

**AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO  
DE BARREIRA/CE PELOS GESTORES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE ATRAVES  
DO PCATool BRASIL**

**EVALUATION OF THE MANAGEMENT OF PRIMARY HEALTH CARE IN THE  
MUNICIPALITY OF BARRIER / CE FOR MANAGERS AND HEALTH  
PROFESSIONALS ACROSS PCATool BRAZIL**

**Carla SamyaNogueira Falcão**

Educadora Física. Professora do ensino médio no município de Fortaleza.

Endereço: Rua 541 c, 45, Conjunto Ceará, CEP: 60531-480, Fortaleza, Ceará, Brasil

E-mail: [ksamyaf@hotmail.com](mailto:ksamyaf@hotmail.com)

**Erika Helena Salles de Brito**

**Jaqueline Alves Pereira**

Fisioterapeuta. Coordenadora do NASF no município de Barreira.

Endereço: Rua 541 c, 45, Conjunto Ceará, CEP: 60531-480, Fortaleza, Ceará, Brasil

E-mail: [jackalpe@hotmail.com](mailto:jackalpe@hotmail.com)

**Liduína Felipe Santiago**

Nutricionista. Secretária de Saúde no município de Barreira.

Endereço: Rua 541 c, 45, Conjunto Ceará, CEP: 60531-480, Fortaleza, Ceará, Brasil

E-mail: [liduinasecretaria@gmail.com.br](mailto:liduinasecretaria@gmail.com.br)

**Lilian de Sousa Dionízio**

Geógrafa.

Endereço: Rua 541 c, 45, Conjunto Ceará, CEP: 60531-480, Fortaleza, Ceará, Brasil

E-mail: [liliandionizio@hotmail.com](mailto:liliandionizio@hotmail.com)

**Luzy Hellen Fernandes Aragão Martins**

Enfermeira. Mestranda em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará.

Endereço: Rua 541 c, 45, Conjunto Ceará, CEP: 60531-480, Fortaleza, Ceará, Brasil.

E-mail: [luzyhellen@hotmail.com](mailto:luzyhellen@hotmail.com)

**RESUMO**

Estudo descritivo e de campo de natureza quantitativa tem como cenário de pesquisa o município de Barreira e traz como objetivo geral: avaliar a gestão da atenção primária à saúde no município de Barreira/CE de acordo com a visão dos gestores e servidores. Foram respondidos 21 questionários por gestores e profissionais da atenção primária com nível superior. A análise estatística dos dados nos possibilitou a construção de uma tabela contendo as médias dos escores para cada componente, desvio padrão, mínimo e máximo. Os resultados deste estudo evidenciam que, em Barreira, na avaliação dos profissionais médicos e enfermeiros, as UAPS possuem presença e extensão satisfatória dos atributos da Atenção

Primária. O município de Barreira conta hoje com oito UAPS que oferecem atendimento aos usuários tendo como eixo os atributos da APS, o que foi evidenciado com a pesquisa acima. Entretanto, ainda existem lacunas que necessitam ser corrigidas, como é o caso da Acessibilidade.

**Palavras-Chave:** Atenção Primária à Saúde Serviços de Saúde Avaliação de Serviços de Saúde.

## **ABSTRACT**

Descriptive study and field of quantitative nature is to search the county Barrier scenario and brings general objective is to evaluate the management of primary health care in the municipality of Barrier / EC according to the vision of managers and servers. 21 questionnaires were completed by managers and primary care professionals with higher education. Statistical analysis of the data enabled us to construct a table containing the mean scores for each component, standard deviation, minimum and maximum. The results of this study show that in Barrier, the assessment of doctors and nurses, have UAPS the presence and extent of satisfactory attributes of primary care. The municipality Barrier account today with eight UAPS offering service users having as axis the attributes of PHC, which was evidenced by the above search. However, there are still gaps which need to be corrected, as is the case of accessibility.

**Key words:** Primary Health Care, Services Health Assessment, Health Services.

## **INTRODUÇÃO**

A estratégia de Atenção Primária à Saúde como política pública é discutida e implantada em países da Europa desde meados do século XX. A conferência de Alma Ata, em 1978, estabeleceu o consenso de que a Atenção Primária seria a estratégia fundamental e a porta de entrada do sistema de saúde com capacidade para resolver 80% dos problemas de saúde da população (Onocko-Campos, 2012).

Atenção primária à saúde pode ser compreendida como uma tendência, relativamente recente, de se inverter a priorização das ações de saúde, de uma abordagem curativa, desintegrada e centrada no papel hegemônico do médico, para uma abordagem preventiva e promocional, integrada com outros níveis de atenção e construída de forma coletiva com outros profissionais de saúde (Andrade e col., 2005).

O Ministério da Saúde considera a Atenção Primária a Saúde (APS) como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades (Brasil, 2007).

No caso brasileiro, a APS surge como estratégia de organização do sistema para o desenvolvimento de ações que possibilitem melhorar a saúde e a qualidade de vida da população atendida (Rocha, 2012). O fortalecimento de uma política específica para a atenção primária vem ocorrendo no Brasil há mais de uma década, definindo a esfera municipal como responsável pela sua execução e estabelecendo novos papéis para o gestor estadual e federal (Felisberto e col., 2009).

A principal estratégia nacional para a qualificação da atenção primária têm sido, sem dúvidas, a saúde da família, que ampliou o vínculo e a responsabilização das equipes das unidades de saúde com a população assistida, bem como inseriu novas práticas no tradicional escopo das ações realizadas por essas equipes (Almeida e Macinko, 2006).

O Programa Saúde da Família (PSF) surge como uma política nacional de saúde em 1994 dentro de um contexto rico de influências institucionais determinantes de sua incorporação como política prioritária do Estado brasileiro (Andrade e col., 2005).

Baseado numa nova dinâmica de organização dos serviços e ações de saúde, o PSF tem como principais características a descrição da clientela, através da definição de território de abrangência da equipe; enfoque sobre a família, a partir de seu ambiente físico e social como unidade de ação; estruturação de equipe multiprofissional; atividade preventiva em saúde; a detecção de necessidades da população e a atuação intersetorial visando à promoção da saúde (Gomes e col., 2009).

Com o aumento da descentralização dos serviços de saúde e a incorporação do PSF em todo o Brasil, há uma maior preocupação com a organização desses serviços (ROCHA, 2012), se fazendo necessário, portanto a institucionalização da avaliação no âmbito da atenção primária, que estimulam a mudanças nas práticas de pessoas e organizações de saúde, com o objetivo de qualificar os processos de gestão, do cuidado e das ações de vigilância em saúde (Felisberto e col., 2009).

A partir dos anos 2000, observaram-se esforços no sentido de avaliar a Atenção Primária à Saúde em seus diversos aspectos, empreendidos por centros acadêmicos e fortemente induzidos pelo Ministério da Saúde por meio de financiamento, apoio e realização de pesquisas na área de monitoramento e avaliação (Ibaneze col., 2006).

Várias foram às iniciativas na busca da implantação de mecanismos estratégicos com esse objetivo e, a partir de 2003, procedeu à implantação de uma política de avaliação para a atenção básica. Essa tomou como imagem-objetivo a institucionalização da avaliação nas três instâncias de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), consubstanciando um processo de elaboração e operacionalização de projetos e atividades voltados ao apoio da avaliação de

políticas e programas na atenção básica, que se caracteriza como uma intervenção estruturada por meio de um sistema organizado de ação (Brasil, 2005).

Para o Ministério da Saúde, o efeito mais esperado deste processo é o desenvolvimento de uma cultura avaliativa nas instâncias gestoras do SUS, incluindo as instituições de ensino e pesquisa, seus órgãos colegiados e o olhar do profissional que presta serviço à população nas unidades básicas de saúde (Brasil, 2005). Assim, a implementação de dispositivos bem fundamentados gera processos de avaliação com vistas à qualificação da atenção básica (Felisberto e col., 2009).

Observou-se, na literatura analisada, uma escassez de pesquisas voltadas para avaliação organizacional ou de desempenho da Atenção Primária (AP), e uma visão crítica dos mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação da AP. Notou-se, também, que as pesquisas e metodologias existentes para medir o alcance dessas mudanças ainda são insuficientes.

Em síntese, ainda com base na literatura estudada, existem poucas evidências sobre o impacto da reforma da atenção primária na saúde da população. As evidências existentes são referidas mais às avaliações de ações sobre populações específicas (sobretudo mulheres e crianças), áreas geográficas delimitadas (cidades, municípios ou estados) e, muitas vezes, focalizando na descrição do processo de implantação do PSF. Poucas pesquisas analisam o sistema de atenção primária como um todo e muitas delas tratam de avaliar o impacto da atenção utilizando indicadores que podem ser sensíveis a muitos fatores externos a esse nível de atenção (como a taxa de mortalidade infantil, que pode variar em função do grau de pobreza, acesso à água potável, educação e renda da mãe, entre outros) (Almeida; Macinko, 2006).

Diante desse contexto, surge o interesse de avaliar a atenção primária no município de Barreira/CE, empregando o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*PCATool – PrimaryCareAssessment Tool*) com versões autoaplicáveis destinadas a profissionais de saúde e, também, ao coordenador / gerente do serviço de saúde. Criado por Starfield & cols. (STARFIELD et al, 2000) na *Johns Hopkins PrimaryCarePolicy Center (PCPC)*, o PCATool mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS, são eles: Acesso, Porta de entrada, Vínculo (ou longitudinalidade), Integralidade (ou elenco de serviços), Coordenação (ou integração dos serviços), Enfoque familiar, Orientação para a comunidade e Competência cultural. (Brasil, 2010).

Para adaptá-lo à realidade brasileira, cada versão original do instrumento foi transformada em uma ferramenta aplicável por meio de entrevistadores e passou por um

processo de tradução e tradução reversa, adaptação, *debriefing* validação de conteúdo e de construto, além da análise de confiabilidade (Harzheim, 2006).

O *PCATool*-Brasil permite, por meio de entrevistas em serviços de saúde, aplicadas por entrevistadores treinados, identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade tanto para o planejamento, como para a execução das ações de APS (Brasil, 2010).

Diante do contexto, surgiu então a seguinte inquietação: qual a percepção dos gestores e servidores sobre a gestão da atenção primária à saúde em Barreira/CE?

Acreditamos que esforços têm sido empreendidos na melhoria da atenção primária à saúde no município em estudo. Quantificar essa melhora dará subsídios e aos gestores para investir mais adequadamente os recursos disponíveis.

A pesquisa justifica-se pela necessidade de aquisição de conhecimento sobre o assunto abordado, tendo em vista que se evidenciou uma lacuna literária sobre a avaliação da atenção primária, inclusive no município em estudo. O desafio que agora se apresenta, após uma ampla expansão, é o da qualificação da rede de atenção básica, acompanhada por um processo consistente de monitoramento e avaliação. Por isso estudos que abordem essa temática se fazem tão pertinentes e necessários.

A avaliação de políticas e programas é essencial em saúde pública, contribuindo para os esforços em busca de uma sociedade mais saudável e prevenindo o desperdício de recursos com a implementação de programas ineficazes.

O presente estudo traz como objetivo geral: avaliar a gestão da atenção primária à saúde no município de Barreira/CE de acordo com a visão dos gestores e servidores, e como objetivos específicos: analisar o desempenho das unidades de atenção primária à saúde no município em estudo sob o ponto de vista dos gestores e servidores; construir o perfil da atenção primária à saúde no município de Barreira/CE através da análise de quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS, sendo eles: Acesso, Porta de entrada, Vínculo (ou longitudinalidade), Integralidade (ou elenco de serviços), Coordenação (ou integração dos serviços), Enfoque familiar, Orientação para a comunidade e Competência cultural.

## **PROCEDIMENTO METODOLÓGICO**

Este é estudo descritivo e de campo de natureza quantitativa como cenário de pesquisa o município de Barreira, que localiza-se a 76 km da capital Fortaleza, na região do maciço de Baturité e na microrregião de saúde de Maracanaú. Conta, atualmente, com oito

equipes de saúde da família, oito Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS) e mais nove unidades de apoio que atendem uma população de aproximadamente 20.371 habitantes. Seu quadro funcional da saúde, hoje, é composto por uma secretária municipal de saúde, uma coordenadora da atenção primária, uma coordenadora do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma coordenadora da Saúde Bucal, um coordenador da vigilância sanitária e um coordenador da atenção farmacêutica, e ainda, lotados nas Unidades de Atenção Primária à Saúde encontram-se oito enfermeiros, sete dentistas, oito médicos, além dos profissionais de nível médio e administrativo como técnicos de enfermagem, técnicos em saúde bucal, agentes comunitários de saúde, auxiliares administrativos e pessoal dos serviços gerais. Possui ainda dois fisioterapeutas, um nutricionista, dois educadores físicos, uma fonoaudióloga e uma assistente social que atuam no NASF.

Dentre os gestores, foram selecionados o Secretário de Saúde, Coordenador da Atenção Primária, Coordenador do Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF), Coordenadora da Saúde Bucal e os Coordenadores das Unidades de Atenção Primária a Saúde, totalizando 14 gestores, sendo os critérios de inclusão para essa categoria: aceitar participar da pesquisa e está atuando no cargo por pelo menos seis meses, sendo excluídos do estudo os entrevistados que não atenderam a esses critérios.

Para a pesquisa com os trabalhadores das UAPS, participaram todos os oito médicos e sete dentistas das unidades, totalizando 15 profissionais. Quanto aos enfermeiros, por acumularem também a função de coordenadores das UAPS, já estão contabilizados dentro da categoria gestores. Participaram também todos os integrantes do NASF, somando sete profissionais, sendo os critérios de inclusão para essa categoria: aceitar participar da pesquisa, ser profissionais da saúde com nível superior e lotado UPAS ou NASF e que estejam atuando no município por pelo menos seis meses, sendo excluídos do estudo os profissionais que não atenderem a esses critérios.

O questionário utilizado para a avaliação é uma adaptação dos instrumentos componentes do PrimaryCareAssessment Tool (PCAT), elaborado inicialmente na Universidade de John Hopkins e direcionado para a análise de aspectos relacionados à atenção primária em países industrializados (Almeida, Macinko, 2006).

Na *Johns Hopkins University*, entre 1997 e 2001, Barbara Starfield e colaboradores desenvolveram o *PrimaryCareAssessment Tool* (PCATool), um conjunto de instrumentos de avaliação da atenção primária em duas versões destinadas aos usuários crianças e adultos e uma terceira destinada aos profissionais de saúde. Esse instrumento é baseado em diversos itens e tem como objetivo medir a presença e a extensão dos seguintes atributos: acesso ao primeiro

contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária.

Utilizou-se, entretanto, apenas os instrumentos aplicáveis aos profissionais de saúde e aos gestores/coordenadores por serem estes os que nos permitiram contemplar os objetivos do presente estudo.

A aplicação do instrumento permite a construção de escores para cada dimensão (atributo) e seus componentes. As respostas são estruturadas seguindo uma escala do tipo Likert, atribuindo escores no intervalo de 1 a 4 para cada atributo (1 = com certeza não; 2 = provavelmente não; 3 = provavelmente sim; e 4 = com certeza sim). Para obter o escore da qualidade da APS, foi calculada a média dos valores dos itens que compõem cada atributo e seus componentes.

O Escore Essencial foi obtido por meio da média dos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade), o escore derivado foi obtido pela média dos atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária) e o Escore Geral da APS, pelo valor médio dos atributos essenciais e dos atributos derivados. O valor obtido para estes escores foram então transformados em uma escala entre 0 e 10, como se segue:

$$\text{Escore geral da APS} = \frac{(\text{Escore obtido} - 1) \times 10}{4 - 1}$$

Os escores dos atributos, Geral, Essencial e Derivado foram, então, dicotomizados em duas categorias, representando Baixo Escore, quando  $<6,6$ , e Alto Escore, quando  $\geq 6,6$ .

A coleta de dados se deu em duas etapas. Primeiramente, entrevistamos os gestores e coordenadores, posteriormente, os profissionais de nível superior que atuam nas UAPS e NASF. O questionário foi aplicado pelas pesquisadoras no próprio ambiente de trabalho dos entrevistados em horários e dias de menor demanda, conforme informado pelo profissional, para que os riscos de constrangimento seja reduzidos ao máximo.

Os questionários foram digitados em SPSS, versão 20. Foi aplicado teste de normalidade Shapiro Wilk, no caso, para amostras menores que 50. Como encontramos resultados “não normal”, aplicamos o teste não paramétrico “r de Spearman”, com a finalidade de correlacionar variáveis contínuas (os escores dos componentes A, B, C, D, E, F, G, H com o escore essencial (média de A, B, C, D, E, F) e o geral (média de todos)). Os dados foram apresentados em forma de tabelas.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNILAB. A pesquisa foi desenvolvida sob a égide dos aspectos éticos obedecendo às

resoluções da Comissão Nacional de ética e Pesquisa - CONEP, foram atendidas todas as exigências das normas de pesquisa realizada com seres humanos, nomeadas pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em que os sujeitos, mediante esclarecimentos sobre os objetivos, possíveis riscos e benefícios da pesquisa, o assinaram manifestando espontaneidade quanto a vontade de participar, sendo este também assinado pela pesquisadora.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram respondidos 21 questionários por gestores e profissionais da atenção primária com nível superior. A análise estatística dos dados nos possibilitou a construção de uma tabela contendo as médias dos escores para cada componente, desvio padrão, mínimo e máximo.

**Tabela 1.** Médias, desvio padrão, mínimo e máximo dos escores para cada atributo da atenção primária à saúde em Barreira/Ce.

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Acessibilidade	3,8801	1,39379	2,22	7,04
Longitudinalidade	6,9353	1,43103	4,10	8,97
Coordenação -Integração de Cuidados	6,9048	1,17289	5,00	10,00
Coordenação - Sistema de Informação	8,7302	1,46083	6,67	12,22
Integralidade – Serviços Disponíveis	8,1602	1,26339	6,67	11,36
Integralidade – Serviços Prestados	7,5132	2,14950	0,89	11,33
Orientação Familiar	7,9894	1,55631	3,33	10,00
Orientação Comunitária	7,7778	1,32637	5,56	10,00
Escore Essencial	7,0206	0,69207	4,81	7,97
Escore Geral	7,2364	0,71192	4,72	8,17

Os resultados deste estudo evidenciam que, em Barreira, na avaliação dos profissionais médicos e enfermeiros, as UAPS possuem presença e extensão satisfatória dos atributos da Atenção Primária.

O único atributo que foi avaliado de forma insatisfatória foi Acessibilidade, apresentado média de escore de 3,8801, inferior ao Baixo Escore, quando  $>6,6$ . Todos os demais atributos, inclusive a média do Escore Essencial e do Escore Geral ficaram acima do Alto escore, quando  $<6,6$ . Ou seja, de acordo com o ponto de vista dos gestores e profissionais da APS do município

em estudo, esse ainda é um ponto deficiente dentro da conjuntura existente, o impossibilita, muitas vezes, do usuário obter assistência adequada.

A acessibilidade, como atributo essencial a APS, envolve a localização da instituição próximo a localização da população a que atende, os horários e dias em que está aberto para atender e o grau de tolerância para consultas não agendadas (BRASIL, 2004).

Em revisão sistemática da literatura, Moreira et al. (2005) analisaram 15 artigos publicados em periódicos nacionais, entre 2001-2004, sobre acesso aos serviços de saúde. Entre eles, predominaram análises de dados secundários relativos aos dados da *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* 1998 (PNAD-1998), além de alguns trabalhos com base de dados primários (entrevistas e observação direta). Entre as dificuldades referidas, foram listados 28 aspectos agrupados em categorias sócio-demográficas, culturais, indicadores de saúde em idosos e organização e planejamento das ações de saúde. Predominaram aspectos relacionados a essa última categoria.

Ressalta-se, portanto, a importância da qualificação do acesso, incluindo aspectos da organização e da dinâmica do processo de trabalho, considerando a contribuição e a importância das análises de vários aspectos (geográficos, socioeconômicos entre outros). No contexto atual de desconstrução do SUS, é fundamental que sejam potencializados caminhos trilhados e experimentados, a exemplo da proposta de acolhimento, como diretriz operacional dos serviços de saúde.

A Longitudinalidade, atributo essencial da atenção básica, assim como a Coordenação – Integração de cuidados, obtiveram Escore Médio > 6,6, entretanto, ficaram muito próximos do Baixo Escore, o que revela risco de deficiências nesses dois atributos.

Dos atributos identificados por Starfield (2004), a longitudinalidade tem sido considerada característica central e exclusiva da APS. Para esta autora, trata-se do acompanhamento do paciente ao longo do tempo por médico generalista ou equipe de APS, para os múltiplos episódios de doença e cuidados preventivos. Neste acompanhamento, está implícita uma relação terapêutica caracterizada por responsabilidade por parte do profissional de saúde e confiança por parte do paciente. O atendimento a tal atributo tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, além da redução dos encaminhamentos desnecessários para especialistas e para a realização de procedimentos de maior complexidade (CUNHA, GIOVANELLA, 2011).

A coordenação entre níveis assistenciais pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde relacionada à determinada intervenção de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance

deum objetivo comum (ALMEIDA et al, 2010). Nesse sentido, reflete-se a existência de uma rede integrada, desde a Atenção Primária à Saúde aos prestadores de maior densidade tecnológica, de modo que distintas intervenções do cuidado sejam percebidas e experienciadas pelo usuário de forma contínua, adequada às suas necessidades de atenção em saúde e compatível com as suas expectativas pessoais (BOERMA, 2007). Logo, a coordenação assistencial seria um atributo organizacional dos serviços de saúde que se traduz na percepção de continuidade dos cuidados.

Os atributos que tiveram avaliação mediana foram Integralidade – Serviços Prestados, Orientação Familiar e Orientação Comunitária, ficando com média >6,6, porém não muito distantes do Baixo Escore.

No Brasil, a integralidade fez parte das propostas de reforma desde o início da década de 80, surgiu em programas abrangentes para grupos específicos (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM –, Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança – PAISC), sendo finalmente assumida como diretriz para a organização do SUS. No atual Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, a atenção básica é considerada como sendo estratégica para a conversão do modelo de atenção nos grandes centros urbanos e para assegurar um cuidado integral à saúde da população (CONILL, 2004).

Diretriz política, ideal ou objetivo, a integralidade torna-se um atributo relevante a ser levado em conta na avaliação da qualidade do cuidado, dos serviços e dos sistemas de saúde, em geral, naqueles direcionados para uma política de cuidados primários.

A orientação familiar pressupõe a consideração do indivíduo em seu ambiente cotidiano, quando a avaliação das necessidades de saúde deve considerar o contexto familiar e a exposição a ameaças à saúde de qualquer ordem, além do enfrentamento do desafio dos recursos familiares limitados. Resulta do alcance da integralidade e da coordenação.

A orientação comunitária implica o reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser conhecido e tomado em consideração, consiste na adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

Quanto aos conceitos de orientação familiar e comunitária, Carvalho (2003) ressalta os distintos contextos socioeconômico-culturais em que emergem, pois essas definições ou conceitos correspondem a uma variedade de enfoques político e ideológicos e envolvem diversas formas de compreensão da relação Estado e Sociedade e das maneiras de intervir nele.

O atributo que foi melhor avaliado foi o Coordenação - Sistema de Informação. Nessa etapa do questionário, que conta apenas de três perguntas, o entrevistado, profissional ou gestor, é indagado sobre sua postura diante das dúvidas e desejos dos pacientes em manusearem/examinarem seus prontuários e também sobre seu interesse em analisar registros anteriores dos pacientes.

Nessa primeira análise podemos identificar os atributos que necessitam de melhoramentos, como a Acessibilidade, e os podem ser potencializados, como Integralidade – Serviços Prestados, Orientação Familiar e Orientação Comunitária.

No segundo momento, estabelecemos as correlações dos atributos com o Escore essencial e o Escore Geral, como mostra a Tabela 2.

**Tabela 2.** Correlação entre os atributos da APS e o Escore Essencial e o Escore Geral.

Atributo	Escoreessencial		Escoregeral	
	r*	p-valor	r*	p-valor
Acessibilidade	0,312	0,169	0,372	0,097
Longitudinalidade	0,699	<b>0,000</b>	0,656	<b>0,001</b>
Coordenação – Integração de Cuidados	0,356	0,114	0,422	0,057
Coordenação – Sistema de Informação	0,035	0,881	-0,046	0,842
Integralidade – Serviços Disponíveis	0,318	0,160	0,191	0,407
Integralidade – Serviços Prestados	0,588	<b>0,005</b>	0,516	<b>0,017</b>
Orientação Familiar	-	-	0,355	0,114
Orientação Comunitária	-	-	0,492	<b>0,023</b>

\* coeficiente de correlação de Spearman

Todos os atributos são significativos e apresentam algum grau de correlação com os Escores Essencial e Geral. Isso significa que, no município em estudo, todos os atributos da APS priorizados pelo PCATool estão presentes, embora alguns apresentem um grau de correlação maior que outros.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O município de Barreira conta hoje com oito UAPS que oferecem atendimento aos usuários tendo como eixo os atributos da APS, o que foi evidenciado com a pesquisa acima. Entretanto, ainda existem lacunas que necessitam ser corrigidas, como é o caso da Acessibilidade.

O estudo possibilitou confirmar as potencialidades do PCAT como instrumento de aferição da atenção básica à saúde da perspectiva pelos menos dois atores muito relevantes: os gestores e os profissionais. Entretanto, a dificuldade da análise estatística, porém necessária, dos dados pode ser um empecilho para sua ampla utilização.

## **BIBLIOGRAFIA**

ALMEIDA, C., MACINKO, J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde; 2006. (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 10).

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, Ago., 2008.

ALMEIDA, P.F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, Feb. 2010.

ANDRADE, L. O. M., BEZERRA, R. C. R., BARRETO, I. C. H. C. O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, Mar./Abr., 2005.

BOERMA, W.G.W. Coordination and integration in European primary care. In: Saltman RS, Rico A, Boerma WGW, editors. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Berkshire: Open University Press; 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização. Brasília, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Básica. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil**. Brasília, 2010.

CARVALHO, M.C.A.A. **Participação social no Brasil hoje**. Pólis-Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais, São Paulo. Disponível em <[www.polis.org.br/publicações/paper](http://www.polis.org.br/publicações/paper)>.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Oct. 2004.

CUNHA, E M; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011.

FELISBERTO, E. et al . Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 9, n. 3, Set. 2009 .

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**, São Paulo: Atlas, p.43-44, 2006.

GOMES, K.O. et al. Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família no perfil epidemiológico da população rural de Airões, município de Paula Cândido (MG), 1992-2003. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 14, n. Supl 1, 2009.

HARZHEIM, E. et al. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. *Cadernos de Saúde Publica*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, 2006.

IBANEZ, N. et al . Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 3, Sept. 2006 .

MOREIRA R.S.et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1665-75.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa et al . Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, FeV., 2012.

ROCHA, A. C. D. et al. Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo. **RAS**, v. 14, n. 54, Abr./Jun., 2012.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf)

STARFIELD, B. et al. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*, United States, v. 105, n. 4, 2000.