



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE, AMBIENTE E SOCIEDADE NA AMAZÔNIA

LIDIANE ASSUNÇÃO DE VASCONCELOS

**AVALIAÇÃO DO ACESSO E UTILIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
NA COMUNIDADE QUILOMBOLA DE ANANINDEUA**

BELÉM
2016

LIDIANE ASSUNÇÃO DE VASCONCELOS

**AVALIAÇÃO DO ACESSO E UTILIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA
COMUNIDADE QUILOMBOLA DE ANANINDEUA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia, da Universidade Federal do Pará como requisito para a obtenção do título de mestre, sob orientação do Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva.

BELÉM
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Vasconcelos, Lidiane Assunção

Avaliação do Acesso e Utilização da Atenção Primária na Comunidade Quilombola de Ananindeua/ Lidiane Assunção Vasconcelos; Orientador. – Marcos Valério Santos da Silva Belém, 2016.

67 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2016.

1. Atenção primária à saúde 2. Avaliação 3. Comunidades quilombolas 4. Estratégia Saúde da Família I.Título II.

CDD: 614.5

LIDIANE ASSUNÇÃO DE VASCONCELOS

**AVALIAÇÃO DO ACESSO E UTILIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
NA COMUNIDADE QUILOMBOLA DE -ANANINDEUA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia, da Universidade Federal do Pará como requisito para a obtenção do título de mestre, sob orientação do Prof. Marcos Valério Santos da Silva.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva (Orientador)
Instituto de Ciências da Saúde-UFPA

Prof. Dr. Paulo Roberto Alves de Amorim
Instituto de Ciências da Saúde-UFPA

Prof.^a. Dr.^a Marcieni Ataíde de Andrade
Instituto de Ciências da Saúde-UFPA

Prof.^a. Dr.^a Ana Rosa Botelho Pontes (Suplente)
Instituto de Ciências da Saúde-UFPA

Conceito: _____

Á **Deus**, sopro da vida, presença contínua, razão dom eu viver. À minha mãe, **Maria Leonor Assunção de Vasconcelos**, pelo amor incondicional, perseverança, dedicação, apoio, confiança e subsídio que é teu colo em minha vida. Ao meu pai **João Alfredo Serrão de Vasconcelos** e meu namorado **Juscelino Sampaio** por terem sonhado comigo e todo apoio diária desde a graduação até os dias atuais, me ensinado a ressurgir dos escombros evencer com glória e humildade. A **Vânia Cristina Carneiro** por sua amizade e parceria acadêmica. Aos **moradores quilombolas** que se disponibilizaram em participar do estudo.

AGRADECIMENTOS

Essa dissertação é resultado de uma pesquisa que seria impensável sem a colaboração de um grande número de pessoas amigas, às quais gostaria de meu profundo reconhecimento. Primeiramente ao meu grande companheiro Juscelino Sampaio, pelo apoio, colaboração e principalmente pela compreensão e carinho em momentos cruciais desse estudo.

A todas as pessoas que me receberam na Comunidade Quilombolas Abacatal, particularmente aquelas que partilharam comigo momentos, memórias, sentimentos e que me permitiram as entrevistas. Sou especialmente grata a senhora Vanuza Cardoso e ao senhor Raimundo Cardoso, que tão bem me acolheu na comunidade, aos quais também dedico essa dissertação. Ainda no campo, agradeço a equipe do projeto “Determinantes Socioecológicos e Biológicos da Obesidade, Diabetes e Hipertensão Arterial em Populações Afrodescendentes da Amazônia” que me acolheram no projeto.

No âmbito acadêmico, um agradecimento especial ao meu orientador Marcos Valério Santos da Silva, pela forma cuidadosa com que me orientou; aos professores Hilton Pereira e Regina Fátima Feio Barroso, pelas ricas observações durante a qualificação; ao professor Pedro Paulo Piani pelo aprendizado e apoio durante o mestrado. A amiga Cristiana Guerra Matos que leu e comentou esse trabalho. A Professora Waltair Pereira, pelo incentivo na construção do pré-projeto para seleção do mestrado, cuja colaboração foi importantíssima. A todos os meus colegas de mestrado pela afeição e conversas, onde vários “insights” foram possíveis. Em destaque a grande Universidade Federal do Pará (UFPA) e ao Programa de Mestrado em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia (PPGSAS) pela missão e responsabilidade com a excelência acadêmica, e compromisso com as demandas da sociedade, atributos indispensáveis para que este estudo fosse realizado.

Minha imensa gratidão à minha mãe Maria Leonor, meu pai João Alfredo, por todo apoio durante a minha vida e pelos incentivos quase diários, durante a escrita dessa dissertação.

Em especial ao meu melhor amigo “Deus”, por ter feito esse momento surgir de forma tão inesperada e ter sido tão produtivo; por ter me guiado a descobrir a área que

eu sempre busquei, mas que não sabia que existia. Vale a pena esperar e confiar!

RESUMO

Busca avaliar o atributo acesso primeiro contato da atenção primária em saúde da Comunidade Quilombola do Abacatal em Ananindeua-PA, com objetivo identificar o serviço de referência da Atenção Primária reconhecido pela comunidade como dispositivo assistencial, avaliar utilização e a acessibilidade da Estratégia de Saúde da Família utilizando o PCATool para a população adulta da referida comunidade. O estudo transversal descritivo, de caráter quantitativo teve a participação de 92 moradores da Comunidade Quilombola do Abacatal, maiores de 30 anos, que responderam, após consentimento, o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool) versão adulto, em que se constitui de 87 itens divididos em dez componentes relacionados aos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), para o estudo foram utilizadas três dimensões: Grau de afiliação (5 itens) que buscou avaliar o grau de afiliação, ou seja, o quanto o pacientes e sente “pertencente” ao serviço;

se há um serviço de saúde geralmente procurado quando há necessidade; se há um serviço que conhece melhor usuário e se há um serviço que é considerado como o responsável pelo atendimento do usuário, primeiro contato – utilização (3 itens), que buscou avaliar se o médico ou enfermeiro da ESF indicado no componente grau de afiliação é o primeiro a ser procurado para uma consulta de revisão; se o serviço referido é o primeiro local que o entrevistado procuraria caso possua um problema de saúde que ainda não havia se apresentado ou novo episódio de um problema crônico, e se o serviço em avaliação é o único meio de encaminhamento para um especialista ou serviço especializado, e Acessibilidade (12 itens) que buscou avaliar se o usuário consegue acesso nos finais de semana e noturno ao serviço referido; se a ESF atende seus usuários com agilidade quando eles têm doença aguda ou agudização de um problema crônico ou por telefone nessas circunstâncias ou para dúvidas quanto a sua situação de saúde/tratamentos; se possui um meio de comunicação quando este serviço está fechado, não incluindo outros serviços que o entrevistado possa acessar; se o médico/enfermeiro ou alguém do serviço em avaliação atenderia o paciente durante o final de semana ou à noite; avaliar o tempo gasto na sala de espera, até o paciente ser atendido em consulta pelo médico ou enfermeiro; se há dificuldade para o atendimento médico; se precisa faltar no trabalho ou escola no dia da consulta. Os resultados mostram que a maioria dos moradores recorre à ESF quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde; e alguns declararam utilizar outros serviços, avaliando de forma negativa o atributo utilização. Quanto a disponibilidade dos serviços, atendimento e comunicação com a ESF, as repostas tiveram maioria negativa. Conclui-se que não há o reconhecimento da comunidade sobre a ESF local como sua porta de entrada, por não a considerar resolutive, o estudo contribuiu no sentido de que, ao se avaliar, indica-se pontualmente onde é preciso avançar para o alcance de uma assistência integral e de qualidade. A partir dessas constatações, é também preciso militar para que as políticas se instaurem, se concretizem.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Avaliação. Comunidades Quilombolas. Estratégia saúde da família.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the first contact access attribute of primary health care in the QuilombolaCommunity of Abacatal in Ananindeua-PA, in order to identify the primary care reference service recognized by the community as a care device, assess utilization and accessibility of the Family Health Strategy Using PCATool for the adult population of said community. The quantitative descriptive cross-sectional study involved the participation of 92 residents of the Quilombola Community of Abacatal, over 30 years old, who, after consent, answered the Instrument of Assessment of Primary Care (PCATool) adult version, which consists of 87 Items divided into ten components related to the attributes of Primary Health Care (PHC), three dimensions were used for the study: Degree of affiliation (5 items) that sought to assess the degree of affiliation, that is, how much the patient feels " Belonging "to the service; Whether there is a health service that is usually sought when there is a need; If there is a service that knows the user better and if there is a service that is considered responsible for the user's care, first contact - utilization (3 items), which sought to evaluate if the doctor or nurse of the FHS indicated in the component degree of affiliation Is the first to be sought for a review query; If the referred service is the first place that the interviewee would look for if he / she has a health problem that has not yet occurred or a new episode of a chronic problem and if the service under evaluation is the only means of referral to a specialist or specialized service , And Accessibility (12 items) that sought to evaluate if the user gets access on weekends and night to the referred service; If the FHS attends its users with agility when they have acute illness or aggravation of a chronic or telephone problem in these circumstances or for doubts as to their health situation / treatments; If you have a means of communication when this service is closed, not including other services that the interviewee can access; If the doctor / nurse or someone in the service under evaluation would attend the patient during the weekend or at night; Evaluate the time spent in the waiting room, until the patient is seen in consultation by the doctor or nurse; If there is difficulty for medical care; If you need to miss work or school on the day of the consultation. The results show that most residents turn to the FHS when they become ill or need advice on their health; And some have reported using other services, negatively evaluating the usage attribute. Regarding the availability of services, care and communication with the FHS, the answers had a negative majority. It is concluded that there is no recognition of the community about the local FHS as its gateway, because it is not considered resolute, the study contributed to the fact that, when evaluating, it is indicated punctually where it is necessary to move towards reaching Comprehensive and quality assistance. From these findings, it is also a necessity for policies to be established, to be implemented.

Keywords: Primary health care. Evaluation. Quilombola Communities. Family health strategy.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AP	Atenção Primária
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
CADUNICO	Cadastro Único
CNS	Conferência Nacional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FCP	Fundação Cultural Palmares
PSF	Programa de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PCATool	PrimaryCareAssessment Tool
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPIR	Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial
SUS	Sistema Único de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REFERENCIAL TEORICO	16
2.1	Políticas Públicas de Saúde no Brasil e Atenção Primária a Saúde no Sistema Único de Saúde-SUS	16
2.2	Comunidades Quilombolas e Acesso aos Serviços de Saúde	21
2.3	A importância da Avaliação da Atenção Primária a Saúde e o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool– Brasil ..	24
2.4	Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde	30
2.5	Objetivos	34
3	METODOLOGIA	35
3.1	Tipo de Estudo	35
3.2	Cenário do Estudo, População e Amostra	35
3.3	Instrumentos e Coleta de Dados	36
3.4	Análise dos Dados	38
3.5	Aspectos Éticos da Pesquisa	39
4	RESULTADOS	40
5	DISCUSSÃO	46
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
	REFERÊNCIAS	52
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	61
	ANEXO A-INSTRUMENTO PCATool BRASIL VERSÃO ADULTO (ATRIBUTO ACESSO PRIMEIRO CONTATO)	64

1 INTRODUÇÃO

É notório que a atenção à saúde, mesmo nos dias atuais, ainda se encontra embasada no paradigma flexneriano, sendo anteposto o cuidado clínico e excludente em detrimento de práticas que adelgaçam novos olhares para os indivíduos/comunidades em sua dimensão integral. Há algumas décadas, muito tem sido circunspeto na busca por mudanças, destacando-se, em primeiro momento, a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, que passou a considerar a saúde como um direito humano fundamental (BRASIL, 1998).

A I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, realizada em 1978, na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, ocasionou também conquistas importantes para o setor saúde. Desde então, diversos países como Inglaterra, Canadá, Espanha e Cuba, reconstruíram seus sistemas de saúde, eger uma assistência de fácil acesso, integral e continua a ser desenvolvida junto à comunidade (BRASIL, 2011a).

Essa reconstituição passou a apontar para práticas que projetavam uma proposta de ação com base na Atenção Primária à Saúde (APS), caracterizando-se como preferência para o atendimento das necessidades de saúde dos diferentes grupos. Começou, assim, a se pensar a atenção em saúde numa perspectiva de reorientação da prática clínica, curativa e excludente vigente em função de uma prática primária, articulada com as diferentes necessidades dos indivíduos (BRASIL, 2011a; 2011b).

De acordo Starfield (2002), a Atenção Primária à Saúde é determinada como o primeiro nível de atenção dentro do sistema de saúde, evidenciada pela presença de quatro atributos essenciais (acesso no primeiro contato com o sistema de saúde, a longitudinalidade, a integralidade da atenção e a coordenação da assistência dentro do sistema) e três atributos derivados (orientação familiar, orientação comunitária e a competência cultural), princípios que compõem a dimensão total da Atenção Primária.

De acordo com Paim (2009) no Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Constituição Federal de 1988, caracteriza o passo mais importante para as mudanças que sucederam nos serviços de saúde. Segundo o autor o SUS é resultado de um processo histórico de luta do movimento da Reforma Sanitária e de seus antecedentes processuais de redemocratização do país. Segundo o autor a implantação do SUS representa uma grande conquista para o setor saúde, uma vez que sua política veio redesenhando os contornos da atenção à saúde no Brasil. Enquanto missão, o sistema veio assegurar que seus serviços sejam ajustados as necessidades sociais de cada brasileiro a partir dos princípios da

universalidade, equidade, integralidade, e as diretrizes organizativas: descentralização, regionalização, hierarquização e a participação da comunidade.

A inserção da Atenção Primária à Saúde nesse contexto ocorreu em 1991, após a criação do SUS, quando o Ministério da Saúde (MS) o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS). Como objetivo diminuir os indicadores de morbimortalidade materna e infantil na região Nordeste do país. Com o êxito do PACS, o MS criou, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), que logo ficou conhecido como uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no Brasil, buscando provocar reflexões e transformações nas instituições, nos padrões de pensamento e comportamento dos profissionais e cidadãos brasileiros (PAIM, 2009). Essas mudanças buscavam lançar um novo olhar para o cuidado em saúde, tendo em vista práticas integrais e que procurassem ver o indivíduo não enquanto uma patologia, mas como um sersocial.

Na perspectiva de mudanças, os serviços de saúde do país se organizaram para atender as diferentes demandas dos distintos grupos sociais. No que diz respeito a população negra, em especial a quilombola, constituída de escravos refugiados em quilombos, foco desse estudo, destaca-se sua trajetória de injustiças e exclusão, ao longo de sua história em terras brasileiras. Atenta-se para as atrocidades e iniquidades a que esse povo foi e “continua” sendo submetido, em função da condição escrava a que foram rendidos.

As desigualdades identificadas no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde refletem as desigualdades percebidas em toda a sociedade. Segundo SISSON (2007) as Injustiças sociais são decorrências dos diferentes extratos viventes na sociedade, fundamentados em relações sociais. Sendo necessário transportamos esses conceitos para analisar as desigualdades existentes no adoecer e no morrer, o reflexo da estrutura social estratificada se reproduz, mostrando o acesso desigual aos recursos materiais de saúde e aos produtos sociais que resultam do uso desses recursos.

Em meio aos direitos preconizados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, a saúde aparece no artigo 25: “Toda pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica [...]” (ONU, 1948).

Em se tratando da população quilombola, de acordo com Calheiros et al (2010) é importante um recorte étnico-racial relativo às doenças e às condições de vida dessa população, vez que permite identificar contingentes populacionais mais suscetíveis a

agravos à saúde. E por serem os negros a maioria dos socialmente excluídos, o quilombo vem a ser, portanto, o motivo principal para se discutir uma parte da cidadania negada.

Diante dessa população em destaque e com foco nas desigualdades étnico-raciais em. Entre elas, as condições de vulnerabilidades vivenciadas por indivíduos da população negra, principalmente quando se refere aos problemas socioeconômicos, ambientais e a dificuldade de acesso aos serviços e ações de saúde. Tais desigualdades podem influenciar negativamente nos atributos da APS.

Sob essa perspectiva, ressalta-se a importância da Atenção Primária à Saúde como uma estratégia essencial para organizar os serviços de saúde, de maneira a possibilitar o acesso universal aos serviços e a atenção integral e integrada no decorrer do tempo. Segundo Leão et al (2011), é possível que melhores resultados dos serviços de APS serão alcançados a partir do conhecimento e operacionalização de seus princípios orientadores. Para esses autores, as experiências vêm mostrando que os sistemas de saúde que se organizam a partir de uma Atenção Primária, estruturada em conformidade com os seus atributos essenciais e derivada, são mais eficazes e de maior qualidade.

Contanto, apesar de entender todos esses aspectos, observa-se uma forte interferência do modelo hegemônico no cotidiano dos serviços de saúde, definidas por práticas pontuais e com ações curativistas, impossibilitando o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção da saúde (CASTRO et al., 2012).

Assim, parte-se do desígnio que as avaliações de saúde devem levar em consideração toda a complexidade que envolve o processo saúde doença e a íntima relação da qualidade da atenção à saúde com os diferentes aspectos existentes no cotidiano dos serviços, sejam eles relacionados à sua dimensão humana, estrutural e de materiais. Nesta perspectiva, a implantação das Políticas Públicas de Saúde, muitas vezes acaba ocorrendo de forma vertical, sem respeitar as especificidades de cada região, desenvolvendo programas previamente formatados, que nivelam os serviços de saúde, sem considerar o contexto social em que a população se insere, tornando-se ainda mais difícil, e até mesmo inviabilizando o desenvolvimento de práticas orientadas para a qualidade na atenção à saúde a população quilombola.

Verifica-se ainda que as propostas voltadas para comunidades quilombolas não conseguem dar conta das reais necessidades sociais, biológicas, econômicas e culturais desse grupo. Sendo visualizadas, muitas vezes, práticas do modelo hegemônico que continuam influenciando a atuação dos trabalhadores e gestores do sistema saúde,

imobilizando, desse modo, a própria população na busca de autonomia e participação em questões referentes à saúde. Portanto, observa-se que a qualidade da atenção prestada acaba por não satisfazer as necessidades do grupo em destaque, configurando-se como mais um instrumento engessado, que não consegue dar resposta aos anseios da população e dos profissionais que fazem parte desta dinâmica.

Diante disso, fortificar a qualidade das práticas à possibilidade de avaliação das ações desenvolvidas junto à Atenção Primária à Saúde, em específico aos cuidados oferecido a população quilombola. Sabe-se que avaliar é instrumento que pode proporcionar a apreensão dos aspectos limitantes e potencializadores do fazer cotidiano e, por conseguinte, pode cooperar com a reorientação das práticas em saúde. Diante das diversas necessidades em saúde apresentadas nos serviços, e por suas características organizacionais e assistenciais, torna-se fundamental avaliar o processo de cuidado na atenção à saúde da populações quilombolas, destacando a presença e a extensão do atributo essencial acesso ao primeiro contato APS, e ainda os avanços e limites presentes na assistência a esse público em destaque.

A justificativa para a efetuação desta pesquisa baseia-se na sua relevância acadêmica e social, e por constitui-se em estudo com viabilidade técnica operacional. Investigações capazes de produzir conhecimentos sobre a qualidade da atenção voltada para população quilombola, nos serviços de APS, são bastante úteis no âmbito do SUS na concepção de se pensar estratégias que possibilitem transformações nas práticas dos profissionais de saúde. Assim, avaliar a atenção e a forma de organização dos serviços da ESF na saúde da população quilombola possibilita propor caminhos para as mudanças possíveis e capazes de melhorias das ações e das práticas direcionadas a esta população, no cenário local com repercussões a nível regional e estadual.

O motivo pela escolha do tema vem da necessidade de trabalhar um problema tão presente na realidade brasileira, que é o descaso com as populações tradicionais, em especial nas comunidades quilombolas e a falta de efetivação dos atributos APS. As desigualdades étnico-raciais em saúde têm sido amplamente discutidas no Brasil. Entre elas, as condições de vulnerabilidades vivenciadas por indivíduos da população negra, principalmente quando se refere aos problemas socioeconômicos, ambientais e a dificuldade de acesso aos serviços e ações de saúde. Tais desigualdades podem influenciar negativamente nos atributos da APS.

No que se concerne à contribuição acadêmica, essa pesquisa tem como base de estudo um tema pouco estudado no país, e que por vezes passa despercebida tanto pelos

serviços como pelos profissionais de saúde. Os resultados da pesquisa devem contribuir com subsídios que possibilitem conhecimento acerca da presença e extensão dos atributos da APS primeiro contato, a partir dos usuários que são atendidos no serviço, refletindo assim, sobre os aspectos que interatuam nas práticas cotidianas direcionadas a essa população específica. Desse modo, os usuários são considerados não somente como consumidores de serviços, e sim, como sujeitos ativos junto com os profissionais na consolidação de práticas de promoção à saúde da populações quilombolas.

Para o cenário nacional, esse estudo pode contribuir para a produção de saberes, visando aprimorar práticas de Atenção Primária à Saúde para população quilombola, a partir também do exercício de repensar as políticas e de como na realidade dos serviços essas são desenvolvidas. Destaca-se ainda que esse estudo é pioneiro no município de Ananindeua, o que estimula novas investigações a nível regional, estadual e nacional. Portanto, pode-se assegurar que pesquisas que visam avaliar, reconhecer e interpretar as diversas necessidades de saúde apresentadas pelos usuários são imprescindíveis para que os princípios do Sistema Único de Saúde sejam de fato implementados.

Por estes motivos se faz necessário o estudo da qualidade do acesso à saúde pelas comunidades mais distantes, em especial, os quilombolas. Escolhemos investigar a realidade deste problema na Comunidade Quilombola do Abacatal localizada no município de Ananindeua-Pará com o objetivo de avaliar o atributo acesso de primeiro contato à atenção primária em saúde, identificar o serviço de referência da Atenção Primária reconhecido pela comunidade. Avaliando a acessibilidade e a utilização da Estratégia de Saúde da Família e pela população adulta da comunidade utilizando o Primary Care Assessment Tool – PCATool como instrumento de avaliação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Freire (2005) reitera que, para captar o presente, é indispensável voltar para o passado, haja vista que as vivências de hoje são frutos do que foi construído anteriormente, porém não se pode acreditar que o futuro já está previamente estabelecido pelas escolhas de outrora. Segundo o autor ao olhar o passado, entende-se o presente. E, a partir do momento em que se constrói uma consciência crítica acerca da realidade que está inserido, é possível construir um futuro diferente.

Sob essa visão, que se propõe conhecer o campo da Saúde das populações tradicionais, é necessário compreender como as ações voltadas para o público dessas populações foram sendo construídas ao longo do tempo. Desse modo este capítulo traz como se deu a inserção da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde, faz ainda um breve resgate sobre o surgimento da Atenção à Saúde das populações tradicionais no Brasil, focando as políticas que foram surgindo no Brasil para atender a essa população. Ressalta a importância da avaliação da Atenção Primária à Saúde e o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária –PCATool - Brasil. E último abordando conceitos de acesso (utilização) e acessibilidade elementos que compõem o atributo estudado – primeiro contato.

2.1 Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde-SUS

Na segunda metade dos anos de 1970, no Brasil, sucedia-se um movimento a favor da reforma sanitária, que cresceu na década de 1980, com propostas de transformação do regime autoritário e do Sistema Nacional de Saúde, defendendo a democratização da saúde e a reestruturação dos serviços (PAIM, 2009).

Segundo Mendes (2011) com o processo da Reforma Sanitária Brasileira, surgiu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em março de 1986, de acordo com Mendes sendo o principal evento político sanitário, diferindo-se das anteriores pela significativa participação Popular. A 8ª CNS conduziu conquistas importantes para o setor saúde, dado que nessa mesma conferência dispararam-se os princípios do Sistema Único de Saúde.

O SUS emergiu-se com os seguintes princípios: universalidade, equidade e integralidade e as diretrizes organizativas: descentralização, regionalização, hierarquização e a participação da comunidade, sendo aprovado pela Constituição Federal

Brasileira de 1988, assegurando ainda a saúde como um direito de todos e dever do estado (PAIM, 2009).

Consoante com Costa et al (2006), esse movimento é tido como o ponto de partida das transformações que se tem processado no campo da saúde nos últimos anos, e estabelece como maior conquista a inserção da saúde, na Constituição Brasileira de 1988. Manifestando-se que as alterações no setor saúde requisitavam mais de que uma simples reforma administrativa e financeira, seria necessária também uma amplificação do conceito de saúde.

Segundo Paim (2009) a declaração final da 8ª CNS definiu o conceito de saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Para o autor essa ampliação do conceito de saúde implicou-se em mudanças paradigmáticas na forma como os serviços de saúde estavam sendo produzidos, uma vez que o autoritarismo da prática médica até então predominante, baseado num paradigma hegemônico/curativista/individualista, que não enriquecia o saber do outro, deveria a partir de então ser superado, para que atendessem a esse novo conceito de saúde.

Sob essa perspectiva e em busca do fortalecimento dos princípios do SUS, o Ministério da Saúde baseou-se nas experiências de países como a Inglaterra, Canadá, Espanha e Cuba para programar mudanças no modelo de assistência em nível nacional. Esses países reorganizaram seus sistemas de saúde dando prioridade à atenção com acesso universal, continuada e integral junto à comunidade. Com outras palavras, esses países desenvolveram seus sistemas de saúde orientados para a Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2011b).

Conforme Starfield (2002) o novo conceito de Atenção Primária à Saúde manifestou-se ainda década de 1920, no Reino Unido, através do relatório Dawson, que propõe a organização do sistema de serviços de saúde em três níveis: os centros primários e secundários de atenção à saúde e os hospitais de ensino. Representando a base da regionalização dos serviços de saúde em bases populacionais, influenciando a organização desses sistemas em diversos países. Segundo a autora para obter os objetivos a que se dispõe, essa orientação encontra-se baseado em quatro diretrizes: o Estado como provedor e encarregado do controle de políticas de saúde; o trabalho em equipe nos serviços de saúde; desenvolvimento de instituições responsáveis pelo diagnóstico e tratamento de casos agudos; medicina curativa e preventiva em conjunto, sem separações.

Diante desse contexto, muito tem sido feito nas últimas décadas para trazer transformações nas condições de saúde das populações. Salvo a proposta ter influenciado diversos países, a Atenção Primária à Saúde só foi firmada como modelo universal em 1978, destacando-se a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, preparada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Unicef, ocasionando na Declaração de Alma-Ata. A Conferência de Alma-Ata foi um marco importante neste processo, estabeleceu como meta a “Saúde para Todos no Ano 2000”. Na ocasião, consagrou-se em definitivo o papel fundamental dos cuidados de saúde primários, sendo consenso que a promoção e proteção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2011a; 2011b; STARFIELD, 2002).

A Atenção Primária à Saúde é reconhecida como a oferta da medicina ao primeiro contato; a suposição de responsabilidade longitudinal pelo paciente sem considerar a presença ou ausência de doença; e a integração de aspectos físicos, psicológicos e sociais de saúde aos limites da capacitação da equipe de saúde. Caracterizada por quatro atributos essenciais e os três atributos derivados da APS (STARFIELD, 2002).

Starfield (1992) define a APS como o primeiro nível de assistência dentro do sistema, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade (longitudinalidade) e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação comunitária das ações e da competência cultural dos profissionais. Assim, definem os quatro atributos essenciais da APS: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção e a coordenação da atenção dentro do sistema.

Destacam-se a presença de outras três características, chamadas atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. Inspirada nas proposições de Starfield (1992) a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), integrante do Sistema Único de Saúde, define a Atenção Primária como o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Tendo como diretriz que a Atenção Primária seja desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas (BRASIL, 2012).

Na sua concepção, a APS apresenta algumas atividades essenciais com foco nas ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Essas atividades são: educação para saúde; saneamento básico; programas de saúde materna- infantil; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento apropriado de afecções e ferimentos comuns; provisão de medicamentos essenciais; promoção da nutrição e medicina tradicional (STARFIELD,2002).

Com a finalidade de apoiar os sistemas de saúde baseados na proposta de Atenção Primária à Saúde, vários encontros aconteceram, tais como: a Assembleia Mundial da Saúde, em 1986; a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986 (Carta de Ottawa), na qual se debateram os progressos alcançados desde a Declaração de Alma-Ata, o documento “Os objetivos da saúde para todos” (OMS) e a ação intersetorial para a saúde; o encontro “Desde Alma-Ata até o ano 2000, perspectivas a meio caminho” em 1988, além da XXXIII Reunião do Conselho Diretivo das OPAS em 1988 (BRASIL, 2011b).

Segundo Starfield (2002) para que a atenção primária potencialize a saúde, considera-se imprescindível a ênfase na saúde da população, isto é, no contexto social em que as pessoas vivem e não apenas nas suas doenças de modo individual. Para a autora nesse sentido é preciso promover o cuidado de forma integral, considerando o meio social e físico no qual a afecção existe e como esta interage nas respostas das pessoas aos seus agravos. Ao orientar os serviços de atenção primária para as necessidades das comunidades, assim como dos indivíduos que exigem cuidado de saúde, a atenção médica primária convencional estará bem próxima aos princípios da APS preconizados em Alma-Ata.

Starfield (2002) ainda reforça que, com um sistema de atenção primária satisfatório é possível diminuir os casos que indicam cuidados insatisfatórios, como: ausência de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, longos intervalos para visitas de seguimento, dificuldades de acesso a serviços de referência, além do aumento de hospitalizações por problemas passíveis de resolução por meio de uma atenção primária satisfatória. Nessa concepção a APS deve cumprir três funções essenciais: o papel de resolver a maioria dos problemas de saúde que transcorre em uma população, o papel organizador, relacionado à organização de fluxos e contra-fluxos das pessoas e o de responsabilização da saúde dos indivíduos, independente do ponto de atenção à saúde que estejam (MENDES,2011).

É pertinente ressaltar que foi a partir da Conferência de Alma-Ata que surgiram no Brasil muitas experiências caminhando na direção da inserção da Atenção Primária no modelo de atenção à saúde. Como já citado anteriormente, o Ministério da Saúde criou o PACS, em 1991, com a finalidade de diminuir os indicadores de morbimortalidade infantil e materna na região Nordeste do país. Com a experiência bem-sucedida do PACS, o MS lançou o Programa Saúde da Família, denominado atualmente como Estratégia Saúde da Família, com o propósito de responder ao desafio de ampliar e qualificar a cobertura nesse nível de atenção nos municípios de pequeno porte. Com sua expansão para municípios de médio e grande porte, consolidou-se como modelo estruturante da Atenção Primária à Saúde no país (BICUDO et al., 2010).

De acordo com Silva et al (2010) a Estratégia Saúde da Família emergiu na perspectiva de proporcionar mudanças no modelo de assistência à saúde e, conseqüentemente, permitir transformações de suas práticas, com o propósito de criar vínculos entre os profissionais de saúde e a comunidade, uma vez que estas instituições estão mais próximas dos usuários, e isso possibilita conhecer a dinâmica da área de abrangência coberta pela equipe de saúde. Para o autor a ESF vem sendo proposta pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de reorganização da atenção primária. Suas ações incorporam os princípios básicos do Sistema Único de Saúde, como a universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade e estruturou-se a partir da Unidade Básica de Saúde da Família – UBSF.

Brasil (2011b) refere que a ESF ao visar à mudança do modelo assistencial vigente, a família passa a ser o objeto da atenção, o que permite que vínculos e compromissos sejam estabelecidos entre os profissionais de saúde e a população. Assim, há uma compreensão ampliada do seu processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além da prática curativa. Desse modo, uma equipe de saúde da família adota o princípio de adscrição de famílias, tendo responsabilidade sobre a saúde de uma população composta de seiscentos a mil famílias, não excedendo o total de quatro mil pessoas moradoras de uma área geográfica definida. Cada equipe de saúde é constituída por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde e, quando ampliada, conta com um cirurgião dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene dental (BRASIL, 2007a; 2006a).

No Brasil, a reconstrução do sistema de saúde a partir da implantação do Sistema Único de Saúde procurou, através de seus princípios norteadores, reorientação das práticas

de saúde, até então equivocadamente centradas na consulta médica, com destaque para os serviços de emergência (PAIM, 2009). Nesse contexto, a implantação da ESF representou um passo fundamental, conciliando um conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, desde o recém-nascido ao idoso, de forma integral e contínua (PAIM, 2009).

Em sendo uma proposta considerada substitutiva das práticas convencionais e abrangendo dimensões técnica, política e administrativa inovadoras, a ESF requer o desenvolvimento de novas habilidades e mudanças de atitudes. Para tanto, na reorganização das práticas de trabalho, tem-se como preceitos e atividades fundamentais, o diagnóstico de saúde da comunidade, o planejamento/programação locais, a complementaridade (integração entre os diversos níveis de atenção à saúde), a abordagem multiprofissional, a referência e contra referência, a educação continuada, a ação intersetorial, o acompanhamento/avaliação e o controle social (BRASIL, 2011b; 2007a).

O impacto dessa estratégia sobre a saúde da população foi evidenciado quando estudos nacionais apontaram para uma melhoria de alguns indicadores, como: mortalidade infantil, mortalidade infantil pós-neonatal, internação por acidente vascular cerebral, entre outros. Assim, surgiram na literatura brasileira estudos que apontaram para as vantagens da ESF em relação aos outros modelos de atenção básica em saúde (MENDES, 2011).

Segundo Mendes (2011) a Estratégia de Saúde da Família é considerada, um pilar estruturante para o planejamento de táticas em termos de saúde nos sistemas municipais. Pela concepção orgânica do Sistema Único de Saúde, tem como objetivo principal efetuar a reorientação do modelo assistencial no espaço político-operacional, através da Atenção Primária (AP). Seu ambiente central é a Unidade de Saúde da Família (USF), local que possui a função de propagar suas atividades para o ambiente domiciliar e, os demais espaços de abertura voltados diretamente à educação em saúde. Onde todos esses elementos se encontram organizados, numa perspectiva integrativa dos interesses com as ações realizadas, entre usuários e serviços de saúde ofertados.

2.2 Comunidades Quilombolas e o Acesso aos Serviços de Saúde

Segundo Lopes et al (2012) o processo de acesso da população quilombolas à saúde segue o caminho comum aos demais segmentos populacionais que são cobertos pelo SUS no Brasil, exceto pela diferenciação em favor do aspecto vulnerabilidade, que permeia as condições sociais e econômicas dos quilombolas.

A história da população brasileira registra a presença, ou mesmo a contribuição, de diferentes povos com diferentes culturas. Negros aportaram involuntariamente no Brasil, participando assim da formação étnica brasileira junto com os brancos e com os nativos de etnia indígena. Com a ampliação do processo de miscigenação, que ocorreu principalmente através das gerações do século XX, o resultado foi e tem sido, uma etnia brasileira de difícil classificação antropológica, sem uma raça bem caracterizada e definida no país como um todo, mas com indiscutível predominância da mistura entre negros e brancos. No entanto, esse aspecto miscigenatório que costuma caracterizar o povo brasileiro deve ser visto, apropriadamente como um convívio de raças, etnias, povos, culturas e identidades, e com visões peculiares do mundo, do ponto de vista simbólico e da realidade, com diferentes maneiras de interagir. Essa diversidade e heterogeneidade são encontradas nas áreas urbanas e rurais de todo o território brasileiro (PNS, 2010).

Almeida et al (2010) conceitua como comunidade ou população dos quilombos, todos os membros descendentes de indivíduos que participaram da constituição dos territórios agro rurais nos períodos do sistema escravocrata e sequencialmente, também após a abolição formal da escravatura com a respectiva vigência da Lei Áurea.

De acordo com Leite (2010) as comunidades de negros em regiões rurais trazem historicamente narrativas de conflitos, os quais advêm da primeira República. Segundo o autor esses relatos de grupos insurgentes foram inscritos em artigos da Constituição Federal de 1988, principalmente naqueles que tratam de direitos essenciais à vida, ao reconhecimento e proteção do patrimônio histórico-cultural e dos direitos territoriais. Onde o direito “quilombola” que a Constituição Brasileira visa alcançar, é o direito sobre o lugar, o direito não exclusivamente à terra ou às condições de produção, mas sobretudo o seu reconhecimento na ordem jurídica que é, antes de tudo, uma política de direitos humanos.

Todas as questões pertinentes à identificação, reconhecimento, delimitação e titulação das terras ocupadas pelos quilombolas estão sob a responsabilidade do Ministério do Desenvolvimento Agrário conforme decreto nº 4.887/20 de novembro de 2003. Quanto à aquisição desses territórios propriamente dita, todo esse processo provém de diversificadas situações, as quais incluem: doação de terras por separação da lavoura de monoculturas, como: algodão e cana-de-açúcar; compra de terras pelos próprios indivíduos; terras adquiridas por meio de prestação de serviços, entre outras formas de ocupação. A definitiva distribuição de tais territórios somente fora definida a partir da Constituição Nacional de 1988, onde os respectivos títulos foram emitidos. Atualmente essas comunidades localizam-

se em 24 estados da federação brasileira, onde a maioria situa-se nos estados do Maranhão, Bahia, Pará, Minas Gerais e Pernambuco. (BRASIL, 2012).

De acordo com Cardoso (2010) a imagem de quilombo acessível aos congressistas a época da Constituinte de 1988 em parte, é devedora do que se imagina ser um território quilombola representado por palmares, símbolo da luta do povo negro, no passado e no presente, contra o sistema opressivo ao mesmo povo.

Para Política Nacional de Saúde (2010) os fatores inerentes ao convívio coletivo, quando associados às determinações sociais, sejam elas socioeconômicas, culturais ou ambientais, relacionadas às condições de vida e de trabalho, como: habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde, educação, existência ou não de redes sociais e comunitárias, acabam originando na sociedade brasileira desigualdades, muitas vezes macro estruturadas. E são precisamente grupos populacionais, como os quilombolas, que na sua maioria exteriorizam estar em situação de extrema vulnerabilidade.

O referido grupo populacional possui garantido o acesso às políticas públicas disponibilizadas pelo governo federal, através da Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PNPIR), a qual procura principalmente, reduzir as desigualdades raciais no Brasil, com ênfase na população negra. Essa é uma política estruturada através dos seguintes instrumentos político-sociais: Convenção Internacional sobre Eliminação de todas as formas de Discriminação; Brasil sem Racismo e o Plano de Ação de Durban (BRASIL, 2012).

Trata-se de uma ação que está incluída no Programa Brasil Quilombola (PBQ), e que possui fundamentação em quatro eixos primordiais: acesso à terra; infraestrutura e qualidade de vida; desenvolvimento local e inclusão produtiva; direitos e cidadania (BRASIL, 2012).

De acordo com Rinehart (2013) o acesso aos serviços de saúde foi regulamentada especificamente a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, a qual faz parte da dinâmica do SUS, e que visa à equidade através de promoção em saúde para a igualdade racial, na forma de estratégias de gestão solidária e participativa. Segundo o autor essas táticas de questionamentos incluem o uso da etnia quanto aos dados epidemiológicos fundamentais, para a definição de prioridades e na escolha de decisões. Quanto às ações, propriamente ditas, pontua-se: a atenção, a promoção à saúde e a prevenção de doenças, além da gestão participativa e controle social. Existindo ainda incentivo para o desenvolvimento de ações que identificam, abordam, combatem Coleta dedados e previnem

o racismo institucional no ambiente de trabalho, e nos processos de capacitação e educação profissional permanentes em saúde.

Atualmente existem 2.197 comunidades reconhecidas oficialmente no Estado brasileiro, dessas, 2.040 comunidades são certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FCP), sendo 63% delas no Nordeste, apenas 157 são tituladas, porém não estão certificadas. Do total, 1.229 processos estão abertos para a titulação de terras no Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) e 207 comunidades foram tituladas, beneficiando 12.906 famílias (BRASIL, 2013).

Existem 214 mil famílias quilombolas no Brasil e 1,17 milhão de quilombolas. De acordo com os aspectos socioeconômicos identificados a partir das 80 mil famílias quilombolas constantes no Cadastro Único (CADUNICO), que é responsável pelo registro de famílias com baixa renda, verificou-se que, predominantemente, se autodeclaram pretas ou pardas, são beneficiárias do Programa Bolsa Família, estão em situação de extrema pobreza, desenvolvem atividades de agricultura, extrativismo ou pesca artesanal e, 24,81% não sabem ler (BRASIL, 2013), um dado preocupante, vez que a média nacional de analfabetos é de 9% (IBGE, 2011).

Foi instituída, em 2009, mediante da portaria nº 992\ 2009, do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra cujo objetivo é “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS”. Inclui ainda nos seus objetivos específicos “o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde” demarcando a inserção do Movimento Quilombola nas discussões sobre o tema da saúde, fato que durante a década de 90 esteve dissociado, expressando um caráter majoritariamente urbano das reivindicações de saúde por parte do Movimento Negro (BRASIL, 2013).

Com o intuito de gerenciar todos esses aspectos de forma quase simultânea, a educação em saúde para o autocuidado viabiliza a identificação das necessidades, problemas e prioridades, definidos pelo próprio usuário, em consenso com o profissional de saúde. Conforme o problema ou prioridade vai sendo exposta, o profissional escolhe uma ação a ser realizada, ou utiliza ferramentas para encaminhar o problema. Reforçando sempre que essas atividades estratégicas têm como princípio básico a compreensão da situação, a empatia e o diálogo com o usuário (BRASIL, 2013).

2.3 A importância da avaliação da Atenção Primária à Saúde e o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária –PCATool-Brasil

Conforme Silva (2010) com a rápida expansão do PSF, que passou a assumir o status de estratégia, reforçando a importância no novo modelo como prática reorganizadora dos cuidados primários em saúde. Para os autores com essa rápida expansão, fez-se necessário discutir questões relacionadas à qualificação e resolubilidade das equipes de saúde. Necessidade justificada pelo fato de que a maioria dos profissionais que integram as equipes de saúde ainda se forma dentro de uma lógica curativista, de assistência centrada na doença e não na promoção da saúde.

Victoria et al (2011) confirma que, no decorrer dos últimos anos, a ESF tem contribuído de forma significativa para a melhoria dos indicadores de saúde no país. Mas Silva (2010) questionam que não é possível afirmar de forma absoluta o quanto a implementação da estratégia tem implicado em efetiva reestruturação do modelo assistencial. Para esses autores, tampouco é possível compreender, sem ferramentas avaliativas adequadas, os alcances e limites da estratégia, provindo, assim, que discussões equivalentes são importantes no sentido de resgatar o nível de transformação do modelo assistencial que a ESF tem alcançado ou pode alcançar com o passar dos anos.

Castro et al (2012) afirma que a expansão da ESF trouxe a ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde, facilitando que profissionais de saúde estivessem mais próximos dos usuários. Porém, segundo Silva e Caldeira (2010) esse fato não procriou mudanças nos processos de trabalho desses profissionais, pois muitos ainda mantêm a mesma lógica da assistência centralizada na consulta médica, com ações curativistas, mostrando parcialmente os atributos da atenção primária.

Silva et al (2010) explicitam que atualmente, estudos avaliativos direcionados para o tema da qualidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde tornaram-se bastante relevante a partir da reformulação dos sistemas nacionais de saúde. Para eles o contexto nacional, a literatura tem apresentado poucas referências sobre a temática e as experiências de utilização dos instrumentos avaliativos propostos também precisam de maior divulgação e padronização. Bosi (2010) relata que isso se dá principalmente devido ao acelerado processo de crescimento da ESF, emerge essa necessidade de processos avaliativos, em especial sobre a qualidade da atenção no âmbito dessa estratégia.

De acordo com Maior et al (2010) o termo avaliar “vem do latim a + valere, cujo significado é atribuir valor e mérito ao objeto em estudo. Ele afirma que, avaliar é atribuir

um juízo de valor sobre a propriedade de um processo para a aferição da qualidade do seu resultado. No em tanto para Oliveira (2012) o termo avaliação consegue ter uma acepção negativa, considerando a proposta de punir, disciplinar ou retaliar ações indesejadas. Entretanto Magluta (2013), afirma que a avaliação é de crucial importância na APS e necessitaria fazer parte do cotidiano do SUS nas mais diversas instâncias, propiciando a experiência do novo no cuidar e gerir. Segundo a autora, a necessidade de criar uma cultura de avaliação é decorrente da urgência de descobrir para transformar (ou manter) acesso, qualidade, acolhimento, linhas de cuidado, relações de trabalho, gestão, financiamento.

Consoante com Starfield (2002), a maioria das propostas avaliativas registradas na literatura referencia os estudos de Donabedian onde o autor propôs que a avaliação da qualidade deveria se dar em três níveis: (1) avaliação da estrutura, que demanda necessariamente a investigação sobre os recursos físicos, organizacionais e técnicos; (2) avaliação do processo, que implica a análise dos procedimentos entre servidor e consumidor (não necessariamente a relação médico-paciente, embora muitas vezes seja esta a atividade central do processo); e (3) avaliação de resultado, que discrimina a situação final de saúde (individual ou coletiva) como resultante da complexa interação entre servidor e consumidor das ações de saúde.

De acordo com Starfield (2002) os estudos que analisam resultados de ações de saúde são considerados mais consistentes, em uma perspectiva populacional, salvo da dificuldade para a determinação de quais aspectos da saúde devem ser considerados de responsabilidade dos serviços de saúde.

No Brasil, é importante frisar que foram elaboradas e realizadas algumas estratégias de avaliação da APS pelo Ministério da Saúde, destacando-se a Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica em Saúde, em 2003, a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ (2006) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ (2012) (BRASIL 2005b).

No documento “Avaliação da Atenção Básica em Saúde – Caminhos da institucionalização”, traz a avaliação como componente da gestão em saúde, que permite dar suporte aos processos decisórios, fazendo a identificação de problemas e reorientando as ações e serviços a serem desenvolvidos, com vistas a avaliar também a incorporação de novas práticas no cotidiano dos serviços e mensurar o impacto das ações desenvolvidas pelos serviços de saúde e pelos programas implementados sobre o estado de saúde da

população (BRASIL 2005b).

Já a AMQ (2006), vista como um projeto estratégico que integra a Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica em Saúde, tem como principais objetivos: desenvolver metodologia de avaliação para a melhoria contínua da qualidade da ESF e definir padrões de qualidade; criar instrumento de monitoramento e avaliação; desenvolver estratégias de implantação da ESF de forma qualificada no nível local; contribuir com o desenvolvimento da capacidade técnica em monitoramento e avaliação nas secretarias estaduais de saúde e municípios brasileiros; e induzir boas praticas em atenção primária (BRASIL, 2005b; 2005c). Por último, o PMAQ é um Programa que busca criar processos que ampliem a capacidade tanto em nível de gestão federal, estaduais e municipais, como também pelas próprias Equipes de Saúde da Família, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, considerando as necessidades concretas da população (BRASIL, 2005b;2005c).

Starfield e colaboradores desenvolveram um instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool), validado nos Estados Unidos, com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1966).

Starfield criou o PCATool nas versões Child Consumer/ClientSurvey e Adult Consumer/Client Survey, aplicáveis aos usuários para avaliação da atenção à saúde da criança e do adulto respectivamente, e Facility/Provider Survey, aplicável aos profissionais de saúde e, também, ao coordenador/gerente do serviço de saúde, cujo objetivo é medir a presença e a extensão de cada atributo da APS (STARFIELD,2002).

O PCATool baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde (BRASIL, 2010b). 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, sendo validado no Brasil com o nome de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool-Brasil (BRASIL, 2010b).

No Brasil Almeida et al (2006) validaram o PCATool a versão adulta com estudo transversal no qual foram entrevistados 2.404 usuários adultos residentes nas áreas adscritas da rede pública dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) em Porto Alegre e usuários vinculados a um plano de autogestão. O processo de validação constituiu-se de tradução e tradução reversa, adaptação, validade de conteúdo, validade fatorial e fidedignidade. Foram

reconhecidos os seguintes atributos da APS: acesso-acessibilidade e utilização, longitudinalidade, coordenação-coordenação do cuidado e sistemas de informação, integralidade-serviços disponíveis e serviços prestados, enfoque familiar e orientação comunitária. Os resultados indicaram que o PCATool-Brasil possui adequada validade e fidedignidade, podendo constituir-se em instrumento nacional de avaliação da APS para usuários adultos.

Em um estudo transversal, na cidade de São Paulo, Elias et al (2006) entrevistaram 343 usuários de Unidade Básica de Saúde tradicional e Estratégia de Saúde da Família por estrato de exclusão social utilizando o PCATool. Os Usuários da ESF avaliaram melhor que os de UBS a maior parte das dimensões, como porta de entrada, vínculo, coordenação e elenco de serviços em todos os estratos de exclusão social, embora tenham avaliado como regular a acessibilidade, orientação comunitária e familiar. Assim, confirmaram as potencialidades do PCATool.

Ibañez et al (2006) em estudo transversal, apresentou os resultados da avaliação de desempenho da atenção nos serviços de Atenção Básica numa amostra selecionada de municípios do Estado de São Paulo com mais de 100 mil habitantes agrupados em clusters, por meio de questionários específicos abordando oito dimensões da atenção básica. Realizaram entrevistas com profissionais e 2.923 utilizando o PCATool, para avaliar o desempenho dos serviços de atenção primária, comparando diferentes clusters de municípios acordo com (agrupados de indicadores sociais e complexidade de atenção). A avaliação feita por usuários e acompanhantes aponta o índice geral de 50%, o que qualifica como pouco satisfatória. Quanto à análise por dimensões há maior nível de satisfação nos clusters com indicadores sociais mais favoráveis em todas as dimensões estudadas, com exceção de elenco de serviços e orientação comunitária. Em relação à avaliação dos trabalhadores da saúde de unidades tradicionais e PSF, mostrou que os profissionais que trabalham no PSF avaliam o desempenho como sendo melhor. Nos municípios com indicadores sociais menos favoráveis é possível evidenciar que as dimensões vínculo, elenco de serviços, enfoque familiar e orientação comunitária foram mais bem avaliadas pelos profissionais do PSF.

Stralen et al (2008) compararam a percepção desempenho de unidades básicas de saúde com e sem o Programa de Saúde da Família nas cidades com mais de 100 mil habitantes de Goiás e Mato Grosso do Sul, usando o PCATool. Os resultados detectaram que não houve diferenças estatisticamente significantes entre as unidades com e sem saúde da família, entretanto, as percepções dos profissionais foram sempre mais favoráveis em

comparação às dos usuários. Investigando-se as avaliações de cada dimensão da Atenção Primária à Saúde, analisou-se que estas foram sempre mais favoráveis nas unidades com Programa Saúde da Família— excetuando-se a dimensão do acesso. Entretanto, apenas para as dimensões de enfoque familiar e orientação comunitária a diferença entre a avaliação de unidades com e sem o referido programa foi significativa para todas as duas categorias.

Alencar et al (2010) publicaram um trabalho cujo objetivo foi avaliar o enfoque familiar e a orientação para a comunidade como atributos da Atenção Primária à Saúde na opinião de 32 gestores, 80 profissionais com mais de seis meses de experiência e 883 usuários das unidades das Estratégias Saúde da Família, no município de São Luís-Maranhão usando o PCATool. O índice composto do enfoque familiar foi de 2,7 para os usuários, 4,9 para os profissionais e 5,3 para os gestores. O índice composto da orientação para a comunidade foi de 2,9 para os usuários, 3,9 para os profissionais e 4,8 para os gestores ($p < 0,001$). Os gestores atribuíram percentuais mais altos em todos os indicadores, depois os profissionais e por último os usuários. Os dois atributos tiveram avaliação insatisfatória na percepção dos usuários. Os resultados detectaram diferenças de percepções, estatisticamente significantes, entre os três grupos de sujeitos pesquisados, e essas divergências estavam principalmente entre usuários e profissionais, e usuários e gestores. O que revelou uma grande discrepância entre a opinião de quem está na gestão e dos que utilizam de fato o serviço.

Um estudo desenvolvido no Município de Curitiba, Paraná, realizou uma análise de concordância entre o AMQ e o PCATool. O estudo encontrou concordância para os atributos integralidade e orientação familiar. No entanto, para os atributos acesso do Primeiro Contato do indivíduo com o sistema de saúde, Longitudinalidade, Coordenação do cuidado e Orientação Comunitária não houve concordância. Isto sugere que não há equivalência entre os dois instrumentos, não sendo possível a utilização dos padrões do AMQ como forma de mensurar todos os atributos da APS. Diferentemente, o PCATool compreende um instrumento nacional validado e específico para avaliação dos atributos da APS (FIGUEREIDO et al., 2013).

Cesar et al (2014) avaliou o funcionamento da rede de Atenção Básica do município de Piracicaba, SP. Realizadas 69 entrevistas, 37 com profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família (USF), 23 das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nove gestores, utilizando-se o *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*. As USF apresentaram maiores valores que as UBS para vínculo, elenco de serviços, enfoque familiar, orientação

para comunidade e total da Atenção Básica. Os gestores apresentaram maior valor para acesso que os profissionais das unidades. As USF apresentam melhor funcionamento que as UBS, mas os resultados para acesso sugerem que esta dimensão não foi melhorada com a USF.

Oliveira e Silva et al. (2014) realizou um estudo em Montes Claros-Minas Gerais, utilizando o PCATool versão adulto aplicado a 373 usuários, sendo 33,6% atendidos pela ESF e 66,4% por outros serviços de Atenção Primária, avaliaram três atributos: primeiro contato, acessibilidade e longitudinalidade, os quais obtiveram escores mais elevados entre os usuários de ESF em comparação com de outros serviços.

Diversos autores como Castro et al. (2012); Ribeiro et al (2010); Oliveira et al (2012) já utilizaram o PCATool para avaliar a Atenção Primária à Saúde e os seus atributos definidos por Starfield. É consenso entre esses teóricos que com base nos atributos essenciais e derivados definidos por Starfield, é possível determinar se os sistemas de saúde são ou não orientados à APS, isto é, a presença e extensão desses atributos, estando presentes, promovem melhores indicadores de saúde, maior satisfação dos usuários, menores custos e maior equidade.

Além disso, avaliar a saúde com a perspectiva do usuário é uma meta a ser alcançada, mas nunca excludente para outras visões de avaliação dos atores que também fazem parte desse processo. Assim, a visão também dos profissionais e gestores do sistema de saúde devem ser somadas a visão da comunidade, para que diferentes olhares se complementem e o planejamento criado a partir dessa soma de opiniões atinja, na medida do possível, as expectativas dos grupos envolvidos, em busca de uma saúde de qualidade para todos (LOPES, 2012).

2.4 Acesso e Utilização de Serviços de Saúde

Segundo Jesus (2010) o acesso aos serviços de saúde é um atributo multiforme e multidimensional, que não demonstra consenso na literatura quanto ao conceito, à terminologia, e, muito menos, no que diz respeito ao referencial teórico mais apropriado para sua análise. Para Andrade (2012) é um tema que tem obtido tamanho destaque, que, recentemente, foi debatido em um número temático da revista *Ciência e Saúde Coletiva*. Segundo o autor tal publicação buscou sedimentar a discussão sobre acessibilidade, apresentar resultados de estudos e reflexões de pesquisadores importantes de vários pontos do país e, ainda, trazer para o debate os múltiplos pontos de vista sobre o objeto.

As definições de acesso e acessibilidade são utilizadas de forma intercalada e, geralmente, ambígua. De acordo com Millman (1993) o acesso é o uso oportuno de serviços pessoais de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde e a acessibilidade é a possibilidade de os usuários chegarem aos serviços. Segundo o autor ambos se referem a aspectos da estrutura de um sistema ou unidade de saúde os quais são necessários para se atingir a atenção ao primeiro contato.

Segundo Gomes (2013), Donabedian foi o pioneiro na discussão do tema, porém, emprega o termo acessibilidade para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. Travassos (2004) indica que a acessibilidade apresenta duas dimensões: a geográfica e a sócio organizacional. Segundo o autor primeira é atribuição do tempo e do espaço, como resultado da distância física, do tempo de locomoção, da disponibilidade e dos gastos com transporte até os serviços de saúde. A segunda dimensão contempla elementos concernentes à oferta de serviços recursos e organização, mas, também à condição social, cultural, educacional e econômica do indivíduo, ambos considerados fatores determinantes para o uso dos serviços. Para o autor nesta perspectiva, a acessibilidade contribui com os estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde, uma vez que é capaz de explicar as variações no uso de serviços de saúde por grupos populacionais.

Gomes (2013) refere que a acessibilidade é o componente estrutural fundamental para a primeira atenção. Para disponibilizá-la, o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível. Caso contrário à atenção será omitido, a tal ponto de afetar adversamente não somente o diagnóstico como o manejo do problema.

O Acesso é a maneira como a pessoa vivencia o perfil de seu serviço de saúde. Já a acessibilidade não é uma característica apenas da atenção primária, uma vez que todos os níveis de serviços devem estar acessíveis. Para Palha (2014), a promoção da saúde global, por meio das políticas públicas de saúde, tem que ser concebida como bem público e focada pelos princípios de acesso, universalidade e equidade, com estreita conformação de financiamento e prestação de serviços, considerando as necessidades e preferências dos diferentes segmentos sociais.

Starfield (2002) afirma que o acesso corresponde ao uso oportuno de serviços de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis. Já a acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, ou seja, é um aspecto da estrutura da unidade de saúde necessário para se atingir a atenção ao primeiro contato. Dessa forma autora introduz a ideia de porta de entrada referindo-se ao nível da atenção primária à saúde (APS) como um

elemento que facilita o acesso aos serviços de saúde, argumentando que a ausência de um ponto de entrada facilmente acessível pode impedir ou adiar a obtenção de uma atenção adequada, incorrendo em gastos adicionais.

Para Gomes (2013) nesta perspectiva, a obtenção do primeiro contato é influenciada por dois componentes do sistema de atenção à saúde: a característica estrutural da acessibilidade e a característica comportamental do uso dos serviços no ponto em que cada necessidade é percebida. Vale ressaltar que as informações podendo ser medidos a partir do ponto de vista tanto da população quanto da unidade de atenção à saúde. Neste sentido, a avaliação da acessibilidade, bem como do acesso nas unidades ou entre os pacientes, pode ser visto com um método de avaliação da acessibilidade. Inquéritos quanto à disponibilidade de horários para atendimentos de emergência; o tempo desde o pedido de consulta até sua marcação; à disponibilidade para chamadas domiciliares, podem ser aplicados, pois contemplam características disponíveis nos serviços, estando associadas à acessibilidade.

Starfield (2002) refere que o acesso tem que ser garantido para aqueles que deles requerem sendo que os fatores restritivos devem romper com estigmas, afim de que o acesso seja universal e não necessariamente relacionado ao grau de necessidade, já que não se pode esperar que os indivíduos conhecessem a gravidade ou urgência de muitos de seus problemas antes de buscarem atendimento.

A utilização dos serviços de APS pela população depende da boa resolutividade das equipes, do acolhimento, da capacidade de delimitar os recursos necessários para resolver os problemas e de uma prática baseada na pessoa (e não da doença), na família e na comunidade e melhor forma de esclarecer as informações a respeito da obtenção da atenção ao primeiro contato é perguntar aos indivíduos (STARFIELD, 2002).

Para Travassos et al (2004) o conceito “acesso aos serviços de saúde” tem o significado amplo de representar o grau de adequação entre as necessidades de saúde, a demanda e a utilização de serviços de saúde. Implica garantia de ingresso no sistema de saúde sem obstáculos físicos, financeiros ou de outra natureza. Existindo várias abordagens de análise sobre acesso aos serviços de saúde demonstram o nível de pluralidade e complexidade do tema, considerando que: acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde.

Viacava (2006) afirma que o acesso aos serviços de saúde expressa características da oferta que facilitam ou obstruem a capacidade de as pessoas usarem serviços de saúde quando deles necessitam. Barreiras de acesso originam-se das características dos sistemas e dos serviços de saúde. Segundo o autor a disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, a disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o sistema são características da oferta que afetam o acesso.

Santos (2006) reforça que os fatores individuais associados à utilização e também às características de oferta de serviços, incluindo sua finalidade devem ser conhecidos. E ressalta que novos estudos que avaliem de forma criteriosa as características não apenas dos usuários, mas também dos que buscaram e não obtiveram o cuidado, são necessários para a efetiva prevenção da iniquidade em saúde, assim como as características dos serviços.

Desde esta perspectiva, Silva (2011) reflete que a interpretação do acesso como uma oportunidade ou pré-condição de uso dos serviços de saúde tem sido amplamente aceita, isto porque a utilização de serviços de saúde é considerada uma expressão positiva do acesso. Para Travassos (2006) a avaliação dos fatores relacionados ao uso de serviços de saúde apresenta-se como uma estratégia apropriada para a análise do acesso aos serviços de saúde. O autor afirma ainda que utilização de serviços de saúde é resultado de um conjunto amplo e complexo de determinantes que incluem desde as características de organização da oferta, as características sociodemográficas dos usuários e o perfil epidemiológico, até os aspectos relacionados aos prestadores de serviços. De acordo com Pinto (2012) o modelo proposto por Andersen (1973) vem sendo muito empregado nos estudos sobre utilização dos serviços de saúde. Onde o uso de serviços de saúde é dependente de determinantes individuais agrupados em fatores de predisposição, fatores capacitantes e necessidades de saúde.

Pinto (2012) afirma que os fatores suscetíveis correspondem às especificidades sociodemográficas e culturais que estabelece o indivíduo como mais ou menos predisposto a procurar um serviço de saúde. Segundo o autor os fatores capacitantes são aqueles que devem estar presentes para que a utilização do serviço se realize. Ele também reflete que é necessário que existam instalações, equipamentos e profissionais de saúde, mas também que os indivíduos tenham renda, tempo e as informações necessárias para chegar aos serviços e deles fazer uso. Por fim, as necessidades representam o estado de saúde percebido pelos indivíduos ou diagnosticado por profissionais de saúde.

Para Paim et al (2011) mesmo a inserção do SUS tenha estendido o acesso aos cuidados de saúde para grande parte da população, ainda são observadas desigualdades geográficas e sociais no acesso, utilização e qualidade dos serviços de saúde no Brasil. Travassos reforça que a investigação sobre a configuração e os principais fatores explicativos destas desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde pode se apresentar como uma estratégia para orientar, de maneira mais apropriada, a formulação de políticas comprometidas com a equidade e o desempenho dos sistemas de saúde.

De acordo com McIntyre et al (2009) as políticas destinadas a aumentar o acesso aos cuidados não deveriam ser avaliadas apenas pelo efeito sobre o nível de utilização do serviço, mas pelo acesso aos cuidados de saúde, representando o fortalecimento de um indivíduo para usar os serviços de saúde e refletindo a capacidade de um indivíduo em beneficiar-se dos serviços dada as circunstâncias e experiências em relação ao sistema de saúde. Desta forma, políticas relacionadas com o acesso aos cuidados implicam obrigação para os gestores não apenas para tornar os serviços disponíveis, mas ativamente capacitar os indivíduos a utilizar esses serviços, quando necessário. Isto exige um processo participativo que envolve o intercâmbio de informações entre os gestores do sistema de saúde em vários níveis, por um lado e os membros da comunidade por outro.

2.5 Objetivos

Avaliar o atributo acesso de Primeiro contato à Atenção Primária em Saúde da Comunidade Quilombola do Abacatal em Ananindeua-PA;

Identificar o serviço de referência da Atenção Primária reconhecido pela comunidade como dispositivo assistencial;

Avaliar a acessibilidade da Estratégia de Saúde da Família utilizando o PCATool para a população adulta;

Avaliar a utilização da Estratégia de Saúde da Família por meio do PCATool para a população adulta garantindo a resolutibilidade.

4 METODOLOGIA

O presente capítulo apresenta as estratégias utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa, que favoreceram no aprofundamento da Atenção à Saúde da população quilombola reflexão sobre a organização do atributo de acesso de primeiro contato a essa população no cotidiano da Atenção Primária à Saúde. Então, por uma questão organizacional, este capítulo da dissertação divide-se em cinco momentos, com as seguintes classificações: tipo de estudo; cenário do estudo, população e amostra; instrumentos e coleta de dados; análise dos dados e procedimentos éticos.

4.1 Tipo de Estudo

Estudo descritivo, com delineamento transversal e abordagem quantitativa dos dados. Segundo Gil (2010) o objetivo principal das pesquisas descritivas é a descrição das características de uma definida população ou fenômeno, sendo capaz de estabelecer relações entre variáveis. Segundo o autor em estudos descritivos, as características mais significativas estão na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática.

O delineamento transversal caracteriza-se pelo fato de todas as medições serem feitas num único momento, não existindo, portanto, um acompanhamento dos participantes da pesquisa. De acordo com Sá (2007) é mais utilizado para diagnósticos de saúde de uma determinada comunidade e traz amostras representativas da população. Já a abordagem quantitativa dos dados tende a evidenciar o “raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana” (SILVEIRA; CORDOVA; 2009, p. 33).

4.2 Cenário do estudo, população e amostra

A comunidade quilombola Abacatal é constituída por 83 famílias, com um total de 71 casas (05 se encontram abandonadas e 02 estão com famílias agregadas recém-chegadas); está localizada no município de Ananindeua vizinho a cidade de Belém, no Estado do Pará, a mais ou menos 1 hora de distância de Belém (em carro) e uma distância de Ananindeua de 8 km; possui uma área de 308 hectares aproximadamente; mais recentemente recebeu titulação de 218 hectares, num total de 526. Foi no engenho do Uriboça, do Conde Coma de Mello, uma das da região que se inicia a história da comunidade quilombola de Abacatal. As terras da comunidade foram deixadas como

herança pelo Conde Coma de Mello para três de suas filhas: Maria do Ó Rosas de Moraes, Maria Filistina Barbosa e Maria Margarida Rodrigues da Costa. As “Três Marias”, como são chamadas, foram filhas do conde com sua escrava Olímpia. A memória dessa época esta materializada no Caminho das Pedras construído pelos escravos da antiga fazenda ligando o igarapé Uriboquinha à casa do conde. Esse caminho tem uns 500 metros de comprimento e meio de largura; essa história foi contada por Vivia Cardoso da Conceição, uma jovem liderança da comunidade.

A produção de dados foi realizada de abril de 2015 a junho de 2015, e se deu por meio de entrevistas com os “sujeitos”, moradores adultos da comunidade quilombola Abacatal. Segundo Minayo2001 a entrevista favorecer a consecução de informações através da fala individual, a qual revela condições estruturais, sistema de valores, normas e símbolos e transmite, através de um porta-voz, representações de determinados grupos.

Foram critérios de Inclusão da pesquisa:

- Ter idade igual ou superior a 30 anos;
- Residir no território pertencente da comunidade quilombola pelo menos um ano, e que aceitem participar livremente da pesquisa.

4.3 Instrumentos e Coleta de Dados

O instrumento de coleta de dados consistiu na aplicação do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, na sua versão criança, proposto pelo Ministério da Saúde (Primary Care Assessment Tool - PCATool-Brasil), composto por blocos de perguntas que correspondem aos atributos da Atenção Primária à Saúde (Acesso, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação, Orientação Familiar, Orientação Comunitária) e por três perguntas iniciais que medem o grau de afiliação ao serviço de saúde (BRASIL, 2010).

O PCATool versão adulto, constitui de 87 itens divididos em dez componentes relacionados aos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS). No estudo foram utilizadas três dimensões: grau de afiliação (5 itens), acesso de primeiro contato – utilização (3 itens), acesso de primeiro contato – acessibilidade (12 itens) conforme (BRASIL, 2010).

O grau de afiliação espelha o quanto o paciente se sente “pertencente” ao serviço e é formado por três perguntas: se há um serviço de saúde geralmente procurado quando há necessidade, se há um serviço que conhece melhor o usuário e se há um serviço que é considerado como o responsável pelo atendimento do usuário. O resultado final identifica o

serviço ou profissional de saúde para o qual será avaliado o atributo acesso de primeiro contato (BRASIL, 2010).

Os questionários respondidos sobre outros serviços não foram descartados, pois essa afiliação a outros serviços também faz parte da avaliação da ESF.

A avaliação da atenção ao primeiro contato envolve utilização (elemento processual) e da acessibilidade (elemento estrutural).

A utilização foi analisada por três itens (ANEXO A) que buscam avaliar se o médico ou enfermeiro da ESF indicado no componente grau de afiliação é o primeiro a ser procurado para uma consulta de revisão; se o serviço referido é o primeiro local que o entrevistado procuraria caso possua um problema de saúde que ainda não havia se apresentado ou novo episódio de um problema crônico, e se o serviço em avaliação é o único meio de encaminhamento para um especialista ou serviço especializado.

A acessibilidade foi analisada por 12 itens (ANEXO A) que buscam avaliar se o usuário consegue acesso nos finais de semana e noturno ao serviço referido; se a ESF atende seus usuários com agilidade quando eles têm doença aguda ou agudização de um problema crônico ou por telefone nessas circunstâncias ou para dúvidas quanto a sua situação de saúde/tratamentos; se possui um meio de comunicação quando este serviço está fechado, não incluindo outros serviços que o entrevistado possa acessar; se o médico/enfermeiro ou alguém do serviço em avaliação atenderia o paciente durante o final de semana ou à noite; avaliar o tempo gasto na sala de espera, até o paciente ser atendido em consulta pelo médico ou enfermeiro; se há dificuldade para o atendimento médico; se precisa faltar no trabalho ou escola no dia da consulta.

A coleta de dados foi realizada em duas visitas feita a comunidade pela pesquisadora, através do projeto Determinante Socioecológico e Biológicos da Obesidade, Diabetes e Hipertensão Arterial em Populações Afrodescendentes da Amazônia: Buscando respostas concretas para a ontogenia de doenças complexas, cujo objetivo é identificar as principais causas sociais ecológicas e biológicas relacionadas à emergência da obesidade, hipertensão arterial, diabetes e patologias a estas associadas entre quilombolas, e suas consequências imediatas nos indivíduos e nos serviços locais de saúde. Os indivíduos que participaram da pesquisa foram apenas os que aceitaram o convite do projeto para participar da coleta dos exames laboratoriais.. A coleta aconteceu durante a sala de espera para coleta dos exames laboratoriais. Inicialmente, a pesquisadora responsável se apresentou e explicou os objetivos do estudo, verificando-se a disponibilidade das pessoas

em participarem da pesquisa seguindo com a aplicação do PCATool-Brasil versão adulta. Então, para garantir a escolha certa dos escores para as respostas, os entrevistados foram informados sobre as 5 alternativas de respostas (1= com certeza não, 2= provavelmente não, 3= provavelmente sim, 4= com certeza sim, 9= não sei/não lembro) antes da aplicação do questionário.

A caracterização dos usuários / foi realizada com a aplicação da primeira parte do instrumento, com perguntas identificando o perfil social (Faixa etária, gênero, quantitativo de moradores no domicílio, tempo de residência no domicílio, ter morador em outro endereço, se possui automóvel ou moto e recebe algum auxílio do governo).

Não houve a necessidade de realizar um teste piloto com os participantes da pesquisa, visto que o instrumento PCATool- Brasil versão adulta já foi validado no Brasil (HARZHEIM et al., 2013).

4.4-Análise dos Dados

A análise dos dados coletados junto aos participantes se deu conforme recomendação dos organizadores do PCATool. O instrumento orienta que, para a análise dos dados, ocorra a inversão dos itens C2, C4, C5 e D10, uma vez que esses itens foram formulados de maneira que quanto maior o valor atribuído, menor é a orientação para APS. Ou seja, estes itens devem ter seus valores invertidos para: valor 4=1, valor 3=2, valor 2=3 e valor 1=4 (BRASIL, 2010).

O instrumento ainda exige que, caso para algum entrevistado a soma de respostas em branco (respostas 9 que significa “não sei/não lembro”) atingir 50% ou mais do total de itens de um componente (B a J), não é preciso calcular o escore deste componente para este entrevistado. Ficando em branco no banco de dados o escore deste componente. Já se a soma de respostas em branco com respostas 9 (não sei/não lembro) for inferior a 50% do total de itens de um componente, para um entrevistado, era preciso transformar o valor 9 para valor 2 (provavelmente não). Esta transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelas mães/responsáveis das crianças de zero a nove anos entrevistadas (BRASIL, 2010).

A comparação entre os participantes e não participantes utilizou os testes do Qui-quadrado (gênero) e t-Student para amostras independentes (idade média), o nível de significância foi 5%. Foram realizadas frequências simples para as respostas dobre

utilização e acessibilidade. Para a análise dos dados utilizou-se o software *SPSS Statistics*, versão 21.0.

Após a consolidação dos dados relativos à dimensão Acesso de Primeiro Contato, os valores foram transformados em escala contínua, variando entre zero e dez, utilizando a fórmula a seguir: $\text{Escala} = [(\text{escore obtido} - 1) \times 10] / 3$. Valores de escores $\geq 6,6$ foram definidos como elevados e equivalentes ao valor três ou mais (≥ 3) na escala *Likert*, enquanto valores $\leq 6,6$ foram considerados baixos (BRASIL,2010). Para avaliação das associações entre os atributos da atenção primária e as características dos usuários utilizou-se o teste Qui-quadrado, exceto para a característica idade, para qual foi utilizado o teste de igualdade de médias (Teste-t para igualdade de médias). Os testes realizados assumiram nível de significância de 5% e 10%, intervalo de confiança de 95% e 90%. O pacote estatístico utilizado foi *SPSS Statistics*, versão 21.0.

4.5 Aspectos Éticos da Pesquisa

O presente estudo compõe um projeto matricial intitulado “Determinante Socioecológico e Biológicos da Obesidade, Diabetes e Hipertensão Arterial em Populações Afrodescendentes da Amazônia: buscando respostas concretas para a ontogenia de doenças complexas”, cujo objetivo é identificar as principais causas sociais ecológicas e biológicas relacionadas à emergência da obesidade, hipertensão arterial, diabetes e patologias a estas associadas entre quilombolas, e suas consequências imediatas nos indivíduos e nos serviços locais de saúde”.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde/UFPA conforme parecer CAAE 499-920 e atende a Resolução nº 466/2012. Todos os participantes receberam explicação verbal e escrita do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) sobre o objetivo do estudo, procedimentos a serem realizados, riscos e benefícios da participação e posterior assinatura deste documento no momento da abordagem.

5 RESULTADOS

Foram entrevistados 92 moradores da comunidade quilombola incluídas no estudo. Verifica-se na tabela 1 que 21 (33,30%) do total de respondentes do PCATool são homens e 42 (66,70%) dos participantes são mulheres. Ao nível de significância de 5%, verifica-se que a participação depende do gênero do usuário (p-valor = 0,0004).

Tabela 1 - Frequência e percentual de participantes da pesquisa por gênero

Variável	Participação		Total	P-valor ⁽¹⁾		
	Sim	Não				
Gênero	Frequência	21	16	37	0,4111	
	Masculino	Gênero (%)	56,80%	43,20%		100,00%
		Participação (%)	33,30%	55,20%		40,20%
		Total (%)	22,80%	17,40%		40,20%
	Feminino	Frequência	42	13		55
		Gênero (%)	76,40%	23,60%		100,00%
	Participação (%)	66,70%	44,80%	59,80%	< 0,0001*	
	Total (%)	45,70%	14,10%	59,80%		
Total	Frequência	63	29	92		
	Gênero (%)	68,50%	31,50%	100,00%	0,0004*	
	Participação (%)	100,00%	100,00%	100,00%		
	Total (%)	68,50%	31,50%	100,00%		

⁽¹⁾ Teste Qui-quadrado

* Associação significativa ao nível de 0.05.

Fonte: Protocolo de pesquisa, (2016).

A idade média dos usuários dos serviços de APS é 49,05 \approx 49 anos (\pm 14,55) com mínimo de 30 anos e máximo 90 anos. A mediana para o variável gênero aponta que 50% dos usuários dos serviços de APS são do gênero feminino. Quanto ao grau de afiliação nota-se por meio da mediana que 50% dos usuários apresentaram acima do grau 2.

Tabela 2 - Média de escores quanto às categorias de primeiro contato e acessibilidade dos usuários aos serviços de APS

Variável	N	Dados faltosos	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	63	0	49,05	43	14,553	30	90
Gênero	63	0	-	2	-	1	2
Grau de Afiliação	63	0	-	2	-	1	4

Fonte: Protocolo de pesquisa, (2016).

Verifica-se na Tabela 2 que os usuários do APS possuem idade média de 49,05 \approx 49 anos e os usuários que não participaram tem idade média igual a 50,83 \approx 51 anos, ao nível de 5% de significância o teste t para igualdade de médias não foi significativo (p-valor = 0,585).

Tabela 3 - Tamanho amostral, média, mediana, desvio padrão e teste t para as variáveis idade e gênero dos participantes da pesquisa

Variável	Usuários do APS	N	Média	Mediana	DP	P-valor ⁽¹⁾
Idade	Sim	63	49,05	43	14,553	0,585
	Não	29	50,83	48	14,286	
Gênero	Sim	63	-	2	0,475	-
	Não	29	-	1	0,506	

⁽¹⁾ Teste t (para igualdade de médias).

* Significativo ao nível de 0.05.

Fonte: Protocolo de pesquisa, (2016).

Analisaram-se cada elemento que compõe as dimensões de primeiro contato, sendo estas consideradas a partir das respostas a cada uma das questões, e não a partir de um valor sintético de todas de uma mesma dimensão. Isso permitiu visualizar os diferentes aspectos envolvidos no exercício da integralidade e a percepção do usuário dos serviços da APS. No questionamento acerca do Primeiro Contato (utilização), nota-se que os percentuais de respostas negativas (baixo escore) são maiores em todas as três questões que compõem a dimensão de utilização, porém com significância estatística apenas na questão B2 (p-valor = 0,0322), conforme Tabela 4, abaixo.

Tabela 4 - Número e Proporção (%) de usuários que responderam, segundo escores, às perguntas do questionário nas categorias de primeiro contato (utilização)

Utilização	≤6,6 (Baixo Escore)		≥6,6 (Alto Escore)		P-valor ⁽¹⁾
	N	%	N	%	
B1	38	60,32	25	39,68	0,1015 ⁽²⁾
B2	40	63,49	23	36,51	0,0322*
B3	32	50,79	31	49,21	0,8997

⁽¹⁾ Teste Qui-quadrado para proporções.

* Ao nível de significância de 0.05

⁽²⁾ Ao nível de significância de 0.10

Fonte: Protocolo de pesquisa, (2016).

Em relação à dimensão Acessibilidade, a Tabela 5 mostra que a maior parte das questões que compõem esta dimensão obteve percentuais mais elevados de respostas negativas (≤6,6 (Baixo Escore) para os usuários dos serviços de APS (p-valor <0.05). O item C8 (p-valor >0.05) com 57,14% (36) de respostas negativas e 34,92% (22) de usuários com respostas positivas não mostrou diferença significativa ao nível de 5%.

Tabela 5 - Número e Proporção (%) de usuários que responderam, segundo escores, às perguntas do questionário nas categorias de primeiro contato (acessibilidade)

Acessibilidade	<6,6 (Baixo Escore)		≥6,6 (Alto Escore)		P-valor ⁽¹⁾
	N	%	N	%	
C1	55	87,30	6	9,52	<0,0001*
C2	56	88,89	4	6,35	<0,0001*
C3	46	73,02	17	26,98	0,0003*
C4	57	90,48	3	4,76	<0,0001*
C5	51	80,95	5	7,94	<0,0001*
C6	48	76,19	10	15,87	<0,0001*
C7	58	92,06	3	4,76	<0,0001*
C8	36	57,14	22	34,92	0,0660 ⁽¹⁾
C9	59	93,65	3	4,76	<0,0001*
C10	48	76,19	15	23,81	<0,0001*
C11	56	88,89	7	11,11	<0,0001*
C12	51	80,95	12	19,05	<0,0001*

⁽¹⁾Teste Qui-quadrado para proporções.

* Significativo ao nível de 0.05.

⁽¹⁾Ao nível de significância de 0.10.

Fonte: Protocolo de pesquisa, (2016).

Quanto aos escores calculados a partir da avaliação, nota-se na Tabela 6 que a dimensão de “utilização” apresentou escore médio superior ($\mu = 2,23$) ao escore médio da dimensão “acessibilidade” ($\mu = 1,81$) e esta diferença entre as médias mostrou-se significativa ao nível de 5% (p-valor <0.05).

Tabela 6 - Média de escores quanto às categorias de primeiro contato e acessibilidade dos usuários aos serviços de APS

Dimensões da APS	Escore		P-valor ⁽¹⁾
	Média	DP	
Utilização	2,23	0,75	0,0000*
Acessibilidade	1,81	1,59	

⁽¹⁾ Teste t (para igualdade de médias).

* Significativo ao nível de 0.05.

Fonte: Protocolo de pesquisa, (2016).

Verificamos na Tabela 7 que a avaliação de cada um dos itens que compõem as dimensões “utilização” e “acessibilidade” mostrou que a dimensão acessibilidade recebeu um escore médio menor, ($\mu = 2,70$) do que o escore médio da dimensão utilização ($\mu = 4,11$). Ao avaliarmos isoladamente os itens de cada dimensão e considerando que as respostas possíveis para cada um dos itens foram: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) constatamos que na dimensão utilização o item B2 recebeu o menor escore (3,70). Na dimensão acessibilidade, verifica-se que o item C9 recebeu o menor escore (1,17) e o

item C8 recebeu o maior escore médio (5,43).

Tabela 7 - Média de escores quanto às categorias de primeiro contato e acessibilidade dos usuários aos serviços de APS

Dimensões	Item	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Escala	Média Geral
Utilização	B1	63	2,21	2	0,744	1	3	4	4,03
	B2	63	2,11	2	0,785	1	3	3,70	4,11 ≈
	B3	63	2,38	2	0,728	1	4	4,60	
Acessibilidade	C1	63	1,6	1	1,498	1	9	2,00	
	C2	63	1,73	1	1,743	1	9	2,43	
	C3	63	1,95	2	0,771	1	3	3,17	
	C4	63	1,7	1	1,738	1	9	2,33	
	C5	63	2,22	1	2,492	1	9	4,07	
	C6	63	1	2,184	1	9	3,53	2,70 ≈ 3	
	C7	63	1,62	1	1,486	1	9	2,07	
	C8	63	2,63	2	2,042	1	9	5,43	
	C9	63	1,35	1	1,109	1	9	1,17	
	C10	63	1,9	2	0,756	1	3	3,00	
	C11	63	1,41	1	0,687	1	3	1,37	
	C12	63	1,54	1	0,800	1	3	1,80	

Fonte: Protocolo de pesquisa, (2016).

A maioria dos usuários dos serviços de APS é do gênero feminino (66,70% - 42). Verifica-se que 47,62% (30) dos usuários apresentaram grau 2 de afiliação. Sendo que os graus 1 e 2 perfazem 65,08% dos usuários, conforme Tabela 8.

Tabela 8 - Frequência e percentual de usuários dos serviços de APS, por gênero

Gênero	Frequência	Percentual (%)	Percentual Acumulado (%)
Masculino	21	33,30	33,30
Feminino	42	66,70	100,00
Total	63	100,00	-

Fonte: Protocolo de pesquisa, (2016).

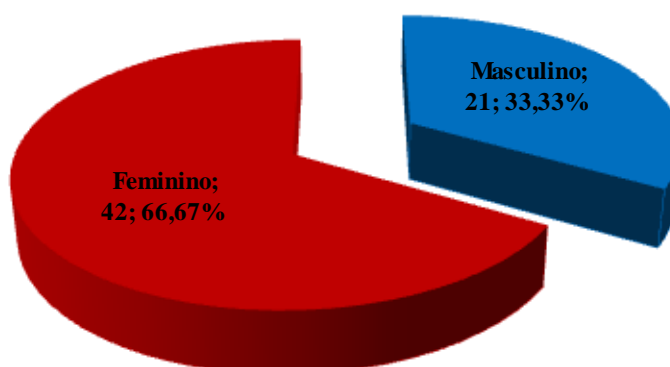


Figura 1- Frequência e percentual de usuários dos serviços de APS, por gênero.
 Fonte: Protocolo de pesquisa, (2016).

Tabela 9: Frequência e percentual de usuários dos serviços de APS, por grau de afiliação

Grau de Afiliação	Frequência	Percentual (%)	Percentual Acumulado (%)
1	11	17,46	17,46
2	30	47,62	65,08
3	7	11,11	76,19
4	15	23,81	100,00
Total	63	100,00	-

Fonte: Protocolo de pesquisa, (2016).

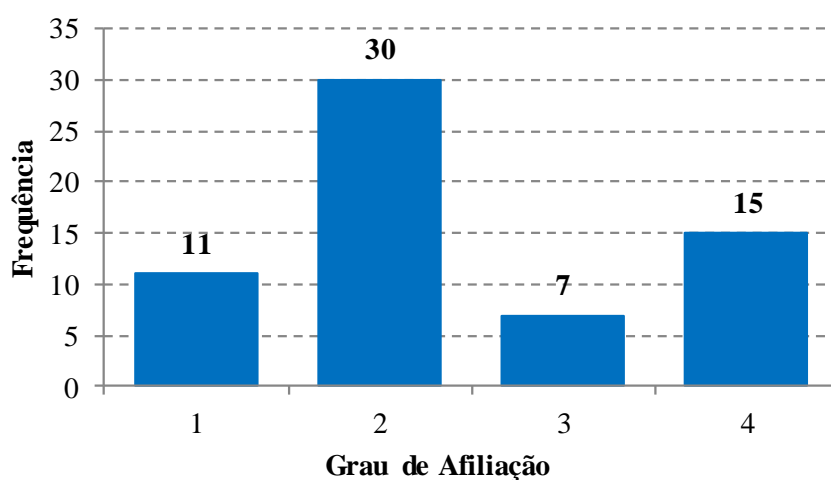


Figura 2 - Frequência de usuários dos serviços de APS, por grau de afiliação
 Fonte: Protocolo de pesquisa, (2016).

Ao avaliarmos a frequência de usuários de acordo com as respostas (scores) verifica-se que em todos os itens as respostas concentraram-se nos scores 1 e 2, com percentuais B1 (60,32% - 38 usuários), B2 (63,49% - 40 usuários) e B3 (50,79% - 32 usuários). Na dimensão acessibilidade os percentuais de scores 1 e 2 também foram maiores, porém quando comparados os percentuais verifica-se que todos superam 70% das respostas, exceto o item C8 (57,14% - 36 usuários).

Tabela 9 - Frequência e percentual de usuários dos serviços de APS, por escore

Dimensão	Itens	1		2		Total Escore Baixo		3		4		Total Escore Elevado		9 (Não Sabe)	
		Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%
Utilização	B1	12	19,05	26	41,27	38	60,32	25	39,68	0	0,00	25	39,68	0	0,00
	B2	16	25,40	24	38,10	40	63,49	23	36,51	0	0,00	23	36,51	0	0,00
	B3	8	12,70	24	38,10	32	50,79	30	47,62	0	0,00	30	47,62	0	0,00
Acessibilidade	C1	45	71,43	10	15,87	55	87,30	6	9,52	0	0,00	6	9,52	2	3,17
	C2	42	66,67	14	22,22	56	88,89	4	6,35	0	0,00	4	6,35	3	4,76
	C3	20	31,75	26	41,27	46	73,02	17	26,98	0	0,00	17	26,98	0	0,00
	C4	43	68,25	14	22,22	57	90,48	3	4,76	0	0,00	3	4,76	3	4,76
															11,1
	C5	40	63,49	11	17,46	51	80,95	5	7,94	0	0,00	5	7,94	7	11,1
	C6	41	65,08	7	11,11	48	76,19	10	15,87	0	0,00	10	15,87	5	7,94
	C7	42	66,67	16	25,40	58	92,06	2	3,17	1	1,59	3	4,76	2	3,17
	C8	17	26,98	19	30,16	36	57,14	22	34,92	0	0,00	22	34,92	5	7,94
	C9	51	80,95	8	12,70	59	93,65	3	4,76	0	0,00	3	4,76	1	1,59
	C10	21	33,33	27	42,86	48	76,19	15	23,81	0	0,00	15	23,81	0	0,00
	C11	44	69,84	12	19,05	56	88,89	7	11,11	0	0,00	7	11,11	0	0,00
C12	41	65,08	10	15,87	51	80,95	12	19,05	0	0,00	12	19,05	0	0,00	

Nota: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1).

Fonte: Protocolo de pesquisa, (2016).

6 DISCUSSÃO

Ao avaliarmos que 42 (66,70%) dos participantes do estudo são mulheres, nota-se que essa amostra de usuários dos serviços de APS na comunidade Quilombola Abacatal é similar aos estudos de Ibañez (2011) e Brandão (2013) que identificaram que a maioria dos entrevistados foi do sexo feminino. Esse resultado indica que as mulheres utilizam os serviços de saúde com mais frequência, além de assumirem a responsabilidade em procurar atendimento para seus familiares. Segundo Neves et al (2008), o contexto da família, está socioculturalmente definido, e a mulher é a provedora dos cuidados às crianças, idosos e doentes. Para o autor nesse contexto, a mulher assume o papel de cuidadora principal, dedicando-se integralmente ao cuidado. Os legados (da tradição, dedicação, abnegação, educação e socialização familiar e solidariedade feminina, aliados à obrigação moral) que são transmitidos culturalmente para as meninas da família, contribuíram para que elas internalizassem a função de cuidadora principal da família. Já o legado da dedicação, implica numa exclusividade da mulher para o desenvolvimento do papel de cuidadora de crianças, em particular daquelas com necessidades especiais de saúde. Esses legados reforçam que o papel da mulher para cuidar é uma construção social ideologicamente determinada, o que se constitui em uma obrigação moral. Nesse sentido, para as mulheres é delegada a responsabilidade do cuidado de toda a família, como uma obrigação moral sócio culturalmente construída.

Em relação à faixa etária dos usuários entrevistados, a idade média 49 anos. Com destaque para faixas etárias mais elevadas fato este que pode justificar pelas políticas de saúde que focalizam determinados grupos da população. Sousa (2013) obteve resultados semelhantes quando estimou prevalência e fatores associados com oportunidade perdida para diagnóstico oportunista de diabetes (PDO) em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, onde maior parte da população estudada tinha 45 anos ou mais, fato este que pode justificado pelas políticas de saúde que focalizam determinados grupos da população.

A presença e a extensão dos atributos Essenciais e Derivados da APS serão discutidas conforme as orientações de Bárbara Starfield (2002). Essa autora afirma que os escores médios iguais ou acima de 6,6 são considerados de altos escores, isto é, de acordo com os preceitos da APS. Desse modo, as tabelas 3 a 9 apresentam cada item que compõem cada atributo Essencial da APS, no qual foi possível conhecer detalhadamente

os escores atingidos pela unidade de saúde que fez parte desse estudo.

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde por meio do instrumento PCATool, validado pelo MS (BRASIL, 2010), permitiu, observar que o grau de afiliação foi uma das dimensões mais bem avaliadas pelos usuários, o que permite inferir que esse grupo identifica a ESF como serviço de referência para o cuidado em saúde demonstrando um forte vínculo dos usuários com os serviços de saúde. Esse dado corrobora com o estudo realizado por Leão, Caldeira e Oliveira (2011), que ao avaliarem os atributos da APS na assistência à saúde da criança no município de Montes Claros/MG, também utilizando o PCATool, identificaram que 77,7% dos cuidadores tem a APS como referência.

No que tange aos serviços de APS, constatamos que a Comunidade Quilombola do Abacatal recebe cobertura de uma Unidade de Estratégia Saúde da Família do Aurá (ESF-Aurá) que faz parte do Polo Sanitário I, localizado na Rodovia BR 316, Estrada do Aurá s/n. composta por duas Equipes de Saúde da Família (ESF Jardim Japonês e ESF Aurá). Sendo a ESF Jardim Japonês que a equipe que faz cobertura ao território pertencente a comunidade quilombola Abacatal. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, a equipe é composta: 1 enfermeira, 1 médico, 1 cirurgião dentista, 1 auxiliar de enfermagem, 1 auxiliar em saúde bucal e 5 agentes comunitários de saúde.

Ao avaliarmos o atributo acesso de primeiro contato, o componente Utilização, que é o componente que está diretamente ligado a relação à qual profissional é procurado em caso de consultas de rotina, a procura dos serviços em caso de um novo evento adverso de saúde bem como encaminhamento para consulta com especialista o estudo demonstra que os percentuais de respostas negativas (baixo escore) são maiores em todas as três questões que compõem a dimensão de utilização, que indica que os usuários da comunidade quilombola avaliam a utilização como ruim o que diferem dos resultados Reis (2013) onde em seu estudo o Índice Composto da Utilização dos Serviços foi considerado bom sendo mais bem avaliado do que o acessibilidade. Vale ressaltar que a utilização dos serviços é totalmente correlacionada com a atitude do usuário, no entanto, é motivado por características do serviço, uma vez que o mesmo pode facilitar ou impedir que o usuário o perceba como acessível.

O componente Acessibilidade, deste mesmo atributo, obteve escores médios nos três estratos abaixo de 6,6, mostrando fraca presença e extensão desse componente do atributo. Em seus estudos Oliveira, 2011; Marques et al., 2014 esse componente também apresentou escore insatisfatório, o que segundo esses autores aponta para a existência de

dificuldades no atendimento das necessidades, como não atendimento no mesmo dia e demora para conseguir marcar uma consulta de rotina, aspectos destacados no instrumento. Kovacs et al. (2005) evidencia que a Acessibilidade, como um dos elementos estruturais da APS, quando não efetiva, pode impactar negativamente no funcionamento do serviço e, dessa forma, intervir no desempenho dos demais atributos.

Os itens desse componente propõem a avaliação de quanto o serviço de saúde da APS é disponível ao usuário, sua capacidade de atendimento de rotina, demanda espontânea, uma doença aguda ou de agudização de uma doença crônica. Aonde a maioria das questões que compõem esta dimensão obteve percentuais mais elevados de respostas negativas ($\leq 6,6$ (Baixo Escore) para os usuários dos serviços de APS. O item C9 que indica ser os usuários ao chegar no serviço de saúde tem que espera mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro sem contar triagem ou acolhimento recebeu o menor escore (1,17). O demonstra que os usuários adultos da comunidade quilombola em Abacatal esperam mais de trinta minutos, para receber o atendimento já agendado, o que também foi referido pelos usuários de outros trabalhos (SILVA et al 2013) onde constam que os usuários os entrevistados esperarem mais de 30 minutos pela consulta médica. Esse resultado indica pouca qualidade no planejamento do atendimento do serviço da APS da comunidade quilombola estudada, pois O “tempo de espera” é adotado como parâmetro para medir a barreira de acessibilidade organizacional (STARFIELD, 2002) e exceder o limite de trinta minutos implica comprometimento no desempenho do serviço (PEREIRA et al 2011).

O item C8 recebeu o maior escore médio (5,43) esse item refere se é fácil marcar hora para uma consulta de revisão no serviço da comunidade quilombola estudada. O que não podemos referi com uma avaliação boa, pois esse escore mesmo que tenha um valor mais alto, que o demais ainda está abaixo dos escores que segundo Starfield (2002) são considerados de altos, ou seja acima de 6,6. Mas ainda assim, esse resultado pode refletir aspectos facilitadores do acesso dos usuários nas unidades de saúde referida pelos entrevistados, como a marcação de alguns atendimentos pelos agentes comunitários de saúde e o “não precisar dormir na fila” para o agendamento das consultas.

Os itens C1, C2, C4 a C7 analisou como o atendimento está estruturado (dias da semana de atendimento ao público, horários de funcionamento, formas e a agilidade de comunicação com o serviço, existência da possibilidade de atendimento por profissionais daquele serviço quando o mesmo não está em funcionamento) a maioria das questões apresentou maiores percentuais de escores 1 e 2. Esses achados corroboram com o estudo de

Reis et al (2013) onde relatam a indisponibilidade de atendimento pela ESF ou pelos profissionais ligados ao serviço durante os finais de semana e após às 18 horas, bem como a ausência de mecanismos de aconselhamento ou de agendamento por telefone no horário normal de funcionamento da ESF ou quando o serviço se encontra fechado, concluindo que a acessibilidade do serviço estudado não é adequado. Pois de acordo com Sarsfield (2002) acessibilidade só é considerada adequação quando a oferta e demanda de serviços e inclui disponibilidade, comodidade ou demora em obter uma consulta, a inadequação de horários e o tipo de agendamento, bem como não necessidade de pagamento, tempo de espera para consulta e demais procedimentos.

Nesse estudo notou-se que a dimensão de “utilização” apresentou escore médio superior ($\mu = 2,23$) ao escore médio da dimensão “acessibilidade” ($\mu = 1,81$) esses resultados são equivalentes aos resultados de Lima (2015) onde a dimensão acessibilidade obteve a menor média (1,80). Ficando muito do escore de referência neste estudo ($\leq 6,6$). Resultados que segundo o autor se contrapõem ao de Benazzi (2010) onde a acessibilidade foi mais bem avaliada, tanto pelos profissionais quanto pelos usuários (aproximadamente 50% do total), segundo o máximo de pontos possíveis do instrumento para essa dimensão. Esses resultados só demonstram que o serviço de saúde da comunidade estudada tem sérios problemas no acolhimento aos seus usuários. Segundo Silva (2009) o acolhimento é peça fundamental na acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde, sendo uma das principais ferramentas para a humanização dos serviços e da atenção por esses ofertados. Para esse autor uma boa recepção, a resolutividade, o ouvir o usuário, o atender suas necessidades e a integralidade do cuidado são elementos fundamentais nesse processo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo trouxe resultados que confirmam que o atributo acesso de primeiro contato à saúde da comunidade quilombola Abacatal está ainda aquém do ideal. Conclusões homogêneas foram observadas em outros estudos, salientando que a ESF ainda necessita maior refinamento de suas ações para promover uma APS em consonância com seus atributos.

O que traz um alerta, pois, um grande número de escores abaixo do valor de referência são aspectos particularmente negativos de acesso aos serviços de saúde por essa população tradicional tão sofrida e cronicamente esquecida. Demonstrando que o fato dessa população ter alcançado direitos nas políticas públicas a saúde não está sendo refletida no tipo de atenção que ela está recebendo, pois não há um reconhecimento das necessidades de saúde dessa população. Por que uma APS de qualidade e efetiva busca uma maior promoção à saúde, prevenção de doenças e tem potencial para melhorar o estado de saúde das pessoas com maior satisfação dos usuários. Equipes de Saúde da Família adequadamente formadas e comprometidas podem desenvolver um papel fundamental no enfrentamento às iniquidades de populações marginalizadas, incluindo-se as comunidades quilombolas. Aspectos esses que não foram encontrados nesse estudo.

Essa pesquisa demonstra que essa população não tem recebido assistência preconizada pelos princípios do SUS. Sendo necessário intervenções no processo de gerenciamento desses serviços que fazem assistência a essas populações, com melhoria da infraestrutura, reorganização das ações e capacitação dos profissionais de saúde.

Ao considerar algumas limitações, uma delas é a carência de estudos nacionais sobre o tema, principalmente entre populações quilombolas na região norte do Brasil, apontamos para a necessidade de novas avaliações similares. O fato de a avaliação retratar a percepção de uma única comunidade também pode representar um limitante à generalização dos dados.

Entretanto, deve-se destacar que a mesma realidade socioeconômica e o mesmo histórico de segregação e abandono estão presentes em muitas comunidades do norte e nordeste do País, o que enseja, minimamente, uma reflexão mais profunda sobre questões de acesso à saúde e a equidade para tais comunidades. É preciso salientar ainda que a percepção registrada não incluiu todos os atores sociais, e as perspectivas dos gestores e prestadores de

serviços também devem ser conhecidas, para um melhor enfrentamento da situação. Assim, o estudo aponta a necessidade de realização de novas pesquisas captando a visão dos profissionais e dos gestores de saúde.

Para a consolidação do modelo assistencial proposto pela APS são necessários estudos contínuos, que possibilitem avaliar a evolução dos atributos nos serviços de saúde. Obviamente, não é possível que a APS corresponda a todas as demandas de saúde da população de uma região característica de um país em desenvolvimento, mas o caráter técnico da APS necessita constantemente de aperfeiçoamento.

Nesse contexto, os processos de avaliação da satisfação dos usuários nos serviços públicos de saúde ajudam na construção de uma nova perspectiva do cuidado e, além de acompanhar as atividades desses serviços, podem fortalecer o controle social e a participação e inclusão dos usuários nos processos de planejamento. Os Processos de avaliação podem, então, contribuir para a construção de possibilidades conjuntas entre serviços de saúde e usuários para intervenções mais adequadas que possam solucionar problemas presentes no cotidiano dos serviços, propiciando avanços no âmbito da produção de cuidados e gestão dos serviços de saúde.

Por conseguinte, o estudo foi capaz de certificar a importância de se avaliar os atributos da APS sob a perspectiva do usuário, principalmente pela aplicabilidade prática do instrumento utilizado na condução do mesmo, representando importante ferramenta para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Contribui no sentido de que, ao se avaliar, indica-se pontualmente onde é preciso avançar para o alcance de uma assistência integral e de qualidade. A partir dessas constatações, é também preciso militar para que as políticas se instaurem, se concretizem.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, Monyk Neves de et al. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**.v.19, n.2, p. 353-364, 2014.
- ALMEIDA, A.W.B. **Territórios quilombolas e conflitos**: cadernos de debates Nova Cartografia Social. Manaus: Projeto Nova Cartografia Social da Amazônia/UEA Edições, 2010.
- ALMEIDA, Celia; MACINKO, James. **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, 2006. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, 10). Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5564.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2015.
- ANDRADE, L. O. M, MINAYO, M. C. S. 2012. Acesso aos serviços de saúde: direito e utopia. **Ciênc e Saúde Coletiva**,v.17, n.11, p. 2862, 2012.
- ARAÚJO, Lavínia Uchôa Azevedo et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.8, p.3521-3532, 2012.
- BATISTA, L. E.; ESCUDER, M.M.L.; PEREIRA, J.C.R. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. **Rev. Saúde Pública**,v. 38, n. 5, p.630-636, 2004.
- BENAZZI L. E. B.; FIGUEIREDO, A. C. L.; BASSANI, D. G. Avaliação do usuário sobre o atendimento oftalmológico oferecido pelo SUS em um centro urbano no sul do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.15, n.3, p.861-8, 2010.
- BEZERRA, Vanessa Moraes et al. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.9, set., 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n9/a27v29n9.pdf>> .Acesso em: 27 set. 2015.
- BICUDO, Daniele de Oliveira et al. Organization of primary health care of children second professional: qualitative research. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói (RJ), v. 9, n.1, May, 2010. Disponível em: em:<<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2801/633>>. Acesso em: 10 dez. 2015.
- BOSI, Maria Lúcia Magalhães; PONTES, Ricardo José Soares; VASCONCELOS, Suziana Martins de. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. **Rev Saúde Pública**, v.44, n.2, p.318-24, 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n2/12.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2015.
- BRASIL. Senado Federal. **Declaração universal dos direitos humanos**. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. 4ª revisão. Brasília, 1998 Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/508144/000992124.pdf?sequence=1>> . Acesso em 11 dez. 2015.

_____. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**: relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013; 220 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2011a. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdfs/coleção2011/livro_13.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2015.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011b. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdfs/coleção2011/livro_13.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Análise da situação de saúde do Brasil e os desafios da assistência e vigilância das doenças crônicas**. Brasília: MS. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2015.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para Melhoria da Qualidade Qualificação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/doc_tec_amq_portugues.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2015

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 648**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 11 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – Primary Care Assessment Tool - Brasil**. Brasília, DF, 2010. Disponível: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/UserFiles/File/Manual_PCATool_VF.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: <www.saude.gov.br/caadab>. Acesso em: 10 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da

Saúde. **As Cartas de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2007**: uma análise da situação de saúde. Brasília, 2008.50 p.

_____. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos básicos para saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus>. Acesso em: 12 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool Pcatool – Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2015.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 3912**, de 10 de setembro de 2001. Regulamenta as disposições relativas ao processo administrativo para identificação dos remanescentes das comunidades dos quilombos e para o reconhecimento, a delimitação, a demarcação, a titulação e o registro imobiliário das terras por eles ocupadas. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/D3912.htm>. Acesso em: 12 jun. 2015.

_____. Presidência da República. **Lei nº 12.288**, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112288.htm>. Acesso em: 14 nov. 2015.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2015.

_____. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Programa Brasil Quilombola. **Diagnóstico de ações realizadas**. 2012. Disponível em: <<http://www.seppir.gov.br/portal-antigo/publicacoes/diagnosco-do-programa-brasil-quilombola-marco-de-2012-1>>. Acesso em: 09 dez. 2015.

_____. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Guia de políticas públicas para comunidades quilombolas**. Brasil: SEPPIR, 2013. Disponível em: <<http://www.seppir.gov.br/portal-antigo/arquivos-pdf/guia-pbq>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

_____. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Guia de Políticas Públicas para Comunidades Quilombolas**. Disponível em: <<http://www.seppir.gov.br/arquivos-pdf/guia-pbq>>. Acesso em: 12 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no Âmbito do Sistema Único De Saúde (SUS). Disponível

em:<http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em 30 nov. 2015.

CALHEIROS, Fernando Paulo; STADTLER, Hugo Higor Cavalcante. Identidade étnica e poder: os quilombos nas políticas públicas brasileiras. **Rev. Katál**, v.13, p.133-9, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v13n1/16.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

CARDOSO, L.F.C. Sobre imagens e quilombos: notas a respeito da construção da percepção acerca das comunidades quilombolas. **Revista Instrumento**, v.12, n.1, 2010.

CASTRO, Rodrigo Caprio Leite de et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28 n.9 p.1772-1784, set.,2012.

CAVALCANTE, I.M.S. **Acesso e acessibilidade aos serviços de saúde em três Quilombos na Amazônia Paraense**: um olhar antropológico. 141 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, sociedade e endemias na Amazônia) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2011. Disponível em:<<http://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/3404/4/72535783394047023823771350046598603864.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2015.

CESAR, M.C.et al. Avaliação da Atenção Primária no Município de Piracicaba, São Paulo, Brasil. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 38,p.296-306, out., 2014. (N. Especial).

COSTA, Ana Maria; PONTES, Anna Claudia Romano; ROCHA, Lais Gonçalves. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: CASTRO, Adriano e MALO, Miguel. **SUS**: resignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. 1966. **The Milbank quarterly**, v.83, n.4., jan. 2005. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2690293&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>. Acesso em: 09 dez. 2015.

ELIAS, Paulo Eduardo et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.633-641, jul. /set., 2006. Disponível em: <<http://regional.bvsalud.org>>. Acesso em: 27 out., 2015.

FIGUEIREDO, A. M. et al. Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.22, n.1, p.41-48, 2013. Acesso em: 27 out. 2015.

FREITAS, Daniel Antunes et al. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Rev. CEFAC**, v. 13, n. 5, p. 937-943, 2011.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, Karine de Oliveira et al. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1829-1842,

set., 2013. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v29n9/a22v29n9.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2015.

HARZHEIM, Erno et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Services Research**. London, v.6, n.156, dez., 2006a.

Disponível em: <<http://regional.bvsalud.org>>. Acesso em: 27 out. 2015.

_____. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 8, n. 29, p.274-84, 2013. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)829](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)829)>. Acesso em: 10 dez. 2015.

IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da Atenção Básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Estados@Pará**. Disponível em: <<http://ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pa>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

INSTITUTO de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Comunicados do Ipea n.º 91: Dinâmica Demográfica da População Negra Brasileira**, 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/110512_comunicadoipea91.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2015.

JESUS WLA, Assis M.M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento, **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

LEÃO, C.D.A, CALDEIRA, A.P. Avaliação da Associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária à saúde e qualidade da atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4415-23,2011.

LEÃO, Claudia Danyella Alves; CALDEIRA, Antônio Prates; OLIVEIRA, Mônica Maria Celestina de. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, v.11, n.3, p. 323-334, jul. / set., 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n3/a13v11n3.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2015.

LEITE, I.B. Humanidades Insurgentes: Conflitos e Criminalização dos Quilombos. **Caderno de Debates Nova Cartografia Social: Territórios Quilombolas e Conflitos**. v.1, n.2, 2010.

LIMA, Regina Aparecida Garcia de et al. Acesso de primeiro contato na atenção primária em saúde para crianças. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 13, n.2, p.332-42, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027981010.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2015.

LOPES, F.; WERNECK, J. P. BATISTA, L. E. (Org.). **Saúde da População Negra**. Rio de Janeiro: DP et Alii, 2012, p. 249-263.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, set./dez., 2003.

MCINTYRE, D.; THIEDE, M.; BRICH.S. Access as a policy-relevant concept in low-and middle-income countries. **Health Economics, Policy and Law**, v. 4: 179–193, 2009

MAGLUTA, Cynthia. Desafios da avaliação de programas e serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.2, p. 414-414, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n2/30.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2015.

MAIOR, Alessandra Penha Ragno Vieira Souto; MUNIZ, Fabiane. **Considerações clássicas sobre avaliação**. Monografia (especialista em Docência do ensino superior). Universidade Candido Mendes. Pós-graduação “lato sensu” Instituto a Vez do Mestre. 2010. Disponível em: <http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/t206057.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2015.

MARIN, R. E. A.; CASTRO, E. M. R. **Experiência social de grupos negros no Pará**: Nos caminhos de pedras de Abacatal: Belém/ PA: UFPA/NAEA, 1998. 56 p. (Mimeo).

MARQUES, A. S. et al. População quilombola no norte de Minas Gerais: invisibilidade, desigualdades e negação de acesso ao sistema público de saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**, v.12, n.2, p. 154-161, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2. ed, 2011. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2015.

MILLMAN, M. **Access to Health care in America**. Washington, DC: National Academy Press, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (org). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 18. ed. Rio de Janeiro: Vozes,2001.

OLIVEIRA E SILVA CS et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.11, p. 4407-4415, 2014.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência Saúde Coletiva**.v.18, n.11, p.3321-31, 2013.

OLIVEIRA, M. M. C. et al. PCATool-Adulto-Brasil: uma versão reduzida. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 8, p. 256-263, 2013.

OLIVEIRA, S. D. et al. A rede de causalidade de insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR-163, Pará, Brasil. **Rev. Nutr.** v. 21, p. 83-97, 2008. (Suplemento).

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PALHA, P. Saúde Global.**Rev. Latino-Am.Enfermagem**, mar-abri, v. 22, n. 2, p.177-8, 2014.

PINTO, R.S; MATOS, D.L.; LOYOLA FILHO, A.I. Characteristics associated with the use of dental services by the adult Brazilian population. **Cien Saude Colet.** v. 17, p. 532–544, 2012.

RIBEIRO, Liliane da Consolação Campos; ROCHA, Regina Lunardi; RAMOS- JORGE, Maria Letícia. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.12, p. 2316-2322 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X201000120010&script=sci_arttext>. Acesso em: 09 dez. 2015.

RINEHART, D. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: discursos da gestão municipal do SUS.** Dissertação. (Programa de pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília), 2013.

SÁ, M.S. **Estudos de corte transversal.** UFBA, 2007. Disponível em: <http://www.ceargs.org.br/port/aulas/novas/Marcia_EstudosTransversais_12julho9h_Ppt>. Acesso em: 09 dez. 2015.

SCATENA, Lúcia Marina et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v.43, n.3. p.389- 97, jun., 2009. Disponível em: <<http://regional.bvsalud.org>>. Acesso em: 27 out. 2015.

SILVA, A. et al. Entre o racismo e a desigualdade: da Constituição à Promoção de uma Política de Igualdade Racial (1988-2008). In: JACCOUD, L. org. **A construção de uma Política de Promoção da Igualdade Racial: uma análise dos últimos 20 anos.** Brasília: Ipea, 2009; cap.1, p.19-93.

SILVA, Ana Caroline de Medina Alves e et al. Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.2, p. 349-358, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000200013>. Acesso em: 10 dez. 2015.

SILVA, G.L, ALVES, S.M. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev. APS**, v.11, n.1, p.74- 84, 2008.

SILVA, José Mendes da; CALDEIRA, Antônio Prates. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.6, p. 1187-1193, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n6/12.pdf>>. Acesso em 15 nov. 2015.

SILVA, M.E.A. et al. Necessidade protética da população quilombola de Santo Antônio do Guaporé-Rondônia-Brasil. **Braz DentSci**, v.14, n.1-2, p.62-66, 2011.

SILVA, M.J.G.; LIMA, F.S.S.; HAMANN, E.M. Uso dos Serviços Públicos de Saúde para DST/HIV/AIDS por Comunidades Remanescentes de Quilombos no Brasil. **Saúde Soc**, v.19, n.2, p.109-120, 2010.

SILVA, Z.P.S. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.16, n.9, p.3807-3816, 2011.

SILVEIRA, Denise Tolfo; CÓRDOVA, Fernanda Peixoto. A pesquisa científica. **In: Métodos de pesquisa**. GERHARDT, Tatiana Elgel; SILVEIRA, Denise Tolfo. (orgs.); coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em 09 dez. 2015.

SISSON, Maristela Chitto. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.16,n.3, dez., 2007.

SOUZA, E. H. A. et al. Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. **Ciênc. e Saúde Coletiva**,v.17, n.8, p. 2063-2070, 2012.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q**, v. 83, n.3, p. 457-502, 2005.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Primarycare: concept, evaluationandpolicy**. New York: Oxford University Press, 1992.

_____.**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.

_____. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**.2.ed. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2004. 726p.

STRALEN, Cornelis Johannes van et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro- Oeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, Sup.1. p.S148-S158. 2008. Disponível em: <<http://regional.bvsalud.org>>. Acesso em27 de outubro de 2015.

SUNDFELD, C. A. **Comunidades Quilombolas: direito à terra**. Brasília: Editora Abaré, 2002; p. 69-86.

VICTORA, Cesar G.et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **Revista The Lancet**, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/hflatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

APÊNDICE

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Determinantes Sócio-ecológicos e Biológicos da Obesidade, Diabetes e Hipertensão Arterial em Populações Afrodescendentes da Amazônia: Buscando respostas concretas para a ontogenia de doenças complexas.

Responsável pelo Projeto: Prof. Dr. Hilton P. Silva

Endereço para contato: Laboratório de Antropologia, UFPA, Tel/fax: 91 3201 8024

e-mail: hdasilva@ufpa.br

Comitê de Ética em Pesquisa, ICS/UFPA. Complexo de Salas de Aula/ICS – Sala 13, Campus Universitário, No. 1, Guamá, CEP 66075-110, Belém, Pará, Tel/fax: 91 3201 8028, e-mail:

cepccs@ufpa.br

Consentimento Livre e Esclarecido para Participar de Projeto de Pesquisa

Você e sua família estão sendo convidados a participar de um projeto de pesquisa. É importante que você entenda o significado deste projeto para decidir se você deseja ou não participar. Eu vou descrever os objetivos da pesquisa, como ela será feita e qual é a parte da sua família no projeto. Você deve perguntar e esclarecer qualquer dúvida que tenha. Se você tiver perguntas depois que o projeto for iniciado, por favor não deixe de nos informar. Os membros de nossa equipe têm a obrigação de lhe responder. A sua participação no projeto é voluntária e você pode deixar de participar, sem qualquer prejuízo, a qualquer momento que queira.

Objetivos do Estudo: Estamos conduzindo um estudo sobre saúde, doença e condições de vida nas pessoas da sua comunidade. Você e sua família foram selecionados para participar deste estudo. O objetivo da pesquisa é buscar informações sobre o estado de saúde e nutrição de várias comunidades como a sua e como vocês reconhecem e lidam com algumas doenças. Desta forma será possível entender melhor a situação de todas as populações quilombolas que vivem no Pará. No estudo será feita avaliação clínica e laboratorial de crianças, jovens e adultos para a identificação de doenças crônico-degenerativas e seus determinantes sociais, ambientais e biológicos.

Metodologia do Estudo

Todo o trabalho deve demorar aproximadamente meia hora por pessoa. Pedimos a participação de todas as pessoas da casa. Primeiramente nós iremos pesar, medir a altura, verificar a pressão arterial e fazer algumas outras medidas de cada participante para determinar a situação de nutrição e saúde de vocês. Depois um exame geral individual será feito por um médico, e então faremos algumas perguntas sobre o histórico de vida, doenças passadas e hábitos de alimentação das pessoas da casa.

Em uma amostra da população serão coletadas amostras de sangue (3-5 ml) para avaliar os níveis de glicose, colesterol e triglicerídeos. Os exames serão realizados na comunidade, exceto aqueles mais complexos que deverão ser realizados em laboratórios da Universidade Federal do Pará e do Instituto Evandro Chagas, em Belém, tais como o estudo de fatores de risco para diabetes (açúcar no sangue), obesidade(gordura exagerada) e marcadores associados a hipertensão arterial (pressão alta), o que será feito pesquisando-se variações genéticas que predisõem o desenvolvimento dessas doenças.

Os procedimentos para coleta de dados clínicos e laboratoriais não oferecem riscos à saúde, e a coleta de sangue será efetuada por profissionais experientes e devidamente treinados, utilizando-se sistema de coleta a vácuo.

Finalmente pediremos a alguns membros da casa que respondam algumas questões sobre aspectos culturais, sociais e econômicos das pessoas que moram nesta casa. Nós gostaríamos de lhe pedir permissão para conduzir esta pesquisa na sua casa, com os seus familiares. Todos os exames serão gratuitos e a participação é voluntária. O grupo de pesquisa compromete-se a fornecer esclarecimento a todos os participantes sobre cada fase do trabalho, informando sobre todas as atividades que serão realizadas.

Riscos e Desconfortos - Este projeto não apresenta nenhum grande risco para a sua saúde ou de suas crianças. As medidas e exames não doem, apenas a coleta de sangue causa um pouco de desconforto. A sua informação individual e a de sua família será mantida absolutamente confidencial. Apenas os membros do projeto terão acesso a estas informações.

Benefícios - Os benefícios potenciais para os participantes são a identificação de possíveis problemas de saúde como pressão alta e outras doenças. Qualquer problema identificado será relatado a você para que tome as devidas providências. Será iniciado e otimizado o tratamento para diabetes, hipertensão e obesidade quando necessário e serão oferecidas orientações para a prevenção desses agravos, a continuidade do acompanhamento será pactuada com o serviço de saúde local com intermediação dos gestores locais e a SESPA (Secretaria de Saúde do Estado). Além disso, a participação desta casa nos ajudará a entender melhor como as pessoas da comunidade estão vivendo e como está a sua saúde em geral. Ao final do projeto, os resultados das informações coletadas serão publicados como material científico e também repassados à comunidade e aos órgãos e instituições trabalhando com saúde nesta área, para que vocês e eles possam desenhar programas de saúde mais apropriados para as suas necessidades.

Você concorda/autoriza a participar do projeto? Caso positivo por favor assine ou marque abaixo.

Data: ___/___/___ Local: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

(Participante ou responsável)

Assinatura: _____

(Pesquisador)

Assinatura: _____

(Testemunha)

ANEXO

ANEXO A – INSTRUMENTO PCATOOL BRASIL VERSÃO ADULTO (ATRIBUTO ACESSO PRIMEIRO CONTATO)

**QUESTIONÁRIO PCATOOL
VERSÃO ADULTO NF__ P__**

NOME DO ENTREVISTADOR _____

**1. DATA DA ENTREVISTA: / /
 DIA MÊS ANO**

VAMOS COMEÇAR COM ALGUNS DE SEUS DADOS PESSOAIS E INFORMAÇÕES SOBRE SUA FAMÍLIA

2. QUAL SEU NOME COMPLETO

3. QUAL DATA DE SEU NASCIMENTO

 / /
DIA MÊS ANO

4. SEXO

Feminino() Masculino ()

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Adulto

A - GRAU DE AFILIAÇÃO

A1 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

- Não
 Sim (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

A2 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?

- Não
 Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima
 Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

A3 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

- Não
 Sim, mesmo que A1 & A2 acima.
 Sim, o mesmo que A1 somente.
 Sim, o mesmo que A2 somente.
 Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor, dê o nome e endereço).

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFERMEIRO A SER AVALIADO

AGORA, o entrevistador identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:

- Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item A5).

- Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A5).

- Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item A5).

- Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item A5).

- Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na respostas A3 (Preencha o item A5).

- Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A4 e A5).

A4 - Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez: _____

Esclareça ao entrevistado que:

A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a):

A5 - _____

("nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde"). (Vá para a Seção B)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO <i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
B1 - Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2 - Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3 - Quando você tem que consultar um especialista, o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" tem que encaminhar você obrigatoriamente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool- Brasil versão Adulto C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE <i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" fica aberto no sábado ou no domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está aberto e você adoecer alguém de lá atende você no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C7 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C8 - É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, "check-up") neste "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C9 - Quando você chega no seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C10 - Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C11 - É difícil para você conseguir atendimento médico do seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" quando pensa que é necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C12 - Quando você tem que ir ao "nome do médico / enfermeira / local", você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>