

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Érica Paiva de Barros Bastos

**Avaliação do vínculo longitudinal com o usuário e sua relação com a residência em
medicina de família e comunidade em uma área do município do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2023

Érica Paiva de Barros Bastos

Avaliação do vínculo longitudinal com o usuário e sua relação com a residência em medicina de família e comunidade em uma área do município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Felipe da Silva Pinto.

Rio de Janeiro

2023

Título do trabalho em inglês: Assessment of the longitudinality between users and the residency program in Family and Community Medicine in an area of Rio de Janeiro municipality.

B327a Bastos, Érica Paiva de Barros.
Avaliação do vínculo longitudinal com o usuário e sua relação com a residência em medicina de família e comunidade em uma área do município do Rio de Janeiro / Érica Paiva de Barros Bastos. -- 2023.
94 f. : il.color, mapas.

Orientador: Luiz Felipe da Silva Pinto.
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2023.
Bibliografia: f. 12-92.

1. atenção primária à saúde. 2. longitudinalidade. 3. avaliação em saúde.
4. Rio de Janeiro. I. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Érica Paiva de Barros Bastos

Avaliação do vínculo longitudinal com o usuário e sua relação com a residência em medicina de família e comunidade em uma área do município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 15 de dezembro de 2023.

Banca Examinadora

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

Prof.^a Dra. Elyne Montenegro Engstrom
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Luiz Felipe da Silva Pinto (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos pacientes que nos motivam diariamente a buscar a melhora dos nossos serviços e que tanto nos ensinam ao compartilharem suas vidas.

Aos meus colegas de trabalho que são exemplos de dedicação na busca por um cuidado mais equânime.

Aos residentes, internos, acadêmicos da Clínica da Família Felipe Cardoso que me permitem participar na construção da sua trajetória profissional e que me contagiam com entusiasmo pelo aprendizado.

Ao meu orientador, Luiz Felipe Pinto, pela confiança no meu projeto e pelo apoio no aprimoramento da pesquisa. Seu conhecimento e experiência foram fundamentais para o desenvolvimento deste estudo.

À Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Fiocruz, pelos profissionais dedicados e de maior competência, que contribuíram imensamente para a minha formação. Em especial, às coordenadoras do Mestrado Profissional em Atenção Primária, Elyne Engstrom e Adriana Coser, sempre acessíveis e dispostas a tranquilizar e ajudar no desenvolvimento do trabalho. Aos colegas de turma do mestrado que tornaram a trajetória leve e rica.

À minha família, alicerce de toda a minha formação. À minha irmã, Edilma e meu cunhado Luiz Fernando por serem suporte emocional e exemplos a serem seguidos. Aos meus irmãos, Bruno e Bernardo, por todo o carinho e pela infância cheia de amor. À minha mãe, Heloisa, por todo esforço para garantir meu sucesso pessoal e acadêmico, embasamento que dá suporte às minhas conquistas.

Aos meus amigos de longa data, minha segunda família, Gabriela, Fernanda Merlino, Antero, Hellen e Diego, obrigada pelo apoio, risadas e cuidado há tantos anos. À Amanda, Camilla, Fernanda Alencar e todos meus companheiros no cotidiano na Clínica da Família e preceptoria, pela amizade e parceria diária. À Olívia e Camila Almenara por mais de dez anos de companheirismo e amparo. Ao Hudson, amigo singular e generoso que não hesita em ajudar o próximo.

Ao Gabriel, meu companheiro. Seu suporte foi essencial para o sucesso dessa jornada. Obrigada por ser força quando eu mais preciso, pela sua dedicação, afeto e pelo nosso filho, que esperamos com todo o amor.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil se fortaleceu nas últimas décadas, priorizando a Estratégia Saúde da Família para sua organização. Apesar da expansão, a APS enfrenta desafios como a dificuldade em fixar profissionais, especialmente médicos. Assim, programas de Residência Médica atuam como agentes formadores e fixadores de profissionais qualificados para o setor com o intuito de melhor desenvolver os atributos da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, com o objetivo de avaliar o vínculo longitudinal com os usuários e a sua relação com a residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) em uma área programática do Município do Rio de Janeiro. Para tal, foi utilizado o questionário PCATool versão reduzida, combinado com a versão estendida do item de longitudinalidade, para cálculo isolado do escore desse atributo. A pesquisa foi realizada em duas unidades de saúde da Área Programática 3.1 do Rio de Janeiro, em duas Clínicas da Família (CF), escolhidas pela proximidade em número de cadastrados entre elas e por representarem uma unidade participante do programa há mais de 10 anos e outra que nunca participou da residência médica e que possui médicos não especialistas em MFC na sua composição. Foram coletados 492 questionários, 246 em cada unidade, através da plataforma digital Kobotool, como o apoio de internos da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Os entrevistados foram em sua maioria mulheres que se autodeclararam pardas/pretas. O escore geral da APS para toda a população estudada foi 5,63 [4,56; 5,80], e de 6,32 [6,12; 6,53] na CFFC e 4,94 [4,70; 5,19] na CFNC. Quanto à longitudinalidade, a CFFC obteve escore de 7,02 [6,81; 7,23] e CFNC de 5,43 [5,17; 5,68]. Já na afiliação, obtivemos a média geral de 7,63 [7,37; 7,89] e das CFFC e CFNC de 7,87 [7,52; 8,23] e 7,38 [7,02; 7,51], respectivamente. O escore da longitudinalidade nas equipes participantes do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade foi avaliado como alto pelos usuários, maior ou igual a 6,6, o que sugere que a presença deste fortalece a presença e extensão desse atributo. Além disso, o escore geral, apesar de não ser considerado alto, é maior quando comparado à unidade com médicos sem especialidade em MFC e a outros estudos com a utilização dessa mesma ferramenta no Município do Rio de Janeiro. A avaliação em saúde é um campo que permite ajustes organizacionais pelos gestores, e quando vista da ótica do usuário, se torna uma forma de inclusão de sua percepção quanto à qualidade dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) carioca. Assim, os resultados deste estudo apontam para gestores que o PRMFC pode ser uma ferramenta útil para a melhoria da qualidade dos serviços, sendo interessante o investimento para ampliar e qualificar os MFCs nas unidades de saúde.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; longitudinalidade; avaliação em saúde; Rio de Janeiro.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) in Brazil has strengthened over the last few decades, prioritizing the Family Health Strategy for its organization. Despite its expansion, PHC faces long-standing challenges, including difficulties in retaining professionals, especially physicians. Thus, Medical Residency Programs act as training and retention agents for qualified professionals in the sector, with the aim of enhancing the attributes of Primary Health Care. This is an evaluative research with a cross-sectional design and a quantitative approach, aiming to assess the longitudinal bond with users and its relationship with the Family Practice training program in a programmatic area of the County of Rio de Janeiro. For this purpose, the reduced version of the PCATool questionnaire was used combined with the extended version of the longitudinality item for the isolated calculation of the score for this attribute. The research was conducted in two health units of Programmatic Area 3.1 of Rio de Janeiro, in two Family Clinics, chosen based on their proximity in terms of registered users and representation as a participating unit in the residency program for over 10 years of one unit, and another that has never participated in the medical residency program and does not have a specialist in its composition. A total of 492 questionnaires were collected by the author and interns from the Federal University of Rio de Janeiro (UFRJ), 246 from each unit, using the digital platform Kobotool. The interviewees were mostly women, self-declared brown/black. The overall PHC score for the entire study population was 5.63 [4.56; 5.80], and 6.32 [6.12; 6.53] in CFFC, and 4.94 [4.70; 5.19] in CFNC. Regarding longitudinality, CFFC obtained a score of 7.02 [6.81; 7.23] and CFNC of 5.43 [5.17; 5.68]. As for affiliation, we obtained an overall average of 7.63 [7.37; 7.89], 7.87 [7.52; 8.23] for CFFC, and 7.38 [7.02; 7.51] for CNFC. The longitudinality score of the teams participating in the Family and Community Medicine Residency Program was evaluated as high by the users, greater than or equal to 6.6, suggesting that the presence of the Family Medicine Program strengthens the presence and extension of this attribute. Furthermore, the overall score, although not considered high, is higher when compared to the unit with non-specialist doctors and to other studies using the same tool in the County of Rio de Janeiro. Health assessment is a field that allows for reorganization and organizational adjustments by managers, and when viewed from the user's perspective, it becomes a way to include their perception of the quality of services provided by the health system in Rio de Janeiro. Thus, the results of this study point out to managers that the PRMFC can be a useful tool for improving the quality of services, making it interesting to invest in expanding and qualifying family doctors in health units.

Keywords: primary health care; continuity of patient care; health assessment; Rio de Janeiro.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Composição do número de médicos (em milhares) em estabelecimento de saúde segundo situação em relação à ABS e ESF.....	26
Figura 2	Mapa da distribuição da razão de médicos por habitantes em estabelecimentos de saúde e em estabelecimento da ABS, segundo Unidade da Federação.....	27
Figura 3	Evolução da cobertura populacional de equipes completas de Saúde da Família e número de equipes projetadas Rio de Janeiro – 2008 – 2016*.....	32
Figura 4	Gráfico da cobertura populacional de equipes completas de Saúde da Família no Rio de Janeiro – 2016 – 2020.....	33
Figura 5	Divisão das áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro.....	40
Figura 6	Mapa da área coberta pela CF Felipe Cardoso e as microáreas de suas equipes, 2023.....	41
Figura 7	Mapa da área coberta pela CF Nilda Campos e as microáreas de suas equipes, em 2023.....	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil dos usuários entrevistados nas Clínicas da Família Felipe Cardoso e Nilda Campos - Município do Rio de Janeiro - junho a agosto de 2023 (n=492).....	48
Tabela 2	Escore médio (IC 95%) das características e atributos da Atenção Primária à Saúde na experiência dos usuários ADULTOS nas Clínicas da Família Felipe Cardoso e Nilda Campos - Município do Rio de Janeiro - junho a agosto de 2023.....	50
Tabela 3	Escore médio (IC 95%) de longitudinalidade por sexo na Atenção Primária à Saúde na experiência dos usuários ADULTOS nas Clínicas da Família Felipe Cardoso e Nilda Campos. Município do Rio de Janeiro - junho a agosto de 2023.....	50
Tabela 4	Escore médio (IC 95%) de longitudinalidade por faixa etária na Atenção Primária à Saúde na experiência dos usuários ADULTOS nas Clínicas da Família Felipe Cardoso e Nilda Campos - Município do Rio de Janeiro - junho a agosto de 2023.....	51
Tabela 5	Escore médio (IC 95%) de longitudinalidade por raça/cor na Atenção Primária à Saúde na experiência dos usuários ADULTOS nas Clínicas da Família Felipe Cardoso e Nilda Campos - Município do Rio de Janeiro - junho a agosto de 2023.....	52
Tabela 6	Escore médio (IC 95%) de longitudinalidade por situação conjugal na Atenção Primária à Saúde na experiência dos usuários ADULTOS nas Clínicas da Família Felipe Cardoso e Nilda Campos - Município do Rio de Janeiro - junho a agosto de 2023.....	53
Tabela 7	Escore médio (IC 95%) de itens selecionados dos atributos da Atenção Primária à Saúde na experiência dos usuários ADULTOS nas Clínicas da Família Felipe Cardoso e Nilda Campos - Município do Rio de Janeiro - junho a agosto de 2023.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Área de Planejamento
APS	Atenção Primária à Saúde
AQ-PCP	ADHD Questionnaire for Primary Care Providers
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CFFC	Clínica da Família Felipe Cardoso
CFNC	Clínica da Família Nilda Campos
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EUROPEP	European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care
GPAQ	General Practice Assessment Questionnaire
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MFC	Médico de Família e Comunidade
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NHS	National Health Service
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programas de Agentes Comunitários de Saúde
PCATool	Primary Care Assessment Tool

PCET	Primary Care Evaluation Tool
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMM	Programas Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PRMFC	Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade
PRMFC-Rio	Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
PSF	Programa de Saúde da Família
RCAPS	Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde
SBMGC	Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária
SUBPAV	Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SMS- RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
UNICEF	Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	JUSTIFICATIVA	17
3	OBJETIVOS	19
3.1	OBJETIVO GERAL.....	19
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
4	REVISÃO DA LITERATURA	20
4.1	CONTEXTO HISTÓRICO.....	20
4.2	ATRIBUTOS DA APS.....	23
4.3	O DESAFIO DE PROVISÃO/FIXAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	26
4.4	A FORMAÇÃO MÉDICA.....	29
4.5	A EXPANSÃO DA APS CARIOCA.....	31
4.6	PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO.....	34
5	AVALIAÇÃO NA APS	36
6	MATERIAIS E MÉTODOS	39
6.1	DESENHO DO ESTUDO.....	39
6.2	CENÁRIO.....	39
6.3	POPULAÇÃO, AMOSTRA E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	42
6.4	COLETA.....	42
6.5	INSTRUMENTO: PCATool.....	43

6.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	45
6.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	45
7	RESULTADOS.....	47
8	DISCUSSÃO.....	58
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
	REFERÊNCIAS.....	66
	ANEXO A - INSTRUMENTO PCATool BRASIL PARA PACIENTES ADULTOS VERSÃO REDUZIDA.....	72
	ANEXO B – CARTÃO RESPOSTA PARA O PCATool BRASIL.....	88
	ANEXO C - ORIENTAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS (BRASIL, 2010).....	89
	ANEXO D - MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – USUÁRIOS.....	91
	ANEXO E - CARTÃO RESPOSTA PARA O PCATool BRASIL.....	92

1 INTRODUÇÃO

Desde a década de 1960 a Atenção Primária à Saúde (APS) é desenvolvida em diversos países como forma de expandir o acesso à saúde, torná-lo mais eficaz e tentar reduzir o tradicional viés hospitalocêntrico dos Sistemas de Saúde. (Fausto; Matta, 2007). A construção da APS se iniciou entre as décadas de 1920 e 1970, por meio de movimentos sociais e políticos. Esse momento histórico favorável culminou na institucionalização da APS em escala global, consolidada na conferência internacional sobre cuidados primários de saúde de 1978, em Alma-Ata, sendo reconhecida como modelo que proporciona maior e melhor acesso ao sistema de saúde, além de ser forma de reorganização dos sistemas de saúde pelo mundo. (Mendes, 2015)

Entretanto, o conceito de APS tem diferentes interpretações pelos autores internacionalmente, justificado pela sua evolução histórica, pluralidade de realidades no mundo, ambiguidade de algumas definições e uso distinto do termo por sanitaristas. (Mendes, 2015). Assim, pode apresentar diferentes orientações, apresentando-se como programa focal, com serviços restritos, serviços ambulatoriais de médicos generalistas ou como forma de organização dos serviços de saúde. (Mendonça *Et Al.*, 2018)

Nos sistemas universais e integrados de saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de acesso dos serviços para os usuários, e deve ser responsável pelo cuidado das condições mais comuns e resolução da maior parte das demandas de saúde de uma população. (Pereira; Lima, 2006)

No Brasil, a evolução da Política Nacional de Atenção Básica tem sido marcada por avanços significativos, com alguns retrocessos preocupantes ao longo dos anos. A experiência com a APS inicia desde a primeira metade do século XX, evoluindo de forma expressiva a partir da década de 1990, em consequência da criação do SUS e da Constituição de 1988. Caracterizou-se na década de 1990 através da implantação dos programas de agentes comunitários de saúde (PACS) e do programa de Saúde da Família (PSF), combinando posteriormente na estratégia Saúde da Família, que inicialmente possuía um caráter seletivo, se expandindo com maior intensidade nos grandes centros urbanos nos anos 2000. (Melo *et al.*, 2018)

Em 2006, ocorre um importante marco legal e organizacional do setor, a primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é publicada, um marco legal, que enfatizou características de uma APS abrangente na atenção básica brasileira, em consonância com os ideais de Alma-Ata, colocando-a como ponto de partida para organização do sistema de saúde, com priorização da Saúde da Família como estratégia e como forma de substituição e

reorganização da atenção básica, visando fortalecer a APS e ampliar acesso aos serviços. Estabelece em seus fundamentos o acesso universal, a APS como porta de entrada preferencial, integralidade em diversas dimensões, estímulo à participação popular, controle social e valorização dos profissionais de saúde, além de estimular o desenvolvimento do vínculo entre população e equipe. (Ministério Da Saúde, 2006)

O governo expandiu esses esforços, criando estratégias através do Programa De Melhoria Do Acesso e Da Qualidade em 2011 e do Programa Mais Médicos em 2013. Também estabeleceu diferentes modalidades de equipes, buscando suprir a carência de profissionais de saúde em áreas remotas e desfavorecidas, consolidando a atenção básica como pilar central do sistema de saúde brasileiro. (Melo *et al.*, 2018)

Porém, diante de uma crise política econômica no Brasil, foi realizada uma nova alteração na PNAB, publicada em 2017, que reduziu o número de ACS por equipe e mudou o perfil de sua atuação, priorizou a atenção básica tradicional em detrimento da estratégia e delegou maior autonomia à gestão municipal. Essa revisão, apesar de possuir algumas agregações positivas, recebeu contestações por diversos especialistas da saúde, incluindo Conselho Nacional de Saúde e Associação Brasileira de Saúde Coletiva, sendo avaliada como um impacto negativo ao setor. (Melo *et al.*, 2018)

As políticas implementadas na atenção básica, em especial as PNABs de 2006 e 2011, foram inspiradas em experiências e recomendações internacionais contemporâneas, como, por exemplo, as da OMS, que em 2008 divulgou um relatório Mundial de Saúde intitulado “Atenção Primária à Saúde: Agora mais do que nunca”, onde reforça seus compromissos com uma APS com características abrangentes e reitera a importância desse modelo de cuidado para a saúde de uma população. (World Health Organization, 2008)

Barbara Starfield, importante autora da área, definiu um conjunto de características desejáveis e que serviram como norteadores para avaliação dos serviços de APS, os atributos essenciais e derivados. Entre os atributos essenciais, atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção e, entre os derivados, a centralização na família, competência cultural e orientação para a comunidade. (Starfield, 2002) Starfield defende que modelar a APS em torno desses elementos, tanto no plano individual como no coletivo, permitiria que um sistema de saúde atinja os principais ideais estabelecidos em Alma-Ata. (Mello; Fontanella; Demarzo, 2009).

O atributo da longitudinalidade é caráter da APS de ser fonte habitual do cuidado de um usuário ao longo do tempo, sendo uma relação estabelecida com um médico, uma equipe ou um local específico a quem seja solicitado atendimento diante de uma condição pré-existente ou

nova e a manutenção dessa relação ainda que na ausência de enfermidades. A manutenção dessa parceria é benéfica para o cuidado dos usuários de um sistema de saúde. (Starfield,2002)

Apesar das normativas e políticas definidas a nível federal, o percurso da APS brasileira transcorreu de forma heterogênea. Isso se dá, pois, a partir de 1996, ocorre um processo de descentralização política com as normas operacionais, atribuindo um novo papel ao poder local, que se torna mais autônomo para desenhar os modelos de cuidado dentro do projetado pelo Estado. (Conill, 2008)

Assim, dificuldades surgiram de forma particular a depender das características do município, sendo avaliado que as dificuldades enfrentadas na implementação do PSF eram especialmente mais graves em municípios de grande porte. Isso se dá por motivos como: autoexclusão do acesso aos serviços de saúde por parte da população, agravos à saúde característicos de grandes centros, uma estrutura de saúde desarticulada e mal distribuída cujo modelo é hospitalocêntrico e centrado no especialista. (Ministério Da Saúde, 2005)

O município do Rio de Janeiro enfrentava as dificuldades de implementação de um grande centro, com predomínio do modelo hospitalocêntrico, com baixa capacidade para expansão da ESF e organizado com centros de saúde, estruturado com médicos especialistas (Melo; Mendonça; Teixeira, 2019), com uma cobertura de apenas 3,5% da população pela ESF em 2008. (Soranz; Pinto; Penna, 2016)

Assim, diante de uma nova gestão municipal no município do Rio de Janeiro, em 2009, iniciou-se uma Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS), com um plano que estimulou a expansão dos serviços da APS, priorizando a ESF como modelo, conforme recomendação da Política Nacional de Atenção Básica, e orientado sob os princípios e atributos de Starfield, através de uma reestruturação administrativa, organizacional e do próprio modelo de atenção. Esse movimento resultou em um aumento expressivo na cobertura populacional pela APS do município, evoluindo dos seus 3,5% de cobertura em dezembro de 2008 para 55% em 2015 (Soranz; Pinto; Penna, 2016) e de número de equipes de Saúde da Família implantadas, que aumentou de 128 em 2008 para 958 em 2016 (Melo; Mendonça; Teixeira, 2019).

Em 2017, uma nova gestão municipal toma posse após as eleições, o que trouxe retrocessos aos avanços da APS no Rio de Janeiro. Em um cenário político instável somado a uma crise econômica, ambos de dimensão nacional, o novo governo municipal anunciou entre os anos de 2017 e 2018 um déficit orçamentário, o que levou a redução dos horários de funcionamento das unidades, atrasos salariais e até mesmo demissões de agentes comunitários de saúde. Na sequência desses eventos, também adotou novas formações nas equipes da saúde da família, com base na PNAB de 2017, priorizando uma ótica de produtividade, com redução

do número de equipes, que iniciou em 2018 com um total de 1117 para 1080 em março de 2019, elevando a razão entre números de usuários por equipe (Melo; Mendonça; Teixeira, 2019). Ao final de dezembro de 2020, o número de equipes foi reduzido para 771, representando uma queda de 35% no total de equipes da estratégia da saúde da família em 3 anos. (Alves, 2022)

Em 2021, após nova troca na gestão, é possível notar retorno dos esforços para incentivo e expansão da APS, em especial das equipes de Saúde da Família. Em outubro de 2023, o município do Rio contava com 1.294 equipes (SMS-RJ, 2023) e cobertura populacional estimada em 72,9% $[(1.294 \times 3.500) / 6.211.223] * 100$ se considerarmos a média de uma 1 equipe para 3.500 pessoas e os dados do Censo-2022.

O cenário inicial, isto é, no período da reforma dos cuidados primários em saúde, ocorreu um processo de expansão da APS que modificou a realidade carioca pela implementação das Clínicas da Família entre os anos de 2009 e 2016. Com estrutura física diferenciada e equipamentos que permitiam o atendimento dos mais variados tipos, a criação de clínicas criou uma pressão e demanda por profissionais da saúde, incluindo médicos. Para sanar essa necessidade, a gestão ofereceu salários e incentivo de pagamento por desempenho, o que atraiu médicos de família e comunidade, mas não resolveu em definitivo o problema da escassez de profissionais (Justino; Oliver; Melo, 2016).

Como forma de melhorar essa realidade e para fomentar a capacitação, fixação e captação de profissionais, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) iniciou em 2012 o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) com intuito de oferecer qualificação aos profissionais atuantes da estratégia, além de fortalecer os demais programas (UFRJ/FIOCRUZ e UERJ) já existentes no município previamente (Soranz; Pinto; Penna, 2016).

A relevância que a APS ganhou no sistema de saúde brasileiro desde a sua criação levantou debates sobre sua resolutividade e eficiência (Ribeiro; Scatena, 2019). Assim, o debate sobre a avaliação da APS ganha profundidade, como uma forma de identificação de forças e fraquezas e também como ferramenta de aprimoramento para a gestão, possibilitando reorganizações e desenho de metas e objetivos (Almeida; Melo, 2010). Em 2005, em uma parceria do governo com outras instituições, estudos sobre a avaliação da APS foram aprofundados, especialmente no âmbito no acesso e na utilização dos serviços, porém uma amplificação do tema foi percebida em 2011, com o lançamento do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), que obteve incentivo financeiro do Ministério da Saúde com intuito de melhorar a qualidade do atendimento obtido pelos usuários (Facchini; Tomasi; Dilélio, 2018).

Uma das possibilidades de avaliação da APS é através da aferição dos atributos descritos por Starfield. Dos instrumentos disponíveis, o PCATool tem sido uma ferramenta utilizada em muitos países e com validação nacional, capaz de medir o grau de orientação da APS, com possibilidade de aplicação para profissionais, gestores e usuários (Soranz; Pinto; Penna, 2016).

Assim, o município do Rio de Janeiro possui um cenário singular diante da sua construção, além de abrigar o maior Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade do país, contando com a abertura de 150 vagas anuais e com a presença ativa desses residentes nos processos de trabalho das clínicas da família, já que tem uma formação focada com treinamento em serviço com supervisão ombro a ombro. Considerando a dimensão e abrangência do programa no município, faz-se necessária a participação desses profissionais também nos processos avaliativos aplicados na APS. Sabe-se que a presença de especialistas em MFC aumenta a satisfação do usuário e tem melhores desfechos e que o programa de residência atua como fixador de profissionais nas áreas onde se formam. Então, de que forma a presença dos residentes de MFC nas equipes influencia a qualidade da APS, em especial, o atributo da longitudinalidade, sob a ótica dos usuários?

2 JUSTIFICATIVA

A inspiração para o tema desse estudo surgiu durante a minha atuação por cinco anos como Médica de Família e Comunidade na ESF e preceptora do Programa de Residência de Família e Comunidade na equipe “4 Bicas”, parte da Clínica da Família Felipe Cardoso, no bairro da Penha, Rio de Janeiro.

A equipe “4 bicas” conta com seis agentes comunitários de saúde, uma técnica de enfermagem, um agente de vigilância em saúde, uma enfermeira, dois residentes médicos e uma médica preceptora do PRMFC. Como a equipe participa do PRMFC - Rio, a cada ano existe uma mudança na conformação da equipe médica, com a formação e saída do residente em MFC do segundo ano e a entrada de um novo residente do primeiro ano. Esse território compreende uma população de alta vulnerabilidade social, onde é comum encontrarmos o cuidado atravessado por condições de pobreza, tornando os atributos da APS elementos diferenciais para o manejo dos pacientes.

Diante do cotidiano do trabalho, é possível perceber como o vínculo que os pacientes estabelecem com os profissionais ao longo do tempo é capaz de causar grande impacto no seu cuidado, ao confiarem mais para dialogar sobre suas queixas, se sentirem mais confortáveis para compartilhar as condutas, e se sentirem mais empoderados para tomarem decisões sobre sua saúde, confiantes de que o acesso existirá quando precisarem, o que torna sua experiência mais positiva e se traduz em uma melhor avaliação do serviço.

Uma das formas de avaliar a qualidade do atendimento da APS é através da presença e extensão dos seus atributos nos serviços de saúde. Existem evidências que a presença de um MFC traz melhores desfechos e maior satisfação do usuário e que a preceptoria atua como agente fixador de profissionais. Contudo, a avaliação da qualidade do cuidado dos usuários durante a residência de MFC ainda é escassa. Isso provocou um questionamento sobre a satisfação dos usuários nessas equipes, em especial sobre a longitudinalidade, dado que a presença do programa promove uma alteração da equipe com certa regularidade. Durante a formação de especialistas na residência médica, a longitudinalidade é bem avaliada pelos usuários? Existe prejuízo à qualidade do cuidado nas equipes com residência médica?

A APS, organizadora do sistema de saúde, tem uma característica peculiar de desenvolver um vínculo longitudinal entre usuários e profissionais, que combinada com a residência médica, formadora de novos especialistas, demanda a realização de processos avaliativos. Avaliações em saúde contribuem para a construção, consolidação, aperfeiçoamento

e redirecionamento de gestão e da política. Diante do exposto, percebe-se a necessidade de avaliação da qualidade das estruturas e processos da APS durante a formação de profissionais. Para tal, é importante escolher uma ferramenta validada para nosso meio que contemple os atributos, efetividade e funcionalidade da APS que possa trazer comparativos com outros cenários.

Pretende-se que o estudo contribua para o conhecimento da unidade, comunidade e município sobre a relação do PRMFC e a manutenção do vínculo longitudinal e a qualidade da APS.

Assim, esse estudo visou avaliar, na ótica do usuário, a presença e extensão dos atributos da APS em equipes com residência médica, traçando comparativo com equipes com médicos não especialistas, com intuito de contribuir para o conhecimento pela unidade, PRMFC, comunidade e município sobre a manutenção do vínculo longitudinal nesses cenários e para a gestão desses elementos.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GERAL

- Avaliar a dimensão do vínculo longitudinal e sua relação com a formação de residência médica na APS em uma área do Rio de Janeiro, sob a ótica dos usuários adultos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil dos entrevistados de acordo com sexo, faixa etária, raça/cor e situação conjugal e sua relação com a longitudinalidade.
- Examinar a avaliação dos usuários pelo PCATool em relação ao escore médio obtido em cada unidade.
- Comparar a presença e extensão dos itens e do atributo da longitudinalidade através do escore obtido na aplicação do PCATool entre equipes com e sem residência médica.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 CONTEXTO HISTÓRICO

Em setembro de 1978, foi realizada no Cazaquistão, na cidade de Alma-Ata, a Conferência Mundial sobre Atenção Primária em Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Unicef. Esse evento foi um importante marco e também o ponto culminante dos questionamentos que já existiam sobre os modelos verticais de intervenção seletiva da OMS no combate às doenças transmissíveis dos países em desenvolvimento (por exemplo, África e América Latina) e ao modelo biomédico de atenção à saúde. Dessa forma, Alma-Ata convoca os governos a discutirem sobre ações para implementação da APS como parte essencial dos sistemas de saúde, de maneira que sua atuação contemple os fatores sociais e ambientais que perpassam os processos de saúde e doença, sendo custo-efetiva, com tecnologias apropriadas e tendo como filosofia norteadora a equidade. Na sua orientação mais filosófica, o documento produzido na conferência refletiu sobre sua relação com a esfera política e social, compreendendo a saúde como direito humano e discutindo a necessidade de trabalhar os determinantes sociais da saúde e uma nova abordagem da saúde, com ação de outros setores além da saúde. O documento “Declaração de Alma-Ata” foi aprovado na conferência e ratificado em 1979 pela Assembleia geral da OMS (Giovannella *et al.*, 2019; Mendes, 2004).

Em 1920, Relatório de Dawson, elaborado pelo então Ministro da Saúde do Reino Unido, apontou deficiências do sistema de saúde existente na época e propôs formas de organização da saúde na Grã-Bretanha, o que posteriormente contribuiu para a criação do Serviço Nacional de Saúde (NHS) em 1948. Como parte de sua implementação, a APS foi desenvolvida, com a prestação de serviços por médico e pessoal auxiliar pelo setor, com cobertura para toda a população. Os centros de saúde tinham equipamento para cuidados preventivos e curativos, com atendimento por médicos generalistas, serviços de enfermagem e apoio de especialistas. Na proposta, os serviços eram regionalizados, com hierarquização em níveis primário, secundário e terciário, que serviu de base para posteriores organizações de sistemas de saúde (Conill, 2008).

O retrato da experiência da APS de alguns países europeus com APS bem desenvolvida (como Portugal, Espanha, Reino Unido) difere um pouco da brasileira, pois apesar de garantir muitas características de uma APS integral - preservando certos aspectos dos preconizados em Alma-Ata, como sua função de porta de entrada, primeiro contato, oferta ampla de serviços preventivos e clínicos ou curativos, com atenção oportuna e resolutiva, acesso universal aos

serviços de saúde-, não possui enfoque comunitário e têm como principal ator o médico generalista, com ênfase no cuidado individual, pouca ação intersetorial e participação popular nos serviços de saúde (Giovanella; Stegmüller, 2014).

Outros marcos importantes aconteceram mundialmente que apontaram a importância da APS nos sistemas de saúde. Dentre eles, a publicação elaborada em 2008 pela OMS e UNICEF que destacou a APS como elemento crucial para a melhoria dos sistemas de saúde, dado seu papel na promoção, prevenção e prestação de cuidados. Esse documento também enfatizou a importância da colaboração interdisciplinar e a necessidade de equidade e acesso universal aos serviços de saúde. Já em outubro de 2018, na Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde realizada em Astana, no Cazaquistão, foram reafirmados os compromissos com a Atenção Primária à Saúde, enfatizando a necessidade de seu fortalecimento como componente do sistema de saúde. O evento foi importante marco na orientação das políticas de saúde (Giovanella *et al.*, 2019; Who, 2008)

Estudos mostram que uma APS de qualidade e resolutiva estão associadas a melhores resultados e maior eficiência, com impacto positivo sobre indicadores de saúde, havendo redução da mortalidade prematura por causas evitáveis, menor incidência de doenças e de internação. Além disso, mostram também, que esse sistema é mais equânime e reduz custos, pois tem o médico generalista como principal ator e este é, em geral, menos interventor (Cunha; Giovanella, 2011). As evidências geradas em contexto mundial e, posteriormente, regional, contribuíram para a escolha e manutenção do modelo Brasil.

A história da saúde no Brasil no século XX tinha caráter majoritariamente preventivista enquanto função do estado, mudando sua conformação e estrutura a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com bases fundamentadas na Constituição de 1988, fruto de um contexto histórico de mobilizações sociais que permitiram a construção da base do sistema compatíveis com os ideais de Alma-Ata que contemplam princípios como universalidade, descentralização, integralidade, humanização e participação social. Nesse contexto, imagina-se uma Atenção Primária à Saúde como primeiro nível de atenção, coordenando uma rede hierarquizada, com práticas integrais que devem atender às demandas individuais e coletivas (Fausto; Matta, 2007).

A junção de mudanças na saúde, política, que sucederam ao nascimento da nova Constituição Federal, que configura a saúde como dever do Estado em suas bases legais, deixando programado financiamento e garantindo o direito da participação social, ajudou a consolidar a saúde pública nas configurações de hoje, construindo a base para o SUS (Conill, 2008). Durante a década de 1990, após a criação do SUS, o Ministério da Saúde fortaleceu

bastante as ações preventivas, investiu em programas da atenção básica e projetou a reorganização do modelo da atenção à saúde, focando em ações de promoção (Motta; Siqueira-Batista, 2015). O processo de redemocratização nacional e de reforma sanitária, envolvendo diversos profissionais da área de medicina preventiva e social, defendeu a valorização do primeiro nível de atenção (Conill, 2008).

Em 1994, nasce o Programa de Saúde da Família (PSF), estimulado por toda a história da reestruturação da saúde no país. Inicialmente, com caráter restrito da APS, ofertas de serviços direcionadas a grupos populacionais mais vulneráveis, com maior enfoque em municípios pequenos, apropriando-se da demanda em atenção básica, porém com grandes dificuldades em fornecer a continuidade do cuidado e cesta ampliada de serviços. O modelo foi fortalecido após a normativa NOB SUS 01/96, que possibilitou a ampliação da organização antiga para uma com concepção ampliada e integralidade das ações. (Fausto; Matta, 2007).

No início de sua aplicação, o programa possuía características de APS seletiva, com uma cesta restrita e voltada para a população mais vulnerável, com pouca articulação entre os demais segmentos. Então, posteriormente, a Saúde da Família foi implementada como estratégia e ofereceu à APS caráter mais abrangente, com reestruturação do sistema, articulando-se melhor com os demais níveis e servindo como modelo de atenção básica, sendo explicitada documentalmente em 1997 pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1997).

A Estratégia Saúde da Família se caracteriza por uma equipe multiprofissional, responsável pelo cuidado integral de uma determinada população adscrita da sua Unidade de Saúde da Família, como primeiro nível de atenção e porta de entrada do usuário no sistema de saúde, integrando-se e organizando a rede de assistência, com ações de promoção da saúde e prestando assistência integral às suas famílias, além de uma reorientação do modelo médico assistencial. (Brasil, 1997).

Em 2006 é publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), onde o conceito e escopo de atuação da atenção básica são ampliados, incorporando atributos da atenção primária abrangente, situando-a como porta de entrada preferencial e responsável pela estruturação dos demais níveis de atenção, redefinindo as funções da unidade básica, com ou sem equipes de saúde de família, com proposta de uniformizar o trabalho da equipe multiprofissional e legitimar a expansão da educação permanente dos trabalhadores da atenção básica, incluindo a inserção de cursos introdutórios para todos os membros da equipe da ESF (Ministério Da Saúde, 2006).

Nos anos 2000, a APS foi marcada por um processo de expansão importante nos grandes centros urbanos, com implementação em maior escala de Equipes de Saúde Bucal (ESB) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados em 2008. Todavia, alguns problemas persistiram de forma a necessitarem de uma abordagem para solucioná-los. Por exemplo, questões relacionadas ao financiamento, infraestrutura, dificuldade de captar médicos. Posteriormente, visando combater essas demandas, foi realizada uma revisão da PNAB em 2011, que reforçou o caráter abrangente da APS, trazendo reformas, informatização, fomentando a expansão da cobertura da ESF, como o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e no Programas Mais Médicos (PMM). Apesar desses avanços, em 2017 foi publicada uma nova PNAB, com orientações consideradas controversas por estudiosos da área, como a redução do foco da Estratégia de Saúde da Família, do número mínimo de agentes de saúde por equipe, a relativização da cobertura universal, entre outras (Melo *et al.*, 2018; Morosini; Fonseca; Lima, 2018).

Em 2017, contavam com 41000 equipes de Saúde da Família encontradas em 98% dos municípios Brasileiros e com cobertura de aproximadamente 65% em todo o país. Isso também foi corroborado pelo inquérito populacional da Pesquisa Nacional de Saúde em 2013, que evidenciou uma cobertura nacional da ESF de 56,2%. Tais avanços contribuíram para maior disponibilidade de serviços e acesso, o que gerou uma repercussão positiva para a saúde da população e pode ser evidenciada em indicadores como redução da mortalidade infantil, cardio e cerebrovascular e na redução de internação por condições sensíveis à APS (Mendonça *Et Al.*, 2018). Os dados fornecidos pelo Ministério da Saúde no site e-Gestor Atenção Básica apontam para um crescimento dessa cobertura. Em agosto de 2023, segundo dados desse site, a cobertura da APS (contando equipes de saúde da família e outros modelos de atenção básica) no país era de 78,22%, contando com 50.241 Equipes de Saúde da Família financiadas.

4.2 ATRIBUTOS DA APS

Barbara Starfield, pesquisadora e médica pediatra americana, caracterizou a atenção primária abrangente nos países industrializados e definiu atributos essenciais e derivados de serviços de atenção primária, distinguindo-a da medicina tradicionalmente ensinada nas escolas médicas (Leão; Caldeira, 2011). Sua abordagem é reconhecida por especialistas, também no Brasil, e aponta como características específicas da APS: serviços de primeiro contato, responsabilidade longitudinal do paciente, cuidado integral, coordenação das ações e serviços necessários para resolver as demandas. Além destas, também pontua que os serviços devem

estar orientados para a comunidade, centrar-se na família e que o profissional deve ter competência cultural para comunicar e reconhecer as necessidades da população (Starfield, 2002).

Quando falamos de ser um serviço de primeiro contato, a ideia é que seja porta de entrada do usuário no sistema de saúde e, também, acesso todas as vezes que precisar, devendo-se eliminar barreiras que possam limitar a utilização do usuário. Deve encaminhar os usuários quando necessário aos demais níveis de atenção, garantindo acesso a todos os setores, conforme as necessidades individuais (Lima *et al.*, 2018).

A integralidade é o reconhecimento pela equipe de saúde das demandas organizacionais, psíquicas e social da saúde, dentro dos seus limites de atuação. Para isso requer uma cesta grande de serviços para todas as faixas etárias. Ainda que não seja diretamente, a unidade deve garantir o acesso aos serviços especializados (Lima *et al.*, 2018).

Segundo Starfield (2002), para executar a coordenação do cuidado, é preciso haver disponibilidade de informações sobre o histórico dos usuários e seus problemas, entendendo como se relacionam às demandas do atual atendimento, estando atento a duplicações ou interrupções no tratamento desnecessárias. Diz ainda que o sistema deve ser organizado, integrado com os diferentes níveis de atenção e locais de prestação de serviço, possibilitando a transferência de informações entre os setores, a fim de garantir a continuidade do cuidado. Logo, são necessários insumos tecnológicos de gestão e mecanismos de comunicação entre as diferentes esferas do serviço para garantir uma coordenação do cuidado adequada. Esse atributo dialoga e permeia os demais e tem importante participação para garantir que a atenção à saúde seja também longitudinal e integral.

Outro atributo, a longitudinalidade, aborda a responsabilidade ao longo do tempo com o usuário e a continuidade da sua relação com profissional, equipe, unidade de saúde ao longo da vida, independente da doença. Essa relação permite que, com o passar do tempo, o cuidado seja mais humanizado e integral, o que gera maior satisfação dos usuários (Starfield, 2002).

A continuidade do cuidado pelos profissionais de saúde, entre eles o Médico de Família e Comunidade (MFC), permite a criação do vínculo entre usuário e equipe, garantindo uma perspectiva única do indivíduo, da sua família e de sua população. Isso estabelece relação de confiança e torna a equipe e comunidade próximas, fortalecendo projetos terapêuticos e buscando soluções dos problemas em conjunto (Temperly; Slomp Junior; Silva, 2021).

Todavia, a longitudinalidade não é palavra usual na literatura do Brasil, sendo usualmente encontrada, na maioria das vezes com significado similar, mas não idêntico, nos termos “vínculo”, “continuidade do cuidado” e, ainda, “vínculo longitudinal”. Percebe-se que

três dimensões desse atributo são discutidas pelos autores, podendo significar o estabelecimento de uma fonte regular de cuidados na atenção primária, estabelecimento de vínculo duradouro (relação interpessoal) e a continuidade informacional.

Assim, ao avaliar o vínculo longitudinal, percebe-se que o atributo transcende apenas encontros consecutivos ou acompanhamento de uma determinada condição, mas configura vínculo e muitos encontros entre o profissional, ou equipe, e o usuário, independentemente da causa (Cunha; Giovanella, 2011).

A longitudinalidade é um atributo que se relaciona diretamente com a efetividade na atenção à saúde prestada pela APS e é utilizada como parte dos instrumentos de avaliação da qualidade da APS, sendo um indicador de desempenho. Em locais onde o profissional de saúde permanece por maiores períodos, o atendimento, em geral, recebe uma avaliação melhor dos usuários e demonstra melhor desenvolvimento em relação ao seguimento de condições crônicas persistentes (Perillo *et al.*, 2020). Assim, pode-se deduzir que a permanência do profissional em um mesmo território pode ter impacto importante no cuidado da população adscrita.

Quanto aos atributos derivados, Starfield (2002) afirma que são resultados de uma APS com alto nível de alcance das suas qualidades fundamentais e elenca três aspectos adicionais: a centralização na família, a competência cultural e a orientação para a comunidade. O primeiro ocorre quando o cuidado integral fornece a possibilidade da avaliação das demandas sob o olhar do contexto familiar, com informações obtidas através de entrevistas com os membros da família, com a comparação de informações em prontuários ou em entrevistas anteriores. O segundo corresponde ao reconhecimento de necessidades de uma determinada população, com características culturais particulares que devem ser identificadas e reconhecidas. Por fim, o terceiro é o resultado de uma integralidade bem desempenhada, no qual envolve reconhecer as necessidades de saúde que estão inseridas em um contexto social e, então, adequar estratégias conforme o contexto encontrado, visando um cuidado mais abrangente e com melhores resultados.

Os quatro atributos essenciais e os derivados e a função singular que a APS exerce no sistema de saúde geram também uma demanda de especialização dos profissionais que atuarão nessa área, competências que fogem do caráter do modelo biomédico encontrado nas escolas de medicina. No Brasil, a expansão da APS, que se iniciou após a criação do SUS, permaneceu com uma prática centrada na doença, perpetuada com profissionais de formação hospitalocêntrica e intervencionista. Dessa forma, abre-se a discussão sobre a formação de especialistas para a APS por meio de programas de residência médica, de enfermagem e

multiprofissionais, para modificar esse cenário, pautando uma prática centrada na pessoa e que apresente na sua atuação os atributos essenciais e derivados. (Leão; Caldeira, 2011).

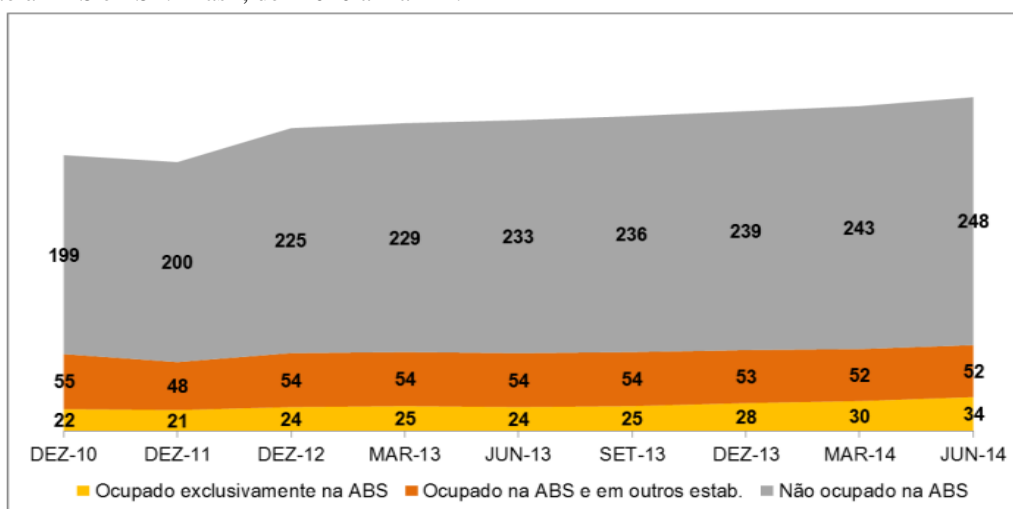
4.3 O DESAFIO DE PROVISÃO/FIXAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Apesar dos grandes avanços, o SUS persiste com o desafio de captar e fixar profissionais, ainda que alguns estudos recentes apontem um aumento sutil na permanência dos trabalhadores da saúde. Essa dificuldade é mais evidente na APS que, nesse contexto, possui escassez de mão de obra qualificada para o setor, obstáculos para criação de vínculos trabalhistas e falta de adesão ao modelo assistencial. (Barbosa et al., 2020)

A dificuldade de formar profissionais especialistas nesse nível de atenção, sobretudo da classe médica, é comum a muitos países em seus processos para implantar e expandir a APS. Essa demanda impulsiona os governos, inclusive o brasileiro, a criarem estratégias para reduzir a escassez de médicos na atenção básica (Stralen *et al.*, 2017). Entre os possíveis motivos, são citados remuneração abaixo do esperado, carga horária integral, falta de um plano de carreira, de formação especializada que seja direcionada aos profissionais com perfil de atuação da ESF e a desvalorização da área.

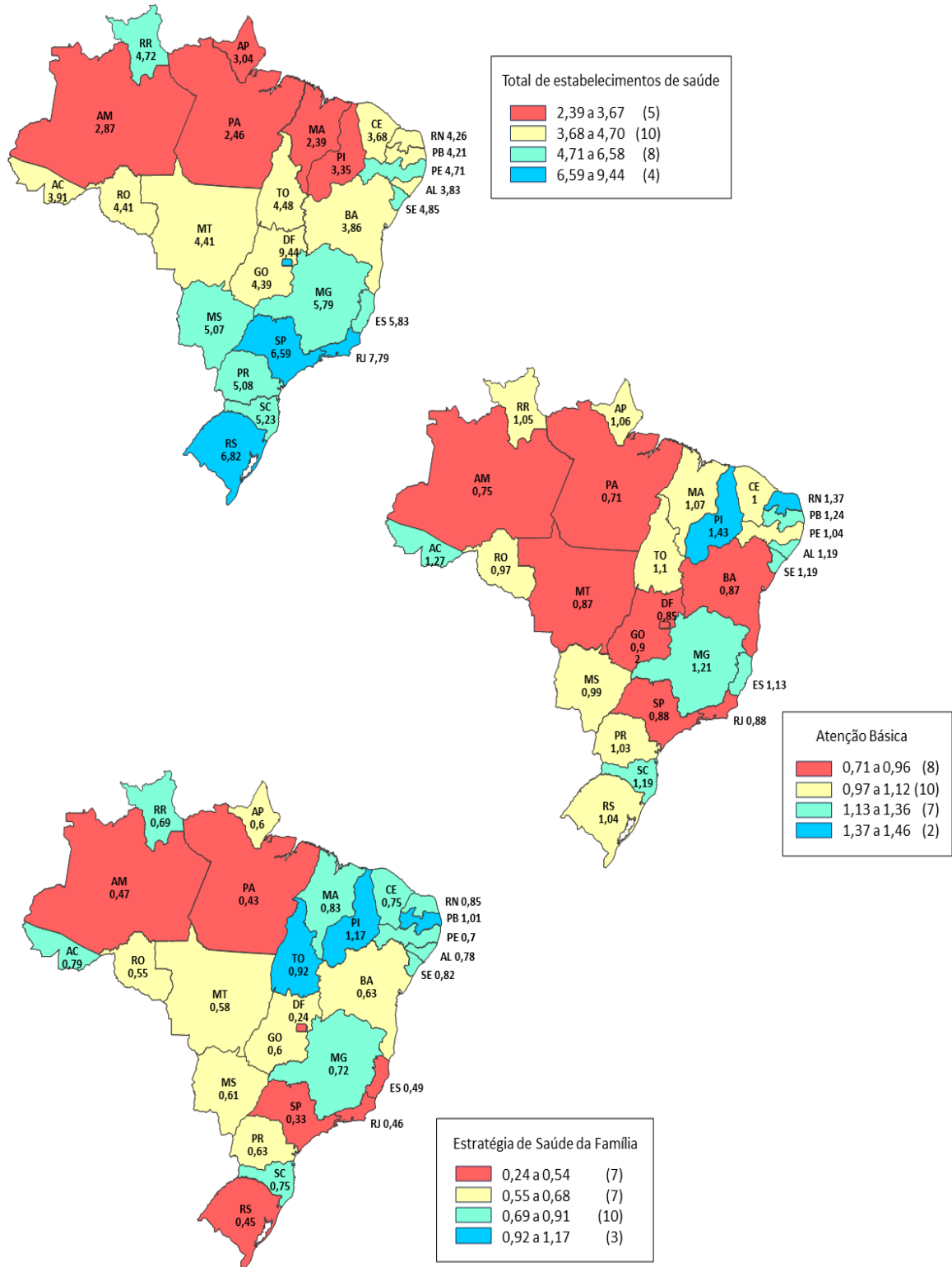
Faz-se notória a desproporcionalidade entre o número total de médicos e o número de médicos atuantes da atenção primária, como demonstrado nos gráficos do estudo de Girardi et al. expostos abaixo, assim como a insuficiência em números desses profissionais na APS (Girardi *et al.*, 2014).

Figura 1: Composição do número de médicos (em milhares) em estabelecimento de saúde segundo situação em relação à ABS e ESF. Brasil, dez 2010 a mar-14.



Fonte: Girardi, 2014.

Figura 2: Distribuição da razão de médicos por habitantes em estabelecimentos de saúde e em estabelecimentos da ABS, segundo a Unidade da Federação. Brasil: março de 2014.



Fonte: Girardi, 2014.

Nos gráficos, pode-se perceber que a maior parte dos médicos não atua em serviços de atenção primária e, nas áreas de grande oferta desses profissionais, há ainda maior escassez deles na APS.

Segundo estudo sobre a demografia médica de 2023, entre os anos de 2012 e 2022 pode-se notar um aumento significativo dos médicos de família e comunidade no país, partindo de um total de 3263 registros de MFC em 2012 para 11255 em 2022, uma taxa de crescimento de 246%. No Brasil, a proporção é de 5,28 especialistas por 100000 habitantes, correspondendo a 2,3% dos especialistas. Desses, se distribuem 44,8% no Sudeste, 25,2% no Sul, 16,6% no Nordeste, 8,5% no Centro-Oeste e 4,9% no Norte. Apenas 36,7% estão no interior e 8,8% em regiões metropolitanas e 54,5% nas capitais. Nota-se a persistência do desafio da distribuição desses profissionais que se fixam, em geral, no sul e sudeste do país, nas grandes capitais (Ribas, 2023).

Esses dados abordam MFC sem distinção dos estabelecimentos em que atuam (públicos ou privados). Ilustram, entretanto, o crescimento nos últimos anos da especialidade que é capacitada para atuar no setor primário, o que pode refletir um progresso na provisão desses profissionais. Não foram encontradas análises recentes da distribuição dos médicos pelos estabelecimentos de saúde nacionalmente na busca da literatura (Ribas, 2023).

A fixação e provisão de médicos na APS é importante fator para garantir o funcionamento pleno da equipe de saúde da família, com eficiência na gestão do cuidado e a aplicação dos princípios da APS. Por isso, ao longo dos anos, foram realizados movimentos pelo Governo Federal com intuito de garantir provimento de médicos, como o Programa Mais Médicos, em especial em regiões de difícil acesso, e estímulos para estimular a formação de médicos generalistas. Ainda assim, a questão de provisão e fixação do profissional médico persiste como um obstáculo para um funcionamento completo da APS (Viana; Ribeiro, 2021).

Diante da demanda por profissionais médicos que atuem na atenção primária até os dias atuais, a Medicina de Família e Comunidade forma um novo quadro para a residência médica com enfoque comunitário, fugindo do tradicional local de aprendizado dentro de hospitais quaternários. Busca ampliar a adesão dos profissionais, melhorando sua atuação ao desenvolver competências e habilidades necessárias para trabalhar na ESF.

No Brasil, nos últimos anos, existem estímulos e algum progresso na formação dos médicos generalistas, ou médicos de família e comunidade, que formam junto aos demais membros da equipe multiprofissional da ESF, pilar estrutural da atenção básica, buscando assim aumentar a adesão dos profissionais à estratégia e melhorar sua atuação (Mendonça *Et Al.*, 2018).

4.4 A FORMAÇÃO MÉDICA

A formação de médicos generalista (general practitioner - GP) para atuação na APS após Segunda Guerra Mundial na Inglaterra, quando o National Health Service (NHS) fez desse profissional a base do seu sistema, que atuava em conjunto com as autoridades em um sistema de cobertura universal guiado pelos princípios da integralidade e equidade. O termo “general practitioner” é atribuído ao médico que fez a residência médica que corresponderia à Residência em Medicina de Família e Comunidade no Brasil (Simas *et al.*, 2018).

Em países como Canadá, Cuba, Espanha e Portugal, a regulamentação da especialidade orientada para a APS foi realizada entre as décadas de 1980 e 1990, estabelecendo a residência médica como padrão ouro de formação, além de estipular uma porcentagem mínima de MFC (Trindade; Batista, 2016).

A Medicina de Família e Comunidade cresceu e evoluiu mundialmente a partir da segunda metade do século XX e muitos debates surgiram para estudar a complexidade desse generalista que se debruça sobre a APS, exercendo a função de filtro na sua posição de porta de entrada e primeiro contato do sistema de saúde, sendo longitudinal no acompanhamento de seus pacientes, atendendo de forma integral e coordenada, sempre considerando os contextos familiares e comunitários.

Um dos autores é um dos médicos de família mais citados na literatura, Ian McWhinney, reconhece que o modelo biomédico pode não estabelecer uma boa relação com o paciente, e desconsiderar a experiência do adoecimento e fatores comportamentais e sociais, que hoje são comprovadamente importantes (Jaco; Norman, 2020). Ainda segundo esse autor, a MFC é direcionada por quatro competências: preventivas, terapêuticas, gestão de recursos e solucionar problemas não diferenciados. Assim, a prática do MFC dialoga com as diretrizes para a APS de Alma-Ata, sendo uma especialidade que deve ser centrada na pessoa e na percepção das relações do indivíduo com o médico, sua família e comunidade (Simas *et al.*, 2018).

Outros eventos políticos corroboraram para a visão crítica ao modelo biomédico. Na década de 1970, Thomas McKeown publicou estudos que estabeleceram a relação da saúde com as condições de vida, especialmente saneamento e nutrição. Dessa forma, acreditava que os avanços da medicina foram mais valorizados do que deveriam sobre seus efeitos no aumento populacional e da expectativa de vida, acreditando que a melhoria de saneamento e nutrição poderiam também explicar o fenômeno. Assim, coloca em evidência a discussão sobre determinantes sociais e a sobrevalorização da medicina moderna (Binns; Lee; Low, 2012). Outro autor, Ivan Illich, sociólogo austríaco radical, criticava em seu livro, “A expropriação da

Saúde: nêmesis da medicina”, o modelo biomédico, questionando a iatrogenia produzida da intervenção exagerada e relacionava as baixas melhorias da saúde da população diante da assistência médica moderna.

No Brasil, as origens da MFC datam da década de 1970, com poucos programas de residência médica, sem nome definido para a especialidade e sem respaldo normativo. As três pioneiras, localizadas em Porto Alegre, Recife e no Rio de Janeiro, pela Unidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Já na primeira metade da década de 1980, as residências médicas em Medicina Geral Comunitária são formalizadas, oficializando essa área de atuação e a nomeando no Brasil. Em 1986 a Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária (SBMGC) foi reativada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, com sede em Porto Alegre. Em 1995, a criação do PSF propicia expansão da APS sem a proporcional formação de pessoal qualificado. Então, em outubro de 2000, no "Primeiro encontro Luso-Brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária" no Rio de Janeiro, aprova-se a proposta para fortalecimento da SBMGC e o debate sobre a mudança do nome da especialidade. Em 2001, a terceira reativação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) aconteceu. Ao longo dos anos, novos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) foram credenciados, inclusive por muitas secretarias de saúde do país, o que revela um compromisso do SUS com a formação dos recursos humanos. A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) disponibiliza o maior número de vagas no país para a especialidade e se insere nas Clínicas da Família (Simas *et al.*, 2018).

Relacionar o Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) e a qualidade da aplicação dos atributos da APS pode ser uma tarefa difícil, uma vez que são conceitos amplos e complexos. Em um estudo publicado em 2022, através da análise de prontuários médicos durante dois anos, foram analisadas consultas de médicos generalistas e médicos de família, seus encaminhamentos para atenção secundária, solicitação de exames complementares e retornos na atenção básica. Os resultados mostraram que os médicos de família retiveram mais condições passíveis de manutenção na APS, além de aumentarem as chances de consultas de acompanhamento (Jantsch *et al.*, 2022).

Essa avaliação é importante, já que corrobora a necessidade da formação do profissional atuante na APS, uma vez que os MFCs aumentam chances de seguimento, ou cuidado continuado na APS, sendo uma das formas como a longitudinalidade pode ser apresentada. Segundo Cunha e Giovanella, não existe consenso na definição desse atributo, e existem autores que convergem às ideias de Barbara Starfield, quando referem que as relações entre o profissional de saúde e o usuário deve se estender além de acompanhamento de uma única

condição clínica, mas ser uma fonte regular de cuidado, estabelecendo um senso de afiliação do usuário ao médico (Cunha; Giovanella, 2011).

Focando no vínculo formado no binômio residente-usuário, um estudo realizou grupos focais com médicos de família com permanência longa, residentes em medicina de família e Médicos de Família envolvidos em tratamentos de situação episódica, explorando suas concepções sobre continuidade do cuidado, explorando majoritariamente as emoções dos profissionais ao cuidarem dos pacientes ao longo do tempo. Nos resultados, os autores avaliaram que as emoções eram sempre grandes, em sua maioria recompensadoras, algumas estressantes, e com frequência, uma grande conexão com os pacientes era estabelecida. Os médicos de família avaliaram que as conexões, até mesmo as negativas, foram úteis para a formação dos residentes, seja para avaliar ou ajudar a desenvolver as relações (Schultz; Delva; Kerr, 2012).

Hoje, a especialização médica conta com muitos programas de residência no Brasil para a formação de médicos especialistas na atuação da primeira camada do sistema de saúde. Apesar da existência de programas que datam de meados da década de 1970, com outra nomenclatura e sem espaço de atuação, essa especialidade ainda está em expansão, assim como a própria APS, promovendo o aumento do número de MFCs pelo Brasil (Justino; Oliver; Melo, 2016).

Existe forte evidência na literatura mundial de que a presença do médico generalista com formação em MFC aumenta a satisfação do usuário, além de outros benefícios, como aumentar a adesão a medidas preventivas. Isso corrobora o investimento na formação deste profissional. Logo, o empenho no progresso da especialidade e do espaço de atuação desse profissional é justificado (Justino; Oliver; Melo, 2016).

4.5 A EXPANSÃO DA APS CARIOCA

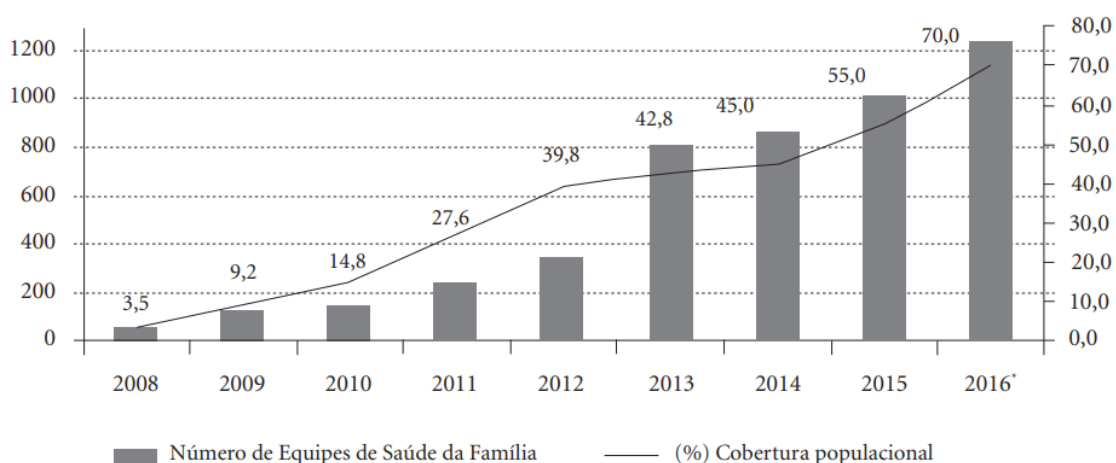
O Município do Rio de Janeiro apresentava até 2009 uma baixa cobertura de ESF, com predomínio do modelo hospitalar e de centros de saúde focados nos atendimentos médicos básicos, sem organização estruturada para a adscrição e acompanhamento da população (Melo; Mendonça; Teixeira, 2019). Dessa forma, em dezembro de 2008, a cobertura por equipes completas de Saúde da Família do município era a mais baixa dentre as capitais do país. (Soranz; Pinto; Penna, 2016).

A SMS-RIO investe desde 2009 na expansão das ESF, assim como orientado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006, mediante a construção de Clínicas da Família, vem aumentando o número de equipes de saúde da família, atuando com equidade, e

dando ênfase às áreas com população de maior vulnerabilidade e de locais com vazios sanitários, oferecendo estrutura física, tecnologias apropriadas e sendo a primeira capital do País em 2010 a criar uma carteira de ações e serviços para a APS.

Segundo Soranz et al. (2016), o município do Rio de Janeiro adotou essa estratégia devido ao sucesso já experimentado em outras capitais que utilizaram o modelo, além da possibilidade de cofinanciamento federal. Assim, a reforma dos cuidados primários em saúde (RCAPS) no Rio de Janeiro se deu baseada em mudanças organizacionais, administrativas e do modelo de atenção e cuidado. No registro desses autores, “o município do Rio de Janeiro conseguiu aumentar sua cobertura de 163 equipes para 860 ESF entre 2009 e maio de 2015, com projeção de dar acesso a 70% de sua população ao final de 2016” (Figura 3).

Figura 3: Gráfico com a evolução da cobertura populacional de equipes completas de Saúde da Família e número de equipes projetadas no Rio de Janeiro – 2008 – 2016.



Fonte: Soranz et al, 2016.

Outro importante componente participante da reforma foi a inclusão de dois Programas de Residências, em Medicina de Família e Comunidade e em Enfermagem de Saúde da Família, com certificação emitida pela própria SMS. O estímulo a esses programas compõe uma estratégia para promover formação de médicos e enfermeiros da ESF para sanar a demanda por profissionais atuantes na área que a expansão da APS ocasionou (Justino; Oliver; Melo, 2016; Soranz; Pinto; Penna, 2016).

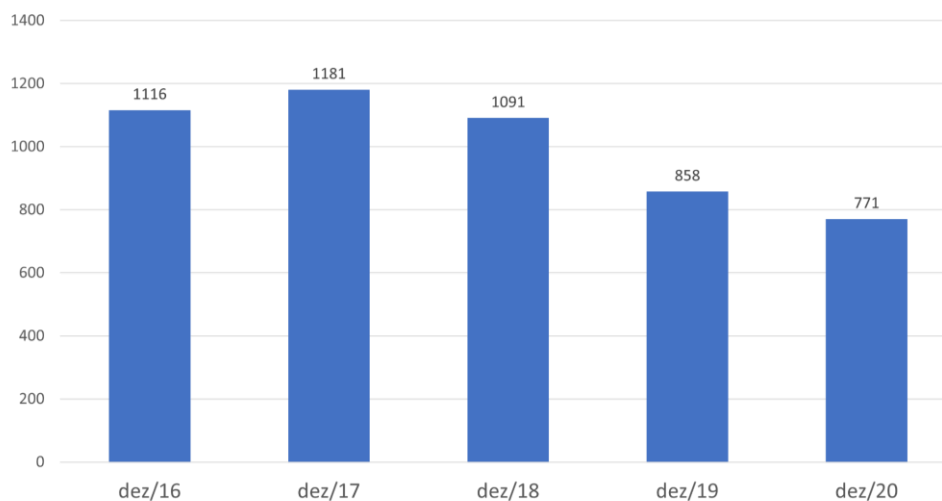
Devido às dificuldades enfrentadas no município para fixar profissionais e ao grande número de não especialistas atuantes, a SMS-Rio ofertou maiores salários, incentivos e começou a planejar seu PRMFC em 2011, com início da primeira turma em 2012. O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio

de Janeiro (PRMFC-Rio) objetivou melhorar a qualificação do médico especialista atuante na ESF e aumentar a oferta do MFC na APS do Rio de Janeiro (Justino; Oliver; Melo, 2016). As novas vagas somaram-se às 16 que já existentes, então, no Rio de Janeiro, provenientes da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) (Izecksohn *et al.*, 2017).

Apesar dos avanços na APS conquistados através da RCAPS, alguns retrocessos puderam ser observados após a troca do governo municipal, em 2017. A nova gestão, havia se comprometido em sua apresentação inicial com a continuidade dos projetos na saúde, incluindo ideias como a implementação de centros de especialidades. No final de 2017, a APS carioca contava com 1251 Equipes de Saúde da Família (Melo; Mendonça; Teixeira, 2019).

Todavia, o cenário a partir de 2018 não foi condizente com as propostas iniciais. Segundo a então gestão, devido a um déficit no orçamento municipal, foram observados atrasos salariais, demissões de agentes comunitários de saúde e redução dos horários de funcionamento das unidades. O desenrolar desse quadro culminou na proposta de extinção de 184 Equipes de Saúde da Família e na nova conformação delas, onde haveria uma relação maior de usuários por equipe. Em março de 2019, o município de Rio de Janeiro reduziu o número de EqSF para 1090 (Melo; Mendonça; Teixeira, 2019).

Figura 4: Gráfico da cobertura populacional de equipes completas de Saúde da Família no Rio de Janeiro – 2016 – 2020.



Fonte: Autoria própria. Dados oriundos do sistema e-Gestor Atenção Básica sobre a cobertura da Atenção Básica em unidades geográficas por período, com levantamento dos dados referentes ao Município do Rio de Janeiro nos meses de dezembro dos anos 2016 a 2020.

Em 2021, após novo processo eleitoral, os gestores do período de 2009 a 2016 retornaram à gestão municipal do Rio de Janeiro. A Secretaria Municipal de Saúde disponibiliza no site da Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde (SUBPAV) os dados relativos à cobertura da APS. Nele é possível observar o atual panorama da APS, que em outubro de 2023 contava com 1294 Equipes de Estratégia da Saúde da Família (SMS-RJ, 2023), o que indica um retorno ao planejamento de expansão da APS.

4.6 PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

Após seu início em 2012, o PRMFC-Rio cresceu nos anos seguintes, aumentando a oferta de vagas de 60 em 2012, para 150 vagas em 2016, número que permanece até hoje (Simas *et al.*, 2018). Além da criação do próprio programa, a SMS também incentivou a ampliação das vagas ofertadas pelo programa da UERJ e ofereceu aos preceptores de todos os programas do município uma gratificação, como forma de incentivar a captação desses profissionais necessários para a atender aos novos residentes (Izecksohn *et al.*, 2017).

Em 2023, pude observar que o PRMFC-Rio se distribui nas clínicas da família por todo o município do Rio de Janeiro de forma heterogênea - algumas regiões do Rio de Janeiro disponibilizam mais vagas do que outras. Isso se dá pela lotação das vagas, disponibilidade de preceptores, pactuação com a gestão local, entre outros motivos. Possui uma coordenação central, que atua com capacitações regulares dos seus preceptores, organização de aulas semanais para seus residentes, disponibiliza tempo protegido para reunião de preceptores de diversas unidades para a construção das aulas e feedbacks regulares aos preceptores. Estes são profissionais médicos com especialização em MFC, formados no próprio programa ou em outros.

Nos últimos cinco anos que atuo como parte do programa na preceptoría da Felipe Cardoso, percebo que os incentivos e educação continuada fornecidos aos preceptores do programa, são estímulos importantes para captação, capacitação e fixação desses profissionais. A gratificação fornecida a esses profissionais, somado a uma supervisão estruturada e organização dos espaços de ensino e serviço são fatores importantes que permitem a qualidade do PRMFC-Rio. Assim, os investimentos da gestão municipal contribuem para a expansão da especialidade e para a qualificação dos seus serviços ao formar recursos humanos para atuarem nas suas unidades de saúde.

Durante sua formação pelo PRMFC-Rio, os residentes são alocados nas equipes vinculados ao programa, junto a um preceptor Médico de Família e Comunidade e, sob supervisão ombro a ombro, fazem seu treinamento em serviço por dois anos, atendendo as livres demandas e agendados da população adscrita da sua equipe, além de participarem dos espaços teóricos oferecidos pela residência. Geralmente, as equipes participantes oferecem uma vaga por ano para a lotação.

O PRMFC-Rio segue contribuindo para a expansão da especialidade e promove estratégias para adesão pelos médicos recém-formados, como complementação de bolsa e busca por melhores unidades de saúde e preceptores que atendam as demandas do programa, propondo atividades para formação continuada destes para fortalecer seu treinamento (Justino; Oliver; Melo, 2016).

5 AVALIAÇÃO NA APS

O processo de avaliação em saúde viabiliza conhecimento sobre o desempenho e conformação dos programas, serviços e tecnologias da saúde, permitindo ajustes e novas orientações das políticas e práticas do setor. Dessa forma, ao realizar avaliações de situações, problemas ou atributos pertinentes de tecnologias, ou programas, pode-se refletir sobre alternativas para melhorias ou redução dos problemas da população (Portela, 2000).

A efetividade da APS é bastante consolidada e, por esse motivo, deve-se também discutir sobre sua qualidade e formas de avaliá-la. Uma grande questão é que a APS é conceituada e aplicada de formas diferentes pelo mundo. No Brasil, assim como nos Estados Unidos, Barbara Starfield é uma grande referência, e seus atributos são utilizados como instrumentos de avaliação da atenção básica, considerados como ferramentas que diferenciam esse setor dos demais da saúde (Cunha; Giovanella, 2011).

A avaliação de qualidade na saúde começou a ser debatida de forma mais estruturada a partir da década de 1960 e tem como um dos principais autores o médico Avedis Donabedian que propõe um modelo de avaliação em três elementos: "Estrutura", "Processo" e "Resultado" e sete atributos, ou pilares, da qualidade em saúde: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (Portela, 2000).

Com a implantação e expansão da APS na década de 1990 como política de saúde, formas de avaliação da ESF têm sido pesquisadas no intuito de direcionar e elaborar novas políticas ou modificações dos programas, de acordo com seus apontamentos. Em especial, estudos que envolvem satisfação do usuário são configurações de participação popular, valorizando um papel de consumidor do usuário, além de contribuírem para formalizar avaliações e novas organizações no serviço de saúde. Além disso, a satisfação dos usuários é cada vez mais importante na avaliação da qualidade dos serviços, pois muitos autores mostram que a satisfação influencia na adesão terapêutica e nos comportamentos em saúde, no fornecimento de informações e até mesmo aumento na qualidade de vida do usuário, demandando vínculo entre o paciente e profissionais de saúde (Brandão; Giovanella; Campos, 2013).

Uma revisão destacou entre os instrumentos de avaliação na APS o WHO Primary Care Evaluation Tool (PCET); ADHD Questionnaire for Primary Care Providers (AQ-PCP) e General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ), PACOTAPS (Aplicativo para atenção primária em saúde); e PCATools (Primary Care Assessment Tool) (Fracolli *et al.*, 2014).

O PCET, implementado pela OMS, é formado por três questionários voltados para diferentes dimensões da APS - avaliação das políticas e estruturas da atenção primária em nível nacional; para médicos generalistas ou médicos de família; para os pacientes - e formam um perfil com conjunto das respostas dessas três esferas. Os questionários para médicos e pacientes são pré-estruturados e fechados. Já o questionário para o nível nacional, tem algumas perguntas abertas, assim como espaço para fornecimento de dados estatísticos (Kringos *et al.*, 2011).

O questionário AQ-PCP foi desenvolvido para avaliação do profissional da APS sobre suas percepções no manejo do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Formado com 24 itens, foi desenvolvido com base na revisão de diretrizes voltadas para o tema e na revisão do papel dos profissionais da APS no cuidado das crianças com essa condição na atenção básica, além da realização de grupos focais com esses profissionais (Power *et al.*, 2008).

O GPAQ, desenvolvido no Reino Unido, avalia, na perspectiva do usuário, o acesso, continuidade dos cuidados, comunicação, conhecimento do médico da APS e a satisfação com a experiência no serviço.

O PACOTAPS é um aplicativo para a APS que utiliza dados secundários de pesquisa do IBGE e registros da demanda ambulatorial, desenhando perfis que permitem aos gestores informações sobre sua população adscrita.

O PCAT foi desenvolvido por Barbara Starfield no The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations em Baltimore, Maryland (EUA). O instrumento mede a presença e a extensão dos atributos essenciais (Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; Longitudinalidade; Integralidade; Coordenação da atenção) e derivados (Atenção à saúde centrada na família- orientação familiar; orientação comunitária; e competência cultural) nos serviços de APS. É formado por perguntas sobre os atributos da APS, com respostas tipo Likert, gerando escores de 1 a 4 para cada atributo avaliado; o escore final de cada item também varia de 1 a 4 e é dado pela média das respostas de cada item. Cada atributo pode ser mensurado individualmente ou podemos calcular um Escore Geral da Atenção Primária, ao somar a média dos escores dos quatro atributos essenciais com os três derivados. Essa ferramenta pode ser aplicada nos profissionais de saúde ou nos usuários, avaliando suas perspectivas dos atributos (Oliveira *et al.*, 2013).

Além dos instrumentos avaliativos já citados, também vale destacar o European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

O EUROPEP é um instrumento que fornece feedback para aprimoramento das práticas dos médicos de família da APS. Avalia desde processos de comunicação, satisfação e informações sobre os usuários (Fracolli *et al.*, 2014).

Em 2011, foi criado o PMAQ-AB pelo governo brasileiro, com intuito de estabelecer avaliação e melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, que quando exitosa, resultaria em repasses de verbas adicionais. Dessa forma, buscava também ampliar os serviços e a qualidade da APS, estabelecendo um padrão entre diferentes esferas (Rodrigues *et al.*, 2021).

Dentre as ferramentas de avaliação citadas, Fracolli (2014) entende que para analisar o desempenho das equipes de saúde da família, um bom instrumento seria o PCATool, pois se baseia no grau de afiliação do usuário ao seu serviço de saúde, na presença e extensão dos atributos essenciais e derivados que teorizam a APS e que apoiam as PNABs de 2006 e 2011, que tem como principal estratégia para sua consolidação a Saúde da Família. É, atualmente, um dos instrumentos mais utilizados no Brasil devido à sua aceitação e validação em muitos países, como nos Estados Unidos. Dentre as experiências no país, vale destacar o uso dessa ferramenta em 2019 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que incluiu um módulo de avaliação da atenção primária na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Foi usada nessa ocasião a versão reduzida do PCATool (Pinto *et al.*, 2021).

O PCATool é fundamentado no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian, com enfoque na estrutura e processos. Assim, uma das limitações da ferramenta é não poder avaliar o terceiro componente da tríade, os resultados.

6 MATERIAIS E MÉTODOS

6.1 DESENHO DO ESTUDO

Foi realizada uma pesquisa transversal de abordagem quantitativa por meio da aplicação do questionário fechado PCATool-Brasil em uma amostra de 492 usuários, 246 de cada Clínica da Família, que atenderam aos critérios para o estudo, com a população composta por indivíduos com idade superior 18 anos cadastrados nas Clínicas da Família Felipe Cardoso e Nilda Campos, localizadas na Área Programática 3.1 do município do Rio de Janeiro, no ano de 2023, utilizando a ferramenta de avaliação PCATool.

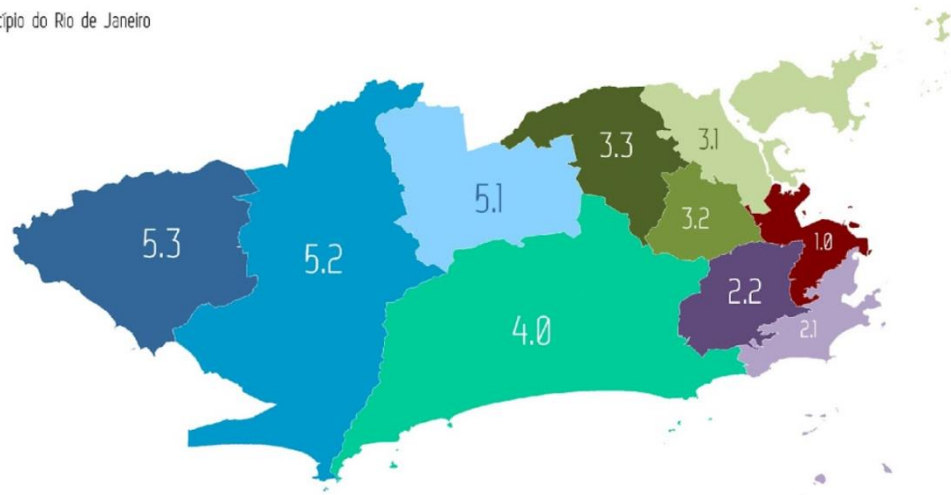
6.2 CENÁRIO

O Município do Rio de Janeiro é dividido em dez áreas programáticas. A Área Programática 3.1 é responsável pela abrangência de seis regiões administrativas da Zona Norte do Rio de Janeiro (Ramos, Penha, Vigário Geral, Ilha do Governador, Complexo do Alemão e Complexo da Maré), atendendo uma extensa e povoada área. Segundo o Censo-2010 do IBGE (resultados do Censo-2022 ainda não foram divulgados por bairro), os bairros da AP 3.1 abrigam mais de 850 mil habitantes, com uma população majoritariamente de jovens adultos (um terço da população encontra-se entre 20 a 39 anos) e possui 30 unidades de saúde - 17 Clínicas da Família e 13 Centros Municipais de Saúde, contando com 186 equipes de Saúde da Família, 58 equipes de Saúde bucal e 7 Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Entre as unidades, a CF Felipe Cardoso, localizada na Penha, e a CF Nilda Campos, localizada em Cordovil. Conta também com maior concentração de preceptores e residentes do PRMFC-Rio.

Figura 5: Divisão das 10 áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro- 2023

Mapa

Áreas Programáticas – Município do Rio de Janeiro
SMGDC/SUBBRAV/SVS/CVMS



Fonte:mapa+123.jpg (1600×691) (bp.blogspot.com)

A CF Felipe Cardoso, conta com 28876 usuários cadastrados, abrangendo 14 equipes da Estratégia de Saúde da Família, dispondo de equipes de saúde bucal, matriciamento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e parcerias com programas de residência médica, de enfermagem e multiprofissional, com foco em qualificação desses profissionais na APS. Conta com preceptores e residentes do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro em todas as equipes. O PRMFC já está inserido na CF Felipe Cardoso há aproximadamente 10 anos e teve expansão das equipes de forma expressiva nos últimos 3 anos.

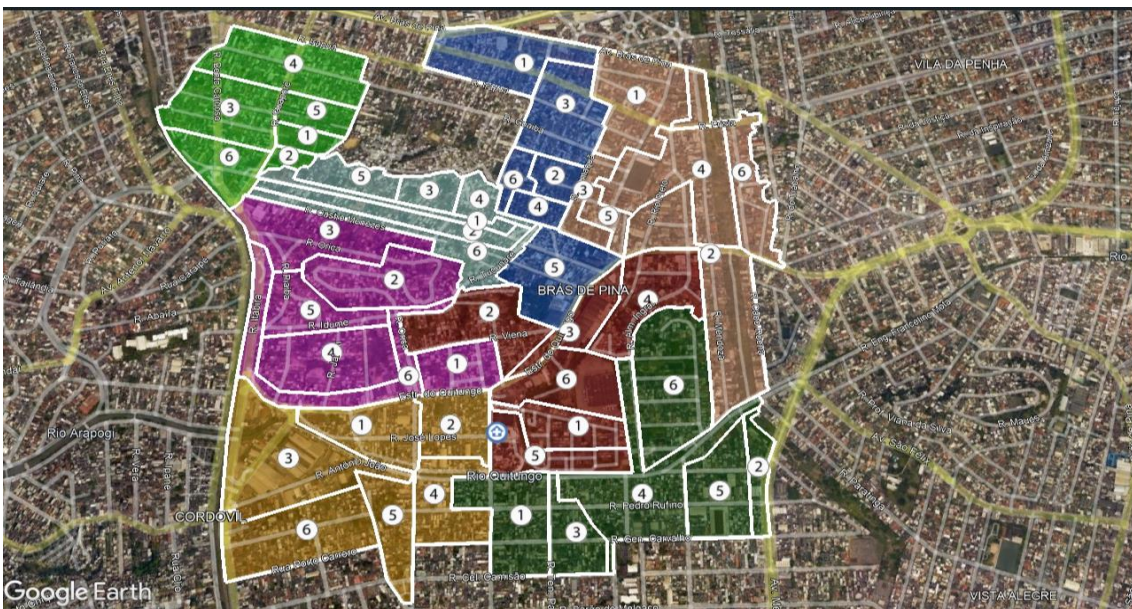
Figura 6: Mapa da área coberta pela CF Felipe Cardoso e as microáreas de suas equipes, 2023.



Fonte: Rede OTICS-RIO, SMS-RJ, 2023.

A CF Nilda Campos, possui 8 equipes da ESF, com uma população de aproximadamente 27000 usuários cadastrados. Dessas equipes, 3 possuem médicos generalistas sem especialização em MFC que atuam por 40 horas semanais em suas equipes por mais de 2 anos.

Figura 7: Mapa da área coberta pela CF Nilda Campos e as microáreas de suas equipes, 2023.



Fonte: Rede OTICS-RIO, SMS-RJ, 2023

6.3 POPULAÇÃO, AMOSTRA E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

A população do estudo foi composta pelos usuários cadastrados na CF Felipe Cardoso e CF Nilda Campos. A amostra de 492 usuários, 246 em cada unidade de saúde, foi baseada no número necessário para comparar os estratos de análise apontados nos objetivos.

A CFFC foi escolhida como objeto desse estudo devido à sua representatividade dentro do PRMFC, sendo uma das duas unidades com maior número de residentes e equipes do programa, além de ter sido uma das primeiras unidades a recebê-lo na fase inicial de desenvolvimento do projeto.

Já a CFNC representa uma unidade em tamanho similar da mesma área programática, com proximidade geográfica, uma estrutura com muitas equipes na unidade, facilidade de interlocução com os gestores e profissionais da unidade e sem histórico de implementação do PRMFC.

Diante do perfil das duas clínicas, entende-se que as amostras forneceram elementos comparativos para avaliar a satisfação do usuário diante das realidades dos médicos fixos sem especialização e os médicos das equipes de residência.

Os usuários incluídos no estudo foram os pacientes cadastrados nas áreas de suas clínicas, com cadastro registrado há pelo menos um ano, apresentando idade superior a 18 anos e que aceitaram participar dos questionários.

Foram excluídos do estudo os usuários que apresentaram condições físicas ou mentais que impeçam a aplicação do questionário ou que não atenderam aos critérios de inclusão previamente citados.

6.4 COLETA

A coleta dos dados foi realizada nas próprias unidades de saúde, após a conclusão do atendimento do usuário, em ambiente reservado, de junho a agosto de 2023. Participaram como entrevistadores quatro alunos do internato rotatório e eletivo em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), matéria cursada nas Clínicas da Família, em parceria com a SMS-RJ, e a própria autora. Os internos que participaram do estudo foram treinados para aplicação do questionário previamente e orientados sobre a abordagem aos usuários. Foram realizados aproximadamente 50 questionários por semana, ao longo de 10 semanas. Foi explicado aos participantes os termos de consentimento livre e esclarecido e ofertada cópia do documento.

O questionário adaptado utilizado, PCATool-Brasil versão reduzida, foi transcrito em plataforma digital, KoboTool, de acesso gratuito, onde foram aplicadas as regras descritas no Manual PCATool 2020. A plataforma digital permite a aplicação do questionário sem internet, com upload dos dados ao final do dia.

6.5 INSTRUMENTO: PCATOOL

O Primary Care Assessment Tool (PCATool) foi criado e validado por Starfield em conjunto com demais autores nos Estados Unidos, com intuito de avaliar a extensão e presença dos atributos da APS, permitindo a comparação entre serviços de saúde e sua efetividade. Desde então, foi validado em outros países como Brasil, Espanha, Canadá, Hong Kong e Taiwan (Harzheim *et al.*, 2013).

Nos últimos 20 anos, o PCATool foi utilizado em todo o mundo através de versões validadas e adaptadas aos contextos locais, sendo uma importante ferramenta para fornecer informação aos gestores sobre o grau de orientação à APS do serviço (D'Avila *et al.*, 2017).

Originalmente possuía 92 itens que compreendiam diferentes dimensões dos sete atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade e integralidade da atenção, coordenação do cuidado) e derivados (atenção centrada na família, orientação comunitária e competência cultural) definidos por Starfield (Harzheim *et al.*, 2013).

No Brasil, a versão para adultos do PCATool foi validado com um total de 87 itens e 10 componentes, com seis atributos contemplados, após a exclusão do atributo “competência cultural”, que não atingiu as propriedades métricas desejáveis na validação da ferramenta para permanecer no questionário (Brasil, 2020). As respostas aos itens devem ser através da escala tipo Likert (ANEXO D), com as categorias: com certeza, sim; provavelmente, sim; provavelmente, não; com certeza, não e; não sei / não lembro (Brasil, 2020).

Com o intuito de facilitar e tornar longitudinal as aplicações desse questionário para que se possa obter informações periódicas junto aos usuários e que alguns itens possam contribuir de forma menos expressiva para obtenção do grau de "orientação à APS", foi proposto uma versão reduzida do PCATool - Brasil versão usuário adultos, com a retirada dos itens menos expressivos. Construiu-se, então, uma versão composta por 25 itens, reprodutibilidade avaliada que pode ser utilizada de forma segura (Oliveira *et al.*, 2013).

O instrumento utilizado para realizar esse estudo será Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil (PCATool - Brasil) para Pacientes Adultos Versão Reduzida (ANEXO A), composto por 25 itens, divididos entre os atributos da atenção primária sugeridos por Starfield

(Quadro 1) (Brasil, 2020). Aplicou-se o questionário integralmente e sem modificações de suas perguntas nesse estudo, com preenchimento realizado através de escala tipo Likert (ANEXO D). Foi utilizada a versão extensa para a longitudinalidade, que contém os itens da versão reduzida, mas que permite o cálculo da média deste atributo isoladamente, além do escore geral da APS.

Quadro 1: Características, atributos, componentes e itens do PCATool-Brasil

Atributo da APS	Componente da APS	Itens
Afiliação	Afiliação	A1, A2, A3
Acesso primeiro contato	Utilização	B2
Acesso primeiro contato	Acessibilidade	C4, C11
Longitudinalidade	Longitudinalidade	D1, D6, D9, D14
Coordenação	Integração de cuidados	E2, E6, E7, E9
Coordenação	Sistemas de Informações	F3
Integralidade	Serviços disponíveis	G9, G17, G20
Integralidade	Serviços prestados	H1, H5, H7, H11
Orientação Familiar	Orientação Familiar	I1, I3
Orientação Comunitária	Orientação Comunitária	J4

Fonte: PCATool Brasil/2020, Manual do Instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde

Dentre os componentes do questionário, as perguntas de afiliação identificam o serviço de saúde de referência para o paciente, assim como se existe uma relação mais pessoal entre o usuário e o profissional de saúde e se existe um serviço de saúde responsável pelo seu cuidado. Dessa forma, deseja-se obter maior pontuação neste componente, pois assim observa-se que o paciente identifica o serviço onde está cadastrado como o responsável pelo seu cuidado. Na sequência, os itens correspondentes ao acesso visam identificar se o profissional de referência é o primeiro a ser procurado na eventualidade de um novo problema de saúde, assim como avaliar a facilidade em conseguir um atendimento médico e em realizar um contato não presencial. Os itens sobre longitudinalidade observam a percepção do usuário sobre a constância dos atendimentos por um mesmo profissional, o conforto em compartilhar os problemas, o estabelecimento de um vínculo longitudinal. Os componentes que avaliam a coordenação do cuidado ministram sobre possíveis encaminhamentos à atenção secundária e o

grau de conhecimento do serviço de referência dos desdobramentos dessa consulta. Também são abordados nos componentes a integralidade, com perguntas que visam entender se são ofertados serviços e orientações sobre estilo de vida e a orientação familiar. (BRASIL, 2020) O instrumento utilizado encontra-se na integralidade nos anexos da dissertação.

6.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta, os dados coletados foram exportados da plataforma digital Kobotool, onde foi realizada a coleta, em planilha do Excel. Nela, os dados relativos aos atributos estão codificados na pontuação atribuída da escala Likert no preenchimento do questionário, conforme orientado no manual do instrumento, com 4 pontos para as respostas “com certeza sim”, 3 pontos para “provavelmente sim”, 2 pontos para “provavelmente não”, 1 ponto para “com certeza não” e valor 9 para as respostas “Não sei/não lembro”. Nesse último caso, se as respostas em branco ou “não sei/não lembro” corresponderam a menos de 50% das respostas, seriam atribuído 2 pontos para o item; caso correspondessem a mais de 50% das respostas, o questionário foi considerado como inválido para cálculo do escore geral da APS.

Assim, o cálculo do escore da longitudinalidade foi calculado com base na média aritmética simples dos valores atribuídos aos itens que compõem o atributo na versão extensa, com inversão do valor de D14, que tem pergunta formulada de forma que quanto maior o valor atribuído, menor a orientação para APS. Já o cálculo do escore geral da APS, foi realizado através da média simples do escore do componente da afiliação com os demais itens do PCATool versão reduzida, inclusive do componente da longitudinalidade desta versão, com exceção do item E1, dentro da variável da coordenação do cuidado, que indica apenas se o paciente já foi atendido em algum serviço especializado.

Os escores do PCATool podem ser classificados em Alto (escore $\geq 6,6$) e Baixo (escore $<6,6$). Quando a média é maior ou igual a 6,6, podemos dizer que há presença e extensão dos atributos da APS, o que configura serviços melhor orientados para a APS (Brasil, 2020).

6.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto do estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da ENSP/Fiocruz sob o Parecer 5.906.217 e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro sob o Parecer 6.008.838, respeitando os aspectos éticos que envolvem seres humanos e em

atendimento à Resolução CNS n° 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

As entrevistas foram realizadas após leitura, concordância e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e as informações pessoais serão sempre sigilosas. Todos os entrevistados foram orientados sobre os objetivos do estudo e foram assegurados que não sofreriam prejuízo caso optem por participar ou não do estudo.

Os resultados do estudo serão divulgados após a conclusão do trabalho aos gestores locais e profissionais das unidades em reunião com apresentação dos dados encontrados e posteriormente, caso exista interesse pelas unidades, divulgá-los em impressão nos murais.

Os benefícios deste estudo são a possibilidade de realizar ajustes aos processos de trabalho diante da avaliação dos usuários sobre o funcionamento da unidade, contribuir para a melhora do cuidado, escuta da satisfação do usuário, aumentar a produção avaliativa na APS, e contribuir para o conhecimento sobre a relevância da especialização médica no desempenho APS.

A participação neste estudo demandou tempo dos usuários e pode ter causado desconforto, ainda que sob a orientação de que poderiam interromper a entrevista a qualquer momento.

7 RESULTADOS

Os resultados estão descritos abaixo segundo os achados de cada uma das unidades de saúde onde as coletas foram realizadas. Para efeitos comparativos, foi realizada a caracterização da população conforme as variáveis sociodemográficas, o cálculo do escore geral da APS pelo PCATool Brasil versão reduzida e do atributo da longitudinalidade de cada unidade, conforme visto no Quadro 1.

Dos 492 questionários válidos, 246 coletados na CF Felipe Cardoso e 246 na CF Nilda Campos, 8 foram considerados não aptos para o cálculo do escore já que possuíam mais de 50% das respostas como “não sei, não lembro” ou com dados incompletos (“missing”), o que segundo a recomendação do manual do instrumento, inviabiliza a média final.

Em relação aos dados sociodemográficos, observou-se predominância do sexo feminino entre os entrevistados em ambas as unidades, com um total de 192 mulheres (78,05%) e 54 homens (21,95%) na CFFC e 178 mulheres (72,36%) e 68 homens (27,64%) na CFNC. Em relação à faixa etária, observamos que 130 pacientes com até 45 anos (52,85%) e 116 com mais de 45 anos (47,15%) na CFFC. Na CFNC, 119 usuários responderam ter até 45 anos (48,97%) e 127 mais de 45 anos (51,63%). Quando foram perguntados sobre qual cor se identificavam, na CFFC 72 pessoas responderam como branca, amarela ou indígena (29,27%) e 174 como parda ou preta (70,73%). Já na CFNC, 76 se identificam como branca, amarela ou indígena (30,89%) e 170 como pardos ou pretos (69,11%). Sobre o estado civil dos participantes, na CFFC 117 afirmaram ser casados (47,56%), 100 já viveram com um parceiro em algum momento (40,6%) e 29 nunca viveram (11,79%). Na CFNC, 92 já viveram com um parceiro (37,7%), 43 nunca viveram (17,4%) e 111 eram casados (44,9%).

Por fim, foi feito questionamento aos participantes sobre situação ocupacional atual, renda familiar, se possuem algum benefício social incluindo aposentadoria e a escolaridade, com os seguintes achados: na CFFC, 39 usuários não estavam trabalhando naquele momento e não procuravam emprego (16%), 32 não trabalhavam naquele momento, mas procuravam emprego (13,2%), 55 estavam aposentados ou recebendo benefício social (22,4%), 120 estavam trabalhando (48,4%). Na CFNC, 37 não estavam trabalhando e não procuravam emprego (15,04%), 33 não trabalhavam, mas procura emprego (13,41%), 71 estavam aposentados ou recebendo benefício social (28,86%) e 105 estavam trabalhando (42,68%); sobre a renda familiar, 5 pessoas declararam não ter renda familiar (2,03%), 83 declararam 1 salário mínimo (33,74%), 78 entre 1 a 2 salários (31,71%), 67 de 2 a 5 (27,24%), 10 de 5 a 10 (4,07%) e 3 mais de 10 (1,22%). Na CFNC, 3 declararam não terem renda familiar (1,22%), 84 até 1 salário

mínimo (34,15%), 81 entre 1 a 2 salários mínimos (32,93%), 65 de 2 a 5 salários mínimos (26,42%), 12 de 5 a 10 salários mínimos (4,88%) e 1 mais de 10 salários (0,4%).

Sobre benefício social, na CFFC 2 não souberam responder (0,8%), 117 não possuíam (47,56%) e 127 responderam que recebiam (51,63%). Na CFNC, 121 não possuíam (49,19%) e 125 (50,81%) possuíam. Sobre escolaridade, na CFFC 2 não soube responder (0,81%), 41 informaram ter estudado até a 1ª a 4ª a série (16,67%), 53 entre 5ª a 8ª série (21,54%), 132 concluíram o 2º grau (53,66%) e 18 o ensino superior (7,32%). Já na CFNC, 27 pessoas estudaram até a 1ª a 4ª série (10,98%), 55 entre a 5ª a 8ª série (22,36%), 128 completaram o 2º grau (52,03%), 33 o ensino superior (13,41%), 3 referiram não ter estudado (1,22%).

Tabela 1 - Perfil dos usuários entrevistados nas Clínicas da Família Felipe Cardoso e Nilda Campos - Município do Rio de Janeiro - junho a agosto de 2023 (n=492)

Características	CFFC (n1=246)	CFNC (n2=246)	Total
Sociodemográficas			
Sexo			
Feminino	192 (78,05%)	178 (72,36%)	370 (75,20%)
Masculino	54 (21,95%)	68 (27,64%)	122 (24,80%)
Cor			
Branca/Indígena/Amarela	72 (29,27%)	76 (30,89%)	148 (30,08%)
Pardo/Preta	174 (70,73%)	170 (69,11%)	344 (69,92%)
Faixa Etária			
Até 45 anos	130 (52,85%)	119 (48,37%)	249 (50,61%)
Mais de 45 anos	116 (47,15%)	127 (51,63%)	243 (49,59%)
Estado Civil			
Divorciado/Viúvo	100 (40,65%)	92 (37,7%)	192 (39,02%)
Solteiros	29 (11,79%)	43 (17,4%)	72 (14,63%)
Casados	117 (47,56%)	111 (44,9%)	228 (46,34%)

continua

Continuação

Tabela 1 - Perfil dos usuários entrevistados nas Clínicas da Família Felipe Cardoso e Nilda Campos - Município do Rio de Janeiro - junho a agosto de 2023 (n=492)

Características	CFFC (n1=246)	CFNC (n2=246)	Total
Situação Ocupacional			
Trabalhavam	120 (48,4%)	105 (42,68%)	225 (45,73%)
Não trabalhavam e procuravam emprego	32 (13,2%)	33 (13,41%)	65 (13,21%)
Não trabalhavam e não procuravam emprego	39 (16%)	37 (15,04%)	76 (15,45%)
Aposentado/ recebe benefício social	55 (22,4%)	71 (28,86%)	126 (25,61%)
Renda			
Não tem	5 (2,03%)	3 (1,22%)	8 (1,63%)
1 salário mínimo	83 (33,74%)	84 (34,15%)	167 (33,94%)
1 a 2 salários	78 (31,71%)	81 (32,93%)	159 (32,32%)
2 a 5	67 (27,24%)	65 (26,42%)	132 (26,83%)
5 a 10	10 (4,07%)	12 (4,88%)	22 (4,47%)
Mais de 10	3 (1,22%)	1 (0,4%)	4 (0,81%)
benefício social*			
não possuem	117 (47,56%)	121 (49,19%)	238 (48,37%)
recebe	127 (51,6%)	125 (50,81%)	252 (51,22%)
Escolaridade*1			
1ª a 4ª série	41 (16,67%)	27 (10,98%)	68 (13,82%)
5ª a 8ª série	53 (21,54%)	55 (22,36%)	108 (21,95%)
2º grau	132 (53,66%)	128 (52,03%)	260 (52,85%)
Ensino superior	18 (13,41%)	33 (13,41%)	51 (10,37%)
Sem estudo	0 (0,00%)	3 (1,22%)	3 (0,61%)

Fonte: Trabalho de campo realizado nas Clínicas da Família CFFC e CFNC no município do Rio de Janeiro, no período de junho a agosto de 2023

Legenda: CFFC = Clínica da Família Felipe Cardoso (unidade com programa de residência em MFC), CFNC = Clínica da Família Nilda Campos (unidade sem programa de residência)

*Duas pessoas não souberam responder se possuíam ou não benefício social na CFFC

*1Duas pessoas não souberam responder sobre escolaridade

No que se refere à aplicação do PCATool, a média do escore geral da APS foi de 5,63 [5,46; 5,80], da longitudinalidade de 6,22 [6,04; 6,40] e a afiliação de 7,63 [7,37; 7,89]. Ao individualizar as unidades, na CFFC, o escore geral da APS foi possível ser calculado para 243 usuários, com uma média de 6,32 [6,12; 6,53]. O escore da longitudinalidade foi calculado para 245 usuários, com média de 7,02 [6,81; 7,23]. A média da afiliação foi de 7,87 [7,52; 8,23]. Na CFNC, o escore geral teve média de 4,94 [4,70; 5,19]. A média do escore da longitudinalidade foi de 5,43 [5,17; 5,68]. Por fim, o escore de afiliação teve média entre 7,38 [7,02; 7,51]. (Tabela 2)

Tabela 2: Escore médio (IC 95%) das características e atributos da Atenção Primária à Saúde na experiência dos usuários ADULTOS nas Clínicas da Família Felipe Cardoso e Nilda Campos - Município do Rio de Janeiro - junho a agosto de 2023

Características e Atributos da Atenção Primária à Saúde	Geral		CFFC – com residência em MFC		CFNC – sem residência em MFC		Valor-p (*)
	n	Média (IC 95%)	n	Média (IC 95%)	n	Média (IC 95%)	
Afiliação	492	7,63 [7,37; 7,89]	246	7,87 [7,52; 8,23]	246	7,38 [7,02; 7,51]	<0,0001
Longitudinalidade	491	6,22 [6,04; 6,40]	245	7,02 [6,81; 7,23]	246	5,43 [5,17; 5,68]	<0,0001
Escore Geral	488	5,63 [5,46; 5,80]	243	6,32 [6,12; 6,53]	245	4,94 [4,70; 5,1]	<0,0001

Fonte: Trabalho de campo realizado nas Clínicas da Família CFFC e CFNC no município do Rio de Janeiro, no período de junho a agosto de 2023

Legenda: CFFC = Clínica da Família Felipe Cardoso (unidade com programa de residência em MFC), CFNC = Clínica da Família Nilda Campos (unidade sem programa de residência)

Escores assumem valores de 0 a 10

IC: intervalo de confiança

(*) Associado ao teste t para duas amostras independentes

Ao se correlacionar os escores de acordo com sexo, percebemos uma menor pontuação dada pelo sexo masculino tanto no escore geral, na longitudinalidade e na afiliação na CFFC, com médias de 6,40 [6,16; 6,36], 7,08 [6,83; 7,32] e 8,06 [7,67; 8,44], respectivamente para o sexo feminino e 6,06 [5,66; 6,47], 6,81 [6,38; 7,26] e 7,22 [6,40; 8,05], respectivamente, para o sexo masculino. A mesma relação não foi observada na CFNC, onde as avaliações pelo sexo masculino foram, inclusive, maiores para a longitudinalidade e escore geral da APS. Na CFNC, obtivemos para o sexo feminino escore geral de 4,86 [4,56; 5,14], de 5,35 [5,05; 5,67] para o escore da longitudinalidade e de 7,57 [7,16; 7,97] para afiliação. A média do público masculino foi de 5,18 [4,70; 5,65], 5,26 [5,16; 6,08] e 6,91 [6,11; 7,72], respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3 - Escore médio (IC 95%) de longitudinalidade por sexo na Atenção Primária à Saúde na experiência dos usuários ADULTOS nas Clínicas da Família Felipe Cardoso e Nilda Campos. Município do Rio de Janeiro - junho a agosto de 2023

Sexo	Características e Atributos da Atenção Primária à Saúde	CFFC – com residência em MFC		CFNC – sem residência em MFC		Total		Valor-p (*)
		n	Média (IC 95%)	n	Média (IC 95%)	n	Média	
Feminino	Afiliação	192	8,06 [7,67;8,45]	178	7,57 [7,16;7,97]	370	7,82 [7,54;8,10]	<0,0001
	Longitudinalidade	191	7,08 [6,83;7,32]	178	5,35 [5,05;5,66]	369	6,25 [6,03;6,46]	<0,0001
	Escore geral	189	6,40 [6,16;6,64]	177	4,85 [4,56;5,14]	366	5,65 [5,45;5,85]	<0,0001
Masculino	Afiliação	54	7,22 [6,40;8,05]	68	6,91 [6,11;7,72]	122	7,05 [6,48;7,62]	<0,0001
	Longitudinalidade	54	6,82 [6,37;7,27]	68	5,63 [5,16;6,09]	122	6,15 [5,82;6,49]	<0,0001
	Escore geral	54	6,06 [5,66;6,47]	68	5,18 [4,71;5,65]	122	5,57 [5,25;5,89]	<0,0001
Total	Afiliação	246	7,87 [7,52;8,23]	246	7,38 [7,02;7,51]	492	7,63 [7,37;7,89]	<0,0001
	Longitudinalidade	245	7,02 [6,81;7,23]	246	5,43 [5,17;5,68]	491	6,22 [6,04;6,40]	<0,0001
	Escore geral	243	6,32 [6,12;6,53]	245	4,94 [4,70;5,10]	488	5,63 [5,46;5,80]	<0,0001

continua

Fonte: Trabalho de campo realizado nas Clínicas da Família CFFC e CFNC no município do Rio de Janeiro, no período de junho a agosto de 2023

Legenda: CFFC = Clínica da Família Felipe Cardoso (unidade com programa de residência em MFC), CFNC = Clínica da Família Nilda Campos (unidade sem programa de residência)

Escores assumem valores de 0 a 10

IC: intervalo de confiança

(*) Associado ao teste t para duas amostras independentes

Em relação à faixa etária, observou-se melhor avaliação pelos usuários com mais de 45 anos entrevistados em ambas as clínicas. O escore geral da APS foi de 6,00 [5,7;6,29], da longitudinalidade de 6,73 [4,42;7,04] e da afiliação de 7,20 [6,71; 7,74] pelos entrevistados que tinham até 45 anos na CFFC. Já os com mais de 45 anos nessa unidade, a média do escore geral foi de 6,67 [6,38; 6,96], da longitudinalidade de 7,35 [7,06; 7,63] e da afiliação de 8,62 [8,20;9,04]. Na CFNC as médias dos usuários menores de 45 anos foram de 4,83 [4,46; 5,19], 5,12 [4,73; 5,51] e 7,25 [6,71; 7,80], respectivamente. Entre os maiores de 45 anos, 5,05 [4,72; 5,38], 5,72 [5,39; 6,05] e 7,5 [7,01; 8,00], respectivamente (Tabela 4).

Tabela 4: Escore médio (IC 95%) de longitudinalidade por faixa etária na Atenção Primária à Saúde na experiência dos usuários ADULTOS nas Clínicas da Família Felipe Cardoso e Nilda Campos - Município do Rio de Janeiro - junho a agosto de 2023

Faixa Etária	Características e Atributos da Atenção Primária à Saúde	CFFC – com residência em MFC		CFNC – sem residência em MFC		Total		Valor-p (*)
		n	Média (IC 95%)	n	Média (IC 95%)	n	Média	
Até 45 anos	Afiliação	130	7,21 [6,67; 7,74]	119	7,25 [6,71; 7,80]	249	7,23 [6,85; 7,61]	0,8978
	Longitudinalidade	129	6,73 [6,42; 7,04]	119	5,12 [4,73; 5,51]	248	5,96 [5,70; 6,22]	<0,0001
	Escore geral	127	6,01 [5,73; 6,30]	119	4,83 [4,46; 5,20]	246	5,44 [5,20; 5,68]	<0,0001
Mais de 45 anos	Afiliação	116	8,62 [8,20; 9,04]	127	7,50 [7,01; 8,00]	243	8,04 [7,70; 8,37]	<0,0001
	Longitudinalidade	116	7,35 [7,06; 7,63]	127	5,72 [5,39; 6,05]	243	6,50 [6,25; 6,74]	<0,0001
	Escore geral	116	6,67 [6,38; 6,96]	126	5,05 [4,72; 5,38]	242	5,82 [5,58; 6,06]	<0,0001
Total	Afiliação	246	7,87 [7,52; 8,23]	246	7,38 [7,02; 7,71]	492	7,63 [7,37; 7,89]	<0,0001
	Longitudinalidade	245	7,02 [6,81; 7,23]	246	5,43 [5,17; 5,68]	491	6,22 [6,04; 6,40]	<0,0001
	Escore geral	243	6,32 [6,12; 6,53]	245	4,94 [4,70; 5,10]	488	5,63 [5,46; 5,80]	<0,0001

Fonte: Trabalho de campo realizado nas Clínicas da Família CFFC e CFNC no município do Rio de Janeiro, no período de junho a agosto de 2023

Legenda: CFFC = Clínica da Família Felipe Cardoso (unidade com programa de residência em MFC), CFNC = Clínica da Família Nilda Campos (unidade sem programa de residência)

Escores assumem valores de 0 a 10

IC: intervalo de confiança

(*) Associado ao teste t para duas amostras independentes

Correlacionando a cor da pele com a nota final, a média do escore geral da APS, da longitudinalidade e da afiliação das pessoas que se declararam brancas, indígenas ou amarelas, foi de 6,49 [6,15; 6,84], 7,19 [6,86; 7,52] e 8,29 [7,75; 8,83], respectivamente e dos que declararam parda ou preta, 6,25 [6,00; 6,51], 6,95 [6,68; 7,22], 7,70 [7,26; 8,15]. Na CFNC, nessa mesma ordem, as médias dos que se declararam brancos/indígenas/amarelos foram de

4,80 [4,38; 5,23], 5,21 [4,75; 5,67] e 7,76 [7,11; 8,41] e os que se declararam pardos/pretos de 5,05 [4,72; 5,38], 5,72 [5,39; 6,05] e 7,50 [7,01; 8,00]. (Tabela 5)

Tabela 5: Escore médio (IC 95%) de longitudinalidade por raça/cor na Atenção Primária à Saúde na experiência dos usuários ADULTOS nas Clínicas da Família Felipe Cardoso e Nilda Campos - Município do Rio de Janeiro - junho a agosto de 2023

Raça / cor	Características e Atributos da Atenção Primária à Saúde	CFFC – com residência em MFC		CFNC – sem residência em MFC		Total		Valor-p (*)
		n	Média (IC 95%)	n	Média (IC 95%)	n	Média	
Branca / Amarela / Indígena	Afiliação	72	8,29 [7,75; 8,83]	76	7,76 [7,11; 8,41]	148	8,01 [7,59;8,44]	0.2223
	Longitudinalidade	72	7,19 [6,86; 7,52]	76	5,21 [4,75; 5,67]	148	6,17 [5,85;6,50]	<0,0001
	Escore geral	71	6,49 [6,15; 6,84]	76	4,80 [4,38; 5,23]	147	5,62 [5,31;5,93]	<0,0001
Parda / Preta	Afiliação	174	7,70 [7,26; 8,15]	170	7,22 [6,77; 7,66]	344	7,46 [7,15;7,78]	0.1299
	Longitudinalidade	173	6,95 [6,68; 7,22]	170	5,53 [5,22; 5,83]	343	6,24 [6,03;6,46]	<0,0001
	Escore geral	172	6,25 [6,00; 6,51]	169	5,01 [4,70; 5,31]	341	5,63 [5,43;5,84]	<0,0001
Total	Afiliação	246	7,87 [7,52; 8,23]	246	7,38 [7,02; 7,51]	492	7,63 [7,37; 7,89]	<0,0001
	Longitudinalidade	245	7,02 [6,81; 7,23]	246	5,43 [5,17; 5,68]	491	6,22 [6,04; 6,40]	<0,0001
	Escore geral	243	6,32 [6,12; 6,53]	245	4,94 [4,70; 5,10]	488	5,63 [5,46; 5,80]	<0,0001

Fonte: Trabalho de campo realizado nas Clínicas da Família CFFC e CFNC no município do Rio de Janeiro, no período de junho a agosto de 2023

Legenda: CFFC = Clínica da Família Felipe Cardoso (unidade com programa de residência em MFC), CFNC = Clínica da Família Nilda Campos (unidade sem programa de residência)

Escores assumem valores de 0 a 10

IC: intervalo de confiança

(*) Associado ao teste t para duas amostras independentes

Já os dados atribuídos de acordo com a situação conjugal, mostraram que na CFFC as médias dos escore geral, de longitudinalidade e afiliação dos usuários que estão com um parceiro foi de 6,32 [6,04; 6,61], 7,05 [6,74; 7,35], 7,58 [7,06; 8,10], dos separados/viúvos de 6,31 [5,97; 6,64], 6,95 [6,60; 7,30], 8,10 [7,56; 8,64] e dos solteiros de 6,39 [5,72; 7,06], 7,17 [6,56; 7,78], 8,28 [7,12; 9,43], respectivamente. Na CNFC, os pacientes que responderam ser casados/união estável tiveram média de 4,86 [4,50; 5,23], 5,31 [4,93; 5,69] e 7,30 [6,75; 7,85] para o escore geral da APS, da longitudinalidade e da afiliação. Os viúvos/separados 5,02 [4,63; 5,42], 5,48 [5,07; 5,89], 7,39 [6,77; 8,01] para os mesmos itens e ordem dos anteriormente citados. Por fim, os que responderam serem solteiros tiveram suas médias da seguinte ordem: 4,98 [4,34; 5,61], 5,62 [4,95; 6,29], 7,60 [6,75; 8,44] (Tabela 6).

Tabela 6: Escore médio (IC 95%) de longitudinalidade por situação conjugal na Atenção Primária à Saúde na experiência dos usuários ADULTOS nas Clínicas da Família Felipe Cardoso e Nilda Campos - Município do Rio de Janeiro - junho a agosto de 2023

Situação Conjugal	Características e Atributos da Atenção Primária à Saúde	CFFC – com residência em MFC		CFNC – sem residência em MFC		Total		Valor-p (*)
		n	Média (IC 95%)	n	Média (IC 95%)	n	Média	
Sim	Afiliação	117	7,58 [7,06;8,10]	111	7,30 [6,75;7,85]	228	7,44 [7,07;7,82]	0,4616
	Longitudinalidade	117	7,05 [6,74;7,35]	111	5,31 [4,93;5,69]	227	6,20 [5,92;6,46]	<0,0001
	Escore geral	115	6,32 [6,04;6,61]	111	4,86 [4,50;5,23]	226	5,60 [5,36;5,85]	<0,0001
Não, mas já viveu antes	Afiliação	100	8,10 [7,56;8,64]	92	7,39 [6,77;8,01]	192	7,76 [7,35;8,17]	0,0883
	Longitudinalidade	100	6,95 [6,60;7,30]	92	5,48 [5,07;5,89]	192	6,25 [5,96;6,53]	<0,0001
	Escore geral	100	6,31 [5,97;6,64]	91	5,02 [4,63;5,42]	191	5,69 [5,42;5,97]	<0,0001
Nunca viveu	Afiliação	29	8,28 [7,12;9,43]	43	7,60 [6,75;8,44]	72	7,87 [7,20;8,54]	0,3282
	Longitudinalidade	29	7,17 [6,56;7,78]	43	5,62 [4,95;6,29]	72	6,24 [5,75;6,73]	0,0016
	Escore geral	28	6,39 [5,72;7,06]	43	4,98 [4,34;5,61]	71	5,53 [5,05;6,01]	0,0037
Total	Afiliação	246	7,87 [7,52;8,23]	246	7,38 [7,02;7,51]	492	7,63 [7,37; 7,89]	<0,0001
	Longitudinalidade	245	7,02 [6,81;7,23]	246	5,43 [5,17;5,68]	491	6,22 [6,04; 6,40]	<0,0001
	Escore geral	243	6,32 [6,12;6,53]	245	4,94 [4,70;5,10]	488	5,63 [5,46; 5,80]	<0,0001

Fonte: Trabalho de campo realizado nas Clínicas da Família CFFC e CFNC no município do Rio de Janeiro, no período de junho a agosto de 2023

Legenda: CFFC = Clínica da Família Felipe Cardoso (unidade com programa de residência em MFC), CFNC = Clínica da Família Nilda Campos (unidade sem programa de residência)

Escores assumem valores de 0 a 10

IC: intervalo de confiança

(*) Associado ao teste t para duas amostras independentes

A Tabela 7 apresenta a análise detalhada das perguntas que compõem cada atributo, correlacionado com as médias obtidas em cada item.

Tabela 7: Escore médio (IC 95%) de itens selecionados dos atributos da Atenção Primária à Saúde na experiência dos usuários ADULTOS nas Clínicas da Família Felipe Cardoso e Nilda Campos - Município do Rio de Janeiro - junho a agosto de 2023

Itens selecionados dos atributos da Atenção Primária à Saúde (*)	Geral		Clínica da Família CFFC		Clínica da Família CFNC		Valor-p (**)
	n	Média (C 95%)	n	Média (IC 95%)	n	Média (IC 95%)	
B2. quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao(à) “serviço de saúde/ médico(a)/enfermeiro(a)” antes de ir a outro serviço de saúde?	491	8,60 [8,33; 8,83]	245	8,87 [8,54; 9,19]	246	8,29 [7,90; 8,68]	0,0240
C4. quando o(a) “serviço de saúde” está aberto(a), você consegue aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) se precisar?	491	4,74 [4,36; 5,12]	245	5,01 [4,49; 5,51]	246	4,47 [3,90; 5,04]	0,1697
C11. é difícil para você conseguir atendimento médico no(a) “serviço de saúde” quando pensa que é necessário?	491	7,35 [7,01; 7,69]	245	8,03 [7,61; 8,45]	246	6,68 [6,15; 7,20]	<0,001
D1. quando você vai ao(à) “serviço de saúde”, é o(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que atende você todas às vezes?	491	5,19 [4,81; 5,58]	245	4,78 [4,25; 5,30]	246	5,60 [5,05; 6,16]	0,033
D2. Você acha que o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” entende o que você diz ou pergunta?	491	9,04 [8,84; 9,25]	245	9,36 [9,12; 9,60]	246	8,73 [8,40; 9,06]	0,0023
D3. o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” responde as suas perguntas de maneira que você entenda?	491	9,38 [9,20; 9,56]	245	9,66 [9,48; 9,84]	246	9,10 [8,80; 9,41]	0,0024
D4. se você tiver uma pergunta sobre a sua saúde, pode telefonar ou utilizar alguma forma de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) para falar com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que melhor conhece você?	491	2,53 [2,22; 2,84]	245	2,99 [2,56; 3,43]	246	2,07 [1,63; 2,51]	0,0036
D5. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” dá tempo suficiente para você falar sobre as suas preocupações ou problemas?	491	9,14 [8,92; 9,37]	245	9,56 [9,34; 9,79]	246	8,73 [8,34; 9,11]	0,0002
D6. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao(à) “médico(a)/ enfermeiro(a)”?	491	9,15 [8,93; 9,37]	245	9,34 [9,08; 9,61]	246	8,96 [8,60; 9,31]	0,0823

Continua

Continuação

Tabela 7: Escore médio (IC 95%) de itens selecionados dos atributos da Atenção Primária à Saúde na experiência dos usuários ADULTOS nas Clínicas da Família Felipe Cardoso e Nilda Campos - Município do Rio de Janeiro - junho a agosto de 2023

Itens selecionados dos atributos da Atenção Primária à Saúde (*)	Geral		Clínica da Família CFFC		Clínica da Família CFNC		Valor-p (**)
	n	Média (C 95%)	n	Média (IC 95%)	n	Média (IC 95%)	
D7. o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	491	4,32 [3,92; 4,72]	245	5,20 [4,64; 5,75]	246	3,46 [2,89; 4,02]	<0,0001
D8. o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quem mora com você?	491	5,34 [4,93; 5,74]	245	6,56 [6,00; 7,10]	246	4,12 [3,55; 4,69]	<0,0001
D9. o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quais problemas são mais importantes para você e a sua família?	491	4,56 [4,16; 4,95]	245	5,80 [5,27; 6,35]	246	3,30 [2,78; 3,83]	<0,0001
D10. o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” conhece a sua história clínica (história médica) completa?	491	5,96 [5,57; 6,35]	245	5,51 [7,04; 7,98]	246	4,41 [3,85; 4,98]	<0,0001
D11. o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe sobre o seu trabalho ou emprego?	491	4,72 [4,32; 5,13]	245	6,15 [5,59; 6,71]	246	3,31 [2,77; 3,85]	<0,0001
D12. De alguma forma, o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” saberia se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	491	4,77 [4,39; 5,14]	245	6,07 [5,55; 6,58]	246	3,47 [2,97; 3,97]	<0,0001
D13. o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	491	7,10 [6,74; 7,46]	245	8,12 [7,70; 8,54]	246	6,08 [5,52; 6,65]	<0,0001
D14. se fosse muito fácil, você mudaria do(a) “serviço de saúde” para outro serviço de saúde?	485	5,91 [5,51; 6,31]	241	7,18 [6,67; 7,68]	244	4,66 [4,07; 5,25]	<0,0001
E2. o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com esse(a) especialista ou no serviço especializado?	225	8,70 [8,26; 9,13]	114	8,33 [7,65; 9,01]	111	9,07 [8,53; 9,61]	0,097
E6. o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” enviou alguma informação para o(a) especialista sobre o motivo dessa consulta (com o(a) especialista ou no serviço especializado)?	225	8,65 [8,24; 9,06]	114	8,25 [7,61; 8,87]	111	9,07 [8,54; 9,60]	0,0487
E7. o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quais foram os resultados da consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado?	225	7,21 [6,69; 7,74]	114	7,92 [7,25; 8,59]	111	6,49 [5,68; 7,29]	0,0068

Continua

Continuação

Tabela 7: Escore médio (IC 95%) de itens selecionados dos atributos da Atenção Primária à Saúde na experiência dos usuários ADULTOS nas Clínicas da Família Felipe Cardoso e Nilda Campos - Município do Rio de Janeiro - junho a agosto de 2023

Itens selecionados dos atributos da Atenção Primária à Saúde (*)	Geral		Clínica da Família CFFC		Clínica da Família CFNC		Valor-p (**)
	n	Média (C 95%)	n	Média (IC 95%)	n	Média (IC 95%)	
E9. o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” pareceu interessado(a) na qualidade do cuidado que você recebeu na consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado (perguntou se você foi bem ou mal atendido)?	225	6,18 [5,6; 6,75]	114	7,02 [6,28; 7,75]	111	5,31 [4,46; 6,16]	0,0029
F3. se quisesse, você poderia ler (consultar) o seu prontuário no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”?	491	5,06 [4,77; 5,35]	245	5,43 [5,03; 5,83]	246	4,70 [4,28; 5,12]	0,0138
G9. aconselhamento para problemas	490	3,59 [3,19; 3,98]	245	4,79 [4,22; 5,36]	245	2,38 [1,87; 2,89]	<0,0001
G17. aconselhamento sobre tabagismo (ex.: como parar de fumar) de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão)	482	3,69 [3,34; 4,04]	237	4,04 [3,58; 4,49]	245	3,35 [2,82; 3,87]	0,0524
G20. aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair)	483	2,80 [2,47; 3,13]	238	3,45 [2,98; 3,90]	245	2,17 [1,71; 2,64]	0,0002
H1. orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente)	490	5,45 [5,02; 5,87]	245	6,71 [6,15; 7,27]	245	4,19 [3,59; 4,79]	<0,0001
H5. orientações sobre exercícios físicos apropriados para você	490	5,71 [5,28; 6,13]	245	6,90 [6,34; 7,45]	245	4,52 [3,90; 5,12]	<0,0001
H7. Verificar e discutir os medicamentos que você está usando	490	7,00 [6,63; 7,37]	245	7,58 [7,10; 8,06]	245	6,42 [5,86; 6,98]	0,0021
H11. Como prevenir quedas	483	2,57 [2,27; 2,87]	238	3,26 [2,84; 3,68]	245	1,90 [1,48; 2,30]	<0,0001
I1. o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” pergunta as suas ideias e opiniões (o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para alguém da sua família?	490	2,25 [3,84; 4,66]	245	5,76 [5,17; 6,34]	245	2,75 [2,23; 3,26]	<0,0001

Continua

Continuação

Tabela 7: Escore médio (IC 95%) de itens selecionados dos atributos da Atenção Primária à Saúde na experiência dos usuários ADULTOS nas Clínicas da Família Felipe Cardoso e Nilda Campos - Município do Rio de Janeiro - junho a agosto de 2023

Itens selecionados dos atributos da Atenção Primária à Saúde (*)	Geral		Clínica da Família CFFC		Clínica da Família CFNC		Valor-p (**)
	n	Média (C 95%)	n	Média (IC 95%)	n	Média (IC 95%)	
I3. o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	490	6,55 [6,23; 6,87]	245	7,56 [7,20; 7,93]	245	5,54 [5,05; 6,02]	<0,0001
J4. Pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas	490	4,20 [3,79; 4,60]	245	5,62 [5,04; 6,20]	245	2,77 [2,27; 3,28]	<0,0001

Fonte: Trabalho de campo realizado nas Clínicas da Família Felipe Cardoso e Nilda Campos no município do Rio de Janeiro, no período de junho a agosto de 2023

Legenda: CFFC = Clínica da Família Felipe Cardoso (unidade com programa de residência em MFC), CFNC = Clínica da Família Nilda Campos (unidade sem programa de residência)

Escores assumem valores de 0 a 10

IC: intervalo de confiança

(*) Apenas os itens dos atributos que compõem o escore médio da versão adulto do PCATool - reduzido

(**) Associado ao teste t para duas amostras independentes

8 DISCUSSÃO

O Ministério da Saúde do Brasil tem implementado diversas iniciativas de avaliação em saúde com o intuito de melhorar o desempenho do cuidado. Discutir sobre esse tema é importante, uma vez que a avaliação em saúde pode desempenhar um papel estratégico na melhoria da qualidade dos serviços de saúde, na redução de desigualdades e na orientação de políticas públicas. Apesar das iniciativas, o processo avaliativo ainda não está incorporado nos sistemas de saúde no Brasil devido aos impasses que permeiam essa prática, como escassez de recursos, a fragmentação do sistema de saúde e a falta de integração entre os diferentes níveis de atenção. Assim, trata-se de uma discussão fundamental para promover avanços e aprimoramentos no sistema de saúde, para garantir uma assistência mais eficaz e equânime para a população (Akerman; Furtado, 2016).

A ferramenta escolhida neste estudo tem sido cada vez mais usada no Brasil o que pode se dar devido a sua fácil reprodução, compreensão e baixo custo (Maia, 2017), além de ter sido divulgada e disponibilizada pelo Ministério da Saúde em 2010 em suas plataformas oficiais (Machado, 2018), - com lançamento de novo manual em 2020- em uma das iniciativas para avaliação em saúde no âmbito nacional. Além disso, foi incluída em 2019 pelo IBGE, com o apoio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do MS, na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (Pinto *et al.*, 2021). A escolha da adoção da versão reduzida do PCATool à PNS pode ter se dado por ser uma opção mais viável, prática, econômica e capaz de ter seus resultados comparados a nível internacional. Contudo, no caso da PNS-2019, a ferramenta forneceu apenas o escore geral da APS, mas não os escores médios de cada atributo, o que não permite a avaliação individualizada de cada componente e, por tanto, o reconhecimento de possíveis áreas de fragilidade (Meira-Silva, 2022). Para avaliar a longitudinalidade de forma isolada no presente estudo, foi necessário realizar a aplicação desse componente com a sua estrutura do PCATool para adultos versão estendida, combinada com o questionário da versão reduzida.

A busca pelo aumento dos processos avaliativos em saúde, incluindo a APS, vem se tornando campo de progressivo desenvolvimento devido à percepção de uma demanda importante para melhorar resultados do cuidado da população. Institucionalizar a avaliação, em especial envolvendo a participação dos usuários, permite que também seja acessado a percepção de satisfação, o que se correlaciona com melhores desfechos em saúde (Brandão; Giovanella; Campos, 2013).

Tendo em vista a importância do tema e a necessidade da participação dos usuários em avaliações (Akerman; Furtado, 2016), esse estudo visou contribuir para a construção avaliativa em um cenário prático da APS carioca, envolvendo a residência médica da SMS RJ, atualmente a maior da especialidade a nível nacional.

Foi realizada uma análise do perfil sociodemográfico da população do estudo, o que ajuda a compreender as características e necessidades dessa população, possibilitando a adaptação de intervenções, além de identificar desigualdades na saúde e possíveis barreiras no acesso. Com a coleta desses dados, podemos contribuir para a formulação de estratégias e políticas direcionadas, equitativas e eficazes, visando melhorar a saúde da população.

Encontramos entre os participantes dessa pesquisa uma maioria que se identificava com o sexo feminino, pardo/preto, solteiro (a)/separado (a)/viúvo (a), com renda de até dois salários mínimos e com ensino médio completo. Entre o total de participantes dessa pesquisa, uma maioria que se identificava com o sexo feminino, pardo/preto, solteiro (a)/separado (a)/viúvo (a), com renda de até dois salários mínimos e com ensino médio completo. Em um total de 370 mulheres (75,20%) e 122 homens (24,80%), 249 com idade até 45 anos (50,61%), 243 com mais de 45 anos (49,59%), 148 brancos/amarelos/indígenas (30,08%) e 344 pardos/pretos (69,92%) e 228 casados (46,34%), 264 viúvos/separados/solteiros (53,65%). Ao avaliar as unidades de forma individual, percebe-se que o perfil é semelhante, sendo, contudo, a população da CFFC pouco mais jovem.

Esse perfil encontrado é similar ao estudo realizado em 2014 no Rio de Janeiro, onde os adultos entrevistados eram majoritariamente do sexo feminino, não branca, com idade média de 46,96 anos, uma média de 2,62 filhos por adulto e com maioria solteiro (a)/viúvo (a)/separado (a)/divorciado (a) (Harzheim *et al.*, 2016).

Podemos também traçar paralelo com o estudo realizado pelo IBGE que incluiu pela primeira vez um módulo sobre avaliação da APS em seu inquérito populacional de visita domiciliar, utilizando a versão reduzida do PCATool. Apesar de não ser possível isolar o perfil da população no Município do Rio de Janeiro nos resultados desse estudo, ao comparar com a região Sudeste do país, encontramos uma população com um perfil similar, com 69,59% participantes do sexo feminino, 56,33% pardas/pretas, 37,79% não possuíam cônjuge e 54,53% com renda até um salário mínimo (Pinto *et al.*, 2021).

A semelhança nos perfis das pesquisas, indicam, possivelmente, um maior acesso de mulheres pardas/pretas nas unidades de saúde no Rio de Janeiro, podendo ser sinal aos gestores para potencializar as políticas para esse público, além de também poder sugerir estudos futuros para questionar o motivo dessa conformação, em especial do esvaziamento do público

masculino e jovem nas unidades e formas de combatê-lo. Uma hipótese para esse perfil pode ser relacionada a aspectos culturais sobre cuidados em saúde, com políticas de atenção já enraizadas para o público feminino, além da visão do papel social do homem e a relação com a imagem de fragilidade (Levorato *et al.*, 2014).

Com a aplicação do PCATool para os participantes, obtivemos a média do escore geral da APS de 5,63 para as duas unidades, assim como 7,63 de escore de afiliação e, da longitudinalidade, de 6,22. Ao observar os resultados das unidades individualmente, na CFFC obtivemos médias de 6,32, 7,87 e 7,02, respectivamente. Na CFNC, 4,94, 7,38 e 5,42, respectivamente.

Essas médias se assemelham ao estudo conduzido em 2014 no Rio de Janeiro, com a participação de 3.530 adultos que participaram da pesquisa e responderam ao questionário PCATool, onde o escore geral foi de 5,73 [5,60; 5,84], o de afiliação 7,05 [6,83; 7,27] e o da longitudinalidade 6,27 [6,1; 6,40] no Município do Rio de Janeiro e, mais especificamente na CAP 3.1, um escore geral de 6,0 [5,7; 6,29], de longitudinalidade 7,46 [6,91; 8,00] e afiliação 6,26 [5,9; 6,6], (HARZHEIM *et al.*, 2016) e também a outro estudo conduzido em 2019 pelo IBGE, teve média do escore geral do RJ de 5,3 [5,6; 5,9] e na região sudeste de 5,8 [5,7; 6,0] (Pinto *et al.*, 2021).

Considerando os valores dos escores que podem ser classificados em alto (escore $\geq 6,6$) ou baixo (escore $< 6,6$) na ferramenta, podemos inferir que ao comparar as duas unidades, a que apresenta residência médica em todas as duas equipes possui escore alto tanto na afiliação como na longitudinalidade e um escore geral significativamente maior do que a unidade sem residência média, apesar de não atingir o corte para configurar a presença e extensão dos atributos da APS. Isso pode ser reflexo das políticas da gestão anterior, que reduziram de forma expressiva as equipes da Estratégia de Saúde da Família, com demissões de profissionais da atenção básica e queda da cobertura da população pela APS nos anos de 2017 a 2020, com retomada dos esforços para manutenção e expansão da ESF como modelo no município pela gestão que iniciou em 2021, tratando-se de um período ainda de recuperação dos serviços que foram desmontados.

Os dados indicam que há melhora da qualidade do atendimento nas equipes com residência médica, com melhor avaliação tanto geral quanto da longitudinalidade quando comparada às equipes sem especialistas em MFC. A avaliação superior da Longitudinalidade nas equipes com residência aponta para a construção de um vínculo longitudinal apesar da rotatividade de residentes, o que pode ser justificado pela estrutura e características do PRMFC-

Rio, como a presença persistente do preceptor nessas equipes, profissional qualificado para supervisionar o desenvolvimento das habilidades do MFC.

Esses achados parecem coincidir com as evidências já conhecidas sobre a relação entre a melhor qualificação dos profissionais e a melhor qualidade dos serviços prestados à população na APS, o que torna importante a discussão sobre investimento na qualificação dos profissionais (Sarti; Fontenelle; Gusso, 2018). Esses dados contemplam não só a qualificação médica, mas também a qualificação dos demais profissionais atuantes da APS, que tem desempenho e qualidade do atendimento superior na assistência à saúde (Silva *et al.*, 2015).

A proposta da ESF como modelo principal na APS demanda profissionais imprime a necessidade de profissionais especializados que dominem o conhecimento sobre os atributos essenciais e derivados desenhados por Starfield, com uma visão mais integral e reflexiva sobre o indivíduo (Costa; Guerra; Leite, 2022), modificando a prática do cuidado através do aperfeiçoamento do profissional, com melhorias para a população (Oliveira *et al.*, 2016). Em 2013, foi realizado no Rio de Janeiro um estudo de caso sobre a implementação das Clínicas da Família, somada à aplicação do PCATool versão Profissionais de Saúde. Nele, os profissionais médicos foram classificados em especialistas (com residência ou especialização em MFC, ou Saúde da Família) ou não, o que configurou diferença nos escores médios dos resultados, com escores mais altos para os profissionais especialistas. (Harzheim, 2013)

Além de existir associação entre maior efetividade na APS e a presença do médico especializado no setor, a longitudinalidade e o estabelecimento do vínculo longitudinal estão diretamente relacionados com o tempo de permanência dos profissionais e o estabelecimento de uma relação entre profissionais/equipe e usuários. Muitos estudos apontam que a residência médica favorece a fixação de profissionais nos locais de formação (Berger *et al.*, 2017). O vínculo longitudinal permite que o profissional ou equipe conheça de forma mais integral os seus usuários e construa uma relação de maior confiança e, assim, maior resolução dos problemas que possam ser apresentados (Costa; Guerra; Leite, 2022).

Os achados que correlacionam as variáveis sociais com os escores também traçam paralelos com outros estudos similares realizados no Rio de Janeiro. Os escores entre pessoas com idade mais elevada, como visto neste estudo - média do escore geral do público entrevistado - de 6,67 em maiores de 45 anos e de 6,01 nas pessoas com até 45 anos-, foi também percebido no estudo realizado em 2014, que evidenciou também escores maiores na população idosa, quando comparada com a população adulta (Harzheim *et al.*, 2016). O estudo realizado em conjunto com IBGE em 2019 também encontrou achados semelhantes, indicando em seus

resultados que quanto maior a faixa etária da pessoa, melhor a avaliação feita no PCATool (Pinto *et al.*, 2021).

Ao comparar os resultados encontrados neste trabalho com outras experiências de avaliação pelos usuários conduzidas em outros municípios, encontramos resultados próximos a este como o realizado em 2014 no sul de Minas Gerais, com escore geral de 5,92 (Silva, 2014), em Fortaleza em 2019 que obteve escore geral de 5,7 e de longitudinalidade de 6,40 (Costa *et al.*, 2021), em Campo Grande, Mato Grosso do Sul (2020) com escore geral de 5,5 e 7,2 para a longitudinalidade, este último mais elevado que quando comparado às unidades sem residência deste estudo (Pinto; Soranz, 2020). Outro exemplo ocorreu em Rondonópolis - MT em 2018, onde o escore geral foi de 6,13 e de 6,53 para longitudinalidade (Ribeiro; Scatena, 2020).

Alguns estudos, por outro lado, foram destoantes dos acima, como a pesquisa realizada em Diamantina -MG, com escore geral de 4,5 e 4,4 para a longitudinalidade (Paula, 2013). Isso também foi observado em um trabalho realizado em Macaé, que obteve na avaliação pelos seus usuários hipertensos um escore geral de 4,74 e da longitudinalidade de 6,69, um dos atributos melhor avaliados no estudo (Souza, 2015) Por outro lado, uma avaliação realizada em 2015 na cidade de Presidente Prudente -SP, mostrou um escore geral alto e de longitudinalidade altos (maior que 6,6), com valores de 6,95 e 7,90, respectivamente (Gomes; Fracoli, 2019).

Apesar de termos alguns elementos similares nas pesquisas encontradas e dessa análise comparativa poder ser produtiva quando auxilia nas tomadas de decisões ao observar outras realidades, é importante ressaltar a diversidade do nosso país de dimensão continental, o que justifica encontrar resultados divergentes tanto para uma melhor avaliação quanto para pior em diferentes municípios.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Primária no município do Rio de Janeiro sofreu processo de expansão a partir de 2009, com um período de estagnação e até involução entre os anos de 2017-2020, com retomada durante a pandemia por COVID-19 em 2021, e atingiu cobertura de 72,9% da população com equipes de saúde da família em agosto de 2023. A APS permaneceu como base para o sistema de saúde do município e um dos seus projetos de expansão, o Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde, perseverou mantendo uma grande oferta de vagas.

O PRMFC-Rio abriga seus residentes nas clínicas da família, sob supervisão de preceptores médicos de família, que realizam preceptoria ombro a ombro durante o treinamento em serviço. A residência tem duração de dois anos. As equipes são compostas, em geral, por um residente do primeiro ano, um residente do segundo ano e um preceptor. Uma preceptoria forte, com profissional da área qualificado e com contrato fixo que permite sua permanência por anos nas equipes, facilita o desenvolvimento dos atributos da APS, inclusive do vínculo longitudinal.

Tratando-se de importante vertente para consolidação de uma APS de qualidade e por ter interface indissociável nos processos de trabalhos das equipes, os residentes e a presença do programa repercutem diretamente no cuidado dos usuários.

Por esse motivo, esse estudo buscou avaliar a dimensão do vínculo longitudinal e a sua relação com a presença do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade na percepção dos usuários adultos em duas clínicas da família de uma Área Programática do Município do Rio de Janeiro, a “3.1”. Uma das unidades composta por equipes vinculadas ao PRMFC-Rio e a sem esse vínculo, contando com médicos sem especialização em seu quadro de colaboradores. Dessa forma, também foi possível comparar os resultados obtidos nessas duas realidades.

Nesta pesquisa verificou-se através da ferramenta PCATool versão reduzida para usuários adultos, com aplicação integral do componente da longitudinalidade, que as clínicas com residência de medicina e família e comunidade foram bem avaliadas pelos usuários. O componente da longitudinalidade obteve escore de 7,02, maior que 6,6 nessas unidades, considerado alto pela ferramenta aplicada. Os resultados também revelaram que na unidade sem o PRMFC-Rio a média foi inferior à com o programa, pontuando média de 5,43 em relação ao item da longitudinalidade. O mesmo foi observado em relação ao escore geral, que apesar de não ter sido considerado alto em nenhuma das duas unidades, obteve diferença expressiva, com

média de 6,32 na primeira e 4,94 na segunda. Dessa forma, foi possível traçar uma relação entre a presença do PRMFC e a satisfação dos usuários com o serviço de saúde.

Foi também realizado cálculo da média de toda a amostra dos 492 questionários aplicados no estudo e ao ser comparado ao estudo conduzido por Harzheim em 2014 no Município do Rio de Janeiro, encontramos uma avaliação algo inferior em relação à longitudinalidade e ao escore geral, tanto no MRJ quanto apenas na CAP 3.1. Vale ressaltar, porém, que se compararmos aos resultados obtidos na Clínica da Família com PRMFC, o escore geral obtido foi maior em relação ao MRJ e CAP 3.1 do que o estudo conduzido em 2014. O mesmo não ocorreu em relação à longitudinalidade da CAP 3.1, que obteve na pesquisa anterior 7,46 na média da pesquisa anterior.

Esse trabalho se faz relevante diante da crescente demanda por processos avaliativos que contribuam para os ajustes dos gestores de uma Atenção Primária à Saúde carioca em expansão e também para o contínuo aprimoramento dos processos de trabalho e melhora do cuidado desempenhado pela APS. Em especial, no cenário desse município, sobre a avaliação da participação de um dos braços do projeto para a expansão, o Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde. Os achados do estudo reforçam a importância do investimento nos programas de residência e de especialização de profissionais na APS para melhorar a qualidade da APS no Rio de Janeiro, dado a relação positiva entre a clínica com o PRMFC-Rio e a presença e extensão dos atributos da APS. Além disso, atende a necessidade de atualização da pesquisa realizada por Harzheim et al. (2016) para todo o município do Rio de Janeiro.

Também é possível através dos resultados deste estudo refletir sobre implicações mais individualizadas para as unidades participantes. Ainda que a clínica com PRMFC tenha obtido escores maiores, o escore geral da APS obtido não atingiu valores considerados altos e desejáveis (maior ou igual a 6,6) pela ferramenta. Assim, considerar quais os pontos de fragilidades encontrados na avaliação dos usuários pode ser uma forma de aprimorar ainda mais o processo de trabalho na unidade. O mesmo pode ser considerado na outra unidade participante.

Embora existam evidências sobre a competência e validade da versão reduzida do PCATool (Oliveira *et al.*, 2013) (D'Avila *et al.*, 2017), ela representa uma limitação parcial ao estudo diante da impossibilidade de detalhar a contribuição de cada atributo na composição final na nota. Por esse motivo, inclusive, optou-se pela inclusão integral do atributo Longitudinalidade na abordagem. Porém, devido a sua maior facilidade de replicação, a versão

reduzida torna-se uma ferramenta oportuna para ser aplicada de forma mais regular e em cenários de limitação de recursos humanos, financeiros e de disponibilidade de tempo.

O uso dessa ferramenta, na sua versão estendida ou reduzida, permite uma avaliação acessível e de baixo custo, tornando possível perceber a evolução da presença e extensão dos atributos da APS nos serviços de saúde ao longo do tempo, através da realização seriada de pesquisas avaliativas. É necessário que novos estudos sobre o tema, com pesquisa em outras realidades, explorando outros atributos e sobre o papel das residências em medicina de família e comunidade em relação a outros aspectos, como a sua relação com desfechos clínicos, sejam desenvolvidos para uma melhora constante do cuidado à população.

O resultado do presente estudo evidenciou uma avaliação positiva sobre o vínculo longitudinal durante a residência em Medicina de Família e Comunidade no Município do Rio de Janeiro, o que indica melhor desempenho desse atributo e uma potencialidade para o cuidado dos usuários dentro desse contexto.

REFERÊNCIAS

- AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil - diálogos**. 1. ed. [S. l.]: Editora Rede UNIDA, 2016. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/praticas-de-avaliacao-em-saude-no-brasil-dialogos-pdf/view>. Acesso em: 16 out. 2023.
- ALMEIDA, D. B. de; MELO, C. M. M. de. AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S. l.], 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5530>. Acesso em: 19 out. 2023.
- ALVES, J. **Acesso à Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro: monitoramento dos efeitos indiretos da Covid-19 sobre as condições crônicas de saúde**. 2022. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2022.
- SOARES, C. S. A., DA FONSECA, C. L. R., DO NASCIMENTO, J. G. S.; BARBOSA, A. C. Q. (2020). Atração e retenção de profissionais de saúde na estratégia de saúde da família: uma revisão bibliográfica. **PISTA: Periódico Interdisciplinar [Sociedade Tecnologia Ambiente]**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 8–26, 7 jul. 2020.
- BERGER, C. B. *et al.* A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S. l.], v. 12, n. 39, p. 1–10, 10 jul. 2017.
- BINNS, C.; LEE, S. W.; LOW, W.-Y. Thomas McKeown: A true public health pioneer. **Asia Pacific Journal of Public Health**, [S. l.], v. 24, n. 6, p. 893–895, nov. 2012.
- BRANDÃO, A. L. da R. B. da S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 103–114, jan. 2013.
- BRASIL, M. da S. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde**, Brasília, n. 1, p. 238, 2020.
- BRASIL, M. da S. **Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: [s. n.], 1997.
- CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 7–16, 2008.
- COSTA, A. P. B.; GUERRA, M. R.; LEITE, I. C. G. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde sob a ótica dos profissionais médicos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S. l.], v. 17, n. 44, p. 3085–3085, 14 jun. 2022.
- COSTA, L. B. *et al.* Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde em Fortaleza,

Brasil, na perspectiva dos usuários adultos no ano de 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 26, p. 2083–2096, 30 jun. 2021.

CUNHA, E. M. da; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 16, p. 1029–1042, 2011.

D'AVILA, O. P. *et al.* O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 22, n. 3, p. 855–865, mar. 2017.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 42, p. 208–223, set. 2018.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. **Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas**. Rio de Janeiro, , p. 25, 2007.

GOMES, F. P.; FRACOLLI, L. Evaluation of the Family Health Strategy in the region of Presidente Prudente-SP, Brazil. **O Mundo da Saúde**, [S. l.], v. 43, n. 2, p. 306–325, 30 jun. 2019.

FRACOLLI, L. A. *et al.* Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 19, p. 4851–4860, dez. 2014.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 35, p. e00012219, 25 mar. 2019.

GIOVANELLA, Ligia; STEGMÜLLER, K. Tendências de reformas na atenção primária à saúde em países europeus. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 101–113, 2 abr. 2014.

GIRARDI, S. N. *et al.* **Dimensionamento da estrutura e dinâmica do mercado de trabalho em Atenção Básica em Saúde**. Belo Horizonte: [s. n.], 2014.

HARZHEIM, E. *et al.* Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 21, p. 1399–1408, maio 2016.

HARZHEIM, E. **Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro: avaliação dos três anos de Clínicas da Família**. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre, RS: [s. n.], 2013.

HARZHEIM, E. *et al.* Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S. l.], v. 8, n. 29, p. 274–284, 4 out. 2013.

IZECKSOHN, M. M. V. *et al.* Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 22, p. 737–746, mar. 2017.

JACO, B. R.; NORMAN, A. H. A filosofia da Medicina de Família e Comunidade segundo Ian McWhinney e Roger Neighbour. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S. l.], v. 15, n. 42, p. 1991–1991, 30 abr. 2020.

JANTSCH, A. G. *et al.* Residency training in family medicine and its impact on coordination and continuity of care: an analysis of referrals to secondary care in Rio de Janeiro. **BMJ Open**, [S. l.], v. 12, n. 2, p. e051515, fev. 2022.

JUSTINO, A. L. A.; OLIVER, L. L.; MELO, T. P. de. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 21, p. 1471–1480, maio 2016.

KRINGOS, D. S. *et al.* A snapshot of the organization and provision of primary care in Turkey. **BMC Health Services Research**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 90, 4 maio 2011.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 16, p. 4415–4423, nov. 2011.

LEVORATO, C. D. *et al.* Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 19, p. 1263–1274, abr. 2014.

LIMA, J. G. *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 42, n. spe1, p. 52–66, set. 2018.

MACHADO, G. A. B. **Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde**: aplicação do PCATool. 2018. Mestrado em Tecnologia e Inovação em Enfermagem – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-05102018-195952/>. Acesso em: 16 out. 2023.

MAIA, L. G. Avaliação da atenção primária pelos profissionais de saúde. Goiânia, 2017.

MEIRA-SILVA, V. **Pesquisa Nacional de Saúde e o uso do instrumento Primary Care Assessment Tool no Brasil**. 2022. 107 f. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - Origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, [S. l.], v. 12, n. 2, 15 jun. 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14247>. Acesso em: 12 set. 2023.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 42, p. 38–51, set. 2018.

- MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M. de; TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 24, p. 4593–4598, 25 nov. 2019.
- MENDES, E. V. A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Brasília - DF, 2015.
- MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 12, p. 447–448, jun. 2004.
- MENDONÇA, M. H. M. de *et al.* **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. [S. l.]: SciELO - Editora FIOCRUZ, 2018.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Org.). **Política nacional de atenção Básica**. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006(Série Pactos pela saúde, v. 4).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da Família Avaliação da Implementação em Dez Grandes Centros Urbanos. **Síntese dos Principais Resultados**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. 2.^a edição atualizada. Brasília – DF: [s. n.], 2005.
- MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 42, n. 116, p. 11–24, jan. 2018.
- MOTTA, L. C. de S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 39, n. 2, p. 196–207, jun. 2015.
- OLIVEIRA, M. M. C. de *et al.* PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S. l.], v. 8, n. 29, p. 256–263, 8 nov. 2013.
- OLIVEIRA, M. P. R. de *et al.* Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 40, p. 547–559, dez. 2016.
- PAULA, F. A. D. **Avaliação dos atributos da atenção primária na saúde do adulto na estratégia de saúde da família de Diamantina, MG**. Diamantina. 2013. Disponível em: http://acervo.ufvjm.edu.br/jspui/bitstream/1/825/1/fabiana_angelica_paula.pdf. Acesso em: 12 set. 2023.
- PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Atenção Primária à Saúde, n. 2^a, 2006.
- PERILLO, R. D. *et al.* Avaliação da Atenção Primária à Saúde na ótica dos usuários: reflexões sobre o uso do Primary Care Assessment Tool-Brasil versão reduzida nos inquéritos telefônicos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. l.], v. 23, p. e200013.SUPL.1, 3 jul. 2020.
- PINTO, L. F. *et al.* Primary Care Assessment Tool: diferenças regionais a partir da Pesquisa

Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 26, p. 3965–3979, 27 set. 2021.

PINTO, L. F.; SORANZ, D. **Relatório final de Pesquisa PCATool Campo Grande MS - 2020**. Pesquisa “Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde desde a experiência dos usuários adultos nos serviços públicos no município de Campo Grande Mato Grosso do Sul”. Campo Grande/ Mato Grosso do Sul: [s. n.], 2020.

PORTELA, M. C. **Avaliação da qualidade em saúde**. [S. l.], , p. 12, 2000.

POWER, T. J., MAUTONE, J. A., MANZ, P. H., FRYE, L.; BLUM, N. J. (2008). **Managing attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care: a systematic analysis of roles and challenges**. *Pediatrics*, 121(1), e65-e72.

RIBAS, S. **Demografia Médica no Brasil 2023**. 6. ed. SÃO PAULO, SP: Cristiane de Jesus Almeida, 2023.

RIBEIRO, L. A.; SCATENA, J. H. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 28, p. 95–110, 1 jul. 2019.

RIBEIRO, L. A.; SCATENA, J. H. G. Avaliação da qualidade da Estratégia de Saúde da Família em um município de porte médio. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 43, p. 126–140, 13 jul. 2020.

RODRIGUES, A. W. D. *et al.* Pagamento por desempenho às Equipes da Atenção Básica: análise a partir dos ciclos do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 45, p. 1060–1074, 8 dez. 2021.

SARTI, T. D.; FONTENELLE, L. F.; GUSSO, G. D. F. Panorama da expansão dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: desafios para sua consolidação. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S. l.], v. 13, n. 40, p. 1–5, 9 maio 2018.

SCHULTZ, K.; DELVA, D.; KERR, J. Emotional effects of continuity of care on family physicians and the therapeutic relationship. **Canadian Family Physician**, [S. l.], v. 58, n. 2, p. 178–185, fev. 2012.

SILVA, C. S. de O. e *et al.* Qualificação de enfermeiros em Saúde da Família e qualidade da atenção na ótica de usuários/Quality of nurses in family health and quality of care from the perspective of users. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [S. l.], v. 14, n. 3, p. 1251–1258, 19 out. 2015.

SILVA, S. A. D. **Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde na estratégia saúde da família em municípios do sul de Minas Gerais**. 2014. Doutorado em Cuidado em Saúde – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-12122014-111052/>. Acesso em: 19 out. 2023.

SIMAS, K. B. da F. *et al.* A residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil:

breve recorte histórico. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S. l.], v. 13, n. 40, p. 1–13, 17 dez. 2018.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 21, p. 1327–1338, maio 2016.

SOUZA, I. L. D. Universidade Federal Do Rio De Janeiro. [S. l.], 2015.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002.

STRALEN, A. C. S. V. *et al.* Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 27, p. 147–172, mar. 2017.

TEMPERLY, N. K. N.; SLOMP JUNIOR, H.; SILVA, M. Z. da. Do vínculo ao encontro cuidador: cartografias sobre o território identitário médico e o cuidado entre médicos de família e usuários. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 25, p. e200341, 19 mar. 2021.

TRINDADE, T. G.; BATISTA, S. R. Medicina de Família e Comunidade: agora mais do que nunca! **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 21, n. 9, p. 2667–2669, set. 2016.

VIANA, V. G. A.; RIBEIRO, M. F. M. Fragilidades que afastam e desafios para fixação dos médicos da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, [S. l.], v. 9, p. 216, 9 mar. 2021.

WHO, W. H. O. **The world health report 2008- Primary Health Care- Now More Than Ever**. [S. l.: s. n.], 2008. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/world-health-report-2008-phc-now-more-ever>. Acesso em: 6 out. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report 2008 : primary health care now more than ever. **Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais**, [S. l.], Geneva, , p. 119, 200

ANEXO A - INSTRUMENTO PCATool BRASIL PARA PACIENTES ADULTOS VERSÃO REDUZIDA

Extraído de:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200506_PCATool_versao_preliminar_Final.pdf em
02/11/2023

4 - PCATool – BRASIL PARA PACIENTES ADULTOS VERSÃO REDUZIDA



4.1 – SÍNTESE DO INSTRUMENTO

O instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde para pacientes adultos em versão reduzida cujas medidas de validade e fidedignidade são conhecidas no Brasil é formado por 25 itens distribuídos em 10 componentes relacionados aos atributos da Atenção Primária à Saúde conforme mostrado na próxima tabela.

Quadro 4 - Atributos, componentes e itens do PCATool-Brasil

Atributo da APS	Componente da APS	Itens
Afiliação	Afiliação	A1, A2, A3
Acesso primeiro contato	Utilização	B2
Acesso primeiro contato	Acessibilidade	C4, C11
Longitudinalidade	Longitudinalidade	D1, D6, D9, D14
Coordenação	Integração de cuidados	E2, E6, E7, E9
Coordenação	Sistemas de Informações	F3
Integralidade	Serviços disponíveis	G9, G17, G20
Integralidade	Serviços prestados	H1, H5, H7, H11
Orientação Familiar	Orientação Familiar	I1, I3
Orientação Comunitária	Orientação Comunitária	J4

Fonte: Ministério da Saúde

O instrumento contempla também o item E1, que identifica se os pacientes adultos estiveram em consulta médica com especialista ou no serviço especializado.

Detalhes da elaboração do PCATool-Brasil para pacientes adultos em versão reduzida podem ser obtidos em Oliveira et al (2013).

- Se o(a) entrevistado(a) indicou o(a) **mesmo(a) serviço de saúde ou médico(a) ou enfermeiro(a)** nos três itens da afiliação, este(a) deve ser o serviço ou profissional de saúde de referência para os cuidados de saúde do(a) adulto(a). Continue a entrevista sobre **este(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)** (Passe para A5)
- Se o(a) entrevistado(a) respondeu quaisquer **dois itens da afiliação** iguais, este(a) serviço ou profissional de saúde igualmente identificado(a) em dois itens deve ser a referência para os cuidados de saúde do(a) adulto(a). Continue a entrevista sobre **este(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)** (Passe para A5).
- Se as respostas para os **três itens da afiliação** foram **todas diferentes**, o(a) serviço ou profissional de saúde de referência para os cuidados de saúde do(a) adulto(a) deve ser aquele(a) indicado(a) no item A1. Continue a entrevista sobre o(a) **serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) referido(a)** no **item A1** (Passe para A5)
- Se o(a) entrevistado(a) respondeu **NÃO** para **dois itens da afiliação**, o(a) serviço ou profissional de saúde de referência dos cuidados de saúde do(a) adulto(a) deve ser aquele(a) indicado(a) no único item em que a resposta foi SIM. Continue a entrevista sobre o(a) **serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)** referido(a) no único item em que a resposta foi **SIM** (Passe para A5)
- Se o(a) entrevistado(a) respondeu **NÃO** para o item **A1** da **afiliação** e indicou serviços de saúde ou médicos(as) ou enfermeiros(as) diferentes para os itens **A2 e A3 da afiliação**, o(a) serviço ou profissional de saúde de referência para os cuidados em saúde do(a) adulto(a) deve ser aquele(a) indicado(a) no item A3. Continue a entrevista sobre o(a) **serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)** referido(a) no **item A3** (Passe para A5)
- Se o(a) entrevistado(a) respondeu **NÃO** para **todos os três itens da afiliação**, o serviço ou profissional de saúde de referência para os cuidados em saúde do(a) adulto(a) deve ser aquele(a) em que/com o(a) qual do(a) adulto(a) esteve em seu último atendimento médico ou com enfermeiro(a). Continue a entrevista sobre este(a) **serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) do último atendimento do(a) adulto(a)** (Siga para A4)

A4. Qual o nome do(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) procurado(a) no último atendimento médico ou com enfermeiro(a) do(a) adulto(a)?

A4.1 Qual o endereço do(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) procurado(a) no último atendimento médico ou com enfermeiro(a) do(a) adulto(a)?

A5. Escreva o nome do(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) identificado(a) como a referência para os cuidados de saúde do(a) adulto(a), e esclareça ao(à) entrevistado(a) que a partir de agora, todas as perguntas serão sobre este(a) serviço ou profissional de saúde.

Acesso de Primeiro Contato – Utilização

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

B2. Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao(à) “serviço de saúde/ médico(a)/enfermeiro(a)” antes de ir a outro serviço de saúde?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza	Provavelmente	Provavelmente	Com certeza	Não sei/Não
sim	sim	não	não	lembro

Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

C4. Quando o(a) “serviço de saúde” está aberto(a), você consegue aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: *whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail*) se precisar?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza	Provavelmente	Provavelmente	Com certeza	Não sei/Não
sim	sim	não	não	lembro

C11. É difícil para você conseguir atendimento médico no(a) “serviço de saúde” quando pensa que é necessário?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza	Provavelmente	Provavelmente	Com certeza	Não sei/Não
sim	sim	não	não	lembro

Longitudinalidade

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

D1. Quando você vai ao(à) “serviço de saúde”, é o(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que atende você todas às vezes?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza	Provavelmente	Provavelmente	Com certeza	Não sei/Não
sim	sim	não	não	lembro

D6. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao(à) “médico(a)/enfermeiro(a)”?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza	Provavelmente	Provavelmente	Com certeza	Não sei/Não
sim	sim	não	não	lembro

D9. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quais problemas são mais importantes para você e a sua família?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza	Provavelmente	Provavelmente	Com certeza	Não sei/Não
sim	sim	não	não	lembro

D14. Se fosse muito fácil, você mudaria do(a) “serviço de saúde” para outro serviço de saúde?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza	Provavelmente	Provavelmente	Com certeza	Não sei/Não
sim	sim	não	não	lembro

Coordenação - Integração de Cuidados

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

E1. Você foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no(a)/com o(a) "serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)"?

(1)
Sim

(2)
Não
(Passe para F1)

(3)
Não sei/Não lembro
(Passe para F1)

E2. O(A) "médico(a)/enfermeiro(a)" sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com esse(a) especialista ou no serviço especializado?

(4)
Com certeza
sim

(3)
Provavelmente
sim

(2)
Provavelmente
não

(1)
Com certeza
não

(9)
Não sei/Não
lembro

E6. O(A) "médico(a)/enfermeiro(a)" enviou alguma informação para o(a) especialista sobre o motivo dessa consulta (com o(a) especialista ou no serviço especializado)?

(4)
Com certeza
sim

(3)
Provavelmente
sim

(2)
Provavelmente
não

(1)
Com certeza
não

(9)
Não sei/Não
lembro

E7. O(A) "médico(a)/enfermeiro(a)" sabe quais foram os resultados da consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado?

(4)
Com certeza
sim

(3)
Provavelmente
sim

(2)
Provavelmente
não

(1)
Com certeza
não

(9)
Não sei/Não
lembro

E9. O(A) "médico(a)/enfermeiro(a)" pareceu interessado(a) na qualidade do cuidado que você recebeu na consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado (perguntou se você foi bem ou mal atendido)?

(4)
Com certeza
sim

(3)
Provavelmente
sim

(2)
Provavelmente
não

(1)
Com certeza
não

(9)
Não sei/Não
lembro

Coordenação – Sistemas de Informações

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

F3. Se quisesse, você poderia ler (consultar) o seu prontuário no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”?

(4) Com certeza sim		(3) Provavelmente sim		(2) Provavelmente não		(1) Com certeza não		(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	--	-----------------------------	--	-----------------------------	--	---------------------------	--	------------------------------

Integralidade - Serviços Disponíveis

Entrevistador(a): A seguir, apresentamos uma lista de serviços e orientações que você, a sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem precisar em algum momento. Indique se no(a) “serviço de saúde” essas opções estão disponíveis (podem ser encontradas/obtidas):

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

G9. Aconselhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão)

(4) Com certeza sim		(3) Provavelmente sim		(2) Provavelmente não		(1) Com certeza não		(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	--	-----------------------------	--	-----------------------------	--	---------------------------	--	------------------------------

G17. Aconselhamento sobre tabagismo (ex.: como parar de fumar)

(4) Com certeza sim		(3) Provavelmente sim		(2) Provavelmente não		(1) Com certeza não		(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	--	-----------------------------	--	-----------------------------	--	---------------------------	--	------------------------------

G20. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair)

(4) Com certeza sim		(3) Provavelmente sim		(2) Provavelmente não		(1) Com certeza não		(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	--	-----------------------------	--	-----------------------------	--	---------------------------	--	------------------------------

Integralidade - Serviços Prestados

Entrevistador(a): A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido durante alguma consulta no(a)/ com o(a) "serviço de saúde/médico(a)/ enfermeiro(a)". Por favor, responda se os seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você?

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

H1. Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente)

(4) Com certeza sim	⋮	(3) Provavelmente sim	⋮	(2) Provavelmente não	⋮	(1) Com certeza não	⋮	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	---	-----------------------------	---	-----------------------------	---	---------------------------	---	------------------------------

H5. Orientações sobre exercícios físicos apropriados para você

(4) Com certeza sim	⋮	(3) Provavelmente sim	⋮	(2) Provavelmente não	⋮	(1) Com certeza não	⋮	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	---	-----------------------------	---	-----------------------------	---	---------------------------	---	------------------------------

H7. Verificar e discutir os medicamentos que você está usando

(4) Com certeza sim	⋮	(3) Provavelmente sim	⋮	(2) Provavelmente não	⋮	(1) Com certeza não	⋮	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	---	-----------------------------	---	-----------------------------	---	---------------------------	---	------------------------------

H11. Como prevenir quedas

(4) Com certeza sim	⋮	(3) Provavelmente sim	⋮	(2) Provavelmente não	⋮	(1) Com certeza não	⋮	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	---	-----------------------------	---	-----------------------------	---	---------------------------	---	------------------------------

Orientação Familiar

Entrevistador(a): As perguntas a seguir são sobre a sua experiência e também da sua família com os profissionais da saúde no(a) “serviço de saúde”.

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

I1. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” pergunta as suas ideias e opiniões (o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para alguém da sua família?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza	Provavelmente	Provavelmente	Com certeza	Não sei/Não
sim	sim	não	não	lembro

I3. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza	Provavelmente	Provavelmente	Com certeza	Não sei/Não
sim	sim	não	não	lembro

Orientação Comunitária

Entrevistador(a): A seguir é apresentada uma forma de avaliar a qualidade de serviços de saúde. Por favor, indique se no(a) “serviço de saúde” é realizada essa iniciativa?

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

J4. Pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza	Provavelmente	Provavelmente	Com certeza	Não sei/Não
sim	sim	não	não	lembro

4.3 – ORIENTAÇÕES E EXPLANAÇÕES PARA A UTILIZAÇÃO DO PCATOOL-BRASIL

Afiliação com um(a) Serviço de Saúde ou Médico(a) ou Enfermeiro(a)

Nesta etapa inicia-se a aplicação do instrumento de avaliação da atenção primária em sua versão reduzida para adultos (18 anos ou mais). Para isso é fundamental que o(a) paciente adulto(a) esteja ciente de que todo o instrumento versará sobre o(a) serviço de saúde ou médico(a) ou enfermeiro(a) que será reconhecido a partir dos três itens da afiliação, que visam identificar o serviço ou profissional de saúde que é a referência para os cuidados de saúde dele(a).

A1. Há um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) onde você geralmente vai quando adocece ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

Objetivo: identificar um(a) serviço de saúde ou médico(a) ou enfermeiro(a) que é a referência principal para o cuidado de saúde do(a) paciente adulto(a).

Observação: Se a resposta for SIM, escreva o nome do(a) serviço de saúde ou médico(a) ou enfermeiro(a) e o endereço do local de atendimento nos itens A1.1 e A1.2, respectivamente. Esses dados devem estar completos para que seja possível a perfeita identificação de tais informações.

A2. Há um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) que melhor conhece você como pessoa?

Objetivo: identificar um(a) serviço de saúde ou médico(a) ou enfermeiro(a) que conhece outros aspectos de vida do(a) paciente adulto(a) além das questões de saúde, caracterizando uma relação mais pessoal entre serviço ou profissional (médico/enfermeiro) e o(a) paciente adulto(a).

Observação: Se a resposta for SIM, UM(A) SERVIÇO DE SAÚDE/MÉDICO(A)/ENFERMEIRO(A) DIFERENTE DO(A) REFERIDO(A) NO ITEM A1, escreva o nome do(a) serviço de saúde ou médico(a) ou enfermeiro(a) e o endereço do local de atendimento nos itens A2.1 e A2.2, respectivamente. Esses dados devem estar completos para que seja possível a perfeita identificação de tais informações.

A3. Há um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

Objetivo: identificar um(a) principal serviço de saúde ou médico(a) ou enfermeiro(a) responsável pelo atendimento de saúde do(a) paciente adulto(a).

Observação: Se a resposta for SIM, DIFERENTES DO(S) REFERIDO(S) NOS ITENS DE A1 E A2 escreva o nome do(a) "serviço de saúde ou médico(a) ou enfermeiro(a)" e o endereço do local de atendimento nos itens A3.1 e A3.2, respectivamente. Esses dados devem estar completos para que seja possível a perfeita identificação de tais informações.

- A partir dos **três itens da afiliação** você deve identificar um(a) **serviço ou profissional (médico/enfermeiro) de saúde que é a referência para os cuidados de saúde do(a) paciente adulto(a)** e, portanto, será a **referência para responder todos os próximos itens do instrumento**. Sendo assim, a continuidade da entrevista será sempre sobre o(a) serviço de saúde ou médico(a) ou enfermeiro(a) de referência, reconhecido nesta etapa inicial do questionário.
- Para a leitura dos itens e das orientações neste instrumento, considere:
 - “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” como o serviço de saúde de referência ou médico(a) de referência ou enfermeiro(a) de referência;
 - “serviço de saúde” como o serviço de saúde de referência;
 - “médico(a)/enfermeiro(a)” como o(a) médico(a) de referência ou enfermeiro(a) de referência.
- Caso no item esteja descrito somente “serviço de saúde” e a etapa da afiliação resultou na identificação de um(a) médico(a) ou enfermeiro(a), o serviço de saúde a ser considerado como a referência é aquele em que o(a) paciente adulto(a) costuma ser atendido(a) por este(a) médico(a) ou enfermeiro(a) de referência. Por outro lado, se o item se refere exclusivamente ao(à) “médico(a)/enfermeiro(a)” e a afiliação resultou na identificação de um “serviço de saúde”, o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) a ser considerado como referência é aquele(a) que costuma atender o(a) paciente adulto(a) neste “serviço de saúde”.
- **Caso o(a) entrevistado(a) tenha indicado a opção NÃO para todos os três itens da afiliação** (A1=NÃO e A2=NÃO e A3=NÃO), e conseqüentemente não seja possível identificar um(a) serviço de saúde ou médico(a) ou enfermeiro(a) de referência, siga para o item A4 e pergunte o nome do(a) serviço de saúde ou médico(a) ou enfermeiro(a) em que/com o(a) qual o(a) paciente adulto(a) **consultou pela última vez**. Escreva o nome do(a) serviço de saúde ou médico(a) ou enfermeiro(a) e o endereço do local de atendimento nos itens A4 e A4.1, respectivamente. Esses dados devem estar completos para que seja possível a perfeita identificação de tais informações. Lembre o(a) entrevistado(a) que as próximas perguntas serão todas sobre este(a) **“serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” em que ele(a) realizou o seu último atendimento médico ou com o(a) enfermeiro(a)**, a ser considerado como o serviço ou profissional de referência para responder todos os próximos itens.

Na aplicação do questionário sempre que constar “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” você pode substituir pelo **nome do serviço de saúde de referência ou nome do(a) médico(a) de referência ou nome do(a) enfermeiro(a) de referência**.

De forma semelhante para somente “serviço de saúde” em que se pode substituir pelo **nome do serviço de saúde de referência** e para somente “médico(a)/enfermeiro(a)” em que se pode substituir pelo **nome do(a) médico(a) de referência** ou **nome do(a) enfermeiro(a) de referência**.

Acesso de Primeiro Contato – Utilização

Para a aplicação deste instrumento será necessário, a partir de agora, utilizar o Cartão Resposta. Por favor, entregue o cartão ao(à) paciente adulto(a) e leia todas as alternativas identificando-as no cartão resposta para que o(a) entrevistado(a) esteja familiarizado com a escala. Explique ao(à) paciente adulto(a) que: para responder as próximas perguntas ele(a) sempre deve indicar apenas uma das alternativas no cartão resposta. Caso o(a) entrevistado(a) responda de outra forma, repita as alternativas possíveis e solicite que uma delas seja assinalada.

As palavras ou conceitos escritos entre parênteses só devem ser lidos caso o(a) entrevistado(a) não tenha entendido a pergunta na sua primeira leitura. Ao repetir uma pergunta para facilitar o entendimento do(a) paciente adulto(a), leia também o texto entre parênteses. Se necessário, ressalte que o(a) entrevistado(a) deve escolher somente uma resposta no cartão de acordo com o seu próprio entendimento sobre a pergunta.

B2. Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” antes de ir a outro serviço de saúde?

Objetivo: Conhecer se o(a) serviço ou profissional (médico/enfermeiro) de referência é o(a) primeiro(a) a ser procurado(a) caso os pacientes adultos estejam com um problema de saúde que ainda não havia se apresentado ou um novo episódio de um problema crônico/continuado.

Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade

C4. Quando o(a) “serviço de saúde” está aberto(a), você consegue aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) se precisar?

Objetivo: Conhecer a capacidade do serviço de saúde de referência em oferecer orientações para a saúde dos pacientes adultos de forma ágil e não presencial (por telefone ou virtual), quando o serviço está aberto e os adultos têm alguma doença aguda, agudização de um problema crônico ou dúvidas quanto a situação de saúde/tratamentos.

C11. É difícil para você conseguir atendimento médico no(a) “serviço de saúde” quando pensa que é necessário?

Objetivo: Conhecer a capacidade do serviço de saúde de referência em oferecer atendimento médico para os pacientes adultos, quando eles acreditam que esse atendimento é necessário.

Longitudinalidade

D1. Quando você vai ao(à) “serviço de saúde”, é o(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que atende você todas às vezes?

Objetivo: Conhecer se a continuidade do cuidado dos pacientes adultos é pelo(a) mesmo(a) profissional (médico/enfermeiro) no serviço de saúde de referência. Se é sempre o(a) mesmo(a) profissional (médico/enfermeiro) de saúde que atende cada paciente adulto.

D6. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao(à) “médico(a)/enfermeiro(a)”?

Objetivo: Conhecer se os pacientes adultos ficam confortáveis para se expressar nas suas consultas com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) de referência.

D9. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quais problemas são mais importantes para você e a sua família?

Objetivo: Conhecer se o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) de referência busca estar informado(a) sobre potenciais problemas considerados mais relevantes no contexto familiar dos pacientes adultos.

D14. Se fosse muito fácil, você mudaria do(a) “serviço de saúde” para outro serviço de saúde?

Objetivo: Conhecer se os pacientes adultos têm a intenção de trocar/alterar do serviço de saúde que é a referência para os cuidados em saúde dos pacientes adultos para outro serviço.

Coordenação - integração de cuidados

Para a próxima pergunta (item E1) leia todas as alternativas de resposta.

E1. Você foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no(a)/com o(a) “serviço de saúde/ médico(a)/enfermeiro(a)”?

Objetivo: A pergunta se refere a consulta médica do(a) paciente adulto(a) com um(a) especialista (focal) ou no serviço especializado diferente do(a) médico(a) ou enfermeiro(a) de referência com o(a) qual ele(a) está em acompanhamento no serviço de saúde.

Observação: Caso o(a) paciente adulto(a) não tenha consultado com um(a) especialista ou no serviço especializado, ou o(a) entrevistado(a) ‘não lembra’ se esteve em consulta com um(a) especialista ou no serviço especializado, passe para o item F1 (coordenação – sistemas de informações), deixando todos os demais itens deste componente (E2 ao E6) em branco (sem qualquer resposta).

E2. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com esse(a) especialista ou no serviço especializado?

Objetivo: Conhecer se o atendimento médico do(a) paciente adulto(a) com o(a) especialista foi iniciativa do(a) médico(a) ou enfermeiro(a) de referência.

E7. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quais foram os resultados da consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado?

Objetivo: Conhecer se o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) de referência busca estar informado(a) sobre os resultados do atendimento do(a) paciente adulto(a) com o(a) médico(a) especialista ou no serviço especializado.

Observação: Se no momento desta coleta de dados, o(a) paciente adulto(a) ainda não voltou ao(à) médico(a) ou enfermeiro(a) de referência com o(a) qual está em acompanhamento no serviço de saúde, mas já esteve em atendimento com o(a) especialista ou no serviço especializado, assinale a opção “não sabe/não lembra”.

E9. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” pareceu interessado(a) na qualidade do cuidado que você recebeu na consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado (perguntou se você foi bem ou mal atendido)?

Objetivo: Conhecer se o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) de referência demonstrou interesse sobre a qualidade do cuidado no atendimento do(a) paciente adulto(a) com o(a) médico(a) especialista ou no serviço especializado. Se o atendimento com o(a) médico(a) especialista ou no serviço especializado foi bom ou ruim.

Observação: Se no momento desta coleta de dados, o(a) paciente adulto(a) ainda não voltou ao(à) médico(a) ou enfermeiro(a) de referência com o(a) qual está em acompanhamento no serviço de saúde, mas já esteve em atendimento com o(a) especialista ou no serviço especializado, assinale a opção “não sabe/não lembra”.

Coordenação - Sistemas de Informações**F3. Se quisesse, você poderia ler (consultar) o seu prontuário no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”?**

Objetivo: Conhecer a possibilidade de os pacientes adultos acessarem os seus próprios prontuários (história clínica médica) no serviço de saúde de referência.

Integralidade - Serviços Disponíveis

Ressalte que as próximas perguntas estão relacionadas com a experiência do(a) paciente adulto(a) no “serviço de saúde”. Os procedimentos, ações, orientações devem ser considerados como disponíveis sempre que o(a) paciente adulto(a) souber que são oferecidos, mesmo que ele(a) ainda não tenha precisado desses procedimentos. Por

exemplo, o exame preventivo para câncer de colo do útero é um serviço não necessário para adultos homens, mas esses adultos podem saber sobre a disponibilidade de tal serviço pela experiência de sua esposa/companheira no “serviço de saúde” ou, ainda, pela experiência de uma familiar, amiga, colega, outra.

Estes procedimentos, ações, orientações referem-se obrigatoriamente ao que **é realizado (executado) exclusivamente no “serviço de saúde”**. Por exemplo, as avaliações visuais feitas através de encaminhamento a um oftalmologista que trabalha em outro local, **não** são serviços disponíveis no “serviço de saúde”.

Enunciado: A seguir, apresentamos uma lista de serviços e orientações que você, a sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem precisar em algum momento. Indique se no(a) “serviço de saúde” essas opções estão disponíveis (podem ser encontradas/obtidas):

Observação: Repita este enunciado a cada dois ou três itens.

O objetivo a partir dos itens é conhecer se no serviço de saúde de referência é/são oferecido(s) qualquer/quaisquer dos itens listados, mesmo que nunca tenha sido utilizado pelo(a) paciente adulto(a) ou membros da sua família.

Integralidade - Serviços Prestados

As perguntas a seguir visam identificar se tais assuntos/temas foram abordados com o(a) paciente adulto(a) **em alguma consulta** no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”. O objetivo dessa série de itens é saber se **em consulta** o(a) paciente adulto(a) já foi abordado(a) sobre esses assuntos.

Enunciado: A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido durante alguma consulta no(a)/ com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”. Por favor, responda se os seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você?

Observação: Repita este enunciado a cada dois ou três itens.

Orientação Familiar

11. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” pergunta as suas ideias e opiniões (o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para alguém da sua família?

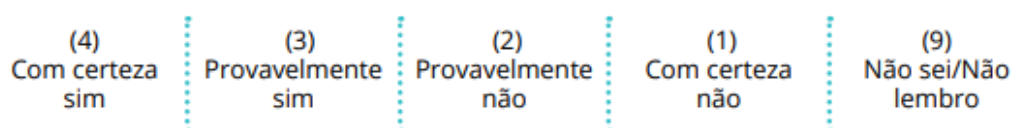
Objetivo: Conhecer se no serviço de saúde de referência os pacientes adultos participam das decisões sobre o seu tratamento e cuidado em saúde e/ou de seus familiares, caracterizando a integração dos pacientes adultos no seu cuidado em saúde e/ou de seus familiares.

13. O(A) "médico(a)/enfermeiro(a)" se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?

Objetivo: Conhecer se o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) de referência mostrou-se disposto(a) a conversar/discutir com qualquer membro da família dos pacientes adultos sobre algum assunto que seja importante para a saúde dos pacientes adultos.

4.4 – UTILIZANDO O PCATool-BRASIL

Os itens do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde são respondidos utilizando a seguinte escala Likert:



Os valores de 1 a 4 de cada resposta são utilizados para calcular o Escore Geral da APS que é obtido pela média das respostas de todos os itens do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde em versão reduzida. Esse escore mostra valores variando de 1 a 4, sendo os valores mais elevados característicos de serviços mais orientados à APS. O Escore Geral também pode ser transformado para valores variando de 0 a 10, visando facilitar a leitura dos resultados.

Outra abordagem também utilizada é a classificação em Alto (escore $\geq 6,6$) e Baixo (escore $< 6,6$), sendo o Alto escore caracterizado pela presença e extensão dos atributos da APS, revelando serviços melhor orientados para a APS. O ponto de corte do escore em 6,6 reflete respostas aos itens do instrumento com no mínimo a categoria de resposta 'provavelmente sim', atribuído ao código 3 na escala original, sendo, portanto, minimamente presentes as características de serviços em saúde reconhecidos como orientados à APS.

4.5 - CÁLCULO DO ESCORE GERAL DA APS

O Escore Geral da APS é obtido pela soma dos valores das respostas de todos os itens que formam instrumento de avaliação da atenção primária à saúde em sua versão reduzida dividido pela quantidade total de itens do instrumento. Para o cálculo adequado, siga os próximos passos descritos.

1º PASSO: Inversão de valores na escala dos itens

Os itens **C11 e D14** estão formulados de modo que os maiores valores da escala de resposta sugerem carência/ausência das características que são medidas pelos itens nos serviços. No entanto, para o cálculo dos escores os valores elevados da escala devem refletir a presença das características nos serviços. Sendo assim, é necessária a inversão da escala conforme ilustrado.

$$(4 = 1) (3 = 2) (2 = 3) (1 = 4)$$

2º PASSO: Valores ausentes das pessoas entrevistadas

O cálculo de escore para cada pessoa entrevistada depende da quantidade de itens do instrumento que esta pessoa entrevistada indicou com valores considerados ausentes. Para que o escore da pessoa entrevistada seja calculado o percentual de itens com valores ausentes deve ser inferior a 50% da quantidade total de itens do instrumento reduzido. São considerados valores ausentes os itens com a opção de resposta de código '9' e descrição 'Não sei/Não lembro' e, ainda, as eventuais ocorrências de itens com valores em branco (sem resposta ou *missing*). Diante disso, temos que:

- Para cada pessoa entrevistada, se a quantidade de itens com valores ausentes no instrumento reduzido (itens com respostas na opção 9 'Não sei/Não lembro' + itens com respostas em branco - *missing*) atingir 50% ou mais do total de itens no instrumento reduzido, não calcule o Escore Geral da APS para esta pessoa entrevistada. O escore para esta pessoa entrevistada ficará em branco (*missing*) no banco de dados.
- Para cada pessoa entrevistada, se a quantidade de itens com valores ausentes no instrumento reduzido (itens com respostas na opção 9 'Não sei/Não lembro' + itens com respostas em branco - *missing*) for inferior a 50% do total de itens no instrumento reduzido, transforme o valor "9" para valor "2" ("provavelmente não") em todos os itens do instrumento reduzido e calcule o Escore Geral da APS. Essa imputação contribui para minimizar a perda de dados e pode ser considerada conservadora, uma vez que classifica negativamente as características do serviço de saúde que podem não ser de conhecimento da pessoa entrevistada.

3º PASSO: Cálculo de escore

Afiliação (3 itens), utilize o seguinte algoritmo:

- SE TODAS AS RESPOSTAS SÃO IGUAIS A **NÃO** » (A1 = A2 = A3):
→ **Pontue grau de afiliação = 1**

ANEXO B - CARTÃO RESPOSTA PARA O PCATool BRASIL

Ministério da Saúde

- SE UMA, DUAS OU TRÊS RESPOSTAS SÃO IGUAIS A **SIM** E RELATIVAS A DIFERENTES SERVIÇOS DE SAÚDE/MÉDICOS(AS)/ENFERMEIROS(AS) » (A1 ≠ A2 ≠ A3):

→ **Pontue grau de afiliação = 2**

- SE DUAS RESPOSTAS SÃO IGUAIS A **SIM** E RELATIVAS AO MESMO SERVIÇO DE SAÚDE/MÉDICO(A)/ENFERMEIRO(A) » (A1 = A2 ou A1 = A3 ou A2 = A3) E IGUAIS A SIM:

→ **Pontue grau de afiliação = 3**

- SE TODAS AS RESPOSTAS SÃO IGUAIS A **SIM** E TODAS RELATIVAS AO MESMO SERVIÇO DE SAÚDE/MÉDICO(A)/ENFERMEIRO(A) » (A1 = A2 = A3):

→ **Pontue grau de afiliação = 4**

Escore Geral da APS, calcule da seguinte forma:

Escore Geral da APS = (Afiliação + B2 + C4 + C11 + D1 + D6 + D9 + D14 + E2 + E6 + E7 + E9 + F3 + G9 + G17 + G20 + H1 + H5 + H7 + H11 + I1 + I3 + J4)/23

- Lembre-se que os itens C11 e D14 devem ter os seus valores invertidos (Veja 1º Passo).
- Lembre-se que o item E1 indica se os pacientes estiveram em alguma consulta com especialista ou no serviço especializado (Sim, Não, Não sabe/Não lembra). Portanto, o item E1 não é incluído no cálculo do escore.

Transformação do escore para valores de 0 a 10

O escore com valores variando de 0 a 10 pode ser calculado para cada item e/ou para o Escore Geral da APS utilizando a seguinte fórmula:

$$\begin{array}{c} \text{Escore 0 a 10} \\ \frac{\text{Escore obtido-valor mínimo escala}}{\text{valor máximo escala-valor mínimo escala}} \times 10 \\ \frac{\text{Escore obtido-1}}{4-1} \times 10 \end{array}$$

onde, 'Escore obtido' corresponde ao escore originalmente em escala de 1 a 4 que se deseja transformar para valores de 0 a 10.

ANEXO C - ORIENTAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS. (BRASIL, 2010)

Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - Primary Care Assessment Tool - PCATool-Brasil

5 ORIENTAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

5.1 Entrevistadores

O PCATool-Brasil pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde (Agente Comunitário de Saúde, enfermeiro, médico, etc...) ou entrevistadores com, no mínimo, nível médio de escolaridade completo e devidamente capacitados a utilizá-lo, familiarizados com os itens e termos frequentemente utilizados em nosso sistema de saúde.

5.1.1 Orientações na Apresentação do Entrevistador

- Informe quem você é e diga o MOTIVO da visita: REALIZAR UMA PESQUISA / AVALIAÇÃO SOBRE;
- Diga ao entrevistado que ele tem toda a liberdade para manifestar suas opiniões, tanto as negativas, como as positivas;
- Reforçar a IMPORTÂNCIA do estudo / avaliação;
- Diga que a entrevista vai durar em torno de 40 minutos;
- Mostre sua identificação / carteira de identidade / crachá;
- Se inicialmente a pessoa recusar, insista com educação. Saliente a importância da pesquisa / avaliação. Se houver recusa inicial devido ao horário, combine um horário mais adequado para o entrevistado.

5.1.2 Orientações Prévias à Saída para a Entrevista

Cada entrevistador deverá ter todo material necessário para a realização das entrevistas.

- Identificação como entrevistador;
- Carteira de identidade;
- Lápis, borracha, apontador, caneta, prancheta e pasta;
- Instrumento PCATool-Brasil;
- Manual de instruções;
- Cartão Resposta.

5.2 Instruções Gerais para Aplicação do PCATool-Brasil

- Tente sempre chamar o entrevistado por seu nome;
- Seja simpático. O instrumento é longo e seu preenchimento dependerá de sua empatia com o entrevistado. Saliente que esta pesquisa / avaliação será importante para melhorar os serviços de saúde da comunidade;
- Para adultos use sempre a expressão Sr. ou Sra;
- Tenha sempre o telefone do responsável pela pesquisa / avaliação no seu celular, caso necessite acessá-lo com rapidez;

- O instrumento traz a maioria das informações necessárias para sua aplicação. Quanto mais familiarizado com ele você estiver, mais fluente será a sua aplicação;
- Formule os itens exatamente como estão escritos. Fale sempre devagar. Caso a pessoa não entenda, repita devagar o item. Use os parênteses para explicar o sentido do item. Não induza as respostas;
- Sempre mostre o Cartão Resposta. Quando indicado, leia as alternativas;
- Em algumas partes do instrumento, um só enunciado serve de guia para uma série de pequenos itens. Lembre-se de repeti-lo a cada três ou quatro itens, principalmente se a pessoa estiver com dificuldades para entendê-los;
- Nunca demonstre censura, aprovação, reprovação ou surpresa diante das respostas. Lembre-se de que o propósito da entrevista é obter informações e não transmitir ensinamentos ou influenciar conduta das pessoas. A postura do entrevistador deve ser sempre neutra em relação às respostas;
- Quando uma resposta parecer pouco confiável, repita o item de maneira mais enfática, cuidando para não induzir a resposta. Se você perceber um certo viés nas respostas por receio de falar a verdade, ou por gostar demais do profissional ou lhe ter antipatia, fale novamente sobre o caráter neutro e independente da pesquisa, e de que as respostas devem ser sinceras;
- Se as respostas forem duvidosas quanto a números (ex: "2 ou 3 vezes"), perguntar se é mais para 2 ou mais para 3. Se o entrevistado não souber, marque o valor inferior;
- Algumas pessoas podem acabar se prolongando demais na hora de responder ao instrumento, tangenciando as respostas, contando histórias, etc. Para tornar a conversa mais fluida e a aplicação possível operacionalmente, devemos ser ágeis e evitar que a conversa fuja demais do instrumento. É preciso ter sensibilidade e tato para interromper com educação e fazer as pessoas retornarem aos itens;
- Se a resposta do entrevistado for "sim", e ele tem que escolher a resposta entre as alternativas "Com certeza sim" e "Provavelmente sim", leia apenas as respostas afirmativas e a opção neutra "Não sei/Não lembro". Se, por outro lado, a resposta for "não", leia apenas as opções negativas: "Provavelmente não" ou "Com certeza Não", e a opção "Não sei/Não lembro";
- Se o entrevistado não entender o termo "provavelmente", leia as respostas "provavelmente sim" como "Acho que sim" e "provavelmente não" como "Acho que não";
- As informações entre parênteses no instrumento servem de orientação ao entrevistador ou, algumas vezes, trazem exemplos ilustrativos do caráter do item. Somente devem ser lidas para o entrevistado caso haja dificuldade de compreensão;
- Explique o que é SERVIÇO DE SAÚDE: "serviço de saúde é o local onde você vai quando está doente ou quando quer fazer uma consulta de rotina, tirar dúvidas sobre sua saúde, receber orientações, prevenir doenças, por exemplo: uma Unidade Básica de Saúde, um posto de saúde, uma emergência de hospital, um consultório médico, entre outros";
- Lembre-se: o instrumento é individual. Não considere as respostas que outro familiar der aos itens que estão sendo feitos ao entrevistado. Isso comumente ocorre com idosos ou jovens, quando o cuidador ou o pai tenta responder os itens com informações que crê serem mais precisas que as que estão sendo dadas. Não podemos, porém, permitir esse tipo de viés na coleta;
- Ao terminar o instrumento, ainda na casa do entrevistado ou no serviço de saúde, revise rapidamente todas as páginas para ver se nenhum item foi esquecido;
- As letras e números devem ser escritos de maneira absolutamente legíveis, sem deixar margem para dúvidas. Use letra de forma;
- Nunca deixe uma resposta em branco, a não ser as dos "pulos" indicados no instrumento;
- Não use abreviações ou siglas, a menos que tenham sido fornecidas pelo manual.

ANEXO D - MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – USUÁRIOS

Termo de consentimento livre e esclarecido



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Avaliação da longitudinalidade nas equipes com e sem residência em Medicina de Família e Comunidade em uma área de planejamento do município do Rio de Janeiro



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa intitulada "A Avaliação da longitudinalidade nas equipes com e sem residência em Medicina de Família e Comunidade em uma área de planejamento do município do Rio de Janeiro" tem como objetivo Avaliar a presença e extensão do atributo da longitudinalidade em equipes da Clínica da Família Felipe Cardoso com Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e em equipes da Clínica da Família Nilda Campos com médicos generalistas sem especialização. Foi aprovada pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, sob nº XXX/XX, e está sendo realizada por um grupo de pesquisa pertencente ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.

A sua participação nesta pesquisa compreenderá responder um instrumento para avaliar a qualidade da atenção à saúde prestada no seu serviço de saúde. Este estudo não implica em qualquer risco para a sua saúde, somente na disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. A entrevista será feita neste serviço de saúde e contamos com aproximadamente 35 minutos da sua atenção.

Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar a sua condição de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, e também que você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa.

Para fins de pesquisa os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou do conteúdo individual da sua entrevista será divulgado.

Eu, _____ (nome do(a) paciente), fui informado(a) sobre os objetivos desta pesquisa de maneira clara e detalhada. Também fui informado(a) sobre a garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos; da liberdade de tirar meu consentimento a qualquer momento; de que não serei identificado(a) quando da divulgação dos resultados, e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Assinatura do(a) Entrevistado(a)

Data

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Data

Pesquisador responsável: Érica Paiva de Barros Bastos
CPF: 133.613.807-66
Telefone: 21-997689379 / E-mail: ericapbb@gmail.com

ANEXO E - CARTÃO RESPOSTA PARA O PCATool BRASIL

PCATool-Brasil-2020 - Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde

A. Cartão Resposta para o PCATool-Brasil

Com certeza sim
Provavelmente sim
Provavelmente não
Com certeza não
Não sei/Não lembro