrito Oeste foi de 92,63%. Apenas 45,54% dos entrevistados no distrito Norte e 62,89% no distrito Oeste avaliaram “com certeza sim” a pergunta (J2). Com respeito à (J3), no distrito Norte, somente 31,25% relataram “com certeza sim” e no geral, 43,29%. Na pergunta (J4), apenas 30,89% dos participantes responderam “com certeza sim” quando perguntados se na unidade de saúde pesquisada existe algum tipo de pesquisa com os pacientes acerca da qualidade e satisfação das necessidades das pessoas em relação aos serviços de saúde prestados por ela. As avaliações mais negativas nesse item foram encontradas nos distritos Norte e Leste de 20,54% e 25,77% respectivamente. Quanto à (J5), 41,01% no geral afirmaram com certeza que esse procedimento é realizado pelos profissionais na UBS, enquanto que somente 19,64% responderam positivamente no distrito Norte, e por outro lado, 56,84% confirmaram no distrito Oeste. A pergunta (J6), 92,41% em termos gerais, disseram com certeza que não foram convidados a participar do conselho local de saúde de sua comunidade. Trata-se aqui do pior item avaliado nesse atributo pelos participantes.</p>	<p>J1 – Alguém no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” faz visitas domiciliares? J2 – O seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança? J3 – O seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde? J4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas? J5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer? J6 – Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/ Conselho de Usuários)?</p>	<p>A ESF é formada por uma equipe multiprofissional que tem por objetivo realizar ações e serviços de saúde no âmbito da atenção primária para uma determinada comunidade. Na sua prática de trabalho cotidiana, a equipe realiza o mapeamento do território sob sua responsabilidade, a partir de pesquisas na comunidade para identificação de problemas e situações de riscos de saúde que são relevantes e recorrentes naquela realidade social, cultural, demográfica e epidemiológica das famílias. Com o conhecimento adquirido junto à população é possível fazer um planejamento adequado para as intervenções de ações de saúde naquela comunidade. Portanto, a avaliação negativa do atributo orientação comunitária, além de mostrar a insatisfação dos usuários, mostra uma realidade onde os preceitos originais da ESF estão enfraquecidos.</p>

ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA: Todas as necessidades relacionadas à saúde dos pacientes ocorrem em um contexto social; o reconhecimento dessas necessidades frequentemente requer o conhecimento do contexto social. A orientação familiar se efetiva quando: o alcance da integralidade fornece uma base para a consideração do indivíduo dentro de seus ambientes; a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde; o desafio da coordenação da atenção se defronta com recursos familiares limitados (STARFIELD, 2002).

INSTRUMENTO	OBJETIVOS	INFORMAÇÕES OBTIDAS	COMO MEDE	POTENCIALIDADES
PMAQ-AB	<p>O atributo da <i>Orientação Comunitária</i> requer o conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita em razão do contexto econômico e social em que vive; reconhecer as relações da comunidade com a dinâmica do território; implica na participação da comunidade nas decisões sobre sua saúde; na intersectorialidade do trabalho das equipes de saúde com outras organizações para realizar ações intersectoriais, tais como o programa saúde na escola, entre outros. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).</p>	<p>Territorialização: Somente 54,36% das equipes possuem levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados). As equipes demonstram também, possuir conhecimento do seu território com registro de todas as: gestantes sob sua responsabilidade (95,97%), de mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero (71,81%) e exame de mamografia (34,23%); das crianças até dois anos (79,19%); de pessoas com diabetes e hipertensas (92,62%).</p> <p>As equipes de saúde utilizam algum tipo de levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio (as equipes dos distritos Sul e Norte responderam que sim, apenas 30,56% e 44,44%, respectivamente). O distrito Leste apresentou o maior percentual de mapeamento de usuários que precisam de cuidados domiciliares (80,65%).</p> <p>No tocante à área da saúde materno – infantil, em geral, as equipes relatam possuir registro de todas as gestantes do seu território (mais 90%), sendo que no distrito Sul esse percentual chegou a 100,00% de acompanhamento de usuárias gestantes na sua área de abrangência.</p> <p>No Distrito Sul, apenas, 68,8% das equipes no distrito Sul possuem registro das crianças com até dois anos de idade e, 60% dessas equipes detêm o registro de mulheres elegíveis para exame</p>	<p>Os parâmetros utilizados para aferir a orientação comunitária foram: territorialização, intersectorialidade e participação social. A análise territorial pelas equipes de saúde possibilita elucidar situações-problemas e necessidades em saúde da população em estudo. Ademais, permite identificar situações de risco e vulnerabilidade da população que demandam intervenções de políticas públicas para a prevenção de doenças e melhoraria dos serviços de atenção primária nesse contexto. A Intersectorialidade foi analisada a partir da participação das UBS no Programa Saúde na Escola.</p>	<p>Na dimensão da territorialidade houve respostas positivas com relação ao conhecimento das equipes da população adscrita que precisa de seus cuidados (gestantes, hipertensos, diabéticos, crianças de até 2 anos), porém, há pouco conhecimento mapeado sobre a população que precisa de cuidados no domicílio, baixo conhecimento e acompanhamento das mulheres elegíveis para exames de mamografia. Em compensação, mas, 60,97% dos usuários, durante as consultas, tem recebido sempre ou sugerem soluções possíveis de serem realizadas para suas demandas de saúde.</p> <p>A Intersectorialidade foi analisada a partir da participação das UBS no Programa Saúde na Escola, e constatou por intermédio dos indicadores representativos de avaliações clínicas feitas pelas equipes nas escolas, que com exceção do distrito Norte, os demais distritos apresentaram resultados baixos com relação ao planejamento para ações intersectoriais no PSE. De modo que segundo Gionanella et al. (2009, p.791), “a baixa participação em atividades intersectoriais é reconhecida pelas ESF como problema.”</p> <p>Na última dimensão pesquisada para avaliar a orientação para a comunidade refere-se à participação social no contexto da atenção primária. Dentre os aspectos negativos encontrados, destaca-se o baixo percentual de encaminhamento das demandas recebidas dos usuários para gestão municipal pelas equipes, com exceção do distrito Leste que obteve melhores resultados nessa dimensão.</p>

ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA: Todas as necessidades relacionadas à saúde dos pacientes ocorrem em um contexto social; o reconhecimento dessas necessidades frequentemente requer o conhecimento do contexto social. A orientação familiar se efetiva quando: o alcance da integralidade fornece uma base para a consideração do indivíduo dentro de seus ambientes; a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde; o desafio da coordenação da atenção se defronta com recursos familiares limitados (STARFIELD, 2002).

INSTRUMENTO	OBJETIVOS	INFORMAÇÕES OBTIDAS	COMO MEDE	POTENCIALIDADES
PMAQ-AB		<p>citopatológico de colo de útero e 31,11% detém registro das mulheres elegíveis para exame de mamografia do seu território.</p> <p>Os Distritos de saúde Norte e Oeste tem comportamento parecido em relação ao registro de todas as mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero do seu território, 72,22% e 75,67% respectivamente. Ainda, sob esse exame, o Distrito Leste apresentou o mais alto percentual de resposta 83,87%.</p> <p>Não obstante, os distritos de saúde apresentam respostas muito baixas relacionadas ao registro de todas as mulheres elegíveis para exame de mamografia no seu território; somente no Distrito Leste, 54,83% das equipes nesse distrito afirmam possuir tal registro. O distrito Norte obteve apenas 22,22% das respostas afirmativas nesse indicador avaliado.</p> <p>Mais de 90% das equipes de saúde possuem registro de todas as pessoas com hipertensão e diabetes do seu território, em termos gerais.</p> <p>Mais de 60,40% das equipes afirmaram que a gestão adotou critérios de risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob sua responsabilidade no Município.</p> <p>Os Distritos Leste e Oeste obtiveram os melhores resultados (77,42% e 72,97%); e os Distritos Norte e Sul, os mais baixos percentuais de respostas afirmativas (44,44% e 51,11%) respectivamente.</p>		<p>Em que pese às equipes afirmarem que consideraram a opinião dos usuários para a reorganização e qualificação do processo de trabalho, não se encaixa com os demais resultados obtidos da baixa participação social.</p>

ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA: Todas as necessidades relacionadas à saúde dos pacientes ocorrem em um contexto social; o reconhecimento dessas necessidades frequentemente requer o conhecimento do contexto social. A orientação familiar se efetiva quando: o alcance da integralidade fornece uma base para a consideração do indivíduo dentro de seus ambientes; a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde; o desafio da coordenação da atenção se defronta com recursos familiares limitados (STARFIELD, 2002).

INSTRUMENTO	OBJETIVOS	INFORMAÇÕES OBTIDAS	COMO MEDE	POTENCIALIDADES
PMAQ-AB		<p>Indicadores selecionados sobre a intersectorialidade: No município analisado, 67,11% das equipes planejam suas atividades na escola, relacionadas ao PSE (Programa Saúde na Escola). Os Distritos Leste e Norte apresentaram os maiores percentuais de respostas afirmativas (70,97% e 80,56%). Entretanto, apenas 34,23% das equipes do Município afirmam possuir documento comprobatório do levantamento do número de escolares identificados com necessidade de saúde que precisam de acompanhamento. Os Apenas os distritos Leste e Norte comprovaram tais documentos em 45,16% no distrito Leste e 61,11% no Distrito Norte. Nos distritos Oeste e Sul a comprovação de tal documento com respostas afirmativas nesse indicador foram de apenas 16,22% e 20,00% nos dois distritos citados.</p> <p>Em relação às atividades de avaliação clínica realizadas pelas equipes de saúde na escola, no âmbito do PSE, verifica-se que:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Pouco mais da metade das equipes (56,37%) confirmaram que realizam a atualização do calendário vacinal nas escolas; ii) Apenas 30,20% das equipes conseguem detectar precocemente a hipertensão arterial sistêmica nas escolas; iii) 42,28% afirmaram realizar a avaliação oftalmológica nos estudantes; 		

ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA: Todas as necessidades relacionadas à saúde dos pacientes ocorrem em um contexto social; o reconhecimento dessas necessidades frequentemente requer o conhecimento do contexto social. A orientação familiar se efetiva quando: o alcance da integralidade fornece uma base para a consideração do indivíduo dentro de seus ambientes; a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde; o desafio da coordenação da atenção se defronta com recursos familiares limitados (STARFIELD, 2002).

INSTRUMENTO	OBJETIVOS	INFORMAÇÕES OBTIDAS	COMO MEDE	POTENCIALIDADES
PMAQ-AB		<p>iv) Apenas 18,79% realizam a avaliação auditiva; v) 47,65% fazem a avaliação nutricional; e vi) 38,93% conseguem realizar a avaliação de saúde bucal nos escolares.</p> <p>O PSE no Distrito Norte é bastante utilizado no âmbito das ações intersectoriais da atenção primária: 80,56% das equipes nesse distrito afirmam realizar ações na escola relacionadas ao PSE; 61,11% possuem documento comprobatório do levantamento do número de escolares identificados com necessidade de saúde que precisam de acompanhamento; 72,22% atualizam o calendário vacinal; 36,11% fazem a detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica; 55,56% realizam a avaliação oftalmológica, 25% avaliação auditiva, 72,22% avaliação nutricional, 61,11% avaliação de saúde bucal nas escolas.</p> <p>Participação social: As equipes realizam ou tem um mecanismo de avaliação de satisfação do usuário segundo 63,09% daquelas. No distrito Oeste, apenas 29,73%, e no distrito Leste, 87,09% afirmam realizar ou ter um mecanismo de avaliação da satisfação dos usuários sob sua responsabilidade e abrangência. A existência de canais de comunicação para os usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões está presente em 77,18% das equipes e 90,60% leva em conta a opinião do usuário para a reorganização e</p>		

ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA: Todas as necessidades relacionadas à saúde dos pacientes ocorrem em um contexto social; o reconhecimento dessas necessidades frequentemente requer o conhecimento do contexto social. A orientação familiar se efetiva quando: o alcance da integralidade fornece uma base para a consideração do indivíduo dentro de seus ambientes; a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde; o desafio da coordenação da atenção se defronta com recursos familiares limitados (STARFIELD, 2002).

INSTRUMENTO	OBJETIVOS	INFORMAÇÕES OBTIDAS	COMO MEDE	POTENCIALIDADES
PMAQ-AB		<p>qualificação do processo de trabalho.</p> <p>Segundo as respostas das equipes, 59,36% dessas confirmam que o conselho local de saúde ou instância colegiada equivalente está presente na UBS. Entretanto, quando os usuários querem fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde, somente 16,75% conseguem.</p> <p>Em relação à participação social na atenção primária, segundo os dados do PMAQ-AB (2º ciclo), nota-se que no distrito Leste, há um maior encaminhamento das demandas recebidas dos usuários para gestão municipal (64,52%), maior presença de participação dos usuários em espaços formais de decisão como conselhos locais de saúde (77,42%) e uma maior consideração a respeito da opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho (96,77%).</p> <p>Nos distritos Norte e Sul apresentam baixa participação dos comunitários nas decisões e planejamentos de ações nas UBS, apenas 38,89% e 40,00% afirmam que há Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular. E, somente 10,74% dos usuários no distrito Oeste conseguem fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde.</p>		
ICSAP				

ORIENTAÇÃO FAMILIAR: A centralidade na família resulta quando o alcance da integralidade fornece uma base para a consideração dos pacientes dentro de seus ambientes, quando a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde e quando o desafio da coordenação da atenção se defronta com recursos familiares limitados. (STARFIELD, 2002, p. 486-487).				
INSTRUMENTO	OBJETIVOS	INFORMAÇÕES OBTIDAS	COMO MEDE	POTENCIALIDADES
PCATool	<p>Esse atributo considera o contexto e a dinâmica familiar, bem como a determinação saúde/doença na mesma; procurando conhecer cada membro da família para que possa avaliar seus problemas de saúde e reponde-los de acordo com suas necessidades. Remete ao conhecimento pela equipe de saúde dos membros da família e dos seus problemas de saúde.</p> <p>As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada e atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação das doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.</p>	<p>Em geral, 62,25% dos participantes garantiram “com certeza sim” que os médicos ou enfermeiros na UBS costumam se interessar pelas suas ideias/opiniões ao planejar o seu tratamento ou para algum membro de sua família (I1).</p> <p>- 79,49% dos usuários afirmaram que durante a consulta já foram abordadas perguntas sobre as doenças/problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão).</p> <p>Os entrevistados relataram com certeza (65,57%) que o médico/enfermeiro teria disponibilidade para se reunir com os membros de sua família se necessário (I3), sendo que desses, 85,26% no distrito Oeste.</p> <p>Contudo, no distrito Norte, apenas 49,11% e distrito Leste, 58,76%, dos participantes afirmaram com certeza essa possibilidade de reunião entre profissionais com familiares.</p>	<p>Os parâmetros relativos ao atributo são: I1- O seu “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família? I2 - O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)? I3- O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário? I1- O seu “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família? I2 – O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)? I3–O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?</p>	<p>De modo geral, os indicadores em relação ao atributo da orientação familiar apresentam avanços associados à visita domiciliar, organização dos prontuários por núcleos familiares, qualidade dos registros dos prontuários, visitas domiciliares organizadas com avaliações de risco e vulnerabilidade; e, por outro lado, são registradas fragilidades nos demais elementos tais como: protocolo ou critérios para visita domiciliar, a centralidade das práticas das equipes centralizadas nos cuidados individuais, quando deveria estar focada na dinâmica família (os profissionais da UBS sempre e na maioria das vezes costumam perguntar pelos familiares dos usuários).</p>
PMAQ-AB	<p>O atributo da <i>Orientação Familiar</i> considera o contexto e a dinâmica familiar, bem como a determinação saúde/doença na mesma; procurando conhecer cada membro da família para que possa avaliar seus problemas de saúde e reponde-los de acordo com suas necessidades.</p>	<p>Orientação Familiar: As famílias da área de abrangência da equipe de atenção primária são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade por (86,58%) das equipes. As equipes de atenção primária dos quatro distritos de saúde analisados (87,25%) organizam os prontuários por núcleos familiares, e esse mesmo percentual de equipes contém documento comprobatório disso.</p>	<p>Parâmetros utilizados no atributo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Há documentação que comprova que os prontuários dos usuários da equipe de atenção básica estão organizados por núcleos familiares. - As famílias da área de abrangência da equipe de atenção primária são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade. - A EqAP possui protocolo ou critérios para visita domiciliar. - Os profissionais da UBS sempre e na maioria das vezes costumam perguntar pelos familiares dos usuários. 	<p>O atributo da centralidade (orientação) familiar busca compreender a família a partir de seus múltiplos aspectos: sociais, sanitários, culturais, econômicos, funcionais e organizacionais. Nesse sentido, a família é uma unidade de cuidados que deve ser compreendida pelos profissionais de saúde, a partir de sua dinâmica interna, entre seus membros, bem como, nas suas inter-relações com a comunidade na qual está inserida (SILVA et al., 2014)</p>

ORIENTAÇÃO FAMILIAR: A centralidade na família resulta quando o alcance da integralidade fornece uma base para a consideração dos pacientes dentro de seus ambientes, quando a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde e quando o desafio da coordenação da atenção se defronta com recursos familiares limitados. (STARFIELD, 2002, p. 486-487).				
INSTRUMENTO	OBJETIVOS	INFORMAÇÕES OBTIDAS	COMO MEDE	POTENCIALIDADES
PMAQ-AB		<p>A agenda dos profissionais está organizada para a realização de visita domiciliar segundo (92,61%) das equipes. Há um protocolo ou critério para realização de visita domiciliar em (64,43%) das equipes de saúde. E, de acordo com (56,45%) dos usuários, sempre e na maioria das vezes os profissionais na UBS costumam perguntar pelos familiares dos usuários. Entre os usuários, (75,04%) recebem visita dos ACS e (38,36%) receberam visita de outros profissionais de saúde.</p> <p>As equipes tanto do distrito Leste, (96,77%) quanto o distrito Oeste (91,89%), fazem visitas domiciliares periódicas às famílias do seu território, segundo critérios avaliativos de risco e vulnerabilidade.</p> <p>Apenas 36,11% das equipes do distrito Norte possuem algum protocolo ou critérios para visita domiciliar; e em 68,53% dessas, o agente comunitário de saúde (ACS) sempre visita o usuário na sua casa e 25,17% dos profissionais das equipes de saúde no distrito, sempre e na maioria das vezes visitam a casa do usuário. No Distrito Leste obteve baixo quantitativo de respostas, apenas 28,22% dos usuários confirmam a ida de outro profissional da equipe de saúde sempre e na maioria das vezes também visitando a sua casa.</p>	<p>- O agente comunitário de saúde (ACS) sempre visita o usuário na sua casa.</p> <p>- Outro(s) profissionais da equipe de saúde sempre e na maioria das vezes visitam a casa do usuário.</p>	<p>Em relação ao atributo da orientação familiar possui boa avaliação concerne às visitas domiciliares, as quais mostraram a boa atuação dos profissionais, principalmente dos ACS, que são os principais responsáveis por essa tarefa em todos os distritos de saúde (75,04%) de Manaus. Contudo, também outros profissionais estão visitando as famílias em (52,49%) das equipes do distrito Sul de saúde no Município.</p> <p>A organização dos prontuários por família nas unidades PSF estava organizada em (87,25%) das equipes no município. Silva et al. (2014) observam ainda que as equipes de atenção primária não conseguem ter uma visão abrangente da família, pois há uma predominância da lógica hegemônica do procedimento individual ao invés da lógica da centralidade na família. Essa análise das autoras corrobora com outro indicador desse atributo relacionado à percepção dos usuários sobre ser os profissionais da UBS sempre e na maioria das vezes costumam perguntar pelos familiares dos usuários, as respostas positivas entre os distritos variaram de 47,55% no distrito Norte a 62,42% no Leste. Portanto, o foco das visitas domiciliares pelas equipes parece estar focado nos cuidados individualizados e a uma dada tecnologia assistencial valorizada (prescrição de remédio).</p> <p>De modo geral, os indicadores em relação ao atributo da orientação familiar apresentam avanços associados à visita domiciliar, organização dos prontuários por núcleos familiares, qualidade dos registros dos prontuários, visitas</p>

ORIENTAÇÃO FAMILIAR: A centralidade na família resulta quando o alcance da integralidade fornece uma base para a consideração dos pacientes dentro de seus ambientes, quando a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde e quando o desafio da coordenação da atenção se defronta com recursos familiares limitados. (STARFIELD, 2002, p. 486-487).

INSTRUMENTO	OBJETIVOS	INFORMAÇÕES OBTIDAS	COMO MEDE	POTENCIALIDADES
PMAQ-AB				domiciliares organizadas com avaliações de risco e vulnerabilidade; e, por outro lado, são registradas fragilidades nos demais elementos tais como: protocolo ou critérios para visita domiciliar, a centralidade das práticas das equipes centralizadas nos cuidados individuais, quando deveria estar focada na dinâmica família (os profissionais da UBS sempre e na maioria das vezes costumam perguntar pelos familiares dos usuários).
ICSAP				

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve por objetivo principal realizar uma análise que contemplasse a avaliação da atenção primária a partir dos instrumentos ou dimensões de avaliações da qualidade de serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde, no município de Manaus no período 2010 a 2019.

Realizado através de três trajetórias metodológicas associadas às três ferramentas escolhidas para avaliar a atenção primária no município de Manaus. Nesse sentido, num primeiro momento, a qualidade da Atenção Primária à Saúde foi avaliada por meio das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), no período 2010 – 2017 e verificou-se que, entre as crianças, há permanência de certos grupos de diagnósticos como as doenças pulmonares, pneumonias bacterianas, gastroenterites, infecções e complicações, evidenciando a importância dos cuidados primários com essa faixa etária no município.

Com relação aos idosos, os agravos e doenças que mais acometeram essa faixa etária foram: insuficiência cardíaca (48,0%), doenças cerebrovasculares (48,22%) e o diabetes melitus (4,20%). Nota-se, no entanto, nos idosos, uma sensível redução nas taxas de doenças preveníveis p/imunização/condições sensíveis (74%) nessa faixa etária. Mas, houve crescimento entre os idosos em 2017, do grupo das pneumonias bacterianas como causa de internação hospitalar. Nota-se também, uma prevalência das DCNT nessa faixa etária.

Quando se analisam as ICSAPs por sexo, no período supracitado, há uma ligeira preponderância nas internações sensíveis do sexo masculino em Manaus; sugere-se, portanto, que outras pesquisas tenham como foco de análises, as possíveis limitações ou gargalos de políticas de atenção integral à saúde dos homens, uma vez que pode estar havendo uma maior resistência dos homens com relação aos cuidados primários.

Não obstante a diminuição na cobertura populacional por ESF em Manaus, em conjunto com o aumento das taxas de ICSAPs, não é possível justificar, isoladamente, a piora ou melhoria da qualidade da APS no município estudado. Contudo, as ICSAPs podem contribuir para alertar as autoridades públicas quanto à prevalência de determinadas doenças nos ciclos de vida das populações e, dessa maneira, auxiliar na tomada de decisão de políticas (programas) públicas direcionadas a atender determinados problemas de saúde da população. Por conseguinte, as ICSAPS podem contribuir como indicador de vigilância e monitoramento dos serviços de saúde porque as hospitalizações por essas causas deveriam ser eliminadas ou pelo menos reduzidas na presença de uma atenção primária à saúde de qualidade.

Em que pese a importância desse indicador hospitalar para qualificar a resolubilidade dos cuidados primários em determinado contexto social; os resultados obtidos, tendo como base as ICSAPs, podem ser decorrentes não exclusivamente das políticas executadas na atenção primária à saúde, e/ou do seu grau de cobertura, mas de fatores intrínsecos aos sistemas de saúde em cada contexto social, como o acesso geográfico e organizacional e fatores subjetivos, tais como as condições socioeconômicas presentes na população estudada que devem ser controladas e ajustadas quando se utiliza tal tipo de indicador. A perspectiva dessa pesquisa era analisar e comparar as taxas e frequências de ICSAPs para verificar as mudanças (ou não) de patologias mais prevalentes na população manauara por faixa etária e sexo.

Logo, a identificação de altas taxas de ICSAPs em determinada localidade não necessariamente indica deficiências na atenção primária, mas acende uma luz amarela, de alerta para uma investigação mais profunda nos locais onde elas ocorrem. É nesse sentido que consideramos as taxas de ICSAPS como um relevante indicador de vigilância dos serviços de saúde na atenção primária.

Os resultados apresentados no presente estudo mostraram que as taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária, considerando as doenças selecionadas, pode contribuir para análises de avaliação do desempenho do sistema de saúde, em especial, da atenção primária.

Os demais objetivos propostos na tese analisaram os resultados da avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde, a partir do banco de dados do PMAQ-AB (2º ciclo) considerando dimensões específicas verificadas na Avaliação Externa, e descritas na metodologia proposta; identificar os atributos da Atenção Primária à Saúde através do *Primary Care Assessment Tool* (PCA-Tool) que obtiveram a melhor e pior avaliação no município de Manaus, Amazonas em 2018 e 2019, e realizar uma análise comparativa entre as três ferramentas selecionadas no que concerne a suas potencialidades e limites para a avaliação da atenção primária.

Na ferramenta do PMAQ-AB para avaliar a atenção primária nos distritos de saúde em Manaus, foram selecionados parâmetros associados aos atributos da atenção primária sugeridos por Starfield (2002) no banco de dados do PMAQ-AB (ciclo 2013-2014). Foi possível averiguar, considerando as diferentes realidades de saúde, a efetividade das ações governamentais direcionadas para a APS.

O terceiro instrumento utilizado para avaliar a atenção primária foi o PCA-Tool-BRASIL nas versões profissionais e usuários. Sabe-se que esse instrumento pretende

identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade tanto para o planejamento como para a execução das ações de APS. Ressalta-se que no município pesquisado foi identificado que o “Escore Geral” apresentou forte grau de orientação na atenção primária segundo o ponto de corte ($\geq 6,6$) tanto na avaliação dos usuários (7,02) quanto dos profissionais (7,21).

Considerando estas duas últimas ferramentas no tocante ao atributo do “Primeiro Contato”, os instrumentos supracitados convergem quanto a problemas na oferta e serviços adequados e oportunos às necessidades da população. Dias e horários insuficientes para atendimento; falta de atendimento via telefone; dificuldades de acesso, quando precisam ir à UBS para consulta. No PCA-Tool, o atributo da atenção primária, “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade” obteve baixo grau de orientação tanto na percepção dos usuários (3,76) quanto na dos profissionais (3,51). Este resultado indica uma necessidade de implementar medidas organizacionais para mitigar os problemas apontados nesse atributo.

De maneira geral, esse atributo trouxe à tona fragilidades relacionadas, por exemplo, ao horário de funcionamento das UBS em Manaus, pois, as mesmas funcionam basicamente de segunda a sexta feira, cinco dias por semana; e em dois turnos (matutino e vespertino). Numa eventual necessidade, caso o usuário precise agendar uma consulta na UBS, este precisa ir fisicamente à UBS para marcar uma consulta, embora possa realizá-la em qualquer dia da semana, qualquer horário. Ou seja, se o usuário tiver necessidade de marcação de consulta médica ou enfermagem, ou de dentista, precisa se trabalhar ou estudar, faltar a ambos, porque não há um horário flexível para atendê-lo, e não é possível agendamento por telefone.

No tocante à análise do atributo da “Integralidade”, os dois instrumentos convergem quanto à abrangência de serviços de atenção à saúde da mulher no município. No PMAQ-AB, apurou-se que 73,20% das usuárias fizeram consultas de pré-natal em sua UBS. No PCA-Tool, esse atributo pretende captar a oferta de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária.

Houve divergências na avaliação desse atributo no PCA-Tool entre os usuários e profissionais de saúde no município; os usuários avaliaram esse atributo abaixo do ponto de corte de $\geq 6,60$, enquanto os profissionais avaliaram acima desse ponto de corte, vale dizer, “Integralidade – Serviços Disponíveis” (5,92 para usuários e 6,91 para profissionais) e “Integralidade – Serviços Prestados” (4,79 para usuários e 7,66 para profissionais). Nessa ferramenta constatou-se uma avaliação positiva nas perguntas relacionadas à saúde da mulher, uma vez que, 89,87% das usuárias, afirmaram com certeza realizar o planejamento familiar/método anticoncepcional nas UBSs, 93,42% dessas afirmaram também, realizar o

exame preventivo para câncer de colo de útero, e 96,96% foram acompanhadas em cuidados pré-natais nas unidades básicas de saúde da família.

Há convergência nos resultados apurados entre as ferramentas quanto à falta de atendimento aos procedimentos cirúrgicos e ortopédicos simples, como a retirada de pontos e a realização de curativos. No PCA-Tool observa-se falta de atendimento aos procedimentos cirúrgicos e ortopédicos simples, como sutura de um corte que necessite de pontos (93,92%), colocação de tala (96,45%), remoção de verrugas (96,45%) e unha encravada (94,68%). Na ferramenta PMAQ-AB, certos procedimentos de drenagem de abscesso e sutura, somente são realizados por 10,07% e 6,75% das equipes; a retirada de pontos e a realização de curativos nas UBSs são procedimentos realizados por 93,28% das equipes de saúde. No entanto, observou-se divergência nos seus resultados quanto a existência de vacinas nas UBS. Enquanto no PMAQ-AB, menos de 50% das UBSs (47,48%) ofertam vacinação no seu escopo de ações, no PCA-Tool, 76,46% dos participantes afirmaram conter nas UBSs.

No PCA-Tool, somente 40% dos usuários mencionaram que receberam alguma orientação ou conselho quanto ao uso prejudicial de drogas e fumo. Este é um tema que dada a sua relevância para a saúde pública, precisa de mais ações educativas e informativas por parte das equipes nas UBSs. Em contrapartida, o aconselhamento quanto às práticas esportivas foram bem avaliados principalmente nos Distrito Sul, Leste e Oeste. No PMAQ-AB nota-se que apenas 45,73% das usuárias disseram que os profissionais de saúde durante os atendimentos fazem perguntas sobre suas queixas e de questões da sua vida, relativas a alimentação, lazer, exercício físico, problemas com álcool, drogas e violência.

Considera-se a APS como o *locus* mais apropriado para responder de maneira adequada e oportuna às necessidades de saúde da população, e por conseguinte, promover a percepção do paciente de que o uso de drogas e álcool pode colocá-lo em risco e, dessa maneira, instruí-lo a reduzir ou deixar o uso através de mecanismos estratégicos estabelecidos em comum acordo entre o profissional e o paciente. Nesse sentido, é preciso capacitar o profissional da saúde para atuar na prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas, e incentivar mais ações de promoção de saúde aos usuários no município.

O atributo da “Longitudinalidade” pode ser analisado como a existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde. Os dois instrumentos convergem quanto ao aspecto do profissional de saúde na UBS ser o mesmo que atende o participante todas as vezes que aquele se desloca até a UBS para alguma necessidade

de serviços de saúde, e na falta de contrarreferência, isto é, pouquíssimos, profissionais entrevistados mencionaram que recebem do profissional do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado.

Os instrumentos divergem quanto à possibilidade do usuário mudar de UBS ou de profissional para outro serviço de saúde, caso fosse muito fácil de fazê-lo. 70% dos participantes, se fosse possível procurariam outro serviço para atendimento no PCA-Tool e somente 16,24% dos usuários entrevistados, se tivessem a opção, mudariam de equipe ou unidade de saúde no PMAQ.

No PCA-Tool, esse atributo obteve avaliação positiva (8,34 para usuários e 7,79 para profissionais), indicando que: o profissional de saúde na UBS é o mesmo que atende o participante todas as vezes que aquele se desloca até a UBS para alguma necessidade de serviços de saúde (93,67%), que entende as suas dúvidas e as esclarece de modo compreensível (perguntas D2 e D3), bem como lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problema (93,67%). O usuário se sente à vontade para falar sobre suas preocupações ou problemas com o médico ou o enfermeiro (94,18%).

No PMAQ-AB (2º. ciclo), o atributo da “Longitudinalidade” foi analisado a partir dos seguintes parâmetros: “continuidade da relação profissional-paciente” e “qualidade da relação profissional-paciente (vínculo)”. Apenas 44,97% dos profissionais respondentes mencionaram que o tempo de trabalho em sua equipe era de 3 anos ou mais. Entre os usuários, 78,39% destes relataram sempre ser atendidos pelo mesmo médico; já 72,69%, pelo mesmo enfermeiro.

Nesse sentido, é importante destacar que a qualidade da atenção depende do vínculo longitudinal, isto é, do acompanhamento do cuidado em saúde que o usuário possui a uma unidade de saúde ao longo de sua vida, como também, na relação entre o profissional e o usuário; ambos aspectos estão fortemente relacionados com melhor efetividade nas intervenções em saúde, maior aderência aos tratamentos pelos usuários aos cuidados de saúde e também, uma maior satisfação dos usuários.

O atributo da “Coordenação de Cuidados” no PCA-Tool refere-se a alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços. O atributo alcançou avaliação positiva tanto do ponto de vista dos usuários quanto dos profissionais: Coordenação – Integração de Cuidados” (8,99 de

usuários e 7,06 de profissionais) e “Coordenação – Sistema de Informações” (8,32 para usuários e 8,71 para profissionais).

No PMAQ-AB, os parâmetros utilizados para aferir a “Coordenação de Cuidados” pelas equipes e usuários na APS foram: continuidade informacional, ordenamento de fluxos assistenciais, acesso a consulta/exames especializados e comunicação direta entre serviços AP (Atenção Primária) e AE (Atenção Especializada).

Houve convergência entre os instrumentos com relação ao parâmetro da “continuidade informacional”, os usuários assinalaram que depois do encaminhamento a um especialista ou serviço especializado, o “médico/enfermeiro” conversou com eles sobre o que aconteceu durante esta consulta. No PCA-Tool, 69,11% dos participantes responderam “com certeza sim” para essa questão, e no PMAQ-AB, cerca de 58,29% dos usuários ressaltaram que encontram facilidade para conversar com os profissionais sobre os resultados dos seus exames.

No que concerne ao parâmetro “continuidade informacional”, de acordo com as respostas das equipes de saúde, quando o usuário necessita ser encaminhado para consulta especializada, 75,84% dessas responderam que a consulta é marcada pela UBS e posteriormente informada ao usuário. E, na maioria das vezes, o encaminhamento dos usuários para o especialista é realizado através da central de regulação de acordo com 87,92% das equipes de saúde.

No PCA-Tool, em relação ao componente, “Coordenação – Sistema de Informações”, nota-se em geral, que 79,24% dos participantes (somando-se as respostas “com certeza, sim” e “provavelmente, sim”) garantiram que levam algum tipo de registro ou boletim anterior, e esse padrão positivo de respostas é acompanhado também pelos distritos.

O PMAQ-AB no parâmetro “ordenamento de fluxos assistenciais” destacou que: 57,72% das equipes possuem protocolos para estratificação de risco para grupos prioritários relacionados ao pré-natal, 47,65% para HAS e 48,99% para DM. E, ademais, somente 5,03% das usuárias foram informadas pelas equipes da saúde sobre a maternidade, onde o parto seria realizado. Em relação aos protocolos para HAS, 67,74% das equipes do Distrito Leste os utilizavam, contra apenas 35,14% das equipes do distrito Oeste. Em relação aos protocolos para estratificação de risco para DM, 64,86% eram utilizados pelas equipes do Distrito Oeste, e apenas 29,03% pelas equipes do Distrito Leste.

Nota-se que as informações selecionadas no PMAQ-AB com respeito aos processos de trabalho realizado pelas equipes são mais detalhadas do que as informações no PCA-Tool. Considerando a necessidade de realizar um planejamento de ações para usuários com HAS,

por exemplo, é urgente o conhecimento da área adscrita e de suas especificidades locais, sociais, econômicas, e epidemiológicas e também estruturais (se há hospitais, escolas, UPA, maternidades, etc); o PMAQ-AB contribui de maneira mais acentuada em relação a esse atributo da atenção primária. É possível o gestor identificar as equipes que precisam de apoio e orientação no sentido de melhorar a qualidade dos serviços de saúde proporcionados à sociedade.

Observa-se que a ferramenta PMAQ-AB prima mais pela análise da estrutura (capacidade) de insumos do que pelo vínculo entre médico e paciente ao longo do tempo. Enquanto, o PCA-Tool procura identificar efetivamente sobre essa relação entre médico e paciente (vínculo), por exemplo, na questão (D13), se “O seu ‘médico/enfermeiro’ sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?”, o PMAQ-AB questiona quanto à disponibilidade de medicamentos nas UBS. Os dois questionamentos são importantes, contudo a ênfase na continuidade do relacionamento médico e paciente é mais explícita no PCA-Tool.

Logo, para que a coordenação de cuidados se torne efetiva, é necessário um esforço conjunto com distribuição de responsabilidades mútuas entre Atenção Primária e demais níveis de atenção nos sistemas de saúde que contemplem: a garantia e a facilidade de comunicação, interpessoal e de transferência de informações; a avaliação das necessidades dos usuários em termos de cuidado e de coordenação da atenção; o alinhamento de recursos organizacionais com as necessidades das pessoas usuárias e de suas famílias (MENDES, 2015).

No atributo da “Orientação Comunitária”, a atenção primária à saúde utiliza habilidades clínicas, epidemiológicas, de ciências sociais e pesquisas avaliativas, de forma complementar para ajustar os programas a fim de atender as necessidades específicas de saúde de uma população definida. É necessário, então, o planejamento pelas equipes das seguintes situações: o conhecimento da comunidade, a identificação dos problemas de saúde, o desenvolvimento ou adequação de ações de saúde para responder a estes problemas e a possibilidade de monitorar a efetividade das ações e promover e incentivar o Controle Social.

Nesse sentido, o indicador ICSAP é de suma importância para o auxílio de profissionais de saúde na APS porque podem auxiliar na identificação das principais causas sensíveis à intervenção dos serviços de saúde em determinada localidade, e dessa maneira, possibilitar ações mais efetivas e seguras com o objetivo de reduzir as ICSAPs e melhorar a qualidade da atenção à saúde da população.

No PCA-Tool, as percepções dos grupos (usuários e profissionais) sobre o atributo da “Orientação Comunitária” também foi divergente (5,36 para usuários e 7,16 para profissionais), significando que para os usuários esses atributos foram avaliados negativamente, ou seja abaixo do ponto de corte ($\geq 6,6$) considerado como expressivo de alto grau de orientação da APS.

No atributo da “Orientação Comunitária”, os dois instrumentos convergem quanto à realização de visitas domiciliares ou existência de uma agenda dos profissionais organizada para a realização de visita domiciliar. No PMAQ há a avaliação de protocolo ou critério para realização de visita domiciliar.

Por outro lado, os dois instrumentos convergem em questões relacionadas ao parâmetro “território”. No PCA-Tool, 45,54% dos entrevistados no Distrito Norte e 62,89% no Distrito Oeste avaliaram que com certeza, há conhecimento dos “problemas de saúde importantes na sua vizinhança” pelos profissionais e 54,36% das equipes possuem levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados) no PMAQ.

No PMAQ-AB, as equipes demonstram também possuir conhecimento do seu território com registro de todas: gestantes sob sua responsabilidade (95,97%), de mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero (71,81%) e exame de mamografia (34,23%); das crianças até dois anos (79,19%); de pessoas com diabetes e hipertensas (92,62%). De fato, a ferramenta PMAQ-AB possibilita discriminar sobre a população adscrita em seu território; apenas 68,8% das equipes no Distrito Sul possuem registro das crianças com até dois anos de idade, 60% dessas equipes detêm o registro de mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero e 31,11% detêm registro das mulheres elegíveis para exame de mamografia do seu território.

Os dois instrumentos também convergem quanto a existência de mecanismos de avaliação de satisfação dos usuários. No PCA-Tool, 41,01% dos entrevistados afirmaram com certeza que as equipes na UBS fazem pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde e no PMAQ, segundo 63,09% das equipes realizam ou têm um mecanismo de avaliação de satisfação do usuário.

Quanto à presença do Conselho local de saúde na UBS, os dois instrumentos divergem nesse parâmetro. No PCA-Tool, 92,41% dos participantes disseram com certeza que não foram convidados a participar do conselho local de saúde de sua comunidade e no PMAQ 59,36% das equipes confirmam que o conselho local de saúde ou instância colegiada equivalente está presente na UBS.

O último atributo, da “Orientação Familiar”, considera o contexto e a dinâmica familiar, bem como a determinação saúde/doença na mesma, procurando conhecer cada membro da família para que se possam avaliar seus problemas de saúde e respondê-los de acordo com suas necessidades. As equipes devem responsabilizar-se pelo acompanhamento de um número definido de famílias, dentro da sua área adscrita e atuar no sentido de realizar ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação das doenças e agravos mais frequentes, assim como na manutenção da saúde desta comunidade.

Os dois instrumentos foram abordados de forma diferente: no PMAQ há uma ênfase nesse atributo nos parâmetros da “Visitas domiciliares” e “protocolos para visitas domiciliares”. No PCA-Tool, a ênfase é sobre o respeito às ideias e opiniões dos usuários. No PCA-Tool, 62,25% dos participantes garantiram “com certeza, sim” que os médicos ou enfermeiros na UBS costumam se interessar pelas suas ideias/opiniões ao planejar o seu tratamento ou para algum membro de sua família. Enquanto no PMAQ, as equipes tanto do Distrito Leste, (96,77%) quanto o Distrito Oeste (91,89%) fazem visitas domiciliares periódicas às famílias do seu território, segundo critérios avaliativos de risco e vulnerabilidade.

No PCA-Tool, o atributo da “Orientação Familiar” alcançou elevado valor nos seus escores médios em ambos os grupos (7,55 para usuários e 8,96 para profissionais). Em geral, 65,57% dos participantes disseram “com certeza, sim”, o médico/enfermeiro se disponibilizaria caso necessário, a se reunir com os membros de sua família, sendo que desses, 85,26% no Distrito Oeste. Contudo, no Distrito Norte, apenas 49,11% e 58,76%, dos participantes no Distrito Leste afirmaram com certeza essa possibilidade de reunião entre profissionais com familiares.

Ao pretender analisar as três ferramentas supracitadas, esta tese buscou identificar suas potencialidades, os parâmetros utilizados, nas ferramentas e compará-las para a avaliação da qualidade na atenção primária à saúde no município de Manaus, capital do estado do Amazonas.

Pelas Interações Sensíveis à Atenção Primária foram identificadas quais patologias foram e são mais frequentes entre 2010 e 2017, segundo faixa etária e gênero (variáveis que limitamos para nossa análise). Na análise, foi detectada a ligeira superioridade dos homens nesse indicador e a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis nessa população, principalmente na faixa a partir dos 30 anos de idade em diante. Na pesquisa de campo realizada pela pesquisadora, foi exatamente esse quadro epidemiológico que avistamos, a saber, pouquíssimos homens realizando consultas de rotina nas UBSs, especialmente aqueles homens idosos já hipertensos, diabéticos, ou homens na faixa etária da população

economicamente ativa para realizar algum exame solicitado pelo trabalho. Nesse sentido, taxas de ICSAPs são excelentes indicadores de resultados de saúde, ou seja, de vigilância e prevenção de doenças para atenção primária. Avalia o acesso, ou as dificuldades de acesso, e pode contribuir para sensibilizar os profissionais quanto às necessidades de um conhecimento técnico da área sob sua responsabilidade.

Nesse sentido, foi avaliada a qualidade da atenção primária também através das ferramentas PMAQ-AB (2º ciclo) e PCA-Tool, no tocante: à capacidade de serviços (estrutura) do sistema municipal de atenção primária em Manaus, ao quantitativo dos recursos humanos; recursos materiais como instalações e equipamentos (dotação de material); ao gerenciamento e à comodidade (tais como horário de funcionamento, distância da localização das UBS das moradias dos participantes, entre outros), à variedade de serviços oferecidos (serviços disponíveis e prestados); à organização de serviços (as multiprofissionais equipes de estratégia saúde da família); aos mecanismos para oferecer continuidade da atenção; à existência ou não de acessibilidade e barreiras à sua utilização; a existência de sistemas de informação implantados; ao delineamento da população eletiva para receber os serviços (protocolos); à administração do sistema de saúde, ou seja se no contexto dos distritos de saúde em Manaus há um compartilhamento de responsabilidade pela tomada de decisão com outras instâncias comunitárias (por exemplo, a existência e participação social nos conselhos de saúde local).

Com base nessas informações, verifica-se que a ferramenta do PCA-Tool se distingue do instrumento do PMAQ-AB, em relação à ênfase dada por esse último, em aspectos relacionados a estrutura e processo de trabalho para a avaliação da atenção primária, enquanto o PCA-Tool busca analisar, além desses aspectos, a qualidade dos serviços de saúde na atenção primária sob uma perspectiva da satisfação e vínculo dos usuários com os serviços e profissionais da atenção primária.

Os métodos avaliativos para a APS demonstram que possuem características peculiares que os aproximam e distanciam dependendo dos princípios preconizados para este modelo de atenção e que podem ser analisados de forma comparativa.

Os resultados da avaliação da atenção primária nos três instrumentos revelam a importância dos processos avaliativos como uma sistemática de políticas públicas que procuram avaliar os serviços de saúde, em especial da atenção primária à saúde no sentido de melhorá-los em atendimento às necessidades da população brasileira, em especial, na cidade de Manaus.

6.1. Limitações e Recomendações do Estudo

No tocante às Internações Sensíveis à Atenção Primária, os dados coletados são secundários obtidos em bases de consolidação de informações produzidas de forma descentralizada, portanto, tais dados utilizados podem conter imprecisões e inconsistências, as quais não foram identificadas nesta análise para fins de ajustamento estatístico. São necessários novos estudos para avaliar outros fatores que estejam influenciando as tendências de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde no município amazonense selecionado, inclusive estudos que abordam a associação entre o contexto social do local a ser investigado através de variáveis socioeconômicas, a cobertura da atenção primária, por exemplo, com as taxas de ICSAPs para a avaliação da Atenção Primária à Saúde.

Em relação à ferramenta do PCA-Tool, não foi possível realizar um levantamento sociodemográfico dos profissionais devido ao tempo disponível com os profissionais que aceitaram participar. Como sugestão para novos estudos da atenção primária em Manaus, sugerimos um estudo que envolva conjuntamente equipes de atenção primária e gestores em diversos níveis da atenção primária, contrastando a visão da gestão da atenção primária com a dos profissionais com respeito à avaliação da atenção primária.

Na ferramenta PMAQ-AB, as limitações do trabalho referem-se ao processo de seleção de alguns parâmetros, de modo que podemos ter deixado de lado outros tão relevantes quanto para a avaliação da atenção primária. Por isso, optamos por nos apoiar na metodologia utilizada em LIMA (2016). Como recomendações para outros estudos, sugere-se realizar uma comparação da avaliação da atenção primária para o município selecionado nos ciclos 1º, 2º, e 3º. do PMAQ-AB. Ressalte-se que o objetivo inicial dessa tese era investigar o 3º. ciclo do PMAQ-AB, uma vez que o período se aproximava com a pesquisa do PCA-Tool, contudo ainda não foram disponibilizados os microdados do município até o final do ano passado quando esperávamos ter acesso a tais dados.

REFERÊNCIAS

AGUILAR MJ; ANDER-EGG E. *Avaliação de serviços e programas sociais*. Petrópolis: Vozes; 1994.

AGUIAR, RAT. *A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil* [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.

ALBUQUERQUE, M.S.V. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, ed. SPE, p. 182-194, Out. 2014. DOI <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S014>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600182&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 dez. 2019.

ALENCAR, M.N. et al. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, ed. 2, p. 353-364, Fev. 2014. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.08522012>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200353&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2017.

ALELUIA, I.R.S. et al. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde:: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1845-1856, Jun. 2017. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.02042017>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601845&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2018.

ALFRADIQUE, M.E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, Jun. 2009. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2019.

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2006. 215 p.

ALMEIDA, S. D. M.; BARROS, M. B. A. Equidade e atenção à saúde das gestantes em Campinas (SP), Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v. 17, n. 1, p.15-25, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n1/24024.pdf>>. Acesso em: 9 ago. 2016.

ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Meta-avaliação de uma avaliação participativa desenvolvida por gestores municipais de saúde com foco no padrão "Utilidade". *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, e00105615, 2017. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00105615>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000205009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov. 2017.

ALMEIDA, P.F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1727-1742, Ago 2008. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800002>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2019.

ALMEIDA, P.F.; MARIN, J. ; CASOTTI, E. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela atenção básica. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 373-398, Ago. 2017. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00064>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000200373&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 out. 2019.

ALMEIDA PF, GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, ESCOREL S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, Fev. 2010. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200008>. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2019.

ALVES, E.T. B.R.; CYRINO, J.C. B. Caracterização do Sistema de Saúde em Manaus. In: *Espaço e Doenças: um olhar sobre o Amazonas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ANSARI Z, LADITKA JN, LADITKA SB. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Med Care Res Rev*. 2006 Dec; 63(6):719–41.

ANSARI Z, HAIDER SI, ANSARI H, GOOYER T, SINDALL C. Patient characteristics associated with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in Victoria, Australia. *BMC Health Services Research* 2012,12:475.

ARANTES, L.J. SHIMIZU, H.E. MERCHAN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, Mai.2016. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501499&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09. nov. 2017.

ARAÚJO, N.Y.B. *O milagre dos manauaras: Zona Franca de Manaus: uma análise do processo de industrialização implantado em Manaus e da universidade como formadora da mão-de-obra especializada*. Dissertação (Mestrado em Educação). Instituto de Estudos Avançados em Educação. Departamento de Administração de Sistemas Educacionais, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro: 1985.

ARAUJO, R.L.; MENDONCA, A.V. M.; SOUSA, M. F. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 387-399, jun. 2015. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002007>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200387&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 7 out. 2019.

AQUINO, R.; OLIVEIRA, N.F.; BARRETO, M. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *Am J Public Health*, Washington, v. 99, n. 1, p. 87-93, 2008.

AZEVEDO, F.S.. *Uma análise do programa Saúde da Família no Distrito de Saúde Leste da cidade de Manaus*. 2009. 130 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2009.

BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993*. Investindo em saúde. Indicadores de desenvolvimento mundial. Rio de Janeiro Banco Mundial, 1993.

BARA, V.M. F. et al. Diagnóstico de utilização do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde - PCATool-Brasil versão adulto - para população idosa. *Cad. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 330-335, Set. 2015. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400080015>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000300330&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2017.

BARCELOS, M.R.B. et al . Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, 67, 2017. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006802>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100261&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 out. 2019.

BERRETTA, I.Q.; LACERDA, J.T.; CALVO, M.C. M.. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2143-2154, Nov. 2011. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001100008>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6. nov. 2017.

BARROS, F.P.C.; SOUSA, M.F. Equidade: Seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9-18, 2016. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/issue/view/8534>. Acesso em: 26 jan. 2018.

BARROS, M.. *A Questão da Saúde na Amazônia*. Manaus: Fundação Universidade Federal do Amazonas, 1995.

BECKER, BK; STENNER C. *Um futuro para a Amazônia*. São Paulo: Oficina de textos; 2008.

BEZERRA, K.A. *Avaliação das ações voltadas à saúde da mulher na Atenção Básica, Brasil, 2014*. 2016. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2016.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000300002>. Disponível

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2019.

BOING, A.F. et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-366, abr.2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2017.

BORGES, B.. *Visita domiciliar na estratégia Saúde da Família: ação prioritária de cuidados aos sujeitos com Diabetes Mellitus 2*. 2017. 81 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2017.

BOSI, M. L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 1, p.150-153, fev.2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13. nov. 2017.

BOTTARI, C.M.S.; VASCONCELLOS, M. M.; MENDONÇA, M.H. M. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s111-s122, 2008. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300016>. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 out. 2019.

BRASIL, V.P.; COSTA, J. S.D. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina - estudo ecológico de 2001 a 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 25, n. 1, p. 75-84, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000100075&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10. nov. 2017.

BRASIL. Lei 8142/90. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília DF, 28 de dezembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde*. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36p. Brasil.

_____. Ministério da Saúde. *Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. 2 ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

_____. 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 da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2006a; 29 mar.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *ProGRAB: Programa para gestão por resultados*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 160p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008*. Publica na forma de anexo desta portaria, a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 2008 abr.18; Seção 1:70.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008*. Departamento de Atenção Básica. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Portaria 1.654, de 19 de julho de 2011*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Instrumento de avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade*. Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Auto-avaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica – AMAQ [online]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a. No prelo. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/amaq_2011.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual instrutivo do PMAQ-AB para as equipes de Atenção Básica*. Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Instrumento de avaliação externa para as equipes de Atenção Básica -PMAQ-AB*. Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. *Financiamento público de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Relatório descritivo municipal PMAQ-AB. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ* [recurso eletrônico] – Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 164 p.: il.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Instrumento de Avaliação externa para as equipes de Atenção Básica, Saúde Bucal e NASF 3º. Ciclo PMAQ 2017.b Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Instrumento_Avaliacao_Externa_AB_SB.pdf. Acesso em: 12. nov. 2017.

_____. Fundo Nacional de Saúde. <<https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>> e <<http://portalfns.saude.gov.br/arquivos-de-repasse-anual-fundo-a-fundo>>. Acesso em: 2.nov.2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Documento Síntese da Avaliação Externa*. Brasília: 2012a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/Documento_Sintese_Avaliacao_Externa_2012_04_25.pdf>. Acesso em: 30. Jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018*. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Brasília, 2019.

BATISTA, V. C. L. et al. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde segundo os profissionais de saúde da família. *SANARE*, Sobral. v.15, n. 02, p.87-93, jun./dez. 2016.

BROUWER, WBF; KOOPMANSCHAP MA. On the Economic Foundation of CEA: Ladies and Gentlemen, Take your Position! *J Health Econ* 2000; 19(4):439- 459.

BRYMAN, A.; BELL, E. *Business research methods* (2nd ed). Oxford: Oxford University Press, 2006.

BUSSAB, W. O.; MORETTIN, P. A. *Estatística Básica*. 7a. ed. Atual Editora: São Paulo, 2013.

CALDERÓN-MÁRQUEZS, R.Á MM, PEREA-MILLAC E, ORTIZD J Y BERMÚDEZ-TAMAYO C. Factores asociados a la hospitalización por procesos sensibles a cuidados ambulatorios en los municipios. *Gac Sanit* 2003;17(5):360-7 360.

CAMINAL, H.J; CASANOVA M.C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: marco conceptual. *Aten Primaria*. 2003;31(1):61-5.

CAMINAL J, STARFIELD B, SÁNCHEZ E, CASANOVA C, MORALES M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health*. 2004;14(3):246-51.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Revista de Administração Pública*, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 out. 2019.

CARNEIRO, M.S.M. et al. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 279-295, out. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600279&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 nov. 2017.

CASTANHEIRA, E.R.L. et al. O processo de avaliação do PMAQ-AB: o olhar de uma equipe. In: / Marco Akerman, Juarez Pereira Furtado, organizadores. *Práticas de avaliação em saúde no Brasil: Diálogos* – 2016. 392 p.

CAVALCANTI, P.C.S.; OLIVEIRA NETO, A.V.; SOUSA, M.F. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 323-336, jun.2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200323&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11. nov. 2017.

CECCON, R.F.; MENEGHEL, S.N.; VIECILI, P.R.N. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico. *Rev. bras. epidemiol.* São Paulo, v. 17, n. 4, p. 968-977, dez.2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000400968&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 nov. 2017.

CESAR, C.L.G.; TANAKA, O. Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, supl.2, p. S59-S70, 1996. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000600007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12. nov. 2017.

CHUEIRI, OS; HARZHEIM, E; TAKEDA, SMP. Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde - uma proposta de itens para avaliação destes atributos. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017; 12(39): 1-18. DOI:

[https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1363](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1363). Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1363>. Acesso em: 12. nov.2017.

CONILL, E.M.; FAUSTO, M.C.R. *Análisis de la problemática de la integración APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social*. Rio de Janeiro: Intercâmbio EuroSocial Salud, 2007.68 p.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s7-s16, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10. nov. 2017.

CONILL, E.M.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 10, supl. 1, p. s14-s27, 2010. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500002>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17. dez. 2018.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al.. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a práticas da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 37-48.

COTTA, R.M.M. et al . O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1121-1138, 2011. DOI. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000300019>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 17 dez. 2018.

CRESWELL, J.W. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, California: Sage, 2009.

CRESWELL, J.W. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2012.

CRUZ, M.M. et al. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 124-139, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600124&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11.nov.2017.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health*, 94(11), 1864-1874, 2004.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saude soc.*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, Dez. 2011. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Dez 2017.

CUNHA CRH. *Percepção da qualidade da atenção à saúde infantil pelos médicos e enfermeiros: comparação entre o Programa Saúde da Família e o modelo tradicional* [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.

CUNHA, E.M.; GIOVANELLA, L.. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl.1, p. 1029-1042, 2011. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036> Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 out. 2019.

DASCHEVI JM; TACLA, MTGM; ALVES BA, TOSO BRGO, Collet N. Avaliação dos princípios da orientação familiar e comunitária da atenção primária à saúde da criança. *Semina cienc. biol. saude*. 2015 jan-jun, 36(1): 31-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0367.2015v36n1p31>.

DE MAESENEER J; WILLEMS S; DE SUTTER A, et al. Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network. *WHO Health Systems knowledge Network*, 2007. Disponível em: <http://www.wits.ac.za/Academic/Centres/CHP/Collaboration/HSKN.htm> (accessed 01 jan 2018).

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério de Saúde. *Avaliação para melhoria da qualidade da Equipe de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

DIAS MP; GIOVANELLA L. Prontuário eletrônico - uma estratégia de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte. *RECIIS Online* 2013; 7(2). Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/518>. Acesso em: 2. set. 2019.

DONABEDIAN, A. *Explorations in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly, S.i.*, v. 3, n. 44, p. 166-203, 1966.

DONABEDIAN, A. *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University, 2003.

DO AMARAL GIORDANI, J.M. et al. Desigualdades na distribuição das equipes de saúde bucal no Brasil. *STOMATOS*, v. 23, n. 45, 2017.

DRAIBE, S.M. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: Barreira MCR, Carvalho MCB, organizadores. *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUC; 2004. p. 15-42.

EDLER, F.C.; FONSECA, M.R.F. 2006 História da educação médica no Brasil. *Cadernos da ABEM*, Rio de Janeiro, v. 2, p. 8-27, 2006.

EGRY, E.Y. Necessidades em saúde como objeto da TIPESC. In: Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem [S.l: s.n.], 2010.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, mar. 2007. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03. nov. 2017.

FALK, J. W. (2004). A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. *Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade*, 1(1), 5-10. [https://doi.org/10.5712/rbmfc1\(1\)2](https://doi.org/10.5712/rbmfc1(1)2).

FAUSTO, M.C.R. *Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira*. 2005. 261p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

FRACOLLI, L.A. et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4851-4860, dec.2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204851&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13. nov. 2017.

FRANK, B.R.B. et al. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n.105, p.400-410, Junho. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200400&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10.Nov.2017.

ELIAS, E.; MAGAJEWSKI, F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 633-647, dez.2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10. nov. 2017.

FACCHINI, L.A. et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s159-s172, 2008. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300020>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Dez. 2018.

FARIA, C.A.P. A política da avaliação de políticas públicas. *Rev. bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 97-110, Out. 2005. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092005000300007>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092005000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Dez. 2018.

FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In.: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D. (Orgs). *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*. Rio de Janeiro: EPSJV/ FIOCRUZ, 2007.

FAUSTO, M.C.R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde em Debate* [online]. 2014, v. 38, n. spe [Acessado 2 outubro 2019] , pp. 13-33. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S003>>.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, 4(3): 317-321.2004.

FELISBERTO, E. et al . Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 9, n. 3, p. 339-357, Set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09. nov.2017.

FIGUEIRO, A.C. et al. Usos e influência da avaliação em saúde em dois estudos sobre o Programa Nacional de Controle da Dengue. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2095-2105, nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08.nov.2017.

FACCHINI, L.A. et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s159-s172, 2008. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300020>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 out. 2018.

FRANK, B.R.B. et al. Evaluation of the longitudinality in Primary Health Care units. *Saúde em Debate*, v. 39, n. 105, p. 400-410, 2015.

FREITAS, F.P.; PINTO, I.C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica-SIAB. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 547-554, Ago. 2005. DOI. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000400013>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2018.

FREUND T; CAMPBELL SM; GEISSLERS; KUNZ CU; PETERS-KLIMM F AND SZECSENY J. Strategies for Reducing Potentially Avoidable Hospitalizations for Ambulatory Care-Sensitive Conditions. *Annals of Family Medicine*. Vol. 11, n 4, July/August 2013.

FURTADO, J.P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000100014>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Dez. 2018.

FURTADO, J. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001202643&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11. nov. 2017.

GEO MANAUS. Projeto geo cidades: relatório ambiental urbano integrado: informe *GEO: Manaus/* Supervisão: Ana Lúcia Nadalutti La Rovere, Samyra Crespo; Coordenação: Rui Velloso. Rio de Janeiro: Consórcio Parceria 21, 2002. 188 p.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-963, Mai. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2018.

_____. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente?. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s21-s23, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02. nov. 2017.

GIOVANELLA, L. et al. Potencialidades e obstáculos para a consolidação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 85, abril-junho, 2010, p. 248-264, 2010.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados. Rio de Janeiro: *CEBES*, 2012.

GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, ALMEIDA PF, ESCOREL S, SENNA MCM, FAUSTO MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14:783-94.

GIOVANELLA L. Atenção primária à saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. *Divulg Saúde Debate* 2014; (51):30-7.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2018, v. 34, n. 8 [Acessado 4 outubro 2019] , e00029818. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>>. Epub 20 ago 2018. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>.

GOMES, B. S. M. ; BASTOS, S. Q. de A. ; MORAIS, A. M. P. . IMPACTO DO PSF NA MORTALIDADE INFANTIL NO S MUNICÍPIOS BRASILEIROS (1993/2012). In: *XIII Encontro Nacional da Associação Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos*, 2015, Curitiba. XIII Encontro Nacional da Associação Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos, 2015.

GONCALVES MR, UMPIERRE RN, DAVILA OP, KATZ N, MENGUE SS, SIQUEIRA AC, et al. Expanding Primary care access: a telehealth success story. *Ann Fam Med* 2017; 15:383.

GUANAIS, F.; MACINKO, J.(2009) Primary Care and Avoidable Hospitalizations Evidence From Brazil. *J Ambulatory Care Manage* Vol. 32, No. 2, pp. 115–122.

GUIBU IA; MORA,ESJC; GUERRA JUNIOR AA; COSTA EA; ACURCIO FA; COSTA KS, et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Saude Publica* 2017; 51 Supl 2:17s.

HARZHEIM E; OLIVEIRA MMC; AGOSTINHO MR; HAUSER L; STEIN AT; GONCALVES MR, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde : PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comum*. 2013;8 (29):274–84.

HARZHEIM, E.et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05.nov.2017.

HANSEN AH, HALVORSEN PA, AARAAS IJ and FØRDE OH. Continuity of GP care is related to reduced specialist healthcare use: a cross - sectional survey. *British Journal of General Practice*, July 2013.

HARTZ, ZMA, organizador. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997.

HENNING, E; VAN RENSBURG, W; SMIT, B (2004) *Finding your way in qualitative Research* . Pretoria: Van Schaik. Publishers, Pretoria ,179 p.

IBAÑEZ, N.; ROCHA, J.S.Y.; CASTRO, P.C.; RIBEIRO, M.C.S.A.; FORSTER, A.C.; NOVAES, M.H. VIANA, A.L.A. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.

IBGE (2014). *Pesquisa Mensal de Saúde 2013*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>. Acesso em 4. jan. 2018.

IPEA (2018) – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *As transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde em 2016*. Disoc. IPEA. (Nota Técnica n.º 46). Disponível em: <www.ipeadata.gov.br>. Acesso em: 2 jan. 2018.

JANSSEN, M.; F., S.C.; ALEXANDRE, G.C. Avaliação da dimensão estrutura no atendimento ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família: potencialidades do PMAQ-AB. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 140-152, dez.2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400140&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 fev. 2018.

JUNQUEIRA, L.A.P.. "Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, nov./dez., 2000.

KRINGOS DS, BOERMA W, VAN DER ZEE J, GROENEWEGEN P. Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked To Better Population Health But Also To Higher Health Spending. *Health Aff* 2013; 32(4):686-694.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, dez.2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30. out. 2017.

LEAO, C.D.A.; CALDEIRA, A.P.; OLIVEIRA, M.M.C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 11, n. 3, p. 323-334, Set. 2011. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292011000300013>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 out. 2019.

LIMA, J.G. et al . Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 52-66, Set. 2018. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s104>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500052&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30. set. 2019.

LIMA F.A.; GALIMBERTTI, P.A. Sentidos da participação social na saúde para lideranças comunitárias e profissionais da Estratégia Saúde da Família do território de Vila União, em Sobral - CE. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 157-175, Mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000100157&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez.2017.

LIMA, J.G.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M.C.R.; BOUSQUAT, A. Qualidade da atenção básica por tipos de regiões de saúde. *Novos Caminhos*, N.12. Julho/2016. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em www.regiaoeredes.com.br.

LIMA, R.T.S. Desigualdades sociais e mortalidade na infância no contexto intraurbano de Manaus, Amazonas, Brasil. 2014. 182 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. *Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. 2001.

LUNA, M.R.S.. *A estratégia saúde da família: um estudo na realidade do bairro Mauzinho*. 2011. 148 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2011.

LUNA, M.R.S.; OLIVEIRA, S.E.B. O Sistema Único de Saúde na realidade de Manaus: um paradigma para análise. *Sociedade em Debate*, Pelotas, v. 16, n. 1, p. 91-106, Jan.-Jun./2010.

MACHADO, CV. O papel federal no sistema de saúde brasileiro. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. 35-70 pp.

MACIEL, A.G.; CALDEIRA, A.P.; DINIZ, F.J.L.S. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 319-330, Out. 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600319&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 Nov. 2017.

MACINKO J. III Seminário Internacional de Atenção Primária - Saúde da Família. Relatório de atividades. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2008. [acessado 2017 nov.1]. Disponível em:http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/3seminario_internacional_relatorio_atividades.pdf.

MACINKO J; STARFIELD B; SHI L. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. *Health Serv Res* 2003; 38:819-853.

MACINKO J.; ALMEIDA C.; OLIVEIRA ES; SÁ PK, Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage* 2004; 19:303-17.

MACINKO, James; GUANAIS, Frederico; SOUZA, Maria de Fatima Marinho. Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(1), 13-19, 2006.

MACINKO, J. et al. Major Expansion Of Primary Care In Brazil Linked To Decline In Unnecessary Hospitalization. *HEALTH AFFAIRS* 29, NO. 12 (2010): 2149–2160.

MACINKO J, DE OLIVEIRA VB, TURCI M.; GUANAIS, F.C.; BONOLO, P.F; LIMA-COSTA, M.F. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am. J. Public Health*. 2011; 101(10).

MACKENBACH JP. An Analysis of the Role of Health Care in Reducing Socioeconomic Inequalities in Health: The Case of the Netherlands. *Int J Health Serv* 2003; 33(3):523-541.

MAGAN P, ALBERQUILLA A, OTERO A, RIBERA JM. Hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions and quality of primary care: their relation with socioeconomic and health care variables in the Madrid regional health service (Spain). *Med Care*. 2011 Jan; 49(1):17.–23.

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.

MALTA, D.C. et al . A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21,n.2,p.327-338,Fev.2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200327&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1. Fev. 2018.

MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde de Manaus (2014-2017)*. SEMSA, 2013.

MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde de Manaus (2018-2021)*. SEMSA, 2018.

MEDRADO, J.R.S.; CASANOVA, A.O.; OLIVEIRA, C.C.M.. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1033-1043, Dez. 2015. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420161070360>. Disponível

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000401033&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Dez. 2017.

MELO, M.A. Estado, governo e políticas públicas. In: MICELI, Sérgio (Org.). *O que ler na ciência social brasileira (1970-1995)*. São Paulo: Sumaré, 1999. v. 3, p. 59-100.

MENDES, E.V. *A Construção Social da Atenção Primária à Saúde*. Brasília: CONASS; 2015.

_____. *A evolução histórica da prática médica, suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica*. Belo Horizonte: PUC/FINEP, 1985.

_____. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1999.

_____. Agora mais do que nunca - uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados*. Brasília: CONASS, 2009. (Anexo II).

_____. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

_____. *Atenção Primária à Saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

_____. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MENDES, E.F. *Qualidade em saúde na perspectiva do trabalhador da atenção básica na cidade de Manaus*. 2015. 109 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2015.

MENDES LV, CAMPOS MR, CHAVES GC, SILVA RM, FREITAS OS, COSTA KS, Luiza VL. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, 2014 out., 38(num.especial): 109-123. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0109.pdf>. Acesso em: 02 de set. 2019. DOI <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S009>.

MENDONÇA, C. S. *Uso das internações por condições sensíveis à atenção primária da estratégia saúde da família em Belo Horizonte/MG*. 2009.112p. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, 2009.

MENDONÇA, C. S. *Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e qualidade da Saúde da Família em Belo Horizonte Brasil*. PhD Thesis. [Porto Alegre, RS]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS; 2016.

MENEGHIM, M.C.; PEREIRA, A.C.; JUNIOR, O.N. Estratégia Saúde da Família em Manaus: uma avaliação dos aspectos administrativos e operacionais. *Odonto*, 2012, v. 1, n. 1, p. 99-109.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 93. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Regionalização da assistência à saúde: Norma Operacional da Assistência à Saúde, 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde / Departamento de Atenção Básica. (2000). *Proposta de Estruturação do Departamento de Atenção Básica* (mimeo).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde / Departamento de Atenção Básica / Coordenação de Investigação. (2001). *Relatório de Avaliação: fevereiro de 2000 a maio de 2001*.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica / Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. (2003a). *Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica*. [Produto do trabalho da Comissão instituída pela Portaria Nº 676 GM/MS de 03 de junho de 2003, publicada no DOU em 04 de junho de 2003].

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica / Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. (2003b). *Relatório de atividades, 2003*.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

MINISTERIO DA SAUDE; SECRETARIA DE ATENCAO A SAUDE e DEPARTAMENTO DE ATENCAO BASICA. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* [online]. 2003a, vol.3, n.2, pp.221-224.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica / Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. (2004). *Planos Estaduais para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica - Diretrizes e Orientações*.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica; II (28). Brasília: Ministério da Saúde. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I, 1ª. Impressão, DF, Brasília, 2013.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MICLOS, P.V.; CALVO, M.C.M.; COLUSSI, C.F. Avaliação do desempenho das ações e resultados em saúde da atenção básica. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.51,86,2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100277&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov.2017.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3., 237-248, Set.1993 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Fev. 2018.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, Jun. 2005. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300024>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Out. 2019.

MOURA, B.L.A. et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife ,v. 10, supl. 1, p. s83-s91, Nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Nov. 2017.

NEDEL, F. B. *Internações hospitalares evitáveis pela Atenção primária: Estudo do impacto do Programa Saúde da Família sobre as internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Rio Grande do Sul, Brasil*. 2009. 268p. Tese de Doutorado. (Doutorado em Epidemiologia) Universidade Federal de Pelotas, RS, 2009.

NEDEL, F. B.; FACCHINI, L. A.; MARTIN, M.; NAVARRO, A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 19, n. 1, 2010, p. 61-75. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2018.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-549, Out. 2000. DOI. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000500018>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000500018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2017.

- OLIVEIRA, K.C. *Sistema de informação da atenção básica: análise do processo de produção de dados e informações em equipes de saúde da família de Cuiabá/MT* [dissertação]. Mato Grosso: Universidade Federal do Mato Grosso - Faculdade de Enfermagem; 2010.
- OLIVEIRA, V. B. C. A. *Avaliação da atenção primária à saúde da criança no município de Colombo – PR*. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- O'NEIL SS, LAKE T, MERRILL A, WILSON A, MANN DA, BARTNYSKA LM. Racial disparities in hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions. *Am J Prev Med*. 2010 Apr;38(4):381–8.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/OMS. Organização Pan-americana de Saúde. *Declaração de Alma-Ata*. Conferência Internacional sobre cuidados Primários em Saúde. 1978.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde*. Brasília, 1978.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/OMS. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de saúde/OMS. Brasília, DF: OMS; 2005.
- PAGANO M; GAUVREAU K. *Princípios de Bioestatística*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2004.
- PALHARES, F.F.M. *Análise das condições de trabalho dos agentes comunitários de saúde de Manaus*. 2011. 114 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2011.
- PASARIN MI, BERRA S, RAJMIL L, et al. An instrument to evaluate primary health care from the population perspective. *Aten Primaria*. 2007 Ago; 39 (8): 395-401.
- PAULA, W.K.A.S. et al . Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. *Cad. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 242-248, Abr. 2017. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700020113>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000200242&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Out. 2019. Epub July 10, 2017.
- PAULA, F.A. et al. Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG). *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n.106, p.802-814, Set.2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300802&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 Nov. 2017.
- PATTON, M.Q. *Utilization-focused evaluation*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1997.
- PEREIRA, A.B. et al. Perfil social do usuário do sistema único de saúde na atenção primária em saúde. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 3, p.

94-98, jul. 2012. DOI: <https://doi.org/10.17058/reci.v2i3.2746>. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/2746/2191>>. Acesso em: 08 mai. 2019.

POCAS, K.C.; FREITAS, L.R.S.; DUARTE, E.C. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 26, n. 2, p. 275-284, Jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000200275&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 nov. 2017.

PRATES, M. L. et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1881-1893, Jun.2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601881&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov.2017.

PAZO, R.G. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo: estudo ecológico descritivo no período 2005-2009. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v.21, n.2, p.275-282, jun.2012. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004.

PORTELA, G. Z.; RIBEIRO, J.M.. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1719-1732, Mar. 2011. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300009>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2019.

PROTASIO, A.P.L. et al. User satisfaction with primary health care by region in Brazil: 1st cycle of external evaluation from PMAQ-AB. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1829-1844, June,2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601829&lng=en&nrm=iso>. Acesso em. 02 fev. 2018.

PROJETO GEO CIDADES: relatório ambiental urbano integrado: informe GEO: Manaus/Supervisão: Ana Lúcia Nadalutti La Rovere, Samyra Crespo; Coordenação: Rui Velloso. Rio de Janeiro: Consórcio Parceria 21, 2002. 188 p.

RAMOS, M.P.; SCHABBACH, L. M.. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 5, p. 1271-1294, Out. 2012. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122012000500005>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122012000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2017.

RAMOS, M.P. Aspectos conceituais e metodológicos da avaliação de políticas públicas e programas sociais. *Planejamento e Políticas Públicas*. IPEA, Brasília, v 32, n1, p 95-114, jan.

2009. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/11> > Acesso em: 03. jan.2018.

REHEM, T.C.M.S.B.; EGRY, E.Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p.4755-4766, Dez.2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 nov. 2017.

REHEM, T.C.M.S.B.; CIOSAK, S.I.; EGRY, E.Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 535-542, Set. 2012.

ROCHA, R.; SOARES, R. Evaluating the Impact of Community-based Health Interventions: Evidence from Brazil's Family Health Program. *Health Economics*. Wiley Online Library, v. 19, p. 126-158, mai. 2010.

RODRIGUES, E.M.D. et al . Avaliação do atributo “Orientação Comunitária” na óptica do usuário adulto da atenção primária. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília , v. 72, n. 3, p. 632-639, Jun. 2019. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0601>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000300632&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Out. 2019. Epub June 27, 2019.

RODRIGUES-BASTOS, R.M. et al . Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v.59, n.2, p.120-127, Abr.2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Nov. 2017.

ROSANO A, LAURIA L, VIOLA G, BURGIO A, DE BELVIS AG, RICCIARDI W, et al. Hospitalization for ambulatory care sensitive conditions and the role of primary care. *Ital J Public Health*. 2011; 8(1):77–88.

ROSSI PH; LIPSEY MH; FREEMAN, HE. *Evaluation: a systematic approach*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2004.

RUBINSTEIN A, LÓPEZ A ,CAPORALE J , VALANZASCA P , IRAZOLA V, RUBINSTEIN F. Avoidable hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions as an indicator of primary health care effectiveness in Argentina. *J Ambul Care Manage*. 2014 Jan-Mar;37(1):69-81.

SACRAMENTO, D.S. et al. Organização dos serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento dos casos de tuberculose em Manaus, Amazonas, 2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. v. 28, n. 2 [Acessado 20 Setembro 2019] , e2017500. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200007>>. DOI <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200007>.

SAHA S, SOLOTAROFF R, OSTER A, BINDMAN AB. Are preventable hospitalizations sensitive to changes in access to primary care? The case of the Oregon Health Plan. *Med Care* 2007; 45(8):712-9.

SANTOS, N. A. et al. Avaliação dos atributos da atenção primária por profissionais de saúde. *Rev. APS*, v. 20, n 3, p. 339-348, 2017.

SALTMAN RB, RICO A, BOERMA W, editors. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European Primary Care*. Berkshire: McGraw-Hill; 2011.

SANCHO, L.G.; DAIN, S. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 765-774, Mar.2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2017

SARTI TD; LIMA RCD; SILVA MZ; MACIEL ELN. A institucionalização da avaliação na atenção básica: alguns aspectos para a construção de práticas democráticas no contexto da estratégia saúde da família. *UFES Rev Odont*. 2008; 10(1):63-6.

SAVASSI, L.C.M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da Atenção Primária. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, [S.l.], v. 7, n. 23, p. 69-74, abr. 2012. ISSN 2179-7994. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/392>>. Acesso em: 12 jan. 2018. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc7\(23\)392](https://doi.org/10.5712/rbmfc7(23)392).

SANTIAGO RF, MENDES AC, MIRANDA GM, DUARTE PO, FURTADO BM, Souza WV. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. *Cien Saude Colet*. 2013;18(1):35-44. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100005>. PMID:23338494.

SENNA, M.C.M.; SANTOS, M. A. Atenção primária à saúde na agenda pública brasileira: dilemas entre focalização e universalidade. *Revista de Políticas Públicas*. v. 21, n. 1 (2017) p.403-424. .

SERAPIONI, M.; SILVA, M. G. C. Avaliação da qualidade do programa Saúde da Família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.11, p.4315-4326, Nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Nov. 2017.

SERRA, C.G.; RODRIGUES, P.H.A.. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3579-3586, Nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900033&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 dez. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900033>

SHADISH WR; COOK TD; LEVITON LC, editors. *Foundations of program evaluation: theories of practice*. Newbury Park: Sage Publications; 1991.

SHI, L. Primary care, specialty care, and life chances. *Int J Health Serv*, n. 24, p. 431-58, 1994.

SCHEFFER, M. et al. *Demografia Médica no Brasil 2018*. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p.

SHI L; MACINKO J; STARFIELD B; XU J; REGAN J; POLITZER R, et al. Primary care, infant mortality, and low birth weight in the states of the USA. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2004;58:374–80.

SICSÚ, A.N.; GONZALES, R.I.C.; MITANO, F.; BALLESTERO, J.G.A. et al. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE MANAUS-AMAZONAS. In: ANAIS DO CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 2017, *Anais eletrônicos...* Campinas, GALOÁ, 2018. Disponível em: <<https://proceedings.science/epi/trabalhos/perfil-epidemiologico-da-tuberculose-no-municipio-de-manaus-amazonas>> Acesso em: 07 set. 2019.

SILVA, P. L. B. (coord.). *Modelo de Avaliação de Programas Sociais Prioritários*: relatório final. Programa de Apoio à Gestão Social no Brasil. Campinas, NEPP-UNICAMP, 1999.

SILVA, L.A.; CASOTTI, C.A.; CHAVES, S.C.L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, Jan. 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Nov. 2017.

SILVA, S.A. et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 48, n. spe, p. 122-128, Ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700122&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10. Nov. 2017.

SILVA LGV; FORMIGLI VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad Saúde Pública* 1994; 10(1):80-91.

SILVA, N.C. *Atenção primária em saúde e contexto familiar: análise do atributo 'centralidade na família' no PSF de Manaus*. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

SILVA, N.C.; GARNELO, L.; GIOVANELLA, L. Extensão de Cobertura ou Reorganização da Atenção Básica? A trajetória do Programa de Saúde da Família de Manaus-AM. *Saude soc.*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 592-604, Set. 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17. Set. 2019.

SILVA, N.C.; GIOVANELLA, L.; MAINBOURG, E.M.T. A família nas práticas das equipes de Saúde da Família. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 67, n. 2, p. 274-281, Apr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200274&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 out. 2019.

SILVA, K.L.; RODRIGUES, A.T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 63, ed. 5, p. 762-769, Out. 2010. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000500011>.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 dez. 2017.

SIMOES, A.L.; FREITAS, C.M. Análise sobre condições de trabalho de Equipe de Saúde da Família, num contexto de vulnerabilidades, Manaus (AM). *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 47-58, Jun. 2016. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201610904>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200047&lng=en&nrm=iso. Acesso em 27 Set. 2019.

SIMON, C.P. *Promoção de saúde na comunidade: análise de relatos de experiências na literatura sob a perspectiva da psicologia crítica*. Tese de Doutorado do Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, (2003).

SOARES, J.F., SIQUEIRA, A. L. *Introdução à Estatística Médica*. 2 ed.– UFMG - COOPMED, Belo Horizonte, MG, 2002.

SOUZA, M.L. P.; GARNELO, L. "É muito difícil!" : etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s91-s99, 2008. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27. Set. 2019.

SOUZA, S.P. *Atenção a hipertensos e diabéticos na Estratégia Saúde da Família e o Programa Mais Médicos*. 2017. 71 f. Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia) - Instituto Leônidas e Maria Deane, Manaus, 2017.

STARFIELD, B. Primary Care: Is it essential? *Lancet*, n. 344, p. 1129-33, 1994.

STARFIELD, B. New paradigms for quality in primary care. *Br J Gen Pract* 2001; 51(465):303-309.

STARFIELD, B.; SHI, L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*. *Health Policy*, Ireland, v. 60, n. 3, p. 201-218, Jun. 2002. DOI 10.1016/s0168-8510(01)00208-1. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11965331>. Acesso em: 17 set. 2017.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609. Acesso em: 28 out. 2017.

STARFIELD B, SHI L, MACINKO J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q* 2005; 83(3):457-502.

STAKE, RE. *Evaluación comprensiva y evaluación basada em estándares*. Barcelona: Editorial Graó; 2006.

STENZEL, ACB. *A temática da avaliação no campo de saúde coletiva: uma bibliografia comentada [Dissertação]*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1996.

STOPA SR, MALTA DC, MONTEIRO CN, SZWARCOWALD CL, GOLDBAUM M, CESAR CLG. Use of and access to health services in Brazil, 2013 National Health Survey. *Rev Saúde Pública* [serial on the internet]. 2017 [cited 2017 Dec 11];51(Suppl 1):1s-11s. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000074.pdf.

SUMAR, N.; FAUSTO, M. C. R. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. *Journal of Management & Primary Health Care*, Pernambuco, v. 5, n. 2, p. 202-212, 2014.

SUNG NJ, SUH SY, LEE DW, AHN HP, CHOI YJ, Lee JH. Patient's assessment of primary care of medical institutions in South Korea by structural type. *Int J Qual Health Care* 2010; 22(6):493-499.

SZWARCOWALD, CL et al. Inequalities in healthy life expectancy by Brazilian geographic regions: findings from the National Health Survey, 2013. *International Journal for Equity in Health*. (2016) 15:141.

TANAKA, O. Y. ; MELO, C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em Saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 4, n. 7, p. 113-118, Ago. 2000. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832000000200009>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 dez. 2017.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E.M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.821-828, Abr. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09. Nov. 2017.

TARIMO, E; WEBSTER, E. G. Primary health care concepts and challenges in a changing world: Alma-Ata revisited. World Health Organization, Division of Analysis, *Research and Assessment*, ARA Paper n. 7, 1997.

TAVARES, V.S.A.et al . Avaliação da atenção ao diabetes mellitus em Unidades de Saúde da Família de Petrolina, Pernambuco, 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v.23, n.3, p.527-536, Set.2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000300527&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 nov. 2017.

TOURIGNY A, AUBIN M, HAGGERTY J, BONIN L, MORIN D, REINHARZ D, LEDUC Y, ST-PIERRE M, HOULE N, GIGUÈRE A, BENOUNISSA Z, CARMICHAEL PH. Patients' perceptions of the quality of care after primary care reform: Family medicine groups in Quebec. *Can Fam Physician* 2010; 56(7):e273-e282.

TURCI, M.A.; LIMA-COSTA, M.F.; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.31, n.9, p.1941-1952, Set. 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000901941&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 nov. 2017

TURRINI, R.N.T.; LEBRAO, M.L.; CESAR, C.L.G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, Mar. 2008. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300020>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 out. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. *Avaliação do impacto das ações do programa de saúde da família na redução das internações hospitalares por condições sensíveis à Atenção Básica em adultos e idosos: relatório final de pesquisa* [Internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2012. Disponível em: [Disponível em: Disponível em https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3261.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3261.pdf). Acesso em: 12.Out.2017.

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. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s148-s158, 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10.nov.2017

VASCONCELLOS, S.C. *A problemática do financiamento da Atenção Básica nos municípios no período do Pacto pela Saúde (2006-2010): o caso do Estado da Bahia*. 2013. 158 p. Dissertação (Mestrado em Ciências). – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013.

VENÂNCIO, S. I. et al. Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ: estudo de implantação no Estado de São Paulo. São Paulo: *Instituto de Saúde*, 2008. 112 p. (Temas em Saúde Coletiva, 7).

VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. p. 225-264, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8.nov. 2017

VITORIA, A. M.; HARZHEIM, E.; TAKEDA, S. P.; HAUSER, L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 8, n. 29, p. 285-293, 7 out. 2013.

VUORI, H. Health for all, primary health care and general practitioners. *Journal of the Royal College of General Practitioners*. London, n. 36, p. 398-402, 1986.

WANG W, SHI L, YIN A, LAI Y, MAITLAND E, NICHOLAS S. Development and Validation of the Tibetan Primary Care Assessment Tool. *Biomed Res Int* 2014; 2014:308739.

WEISS, C.(1998), *Evaluation: methods for studying programs and policies*, 2a ed., Prentice-Hall.

WEISS, N.A. (2016). *Introductory Statistics*. 10th Edition, Boston: Pearson, 848 p.

WELCH W.P. et al. Geographic variation in expenditures for physicians' services in the United States. *N Engl J Med* n. 328, p. 621-7, 1993.

APÊNDICE A

Atributos Essenciais e Derivados da APS	PCATool- BRASIL- VERSÃO CRIANÇA	PCATool - BRASIL- VERSÃO ADULTO	PCATool-BRASIL-VERSÃO PROFISSIONAIS
	Descrição do Instrumento: É composto por 55 itens divididos em 10 componentes relacionados da seguinte maneira aos atributos da APS:	Descrição do Instrumento: A versão validada do PCATool do Adulto contém 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS.	Descrição do Instrumento: É composto por 77 itens divididos em 8 componentes da seguinte maneira em relação aos atributos da APS.
Acesso de Primeiro Contato Acessibilidade	1. Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A). Constituído por 3 itens (A1, A2 e A3); 2. Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B). Constituído por 3 itens (B1, B2 e B3); 3. Acesso de Primeiro Contato– Acessibilidade (C). Constituído por 6 itens (C1, C2, C3, C4, C5 e C6).	1. Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A). Constituído por 3 itens (A1, A2 e A3); 2. Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B). Constituído por 3 itens (B1, B2 e B3); 3. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C). Constituído por 12 itens (C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11 e C12).	1. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (A). Constituído por 9 itens (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8 e A9).
Longitudinalidade	4. Longitudinalidade (D). Constituído por 14 itens (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13, D14).	4. Longitudinalidade (D). Constituída por 14 itens (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13 e D14).	2. Longitudinalidade (B). Constituída por 13 itens (B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, B9, B10, B11, B12 e B13).
Coordenação da atenção	5. Coordenação. Integração de Cuidados (E). Constituído por 5 itens (E2, E3, E4, E5 e E6); 6. Coordenação - Sistema de Informações (F). Constituído por 3 itens (F1, F2 e F3).	5. Coordenação – Integração de Cuidados (E). Constituído por 8 itens (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E9); 6. Coordenação. Sistema de Informações (F). Constituído por 3 itens (F1, F2 e F3)	3. Coordenação – Integração de Cuidados (C). Constituído por 6 itens (C1, C2, C3, C4, C5 e C6); 4. Coordenação – Sistema de Informações (D). Constituído por 3 itens (D1, D2 e D3).
Integralidade	7. Integralidade – Serviços Disponíveis (G). Constituído por 9 itens (G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8 e G9); 8. Integralidade – Serviços Prestados (H). Constituído por 5 itens (H1, H2, H3, H4 e H5).	7. Integralidade– Serviços Disponíveis (G). Constituído por 22 itens (G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13, G14, G15, G16, G17, G18, G19, G20, G21, G22); 8. Integralidade – Serviços Prestados (H). Constituído por 13 itens para mulheres (H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13) e 11 itens para homens (H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11).	5. Integralidade – Serviços Disponíveis (E). Constituído por 22 itens (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21 e E22) ; 6. Integralidade – Serviços Prestados (F). Constituído por 15 itens (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, F11, F12, F13, F14 e F15).
Orientação Familiar	9. Orientação Familiar (I). Constituído por 3 itens (I1, I2 e I3).	9. Orientação Familiar (I). Constituído por 3 itens (I1, I2, I3)	7. Orientação Familiar (G). Constituído por 3 itens (G1, G2 e G3).
Orientação Comunitária	10. Orientação Comunitária (J). Constituído por 4 itens (J1, J2, J3 e J4).	10. Orientação Comunitária (J) – constituída por 6 itens (J1, J2, J3, J4, J5, J6).	8. Orientação Comunitária (H). Constituído por 6 itens (H1, H2, H3, H4, H5 e H6).

Fonte: BRASIL (2010).

APÊNDICE B – ATRIBUTO – COMPONENTES: PADRÕES DE RESPOSTAS, VARIÁVEIS SELECIONADAS NO PMAQ-AB

	Usuários	UBS	EqAP
	Padrão de respostas: 10 minutos; 20 minutos; muito fácil; fácil ou razoável; turnos de atendimentos (manhã e tarde); sim; segunda, terça, quarta, quinta, sexta, sábado, domingo.		
Atributo Primeiro Contato Componente: Horário de funcionamento	<p>III.5.1 Usuário afirma que leva de 10 a 20 minutos da sua casa até a UBS.</p> <p>III.5.2. A distância da sua casa até a UBS é muito fácil, fácil ou razoável.</p> <p>III.5.7 O horário de funcionamento da UBS atende às suas necessidades.</p>	<p>I.8.1. Oferecem 2 turnos de atendimento à população (manhã e tarde).</p> <p>1.8.2 Funcionamento da UBS de segunda a sexta feira (5 dias por semana).</p> <p>1.8.2 Funcionamento da UBS nos fins de semana (sábado).</p>	
	Padrão de respostas: telefone da unidade básica; e-mail.		
Atributo Primeiro Contato Componente: Canal de Comunicação com Usuário			<p>II.29.3.1 A EqAP utiliza o telefone da unidade básica de saúde como canal de comunicação com o usuário.</p> <p>II.29.3.3 A EqAP utiliza o e-mail como canal de comunicação com o usuário.</p>
	Padrão de respostas: Sim; Sempre; Em qualquer dia da semana; em qualquer horário; por bloco de horas; A ida do usuário na UBS; por meio do telefone; acolhimento.		
Atributo Primeiro Contato Componente: Acolhimento		<p>1.8.6.4 O usuário é atendido na UBS com acolhimento durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde.</p>	<p>II.12.1 Está implantado o acolhimento à demanda espontânea na unidade.</p> <p>II.12.7.1 A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para queixas mais frequentes no idoso.</p> <p>II.12.7.4 A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para queixas mais frequentes na criança.</p>

	Usuário	UBS	EqAP
	Padrões de respostas: Sim; em qualquer dia da semana; em qualquer horário; por bloco de horas; a ida do usuário na UBS; por meio do telefone.		
Atributo Primeiro Contato Componente: Agendamento da consulta na AP			<p>II.12.6 Há reserva de vagas para consultas de demanda espontânea.</p> <p>II.12.9 O usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia.</p> <p>II.12.12 As consultas são agendadas na UBS em qualquer dia da semana, em qualquer horário.</p> <p>II.12.13 As consultas dos usuários são agendadas por bloco de horas pela EqAP.</p> <p>II.12.14.1 O agendamento nas UBSs pelas EqAP é realizado com a ida do usuário na UBS.</p> <p>II.12.14.2 O agendamento nas UBSs pelas EqAP são realizados por meio do telefone.</p>
	Usuário	UBS	EqAP
	Padrão de respostas: Sim; consultas para cuidado continuado; exame citopatológico de colo de útero; drenagem de abscesso; sutura de ferimentos; retirada de pontos; curativos; medicações injetáveis endovenosas.		
Atributo Integralidade Componente: Serviços realizados/escopo de ações			<p>II.13.1.4 A agenda dos profissionais está organizada para a realização de ações de consultas para cuidado continuado.</p> <p>II.17.1.4 A EqAP realiza coleta de exame citopatológico de colo de útero na UBS.</p> <p>II.17.2.1 A EqAP realiza na UBS - drenagem de abscesso.</p> <p>II.17.2.2 A EqAP realiza na UBS sutura de ferimentos.</p> <p>II.17.2.3 A EqAP realiza na UBS retirada de pontos.</p> <p>II.17.2.7 A EqAP realiza na UBS curativos.</p> <p>II.17.2.9 A EqAP realiza medicações injetáveis endovenosas na UBS.</p> <p>II.28.4 A EqAP possui levantamento/mapeamento de usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados).</p>

	Usuários	UBS	EqAP
	Padrão de respostas: Sim; consultas médicas; consultas de enfermagem; consultas odontológicas; dispensação de medicamentos; vacinação.		
Atributo Integralidade Componente: Serviços realizados/escopo de ações	<p>III.12.7 A usuária faz o exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) na UBS.</p> <p>III.13.3 Durante a sua última gravidez, a usuária fez pré-natal na UBS.</p> <p>III.8.6 Os profissionais de saúde perguntam sobre as queixas dos usuários e questões da sua vida (exemplos: alimentação, lazer, exercício físico, problemas com álcool, drogas, violência).</p>	<p>1.8.6.1 O usuário é atendido na UBS com consultas médicas durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde.</p> <p>1.8.6.2 O usuário é atendido na UBS com consultas de enfermagem durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde.</p> <p>1.8.6.3 O usuário é atendido na UBS com consultas odontológicas durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde.</p> <p>1.8.6.5 O usuário é atendido na UBS com vacinação durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde.</p> <p>1.8.6.6 O usuário é atendido na UBS com dispensação de medicamentos pela farmácia durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde.</p>	
	Padrão de respostas: Sim/sempre.		
Atributo Integralidade Componente: Resolutividade	<p>III.8.1 Quando o usuário é atendido na UBS, o usuário acha que a equipe sempre busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde.</p> <p>III.23.1 A medicação está sempre disponível na UBS quando o profissional receita um remédio.</p>		
	Padrão de respostas: médicos; enfermeiro; cirurgião-dentista; técnico de enfermagem; auxiliar de enfermagem; técnico de saúde-bucal; auxiliar de saúde bucal; agente comunitário de saúde; técnico de laboratório; microscopista.		
Atributo Integralidade Componente: Resolutividade			I.3.3.Quantidade de profissionais da equipe mínima (SF, AB) existentes na unidade.

	Usuários	UBS	EqAP
	Padrão de respostas: Sim/sempe.		
Atributo Longitudinalidade Componente: Qualidade da relação profissional – paciente (vínculo)	<p>III.8.7 O usuário se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações.</p> <p>III.9.1 O usuário considera que o tempo de consulta com o médico é suficiente.</p> <p>III.9.2 O usuário acha que o tempo de consulta com o enfermeiro é suficiente.</p> <p>III.23.2 O usuário se tivesse a opção, mudaria de equipe ou unidade de saúde.</p>		
	Padrão de respostas: Sim/sempe.		
Atributo Longitudinalidade Componente : Continuidade da relação profissional – paciente	<p>III.9.3 O usuário é atendido pelo mesmo médico na UBS.</p> <p>III.9.4 O usuário é atendido pelo mesmo enfermeiro na UBS.</p> <p>III.9.9 O usuário é sempre procurado pelos profissionais da UBS para saber o que aconteceu com ele e retomar seu atendimento quando o usuário interrompe o tratamento por algum motivo ou quando não vem à consulta na UBS.</p>		
	Padrão de respostas: 3 anos ou mais.		
Atributo Longitudinalidade Componente : Continuidade da relação profissional – paciente			<p>II.3.5 O profissional de saúde respondente na UBS está há 3 anos ou mais trabalhando na equipe de atenção básica.</p>

	Usuários	UBS	EqAP
	Padrão de respostas: Sim/sempe; a consulta é marcada pela UBS e a data posteriormente informada ao usuário.		
Atributo Coordenação de Cuidados Componente : Acesso à consultas/exames especializados			II.14.1.2 EqAP afirma que quando o usuário é atendido na UBS e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, a consulta é marcada pela UBS e a data posteriormente informada ao usuário. II.16.3 Na maioria das vezes o encaminhamento dos usuários para o especialista é realizado através da central de regulação.
	Padrão resposta Sim/ sempre; a consulta é marcada pela UBS e informada na hora; a consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada.		
Atributo Coordenação de Cuidados Componente: Acesso à consultas/exames especializados	III.10.1 Quando o usuário necessita ser encaminhado para consulta especializada, a consulta é marcada pela unidade de saúde e informada na hora. III.10.1.2 A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada .		

	Usuários	UBS	EqAP
	Padrão de respostas: Sim/sempr.		
Atributo Coordenação de Cuidados Componente: Continuidade de informacional	III.10.2 O usuário encontra facilidade para conversar com os profissionais sobre os resultados dos seus exames.		
	Padrão de respostas: Sim. para “realiza registro”; hipertensão; diabetes; gestantes, transtorno mental.		
Atributo Coordenação de Cuidados Componente: Continuidade de informacional			II.14.6.1 A equipe mantém registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção. II.14.6.2 A equipe mantém registro dos usuários com diabetes mellitus (DM) de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção. II.14.6.5 A equipe mantém registro das usuárias gestantes de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção. II.14.6 A equipe mantém registro dos usuários com transtorno mental de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção.
	Padrão de respostas: Sim; sempre; sim, na maioria das vezes.		
Atributo Coordenação de Cuidados Componente: Comunicação entre a AP e AE			II.16.1 A equipe de AP afirma que sempre e na maioria das vezes obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados por ela.

	Usuários	UBS	EqAP
	Padrão de respostas: Sim.		
Atributo Coordenação de Cuidados Componente: Ordenamento de fluxos assistenciais	III.13.24 A usuária foi informada pela equipe em qual maternidade seria feito o seu parto.		II.14.4.3 A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para pré-natal. II.14.4.5 A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para hipertensão arterial sistêmica II.14.4.6 A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para diabetes mellitus.
	Padrão de resposta: Sim/sempr.		
Atributo Orientação Comunitária Componente: Territorialização	III.8.9 Na opinião do usuário, durante as consultas, os profissionais desta equipe sempre sugerem soluções possíveis de serem realizadas.		II.28.4 A equipe de atenção primária (EqAP) possui levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados). II.14.2.1 A equipe de atenção primária (EqAP) possui o registro de todas as gestantes do seu território. II.14.2.2 A equipe de atenção primária (EqAP) possui o registro de todas as mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero do seu território. II.14.2.3 A equipe de atenção primária (EqAP) possui o registro de todas as mulheres elegíveis para exame de mamografia do seu território. II.14.2.4 A equipe de atenção primária (EqAP) possui o registro de todas as crianças até dois anos do seu território. II.14.2.5 A equipe de atenção primária (EqAP) possui o registro de todas as pessoas com hipertensão do seu território. II.14.2.6 A equipe de atenção primária (EqAP) possui o registro de todas as pessoas com diabetes do seu território. II.10.1 A gestão utilizou alguma tipificação com base em critérios de risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe.
	Padrão de resposta: Sim.		
Atributo Orientação Comunitária Componente: Interstitorialidade			II.30.1 A equipe de atenção primária (EqAP) realiza atividades na escola relacionadas ao PSE. II.30.3/1 A equipe de atenção primária (EqAP) possui documento que comprova levantamento do número de escolares identificados com necessidade de saúde que precisam de acompanhamento. II.30.4.1 A equipe de atenção primária (EqAP) realiza atividades de avaliação clínica, tais como a atualização do calendário vacinal nas escolas. II.30.4.2 A equipe de atenção primária (EqAP) realiza atividades de avaliação clínica, tais como: detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica nas escolas. II.30.4.4 A equipe de atenção primária (EqAP) realiza atividades de avaliação clínica, tais como: avaliação oftalmológica nas escolas. II.30.4.5 A equipe de atenção primária (EqAP) realiza atividades de avaliação clínica, tais como: avaliação auditiva nas escolas. II.30.4.6 A equipe de atenção primária (EqAP) realiza atividades de avaliação clínica, tais como: a avaliação nutricional nas escolas. II.30.4.7 A equipe de atenção primária (EqAP) realiza atividades de avaliação clínica, tais como: a avaliação de saúde bucal nas escolas.

	Usuários	UBS	EqAP
	Padrão de resposta: Sim.		
Atributo Orientação Comunitária Componente: Participação Social	III.24.1 - Quando o usuário quer fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde, ele consegue.		II.29.1 A equipe de atenção primária (EqAP) realiza ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário. II.29.2 A equipe de atenção primária (EqAP) dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões na atenção básica. II.29.4 A equipe de atenção primária (EqAP) faz o encaminhamento das demandas recebidas dos usuários para gestão municipal. II.29.5 A equipe de atenção primária (EqAP) considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho. II.29.6 A equipe de atenção primária (EqAP) afirma que há Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular.
	Padrão de resposta: Sim; visita domiciliar.		
Atributo Orientação Familiar Componente: Abordagem familiar			II.13.1 A agenda dos profissionais está organizada para a realização de visita domiciliar II.11.1 Os prontuários dos usuários da equipe de atenção básica estão organizados por núcleos familiares. II.11.1/1 Há documentação que comprova que os prontuários dos usuários da equipe de atenção básica estão organizados por núcleos familiares. II.28.2 As famílias da área de abrangência da equipe de atenção primária são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade. II.28.1.A EqAP possui protocolo ou critérios para visita domiciliar.
	Padrão de respostas: Sim; sempre; na maioria das vezes.		
Atributo Orientação Familiar Componente: Abordagem familiar	III.9.6 Os profissionais da UBS sempre e na maioria das vezes costumam perguntar pelos familiares dos usuários. III.11.1 O agente comunitário de saúde (ACS) sempre visita o usuário na sua casa. III.11.2 Outro(s) profissionais da equipe de saúde sempre e na maioria das vezes visitam a casa do usuário.		

Fonte: Elaboração Própria a partir do Banco de dados do PMAQ-AB 2º. ciclo.

**APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DOS DADOS
SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS**

FACE
FACULDADE
DE CIÊNCIAS
ECONÔMICAS

UFMG

CEPEAD
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO**

**QUESTIONÁRIO SÓCIO ECONÔMICO
“AVALIAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA – UMA ANÁLISE A
PARTIR DOS INSTRUMENTOS PCATool E PMAQ NO MUNICÍPIO DE MANAUS
NO PERÍODO DE 2016-2018”**

USUÁRIOS - Entrevistador: Apresente-se e diga: "Quero contar-lhe um pouco mais sobre esta pesquisa. “A finalidade desta pesquisa é elucidar problemas potencialmente importantes e as possibilidades do instrumento *PCATool* para avaliar a atenção primária no município de Manaus. As entrevistas nos ajudarão a conhecer quais aspectos da atenção primária à saúde são mais valorizados e quais recebem menos atenção no questionário do *PCATool* na avaliação da qualidade dos serviços de atenção primária.” (A seguir leia, o TCLE, colete a assinatura do entrevistado nas duas vias do TCLE e não esqueça de numerar o TCLE com o número do instrumento - nº no canto superior direito: identificação). Após, inicie a aplicação do questionário.

DATA DA ENTREVISTA:

ENTREVISTADOR: (LEIA AS OPÇÕES)

Distrito de Saúde: (....) Norte (....) Sul (....) Leste (....) Oeste

Unidade de Saúde: (....) Unidade mista(....) UBS ESF (....) Unidade tradicional

Sexo (....) Masculino (....) Feminino..... (....) Outros

Faixa etária IDADE _____ (ANOS COMPLETOS) DATA DE NASCIMENTO:
___/___/___

(....) 18 a 24 (....) (25 a 40) (....) (41 a 59) (....) (60 e mais)

Qual você diria que é a cor da sua pele ou sua raça?

(.....) Negra (.....) Branca (.....) Amarela (.....) Parda (.....) Indígena

Você é (.....) Casado(a)/Tem companheiro/Ajuntado(a) (.....)Separado(a)/Divorciado(a)
(.....) Solteiro(a) (.....) Viúvo(a)

Você têm filhos? (.....) SIM (.....) NÃO Quantos_____

Formação

- (...) Fundamental incompleto
- (...) Fundamental completo (que vai do 1º ano ao 9º ano)
- (...) Ensino médio incompleto
- (...) Ensino médio completo
- (...) Superior incompleto
- (...) Superior completo
- (...) Outro _____.
- (...) Não alfabetizado

Possui plano de saúde privado (....) SIM (....) NÃO

Qual a sua profissão/ocupação? _____.

Atualmente, o senhor (a senhora) tem emprego ou ocupação remunerada?

- () Sim () Não

Qual é a sua renda mensal, aproximadamente? *Considerando o valor atual do salário mínimo: R\$ 954,00.*

- () até 1 Salário Mínimo (SM) (R\$ 954,00)
- () 1 a 2 SM (R\$ 954,01 a 1.908,00)
- () 2 a 3 SM (de R\$ 1.908,01 a R\$ 2.862,00)
- () mais de 3 SM (mais de R\$ 2.862,01)
- () renda não informada

14. Motivo principal para a busca do serviço da UBS

Qual o motivo principal da procura por atendimento na Unidade Básica de Saúde, no momento?

- () Tratamento odontológico () Consulta de rotina (Check-up)
- () Atendimento de urgência () Realização de exames laboratoriais
- () Marcação de consultas ou exames especializados
- () Outro _____

15. Frequência com que procura a UBS

Com que frequência o senhor (a senhora) procura atendimento na Unidade Básica de Saúde?

- (....) Uma vez ao mês (....) A cada dois meses (....) A cada três meses
- (....) A cada seis meses (....) Anualmente (....) Esporadicamente.

**APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO –
USUÁRIOS (ADULTOS)**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “AVALIAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA – UMA ANÁLISE A PARTIR DOS INSTRUMENTOS PCATOOL E PMAQ NO MUNICÍPIO DE MANAUS NO PERÍODO 2016-2018”. Esta pesquisa faz parte de atividade do Programa de Pós-Graduação em Administração – CEPEAD, sob orientação do Prof. Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa. A pesquisa tem por objetivo realizar uma análise comparativa entre os instrumentos que avaliam a qualidade de serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde, no município de Manaus no período de 2016 a 2018. Queremos identificar, avaliar e comparar os resultados obtidos nos questionários PCATool - Brasil e PMAQ-AB nas Unidades Básicas de Saúde da rede de atenção primária à saúde de Manaus. Farão parte deste estudo os usuários que são assistidos nas Unidades Básicas de Saúde (tradicional, mistas e unidades de saúde da família) do município e que aceitem livremente participar da pesquisa, após a leitura, aceitação e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. A pesquisa contribuirá para elucidar os limites e as possibilidades do PCATool para avaliar a qualidade em Atenção Primária à Saúde no município de Manaus.

Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar e a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos. A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. O (A) Sr.(a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar. Este estudo não implica nenhum risco para sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder ao questionário. Os riscos relacionados com sua participação são mínimos. Qualquer desconforto ou constrangimento em algumas perguntas durante a aplicação do questionário, o (a) Sr(a) poderá responder apenas as perguntas que desejarem. O risco oferecido pela pesquisa é o de exposição das informações cedidas. Para evitar esse risco será garantido total anonimato em relação às informações e em nenhuma hipótese o (a) Sr (a) será identificado(a). Também será respeitado o seu direito de não participar da pesquisa e ou de não responder qualquer questão. Caso aceite participar da pesquisa, será lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para adultos e solicitado sua assinatura nesse documento citado. O (A) Sr(a) poderá também desistir da mesma quando acharem necessário. Quanto aos benefícios, de ordem financeira ou imediata, não há para os sujeitos da pesquisa quaisquer benefícios, entretanto, o conteúdo das informações coletadas poderá contribuir para uma reflexão sobre as ferramentas de avaliação da atenção primária e, dessa forma ajudar na melhoria dos serviços de saúde no município investigado. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário denominado de PCATool – Instrumento para avaliar a atenção primária nos sistemas de saúde. Este estudo implica apenas na disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. A pesquisa será realizada nas Unidades Básicas de Saúde e, contaremos com cerca de 20 a 30 minutos da sua atenção. Se você sentir qualquer desconforto ou constrangimento poderá solicitar a interrupção da entrevista a qualquer momento. Os resultados da pesquisa serão divulgados no meio técnico, acadêmico e

científico. Dessa forma, contamos com sua boa vontade e seu senso de colaboração com a ciência e ao mesmo tempo em que agradecemos a sua contribuição, colocamo-nos a sua disposição para prestar esclarecimentos relacionados ao estudo. A pesquisadora envolvida com o referido projeto chama-se Lenice Ypiranga Benevides de Araújo Vieira Sá, Professora Universitária da Universidade Federal do Amazonas e Doutoranda no Programa de Doutorado em Administração do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração – CEPEAD – da Universidade Federal de Minas Gerais. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao(à) Sr.(a). A pesquisadora tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos. Caso queira tirar dúvidas da pesquisa você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável na Faculdade de Estudos Sociais - Departamento de Economia e Análise da UFAM situado na Av. Gen. Rodrigo Octávio Jordão Ramos, 3000 - Coroado I - Campus Universitário – Senador Arthur Virgílio Filho – Setor Norte – CEP: 69077- 000 – Manaus - AM, fone (92)3305-4544 ou através do endereço eletrônico lenicebenevides@gmail.com, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu, _____,
portador(a) do documento de Identidade _____ fui informado
(a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa “AVALIAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA – UMA ANÁLISE A PARTIR DOS INSTRUMENTOS PCATOOL E PMAQ NO MUNICÍPIO DE MANAUS PERÍODO DE 2016-2018”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar.

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Nome completo do participante

Data

Assinatura do participante

Nome completo do Pesquisador Participante:

Endereço: Lenice Ypiranga Benevides de Araújo Vieira Sá

CEP: 69060-020./ Manaus – AM - Telefones: (92) 981138289.

E-mail:

lenicebenevides@gmail.com.

Assinatura do pesquisador participante

Data

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:
COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG. Av. Antônio Carlos, 6627.
Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG –
Brasil. CEP: 31270-901.

E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Tel: 34094592.

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – USUÁRIOS (PROFISSIONAIS)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr.(a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “AVALIAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA – UMA ANÁLISE A PARTIR DOS INSTRUMENTOS PCATOOL E PMAQ NO MUNICÍPIO DE MANAUS NO PERÍODO 2016-2018”. Esta pesquisa faz parte de atividade do Programa de Pós-Graduação em Administração – CEPEAD, sob orientação do Prof. Dr.Allan Claudius Queiroz Barbosa. A pesquisa tem por objetivo realizar uma análise comparativa entre os instrumentos que avaliam a qualidade de serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde, no município de Manaus no período de 2016 a 2018. Queremos identificar, avaliar e comparar os resultados obtidos nos questionários PCATool e PMAQ-AB nas Unidades Básicas de Saúde da rede de atenção primária à saúde de Manaus. Farão parte deste estudo os *profissionais de nível superior*, que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde (tradicional, mistas e unidades de saúde da família) do município e que aceitem livremente participar da pesquisa, após a leitura, aceitação e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. A pesquisa contribuirá para elucidar os limites e as possibilidades do PCATool para avaliar a qualidade em Atenção Primária à Saúde no município de Manaus. Para participar deste estudo, o (a) Sr.(a) não terá nenhum, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o (a) Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O (A) Sr.(a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar e a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos. A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o (a) Sr.(a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. O (A) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar. Não se trata de uma avaliação de desempenho profissional e os profissionais, individualmente, não são objetos de nenhum tipo de avaliação. As informações contidas no questionário em hipótese alguma prejudicarão o trabalho ou a inserção no serviço de qualquer profissional. Este estudo não implica nenhum risco para sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder ao questionário. Os riscos relacionados com sua participação são mínimos. Qualquer desconforto ou constrangimento em algumas perguntas durante a aplicação do questionário, o (a) Sr(a) poderá responder apenas as perguntas que desejarem. O risco oferecido pela pesquisa é o de exposição das informações cedidas. Para evitar esse risco será garantido total anonimato em relação às informações e em nenhuma hipótese o (a) Sr (a) será identificado (a). Também será respeitado o seu direito de não participar da pesquisa e ou de não responder qualquer questão. Caso aceite participar da pesquisa, será lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais e solicitado sua assinatura nesse documento citado. O (A) Sr (a) poderá também desistir da mesma quando acharem necessário. Quanto aos benefícios, de ordem financeira ou imediata, não há para os sujeitos da pesquisa quaisquer benefícios, entretanto, o conteúdo das informações coletadas poderá contribuir para uma reflexão sobre as ferramentas de avaliação da atenção primária e, dessa forma, ajudar na melhoria dos serviços de saúde no município investigado. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário denominado de PCATool – Instrumento para avaliar a atenção primária nos sistemas de saúde. Este estudo implica apenas na disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. A pesquisa será realizada no seu ambiente de trabalho, e contaremos com cerca

de 20 a 30 minutos da sua atenção. Se você sentir qualquer desconforto ou constrangimento poderá solicitar a interrupção da entrevista a qualquer momento. Os resultados da pesquisa serão divulgados no meio técnico, acadêmico e científico. Dessa forma, contamos com sua boa vontade e seu senso de colaboração com a ciência e ao mesmo tempo em que agradecemos a sua contribuição, colocamos-nos a sua disposição para prestar esclarecimentos relacionados ao estudo. A pesquisadora envolvida com o referido projeto chama-se Lenice Ypiranga Benevides de Araújo Vieira Sá, Professora Universitária da Universidade Federal do Amazonas e Doutoranda no Programa de Doutorado em Administração do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração – CEPEAD – da Universidade Federal de Minas Gerais. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao(à) Sr.(a). A pesquisadora tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos. Caso queira tirar dúvidas da pesquisa você poderá entrar em contato com a pesquisadora participante na Faculdade de Estudos Sociais - Departamento de Economia e Análise da UFAM situado na Av. Gen. Rodrigo Octávio Jordão Ramos, 3000 - Coroado I - Campus Universitário – Senador Arthur Virgílio Filho – Setor Norte – CEP: 69077- 000 – Manaus - AM, fone (92)3305-4544 ou através do endereço eletrônico *lenicebenevides@gmail.com*, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa “AVALIAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA – UMA ANÁLISE A PARTIR DOS INSTRUMENTOS PCATool E PMAQ NO MUNICÍPIO DE MANAUS NO PERÍODO 2016-2018”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Nome completo do participante

Data

Assinatura do participante

Nome completo do Pesquisador Participante:

Endereço: Lenice Ypiranga Benevides de Araújo Vieira Sá
CEP: 69060-020./ Manaus – AM - Telefones: (92) 981138289. E-mail:
lenicebenevides@gmail.com.

Assinatura do pesquisador participante

Data

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:
COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG. Av. Antônio Carlos, 6627.
Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG –
Brasil. CEP: 31270-901.
E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Tel: 34094592.

ANEXO A- LISTA INTERNAÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA (ICSAP)

Diagnóstico CID 10	Códigos Seleccionados
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A37; A36; A33 a A35; B26; B06; B05; A95; B16; G00.0; A17.0 A19; A15.0 a A15.3; A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9; A18; I00 a I02; A51 a A53; B50 a B54
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	E86; A00 a A09
3. Anemia	D50
4. Deficiências nutricionais	E40 a E46; E50 a E64
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66; J00; J01; J02; J03; J06; J31
6. Pneumonias bacterianas	J13; J14; J15.3, J15.4; J15.8, J15.9; J18.1
7. Asma	J45, J46
8. Doenças pulmonares	J20, J21; J40; J41; J42; J43; J47; J44;
9. Hipertensão	I10; I11
10. Angina	I20
11. Insuficiência cardíaca	I50; J81
12. Doenças cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13. Diabetes <i>melitus</i>	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1; E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8; E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14. Epilepsias	G40, G41
15. Infecção no rim e trato urinário	N10; N11; N12; N30; N34; N39.0
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46; L01; L02; L03; L04; L08
17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	N70; N71; N72; N73; N75; N76
18. Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	O23; A50; P35.

Fonte: Portaria SAS/MS nº221, de 17 de abril de 2008

**ANEXO B - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS INSTRUMENTO DE
AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - BRASIL VERSÃO ADULTO**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS

1º momento: Apresentação do entrevistador e dos objetivos do estudo / avaliação.

ITENS INTRODUTÓRIOS

Nesta seção, você deve:

- 1 - Verificar disponibilidade da pessoa que lhe atende no domicílio ou no serviço de saúde em seguir com a entrevista.
- 2 - Identificar, de acordo com seus objetivos de pesquisa / avaliação, se o adulto em questão é elegível para seu estudo/avaliação (aplicação dos critérios de inclusão e exclusão do seu estudo/avaliação).
- 3 - Aplicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, caso necessário.
- 4 - Seguir com entrevista.

A – GRAU DE AFILIAÇÃO

A1 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

- () Não
() Sim (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde:

Endereço:

A2 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?

- () Não
() Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima
() Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde:

Endereço: _____

A3 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

- () Não
() Sim, mesmo que A1 & A2 acima.
() Sim, o mesmo que A1 somente.
() Sim, o mesmo que A2 somente.
() Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor, dê o nome e endereço).

Nome do profissional ou serviço de saúde:

Endereço:

Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFERMEIRO A SER AVALIADO AGORA, o entrevistador identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:

--- Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item A5).

--- Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A5).

--- Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item A5).

--- Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item A5).

--- Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na respostas A3 (Preencha o item A5).

--- Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A4 e A5).

A4 - Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez:

Esclareça ao entrevistado que: A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a):

A5- _____ e
do médico/enfermeiro/serviço de saúde”). (Vá para a Seção B)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto
B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO
Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
B1 – Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu “nome do serviço de saúde /ou nome médico /enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
B2 – Quando você tem um novo problema de					

saúde, você vai ao seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
B3 – Quando você tem que consultar um especialista, o seu “nome do serviço de saúde /ou nome médico/ enfermeiro” tem que encaminhar você obrigatoriamente?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool- Brasil versão Adulto
C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE
 Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 – O “nome do serviço de saúde/ ou nome médico /enfermeiro” fica aberto no sábado ou no domingo?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
C2 – O “nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro” fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
C3 – Quando o seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” está aberto e você adoecer alguém de lá atende você no mesmo dia?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
C4 – Quando o seu “nome do serviço de saúde/ ou nome médico/enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
C5 – Quando o seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
C6 – Quando o seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
C7 – Quando o seu “nome do serviço de saúde/ ou nome médico/enfermeiro” está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
C8 – É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up”) neste “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro”?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
C9 – Quando você chega no seu “nome do					

serviço de saúde/ ou nome médico/enfermeiro”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
C10 – Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro”?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
C11 – É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “nome do serviço de saúde/ ou nome médico/ enfermeiro” quando pensa que é necessário?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
C12 – Quando você tem que ir ao “nome do médico/enfermeira/Local”, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto
D – LONGITUDINALIDADE

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
D1 – Quando você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
D2 – Você acha que o seu “médico/enfermeiro” entende o que você diz ou pergunta?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
D3 – O seu “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
D4 – Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece você?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
D5 – O seu “médico /enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
D6 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “médico/enfermeiro”?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
D7 – O seu “médico/enfermeiro” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
D8 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quem mora com você?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()

D9 – O seu “médico/ enfermeiro” sabe quais problemas são mais importantes para você?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
D10 – O seu “médico/enfermeiro” conhece a sua história clínica (história médica) completa?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
D11 – O seu “médico /enfermeiro” sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
D12 – O seu “médico/enfermeiro” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
D13 – O seu “médico/enfermeiro” sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
D14 – Você mudaria do “nome do serviço de saúde/ ou nome médico/enfermeiro” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto
E – COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

E1 – Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no “nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro”?

() Sim

() Não (Passe para a questão F1)

() Não sei /não lembro (Passe para a questão F1)

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
E2 – O “nome do serviço de saúde/ ou nome médico/enfermeiro” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
E3 – O “nome do serviço de saúde/ ou nome médico/enfermeiro” sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
E4 – O seu “médico/enfermeiro” discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
E5 - O seu “médico/ enfermeiro” ou alguém que trabalha no / com “nome do serviço de saúde” ajudou-o/a a marcar esta consulta?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()

E6 – O seu “médico/enfermeiro” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
E7 – O “nome do serviço de saúde/ou nome médico/ enfermeiro” sabe quais foram os resultados desta consulta?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
E8 – Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu “médico/enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
E9 – O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
 PCATool - Brasil versão Adulto
F – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES
 Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
F1. Quando você vai no “nome do serviço de saúde/ ou nome médico/enfermeiro” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? (exemplificar se não entender “registro”: fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório)	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
F2. Quando você vai ao “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro”, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
F3. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro”?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
 PCATool - Brasil versão Adulto
G – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

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

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

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
G1 – Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
G2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
G3 – Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos).	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
G4 – Vacinas (imunizações).	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
G5 – Avaliação da saúde bucal (Exame dentário).	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
G6 – Tratamento dentário.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
G7 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
G8 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
G9 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
G10 – Sutura de um corte que necessite de pontos.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
G11 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
G12 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
G13 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Adulto

G – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

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

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

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G14 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
G15 – Remoção de verrugas.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
G16 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolaou).	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
G17 – Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
G18 – Cuidados pré-natais.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
G19 – Remoção de unha encravada.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
G20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
G21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
G22 – Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma).	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Adulto

H – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

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

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

Em consultas ao “nome do serviço de saúde/ ou nome médico/enfermeiro”, algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir essa frase a cada 3-4 itens).

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
H1– Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()

H2 – Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
H3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
H4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
H5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
H6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
H7 – Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
H8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
H9 – Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
H10 – Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
H11 – Como prevenir quedas.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
H12 – Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
H13 – Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Adulto

I – ORIENTAÇÃO FAMILIAR

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

As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” com sua família.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
I1 – O seu “médico /enfermeiro” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
I2 – O seu “médico/ enfermeiro” já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
I3 – O seu “médico/ enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto
J – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA
Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
J1 – Alguém no “nome do serviço de saúde/ ou nome médico/enfermeiro” faz visitas domiciliares?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
J2 – O seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
J3 – O seu “nome do serviço de saúde/ ou nome médico/enfermeiro” ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()

A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” realiza alguma destas?

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
J4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
J5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
J6 – Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()

**ANEXO C - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS INSTRUMENTO DE
AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - BRASIL VERSÃO
PROFISSIONAIS**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Profissionais

A – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
A1 – Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
A3 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
A4 – Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgarem ser necessário?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecerem?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
A6. Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
A7 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
A8 – É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
A9 – Na média, os pacientes têm de esperar					

mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
---	-------	-------	-------	-------	-------

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Profissionais

B - LONGITUDINALIDADE

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Profissionais

C - COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Profissionais

D - COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
D1 – Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
D2 – Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
D3 – Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Profissionais

E – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Profissionais

E – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais
F – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS
Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta

Pergunte: Você atende pacientes (leia as alternativas):

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

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

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

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

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

Perguntas F1 – F3 se aplicam a todas faixas etárias.

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

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

Perguntas F4 – F13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima).
Entrevistador pergunte: “Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes?”

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
F4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
F5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
F6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
F7 – Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
F8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
F9 – Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
F10 – Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
F11 – Como prevenir quedas.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
F12 – Prevenção de osteoporose em mulheres.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
F13 – Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()

As perguntas F14 – F15 se aplicam apenas a crianças.
Entrevistador pergunte: “Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?”

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	com certeza, não	Não sei não lembro
F14 – Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
F15 – Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Profissionais

G - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Profissionais

H – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	com certeza, não	Não sei /não lembro
H1 – Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
H2 – Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
H3 – Seu serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()

Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
H4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
H5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
H6 – Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()

ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação em saúde na atenção primária: uma análise a partir dos instrumentos: PCATool e PMAQ no Município de Manaus no período 2016-2018

Pesquisador: Allan Claudius Queiroz barbosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 96211918.3.1001.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.876.275

Apresentação do Projeto:

O objetivo do projeto é apresentar uma proposta de estudo que busque realizar uma análise comparativa entre as ferramentas ou dimensões de avaliações da qualidade de serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde, no Município de Manaus no período de 2016 a 2018. O marco teórico do estudo contempla pesquisas no campo da Saúde Pública com foco nas avaliações em saúde, em especial nos instrumentos validados no Brasil e

destinados a avaliar a atenção primária à saúde. A proposta dessa pesquisa avaliativa é contribuir para a análise dos instrumentos que avaliam os serviços de saúde, em especial da avaliação na atenção primária à saúde, ao propor a realização de uma análise comparativa entre duas das ferramentas mais utilizadas no país e de suas potencialidades.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: O objetivo geral deste projeto de tese é realizar uma análise comparativa entre as ferramentas ou dimensões de avaliações da qualidade de serviços

de saúde da Atenção Primária à Saúde, no Município de Manaus no período de 2016 a 2018.

Objetivo Secundário: a) Identificar os parâmetros da Atenção Primária à Saúde através do Primary Care Assessment Tool que são melhor avaliados e onde estão pior avaliados no Município de Manaus (AM) em 2018; b) Analisar os resultados da avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde, a partir do banco de dados do PMAQ- AQ (3º. Ciclo - 2015/2017) considerando dimensões

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.876.275

específicas verificadas na Avaliação Externa, e descritas na metodologia proposta;c)Verificar se a qualidade da Atenção Primária à Saúde no Município de Manaus (AM) se dá por meio das Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), no período 2016 – 2018.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:Este estudo não implica em nenhum risco para sua saúde dos entrevistados, apenas a disponibilidade de tempo para responder ao questionário. Os riscos relacionados com sua participação são mínimos. Poderá ocorrer desconforto ou constrangimento em algumas perguntas durante a aplicação do questionário, mas os entrevistados poderão responder apenas as perguntas que desejarem. Outro risco oferecido pela pesquisa é o de exposição das informações cedidas. Para amenizar e evitar o risco será garantido total anonimato em relação às informações e em nenhuma hipótese os sujeitos serão identificados. Também será respeitado o seu direito não participar da pesquisa e ou de não responder qualquer questão. Caso aceitem participar da pesquisa, será lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para adultos e profissionais e o Termo de Assentimento para as crianças e solicitado suas assinaturas nos documentos supracitados. Os participantes da pesquisa poderão também desistir da mesma quando acharem necessário.

Benefícios: Quanto aos benefícios, de ordem financeira ou imediata, não há para os sujeitos da pesquisa quaisquer benefícios, entretanto, o conteúdo das informações coletadas poderá contribuir para uma reflexão sobre as ferramentas de avaliação da atenção primária e, dessa forma ajudar na melhoria dos serviços de saúde no Município investigado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa muito relevante para o aperfeiçoamento dos instrumentos de avaliação das políticas públicas de saúde.

Pesquisa informa os Critério de Inclusão: Para participação na pesquisa, quanto ao questionário PCATool (versão criança), os respondentes do inquérito serão os responsáveis ou cuidadores das crianças; a versão adulta deverá ser respondida por cidadãos maiores de 18 anos. No tocante à seleção dos profissionais de saúde, estes

deverão compor gestores, médicos e enfermeiros e outros profissionais da saúde que atuem nos serviços da APS, com cadastro ativo no SCNES e tenha no mínimo seis meses de atuação nas ESFs e EABs.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 2.876.275

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos obrigatórios foram apresentados de maneira clara e precisa.

Segundo a Resolução CNS 466/12 deve-se:

- TALE: substituir termo "cópia" por "via". Assegurar campo de rubrica tanto para pesquisador, tanto para participante.

- TCLE: Inserir campos de rubrica (campo de rubrica tanto para pesquisador, tanto para participante). Retirar campo de assinatura do pesquisador responsável (que reside em BH). Inserir ddd do telefone do cep.

Este Comitê confia que as mudanças serão realizadas pelos pesquisadores.

Recomendações:

Recomenda-se a aprovação da pesquisa em função da sua relevância, da clareza e precisão das informações quanto aos Objetivos, Metodologia, Riscos e Benefícios.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após avaliação, a conclusão é pela aprovação da pesquisa em função da sua relevância, da clareza e precisão das informações quanto aos Objetivos, Metodologia, Riscos e Benefícios.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do

andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1195922.pdf	10/08/2018 15:09:15		Aceito
Outros	OficioSemsa2.jpg	10/08/2018 15:06:48	LENICE YPIRANGA BENEVIDES DE ARAUJO VIEIRA SA	Aceito
Outros	OficioSemsa1.jpg	10/08/2018 15:06:10	LENICE YPIRANGA BENEVIDES DE ARAUJO VIEIRA SA	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.876.275

Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	09/08/2018 13:25:03	LENICE YPIRANGA BENEVIDES DE ARAUJO VIEIRA SA	Aceito
Outros	ParecerConsubienciado.pdf	08/08/2018 17:21:01	LENICE YPIRANGA BENEVIDES DE ARAUJO VIEIRA SA	Aceito
Outros	Questionario4.docx	08/08/2018 11:51:46	LENICE YPIRANGA BENEVIDES DE ARAUJO VIEIRA SA	Aceito
Outros	CurriculoAssitenteLenice.pdf	08/08/2018 11:50:28	LENICE YPIRANGA BENEVIDES DE ARAUJO VIEIRA SA	Aceito
Outros	Questionario3.docx	08/08/2018 11:30:33	LENICE YPIRANGA BENEVIDES DE ARAUJO VIEIRA SA	Aceito
Outros	Questionario2.docx	08/08/2018 11:29:53	LENICE YPIRANGA BENEVIDES DE ARAUJO VIEIRA SA	Aceito
Outros	Questionario1.docx	08/08/2018 11:29:01	LENICE YPIRANGA BENEVIDES DE ARAUJO VIEIRA SA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEadultos.docx	08/08/2018 10:58:53	LENICE YPIRANGA BENEVIDES DE ARAUJO VIEIRA SA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE3.docx	08/08/2018 10:58:44	LENICE YPIRANGA BENEVIDES DE ARAUJO VIEIRA SA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.docx	08/08/2018 10:58:32	LENICE YPIRANGA BENEVIDES DE ARAUJO VIEIRA SA	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	08/08/2018 10:55:16	LENICE YPIRANGA BENEVIDES DE ARAUJO VIEIRA SA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.pdf	08/08/2018 10:44:38	LENICE YPIRANGA BENEVIDES DE ARAUJO VIEIRA SA	Aceito
Outros	96211918Parecer.pdf	06/09/2018 12:14:47	Eliane Cristina de Freitas Rocha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.876.275

Não

BELO HORIZONTE, 06 de Setembro de 2018

Assinado por:
Eliane Cristina de Freitas Rocha
(Coordenador)