



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

GABRIEL FREITAS DE BARROS

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE PAULÍNIA-SP

CAMPINAS

2022

GABRIEL FREITAS DE BARROS

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE PAULÍNIA-SP

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde, na área de Política, Gestão e Planejamento

ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO
ALUNO GABRIEL FREITAS DE BARROS, E ORIENTADA PELO
PROF. DR. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

CAMPINAS

2022

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Ana Paula de Moraes e Oliveira - CRB 8/8985

B278a Barros, Gabriel Freitas de, 1991-
Avaliação da atenção primária no município de Paulínia-SP / Gabriel Freitas de Barros. – Campinas, SP : [s.n.], 2022.

Orientador: Gastão Wagner de Sousa Campos.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Atenção primária à saúde. 2. Avaliação em saúde. 3. Governo local. I. Campos, Gastão Wagner de Sousa, 1952-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Evaluation of primary care in Paulínia-SP

Palavras-chave em inglês:

Primary health care

Health evaluation

Local government

Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Banca examinadora:

Gustavo Tenorio Cunha

Marcelo de Castro Cesar

Rubens Bedrikow

Data de defesa: 19-05-2022

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0001-6961-4826>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/3195149857729875>

COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

GABRIEL FREITAS DE BARROS

ORIENTADOR: GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

MEMBROS TITULARES:

- 1. PROF. DR. GUSTAVO TENÓRIO CUNHA**
- 2. PROF. DR. MARCELO DE CASTRO CESAR**
- 3. PROF. DR. RUBENS BEDRIKOW**

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SI-GA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

Data de Defesa: 19/05/2022

AGRADECIMENTOS

O capítulo de “Agradecimentos” das teses e dissertações sempre me provocou desconforto. Algo de pedante e cafona, desnecessário às investigações e reflexões. Além disso, certamente há sempre alguém fundamental ao autor, mas que não foi citado. Já com a dissertação escrita, estava convencido a “pular” essa parte.

No entanto, tenho convicção de que as pessoas, ao viver, se objetivam no mundo de diversas formas: ao transformar objetos, ao estabelecer relações com outros sujeitos, ao se relacionar com o mundo. Deixam marcas no mundo e nas pessoas. Dessa maneira, o que escrevi nesse trabalho é uma síntese dos meus encontros com o mundo e com as pessoas. Ocultar os agradecimentos seria como plagiar uma ideia, ou não explicitar a referência bibliográfica originária dessa ideia. Convenci-me, portanto, de escrever.

É óbvio que os agradecimentos são sempre parciais, já que a rede de relações é imensa. Em última instância, todo o mundo – vivo e já morto – tem alguma contribuição para esse escrito. Mas parte desse mundo teve um contato mais direto, mais próximo. E talvez valha a pena explicitar os mais próximos, sem os quais sem dúvida não existiria esse trabalho. Não posso deixar de agradecer, portanto, aos anônimos, que indiretamente foram essenciais a esse trabalho.

Agradeço aos trabalhadores, que se objetivam no mundo através do seu trabalho. Que demonstram a potência, a sensibilidade, a criatividade e a beleza da humanidade. Que tornam possível a vida humana. Especialmente aos trabalhadores que ousam refundar o mundo a partir de outros princípios: da solidariedade, da equidade, da justiça social. Que ousam vislumbrar o findar da pré-história da humanidade. Especialmente aos que me apresentaram à possibilidade de outro mundo.

Às trabalhadoras que se responsabilizaram pelo meu cuidado e também pelos cuidados da casa e da vida doméstica. Que possibilitaram que pudesse me dedicar às minhas descobertas, aos estudos, às minhas relações, ao meu trabalho. Em nome de Sueli, Jussemira, Sirley e Audrey, agradeço a todas que imprimiram desde minha infância sinais de cuidado e carinho.

Aos trabalhadores de saúde do SUS que, mesmo contra todas as adversidades impostas, se reinventam, criam e transformam. Tornam possível o

cuidado em saúde da população brasileira. Especialmente aos que fizeram parte da minha trajetória profissional. À Carla Linarelli, em nome de quem agradeço a toda equipe do CAPS-AD Reviver, meu “primeiro emprego”. E também a toda equipe do CS Rosália, em que cursei os meses de residência de Medicina de Família e Comunidade. Não havia como existir melhor “batismo” ao mundo do trabalho. Experiências curtas, mas extremamente intensas, significativas e marcantes. Suficiente para deixar cravado, a ferro e fogo, o quão potente pode ser a atuação de uma equipe de saúde. Em momentos de adversidades sempre tento me lembrar dessas experiências, e me lembro de que é possível a flor romper o “asfalto, o tédio, o nojo e o ódio” (1).

À equipe da UBS Monte Alegre, que me recebeu no SUS-Paulínia, e que, apesar de habituada há anos a uma forma de trabalho, deu abertura e permitiu algumas experiências nossas. Agradeço principalmente ao grupo Qualidade de Vida (Janice, Luciana, Kelle, Bruna, Juliana, Mônica e Cláudia), que demonstraram que a resistência e a persistência para mudanças são possíveis mesmo em ambientes de muita dureza, frieza e distância.

À equipe da UBS Parque da Represa, que me atura até os dias atuais. Dentro de suas contradições, permitiu-me sonhar novamente com outras possibilidades, outras aproximações, outras reflexões e outras experiências concretas.

Aos membros do gérmen do controle social da UBS Parque da Represa, que ousam sonhar juntos em mudanças e apostam nos sujeitos coletivos como potência de efetivá-las.

Aos usuários do SUS, especialmente aos com quem cruzei em minha trajetória profissional, que me permitem encontrar significado na vida, e a desnudam em sua beleza – e também em sua feiura. Os maiores incentivadores desse trabalho.

Ao meu orientador, Gastão, que me acompanha desde meu primeiro ano de graduação, responsável por me apresentar ao mundo da Saúde Coletiva. O maior incentivador para iniciar o caminho das investigações, através das iniciações científicas e depois um grande incentivo a prestar o processo seletivo para o mestrado. Não poderia haver melhor condutor do que um dos grandes responsáveis pela elaboração e constituição do SUS. Dizem que “seu eu vi mais longe foi por estar ao sobre ombros de gigantes”. Mas confesso que, se o anão é demasiado

pequeno e o gigante é demasiado grande, para o anão não é fácil controlar a vertigem.

Aos professores, especialmente Gustavo Tenório e Rubens Bedrikow, responsáveis por eu não ter desistido da medicina e por terem me apresentado à possibilidade de outra forma de prática em saúde. Iluminaram alguns caminhos que me conduziram até aqui. Também aos professores da banca de qualificação, essenciais para indicar caminhos necessários ao trabalho.

À professora Rita Donalísio, pela disponibilidade de sempre em auxiliar e socializar seu conhecimento de epidemiologia, e pela ajuda que deu na concepção do trabalho.

À equipe de estatística da FCM/ UNICAMP, que mesmo com tempo apertado, se dispuseram a auxiliar nas análises dos dados.

Aos amigos Gustavo e Guilherme, que viabilizaram o trabalho através da realização das entrevistas.

Aos colegas da graduação, especialmente aos que compuseram as gestões do Centro Acadêmico Adolfo Lutz, aos colegas residência de Medicina de Família e Comunidade e também aos colegas do Mestrado Profissional, que proporcionaram trocas e reflexões fundamentais.

À minha família, primeiro núcleo de sustentação de nossa existência. À minha mãe, Cecília, que sustentou a possibilidade de existir, física e emocionalmente, apesar das adversidades impostas pela vida. É – e ensinou ser possível – a síntese de opostos, entre o Estoicismo e Epicurismo, entre a disciplina e a fruição. Permitiu-me a caminhada de acordo com meus desejos.

Aos meus avós maternos, Ranulfo e Zeza, que possibilitaram a jornada até aqui, dando condições para trilhar caminhos mesmo que não considerassem ser os melhores. E, de alguma maneira, me ensinaram sobre o que é o essencial da vida.

Ao meu pai, Bené, por nos ensinar que “o melhor da mesa não está sobre ela, mas ao redor dela”. Por nos apresentar a potência dos encontros, das prosas, da música, do cuidado, do choro.

À vovó Analice, com quem pude aprender a arte do cuidar. Cuidar por reconhecer, por ouvir, por participar e por querer estar junto. Mais do que matriarca da família, mestra dos encontros. Por ensinar que, com eles, qualquer dificuldade,

mesmo que não possa ser eliminada, pode ser transposta. Por ensinar que talvez não haja nada mais poderoso e mais importante que o encontro.

Às minhas tias, tios, primos e primas, companheiras e companheiros de minhas principais descobertas.

Ao Eduardo, irmão de verdade. Companheiro de minhas reflexões e descobertas. Mais que isso, professor das lições do que de fato importa na vida. Minha antítese quase perfeita, demonstrou-me que o que está muito certo está errado. Que a vida é muito fugaz para regras demasiadas, cobranças desnecessárias e que os rancores são formas de suicídio.

Aos pais da minha companheira, Antônio e Néia, que me acolheram como filho nessa selva de asfalto. Que nos suportam – e dão suporte para existência. Que com seu carinho quase transformam as dores em alegrias.

À Bela, grande companheira. Sem dúvida esse trabalho – e essa vida – não seriam possíveis na sua ausência. Um tempero inexplicável. Uma força, dureza e determinação, com muita sutileza e afeto. Incansável e fundamental companheira dessa travessia.

RESUMO

Sistemas de saúde com forte orientação para Atenção Primária apresentam melhores indicadores de saúde. No entanto, para sua eficácia, deve se nortear por alguns princípios organizativos. No Brasil, apesar da existência de uma Política Nacional para Atenção Básica, esta se estruturou de maneira desigual entre os municípios brasileiros. Paulínia é uma cidade do interior do Estado de São Paulo com alta renda *per capita* e com alto investimento em saúde (*per capita*), no entanto com baixa adequação da organização da Atenção Primária com relação às diretrizes nacionais. Esse trabalho tem como objetivo avaliar a Atenção Primária de Paulínia de acordo com os atributos da Atenção Primária propostos por Bárbara Starfield, sob a ótica dos usuários e trabalhadores. Optou-se pela aplicação do questionário de avaliação denominado Primary Care Assessment Tool (PCATool), nas versões usuários e trabalhadores. Foram entrevistados 270 usuários e 49 trabalhadores médicos e enfermeiros. Apesar do alto investimento em saúde, o município apresentou baixa orientação para Atenção Primária nos dois grupos entrevistados. Sob a ótica dos trabalhadores, Paulínia apresenta forte orientação nos atributos “Integralidade” tanto em “Serviços Disponíveis” quanto em “Serviços Prestados” e também no atributo “Coordenação: Integração de Cuidados”, sendo considerado como baixa orientação para todos os demais atributos, bem como em sua média geral. Já na avaliação dos usuários apresenta forte orientação apenas no atributo “Coordenação: Integração de cuidados”.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde; Governo Local

ABSTRACT

Health systems with a strong orientation towards Primary Care present better health indicators. However, it must be guided by organizational principles. In Brazil, despite the existence of a National Primary Care Policy, it was structured differently among Brazilian municipalities. Paulínia is a city in the interior of the State of São Paulo with high investment in health, but without compliance with the National Primary Care Policy. This work aims to evaluate Primary Care in Paulínia according to the attributes of Primary Care proposed by Barbara Starfield, from the perspective of users and workers. We opted for the questionnaire that makes the assessment called Primary Care Assessment Tool (PCATool), users and workers versions. 270 users and 49 workers, physician and nurses, were interviewed . Despite the high investment in health in the municipality, it presented low orientation of Primary Care in both groups. From the perspective of workers, Paulínia has a strong orientation in the attributes “Integrality” both in “Available Services” and in “Services Provided” and also in the attribute “Coordination: Integration of Care”, being considered as low orientation for all other attributes, as well as its overall average. For the users, there is strong guidance only in the attribute “Coordination: Integration of care”.

Keywords: Primary Health Care; Health Evaluation; Local government

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: MAPA DOS DISTRITOS PAULÍNIA.....	72
FIGURA 2: MAPA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DAS UBS	73
FIGURA 3: MAPA DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA.....	74
FIGURA 4: MAPA DA SAÚDE BUCAL.....	75

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: ANÁLISE DESCRITIVA DE VARIÁVEIS QUALITATIVAS EM RELAÇÃO AO SEXO	85
TABELA 2: ANÁLISE DESCRITIVA DE VARIÁVEIS QUALITATIVAS EM RELAÇÃO À IDADE.....	86
TABELA 3: ANÁLISE DESCRITIVA DE VARIÁVEIS QUANTITATIVAS EM RELAÇÃO À ESCOLARIDADE.....	87
TABELA 4: ANÁLISE DESCRITIVA DE VARIÁVEIS QUANTITATIVAS EM RELAÇÃO À FORMAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA.....	88
TABELA 5: ANÁLISE DESCRITIVA DE VARIÁVEIS QUANTITATIVAS EM RELAÇÃO AO TIPO DE CONTRATAÇÃO.....	89
TABELA 6: CÁLCULO DE ERRO AMOSTRAL.....	121
TABELA 7: CÁLCULO AMOSTRAL PARA MÉDIA (ESTUDO DESCRITIVO - VARIÁVEL QUANTITATIVA):.....	122
TABELA 8: ANÁLISE DESCRITIVA E INFERENCIAL DE VARIÁVEIS QUANTITATIVAS EM RELAÇÃO AO TIPO DE ENTREVISTADO.....	122

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: POPULAÇÃO POR UBS.....	76
QUADRO 2: COBERTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE PAULÍNIA EM PERCENTIL (%) COM RELAÇÃO À CARGA HORÁRIA MÉDICA, CONSIDERANDO 40 HORAS PARA CADA 3000 HABITANTES.....	77
QUADRO 3: PROPORÇÃO DOS VALORES LIQUIDADOS POR DEPARTAMENTO DA SECRETARIA DE SAÚDE DE PAULÍNIA, POR QUADRIMESTRE.....	78
QUADRO 4: PERCENTUAL DA ARRECADAÇÃO MUNICIPAL NO SETOR SAÚDE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA	80
QUADRO 5: DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES ENTREVISTADOS QUANTO AO SEXO:	85
QUADRO 6: DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES ENTREVISTADOS QUANTO À IDADE:	86
QUADRO 7: DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES ENTREVISTADOS QUANTO À ESCOLARIDADE:	87
QUADRO 8: DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES ENTREVISTADOS QUANTO À FORMAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (SC) /SAÚDE DA FAMÍLIA (SF):..	88
QUADRO 9: DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES ENTREVISTADOS QUANTO À FORMAÇÃO:	89
QUADRO 10: DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES ENTREVISTADOS QUANTO À ETNIA/COR:	89
QUADRO 11: DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES ENTREVISTADOS QUANTO AO VÍNCULO DE TRABALHO:	89
QUADRO 12: PROFISSIONAIS POR UBS.....	91
QUADRO 13: ESCORES MÉDIOS DE CADA PERGUNTA DO PCATool-BRASIL – VERSÃO PROFISSIONAIS EXTENSA, NA AVALIAÇÃO DE PROFISSIONAIS MÉDICOS CLÍNICOS E ENFERMEIROS (N=49) DOS CENTROS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PAULÍNIA-SP, 2020	91
QUADRO 14: ESCORES MÉDIOS DOS ATRIBUTOS E DOS ESCORES ESSENCIAL E GERAL DO PCATool-BRASIL, NA AVALIAÇÃO DE PROFISSIONAIS MÉDICOS CLÍNICOS E ENFERMEIROS (N=49) DOS CENTROS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PAULÍNIA-SP, 2020.....	95
QUADRO 15: ESCORE MÉDIO (0-10) DOS ATRIBUTOS DA APS NA PERSPECTIVA DOS MÉDICOS CUBANOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS, POR REGIÃO GEOGRÁFICA	102

QUADRO 16: AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O ATRIBUTO ORIENTAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA EM TRÊS MUNICÍPIOS DE PERNAMBUCO:	103
QUADRO 17: DIFERENÇA ENTRE AS MÉDIAS DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS), ESCORE ESSENCIAL E ESCORE GERAL ENTRE UNIDADES DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM COMPARAÇÃO ÀS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE CONVENCIONAIS, MUNICÍPIO DE PASSOS - MG, 2015.....	103
QUADRO 18: DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS ENTREVISTADOS QUANTO AO SEXO:.....	105
QUADRO 19: DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS ENTREVISTADOS QUANTO À IDADE:.....	105
QUADRO 20: DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS ENTREVISTADOS QUANTO À ESCOLARIDADE:.....	105
QUADRO 21: DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS ENTREVISTADOS QUANTO À OCUPAÇÃO:	106
QUADRO 22: DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS ENTREVISTADOS QUANTO À ETNIA/COR:	106
QUADRO 23: DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS ENTREVISTADOS QUANTO À RENDA FAMILIAR:	106
QUADRO 24: USUÁRIOS ENTREVISTADOS POR UBS	106
QUADRO 25: ESCORES MÉDIOS DE CADA PERGUNTA DO PCATool-BRASIL – VERSÃO ADULTOS EXTENSA, NA AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS (N=270) DOS CENTROS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PAULÍNIA-SP, 2021	107
QUADRO 26: ESCORES MÉDIOS DOS ATRIBUTOS E DOS ESCORES ESSENCIAL E GERAL DO PCATool-BRASIL, NA AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS DOS CENTROS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PAULÍNIA-SP, 2021	110
QUADRO 27: ESCORES MÉDIOS DAS PUBLICAÇÕES SOBRE O USO DO PCATool ENTRE USUÁRIOS ADULTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:...	117
QUADRO 28: ESCORES MÉDIOS DAS PUBLICAÇÕES SOBRE O USO DO PCATool ENTRE USUÁRIOS ADULTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:...	118
QUADRO 29: MÉDIA DOS ESCORES DOS ESTUDOS APRESENTADOS NAS TABELAS 27 E 28, SEM CONSIDERAR OS VALORES REFERENTES À PAULÍNIA:119	

QUADRO 30: MÉDIA DOS ESCORES ESSENCIAL E GERAL DOS ESTUDOS APRESENTADOS NOS QUADROS 27 E 28, SEM CONSIDERAR OS VALORES REFERENTES À PAULÍNIA:	119
---	-----

SUMÁRIO

PRÓLOGO.....	17
1) INTRODUÇÃO.....	25
1.1) <i>O papel da Atenção Primária nos Sistemas de Saúde</i>	25
<i>A Atenção Primária no Brasil:</i>	27
1.3) <i>Avaliação na Atenção Primária</i>	32
<i>a) Métodos de avaliação em Atenção Primária</i>	35
<i>b) Instrumento de avaliação “Primary Care Assesment Tool (PCA-TOOL)</i>	37
2) OBJETIVOS	41
Objetivo geral	41
Objetivos específicos	41
3) METODOLOGIA.....	42
4) RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
4.1) <i>O município de Paulínia e a constituição do sistema de saúde municipal</i>	47
<i>a) O Município:</i>	47
<i>b) Constituição do sistema de saúde e o convênio com a UNICAMP</i>	49
4.2) <i>Avaliação da Atenção Primária de Paulínia sob a PNAB como analisador</i>	70
<i>O funcionamento sistema de saúde municipal</i>	78
<i>Alguns dados sobre eficácia do Sistema de Saúde Municipal</i>	81
4.3) <i>Resultados do questionário PCATool:</i>	82
<i>a) Considerações iniciais:</i>	82
<i>b) Avaliação dos trabalhadores:</i>	84
<i>c) Avaliação dos usuários:</i>	104
6) CONCLUSÃO	124
<i>Principal desafio do SUS-Paulínia: Orientação Comunitária:</i>	125
<i>a) incorporação de Agentes Comunitários de Saúde</i>	127
<i>b) Constituição de equipes Saúde da Família</i>	128
<i>c) Adscrição de usuários por território</i>	128
<i>d) Criação de Conselhos Locais</i>	129
<i>e) Outro desafio: Acessibilidade</i>	129
<i>Basta implementação da Estratégia Saúde da Família?</i>	130
8) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	133
9) ANEXOS	143

PRÓLOGO

*“Prepare o seu coração
Prás coisas que eu vou contar
Eu venho lá do sertão
Eu venho lá do sertão
Eu venho lá do sertão
E posso não lhe agradar
Aprendi a dizer não
Ver a morte sem chorar
E a morte, o destino, tudo
E a morte, o destino, tudo
Estava fora do lugar
E eu vivo prá consertar”*

(Geraldo Vandré e Théo de Barros)

De que lugar falamos

É impossível que a posição do pesquisador seja neutra (2). Parte sempre de suas experiências, de sua história e de suas convicções político-ideológicas. Estes condicionantes são determinantes desde a definição da sua motivação para a pesquisa, até a definição do objeto do estudo, dos métodos e, portanto, dos resultados. É certo que esta característica não pode levar à manipulação e alteração de dados para alcançar um objetivo predeterminado - por exemplo aprovação de medicamentos através de manipulação de dados, como realizado pela indústria farmacêutica (3) - postura que desqualificaria o método científico para investigação da realidade.

Os resultados só podem ser confiáveis, a partir da ótica da ciência, se submetidos a algum método explícito de investigação da realidade (4). Tal premissa metodológica, no entanto, está longe de significar que a ciência seja neutra. Como já apontamos, os questionamentos e a motivação para a pesquisa partem sempre de um lugar no mundo e, portanto, de uma concepção sobre ele.

A partir dessa ótica, é parte imprescindível, além da apresentação do trabalho, uma apresentação pouco mais detalhada de quem o escreve, bem como o que o motivou para tal investigação. Segundo o dicionário, prólogo é “cena que introduz uma peça, fornecendo os dados necessários para o entendimento do seu enredo” (5). É evidente que, como toda descrição da realidade, será parcial. Tentará trazer à tona, portanto, o que nos interessa como elemento fundamental para o entendimento do enredo dessa “peça”. É com esse objetivo que ocupamos a primeira parte desse trabalho.

Ainda no início da juventude, em Guaranésia, no interior de Minas Gerais, angustiava-me a desigualdade ao acesso do que já fora produzido pela humanidade. Desde acesso à vestimenta e à alimentação, até ao conhecimento e às artes. Em última instância, imaginava que a vida deveria abrir caminhos para as possibilidades e potencialidades humanas, mas as portas estavam fechadas à maior parte da humanidade. Era castrado grande parte do potencial humano: de realizar-se, de exprimir-se enquanto sujeito, de se objetivar no mundo. Cursar medicina, para mim, surgiu como uma tentativa de atenuar tal castração. De poder contribuir um pouco para maior capacidade de as pessoas lutarem contra as adversidades da vida (6) e, portanto, exprimirem-se enquanto sujeitos.

Na universidade, o contato com o movimento estudantil apresentou-me a dialética. Percebi que tudo carrega em si também o seu contrário (4). Sendo assim, se medicina se apresenta como uma possibilidade para contribuir para a vida e para a humanidade, carrega também a capacidade de manter a exploração do homem pelo homem, de garantir o lucro de alguns em detrimento da vida de outros (3,7). Em outras palavras, a medicina cumpre também um papel de garantir saúde apenas na medida em que é necessário para reprodução da força de trabalho (sendo peça chave no processo de extração de mais-valia, e portanto de reprodução da exploração); incute um modo de vida, determinando, com autoridade da “ciência”, o que é certo e errado na vida dos sujeitos; realiza os lucros do complexo médico industrial na medida em que prescreve medicamentos, procedimentos, internações, órteses, próteses etc. Ora, então não bastaria apenas praticar a medicina, seria preciso - depois de perceber a necessidade de transformação social - colocar-se como sujeito para construção de outra forma de organizar a sociedade.

Nesse contexto, fundamentais foram minhas experiências de reflexões sobre a realidade e também sobre possibilidades de alterá-la. Foram fundamentais

também as experiências com camaradas do Centro Acadêmico Adolfo Lutz e de organizações políticas no movimento estudantil, através dos quais pude ter contato com concepções que hoje me constituem. Experimentamos alguns modos de fazer resistência.

Foi necessário também, dentro da vida acadêmica, descobrir algumas práticas em saúde que, ainda que reformistas, fossem palatáveis, geradoras de cuidado e de autonomia. Não tenho dúvida de que se não fosse o Departamento de Saúde Coletiva, principalmente na figura dos professores Gustavo Tenório e Gastão Wagner, estaria me objetivando no mundo de outras formas, mas não enquanto médico. O Departamento apresentou-me a possibilidade de ser médico a partir de outras concepções.

No entanto, o velho dilema colocado por Rosa Luxemburgo, “Socialismo ou Barbárie”, se atualiza nos tempos atuais, ainda mais escancarado do que em épocas anteriores (8). Somando-se à baixa capacidade de resposta dos setores populares, a barbárie contemporânea parece ter sido a opção tomada pela humanidade. Alguns cientistas, sobre o aquecimento global, apontam que a humanidade já alcançou em algumas localidades um ponto crítico de temperatura que ultrapassa a variação natural, sendo impossível voltar atrás na escalada do aquecimento (9). Paralelamente, qual seria o “ponto crítico” da escalada da barbárie, em que já não será possível reversão para qualquer outra opção? Já passamos por ele?

A escolha do mestrado profissional

Foi a partir dessa contradição a opção por iniciar o mestrado profissional. Havia optado por atuar na Atenção Primária por considerar um espaço privilegiado de intervenção, por querer ter contato com os problemas mais recorrentes da humanidade, por querer estar próximo da vida - com todas as suas contradições, entraves e possibilidades.

Estava atuando na Atenção Primária de Paulínia-SP desde 2017. Percebi que - como estará mais detalhado a seguir - Paulínia apresentava uma contradição imensa. Apresentava-se, por um lado, com muitos recursos disponíveis para a

população, mas com um cuidado em saúde muito aquém de outras cidades que dispunham de muito menos recursos.

Havia passado recentemente pelo CAPS-AD Reviver (como clínico) e pelo CS Rosália (como residente em Medicina de Família e Comunidade), ambos em Campinas-SP, que apresentavam recursos precários se comparados a Paulínia-SP, mas que garantiam muito mais cuidado à população.

A garantia do cuidado perpassa pela prescrição medicamentosa, pela indicação de internação, pelo curativo – tecnologias típicas da biomedicina. Por outro lado, só é possível se efetivar, mesmo esse cuidado tipicamente biomédico, através do vínculo com a comunidade. E era tão intenso, que fazia parte do nosso trabalho a organização para entrega semanal de medicamentos para os usuários que não conseguiam vir até a Unidade; a permissão de lideranças locais para acessar determinados pontos do território; a organização de sempre ter algum representante da equipe também no momento de despedida do usuário. Havia sempre algum de nós nos velórios. E através dessa construção, e somente através dela, tornava-se possível a prática da clínica ampliada. Não era uma aplicação mecânica dos protocolos, ou uma adequação das pessoas aos diagnósticos e planos terapêuticos. Era o inverso. Era impossível tratar duas pessoas com diabetes da mesma maneira. Aprendi muito com essas equipes o que significa trabalho multiprofissional, a potência da elaboração de um Projeto Terapêutico Singular e de que talvez o vínculo seja intervenção terapêutica mais potente que possamos oferecer aos nossos usuários.

Importante destacar que, nessas experiências, a condição material das Unidades eram precárias. Faltavam profissionais, medicamentos, infraestrutura. E estávamos expostos a um altíssimo grau de vulnerabilidade social: fome, desemprego, pessoas em situação de rua, em uso abusivo de substâncias, permeados por muita violência. E havia uma capacidade, tanto da equipe, quanto dos usuários, de produzirem muita vida, muito vínculo, muita criação. Penso que somente assim seria possível se reinventar e ter alguma capacidade de enfrentar as adversidades da vida, que não eram poucas.

Intrigava-me, portanto, a condição de Paulínia: quais elementos contribuíam para que, apesar de todos os recursos disponíveis, apresentasse limitações tão importantes no cuidado? Como, apesar dos avanços materiais

significativos do município, apresenta um modelo de gestão e organização dos serviços tão retrógrados?

Havia, tanto nos espaços da UNICAMP, como no ambiente de trabalho na UBS em Paulínia uma sensação de “história que não pode ser contada”, de um caso mal resolvido e que ainda trazia marcas profundas e dolorosas, tanto para o município quanto para a Universidade. Uma percepção, em minha subjetividade, quase lendária de uma história mística, de deuses, figuras mágicas e busca pelo poder. E, como veremos, impressionante como a vida costura caminhos não planejados. Sem ter ideia da história anterior, estava eu, médico graduado na UNICAMP, com grande inspiração no Departamento de Saúde Coletiva (antigo Departamento de Medicina Preventiva e Social), concursado na Atenção Básica de Paulínia. Só passei a ter dimensão do significado desse encontro durante a leitura dos trabalhos que embasaram essa dissertação, principalmente das professoras Maria de Lurdes Zanolli (10) e Maria da Graça Garcia Andrade (11).

Sendo assim, a opção do mestrado profissional surgiu na conjunção de dois fatores: 1) A possibilidade de já termos ultrapassado o “ponto crítico” da barbárie, pelo contexto de estarmos imersos em um governo de extrema-direita associado a uma fragilidade de resistência por setores populares; 2) A condição concreta em que eu estava, das contradições do meu local de trabalho e dos limites que elas impunham. Como diria o professor Gustavo Tenório, uma tentativa de combinação de dois polos, da macro e da micropolítica.

O conjunto desses dois fatores fez com que meu interesse fosse maior para investigar e tentar contribuir para uma questão relacionada ao meu ambiente de trabalho, e menos por questões mais gerais. Além disso, continuo tendo a convicção de que, se ainda há possibilidade de um novo mundo, é necessário que ele seja construído a partir de nossa realidade concreta, nosso local de trabalho, moradia etc. Não que não deva estar correlacionado a um projeto de transformação geral da sociedade, mas sem ter os pés no chão, enraizamento em cada local, não existe mudança social. Ela só pode ser promovida pelo conjunto dos trabalhadores, e não por uma cúpula de intelectuais ou dirigentes. Convenci-me, portanto, de que o mestrado profissional, por ter um foco em nossa realidade local, se adequaria melhor à minhas necessidades e também às minhas possibilidades.

Não poderia ter feito melhor opção. O curso possibilitou-me ter contato com concepções que mudaram radicalmente meu modo de agir. O conteúdo, as

aulas e as leituras permitiram-me um aprofundamento em um mundo que fora apenas visitado rapidamente durante a graduação. Permitiu-me perceber a elaboração que nós, enquanto humanidade, fomos capazes de criar, com um grau de solidariedade e de coletividade raros no “deserto do real”. Permitiu também ter mais ciência das escolhas que fomos fazendo, das batalhas que fomos perdendo, no grau de organização que já não tínhamos mais. Possibilitou-me conhecer meus colegas de turma, que foram fundamentais para a maior parte das reflexões desse trabalho, e que carrego desde então. A elaboração do trabalho e da dissertação levaram-me a reflexões importantes, que me fazem repensar e me reformular enquanto sujeito.

É importante ressaltar que a primeira parte desse trabalho, a elaboração do projeto, a aprovação no programa e o primeiro semestre do curso, eu me mantinha como médico da Atenção Primária, lotado na UBS Monte Alegre. Esse foi o que considero meu “primeiro emprego”. Havia tido as experiências relatadas acima no município de Campinas, mas, de antemão, sabidamente temporárias. O CAPS-AD porque, já na entrevista de emprego, expressei que havia pretensão de fazer residência médica e, para isso, seria necessário me desligar. A experiência no CS Rosália era como residente, portanto com prazo já predeterminado. Na UBS Monte Alegre havia pretensão de vir para ficar.

Foi nesse período a gestação da necessidade do mestrado. Encontrava-me em uma UBS com muitos recursos: muitos médicos, muitos medicamentos, fácil acesso a especialistas e a recursos de apoio diagnóstico. No entanto, uma equipe multiprofissional frágil, ausência de agentes comunitários, pouca apropriação do território, pouco vínculo com a comunidade, sem espaços institucionais de cogestão (sem colegiados, sem reuniões de equipe). Em um ambiente com grande presença de tecnologias duras, e também de muita dureza nas relações. Mas uma flor é capaz de romper “o asfalto, tédio, o nojo, o ódio” ((1), página 17). Aos poucos a equipe foi deixando escapar um brilho no olhar, um acalento, uma flor submersa. Aos pouquinhos foi se constituindo mais conversas na cozinha, mais discussão de casos, mais relações com outros profissionais.

A concretização se deu através de um grupo denominado, por força de lei, como “Qualidade de Vida”. Mas o grupo teve a capacidade de reinventá-lo. De deixar um gostinho de discussão de caso, de elaboração de Projeto Terapêutico Singular, de uma equipe multiprofissional potente, dos prazeres da promoção de

autocuidado. Não poderia deixar de expressar a síntese do grupo proposta por uma das integrantes, Luciana: os “heróis da resistência”. Foi um grupo que, apesar de incipiente, foi potente, de profissionais comprometidos, dispostos a provocar mudanças.

A partir de outubro de 2019, em meados do segundo semestre, saí da UBS e assumi posição na Secretaria de Saúde, primeiro como Coordenador da Atenção Básica e depois como apoiador institucional na área da saúde do adulto.

Há 25 anos o Município não apresentava um projeto explícito de fortalecimento do Sistema Único de Saúde e da Atenção Primária. O prefeito eleito convidou para Secretário de Saúde um professor do Departamento de Saúde Coletiva da Unicamp, Fábio Luis Alves. Seria um momento de reencontro da Universidade e do Departamento com o Município, depois de mais de duas décadas. O professor, por sua vez, convidou-me para coordenação da Atenção Primária de Paulínia. Essa experiência permitiu-me conhecer mais a rede, as Unidades, as coordenações, os profissionais, o funcionamento de uma Secretaria de Saúde e suas relações de poder. Aprendi muito.

Explicitou também uma concepção que já havia lido em alguns livros de filosofia: as grandes limitações do Estado no capitalismo. E mais do que isso, as imensas contradições de ocupar uma posição do poder executivo nesse Estado. Para manter-se no poder é preciso aceitar as regras do jogo. E, ao aceitar tais regras, o programa vai, pouco a pouco, sendo modificado. Até que em determinado momento, encontra-se irreconhecível.

Como fruto dessas contradições, em abril de 2020 optei por retornar à posição de médico na Atenção Primária, já em outra Unidade Básica de Saúde, Parque da Represa. Nessa função realizei as entrevistas com os trabalhadores e usuários e redigi toda a dissertação. A vinda para essa Unidade concretizou minhas concepções: não existe mudança se ela não é construída a partir do local de trabalho.

Deparei-me com uma Unidade pequena, com uma população de cerca de 4000 pessoas sob sua responsabilidade. Uma equipe extremamente potente: grande parte já há mais tempo na Unidade, com um grande vínculo com os usuários e comunidade, extremamente comprometida com o trabalho. Por outro lado, uma equipe que já havia vivenciado muitas decepções, muitos conflitos e estava, de

alguma maneira, inerte e desesperançosa. Abriu-se, nesse momento, mais uma possibilidade de construção coletiva. Uma outra flor havia nascido.

Talvez seja importante frisar também que a pandemia pelo Sars-CoV-2 atravessou nossa rotina de investigação desde fevereiro de 2020 até a defesa da dissertação. Isso comprometeu em demasia o andamento da investigação. De uma maneira mais objetiva: interrompendo a possibilidade de entrevistas, tornado parte das aulas em virtuais. De outra maneira menos palpável, mas mais dramática: impossibilitou encontros, trocas e explicitou a barbárie do tecido social, trazendo à tona muita desesperança e, portanto, tirando toda motivação de continuar a investigação. Mais que um balde de água fria. O horror da pandemia não foi o vírus, foi a monstruosidade vista pela humanidade ao se olhar no espelho.

Em síntese, esse trabalho foi pensado, elaborado, realizado e redigido imerso no contexto apresentado acima. O pesquisador se apresenta não somente como observador da realidade investigada, mas inserido em tal realidade. Reconhece os limites de um trabalho acadêmico de mestrado, mas tem a pretensão de contribuir - o que é muito diferente de ser determinante - para os processos locais de garantir melhor cuidado à população. No entanto, assim como a experiência de Paulínia contribuíra outrora para elaboração de políticas e experiências mais gerais e nacionais, quem sabe esse trabalho não pode ser útil a lutadores de outros cantos.

1) INTRODUÇÃO

1.1) O papel da Atenção Primária nos Sistemas de Saúde

A história da humanidade não se deu de maneira linear e de maneira harmônica. Ela é permeada por diversos conflitos e interesses, que determinam não só a maneira como vai se desenrolando, como também o modo com que é escrita e contada. A construção das políticas de saúde não é diferente. Mundialmente há diversas experiências organizativas de assistência à saúde, com reflexos na qualidade do que é ofertado à população. A forma organizativa em cada localidade depende de múltiplos fatores históricos, sociais, econômicos, culturais e de conflitos de classe.

Historicamente, o início do acesso à saúde se deu como medida de caridade. Posteriormente, num benefício adquirido mediante pagamento prévio ou o usufruto de um direito de cidadania (12). A forma com que se concretiza em cada localidade é dependente da conjunção dos fatores acima e, portanto, se dá de maneira singular em cada região do mundo.

A concepção de saúde como direito, por sua vez, exigiu formulações de sistemas universais de saúde, carregando o desafio, portanto, de torná-los factíveis a partir dos recursos disponíveis e também efetivos na medida em que garantissem assistência à saúde. Todo sistema de saúde, portanto, apresenta duas metas principais: 1) empregar o que há de mais avançado no conhecimento sobre cuidado em saúde de modo a otimizar o cuidado à saúde da população e 2) minimizar as desigualdades entre grupos populacionais, evitando que haja desvantagem em relação ao acesso aos serviços de saúde (13).

A formulação da organização dos sistemas em níveis de atenção (primária, secundária e terciária) surgiu como mecanismo para viabilizar e tornar mais eficaz as intervenções em saúde. Enquanto modelo assistencial, a Atenção Primária à Saúde (APS) corresponde ao primeiro nível de atenção dentro dos sistemas de saúde e é usualmente representada pelos serviços ambulatoriais direcionados a responder às necessidades de saúde mais comuns de uma população. Suas formas de operacionalização assumiram, desde o início do século XX, os contornos econômicos, políticos e culturais dos diferentes contextos, épocas e atores sociais envolvidos. É nesse contexto que o conjunto de tecnologias e

arranjos organizacionais da Atenção Primária passa a ser formulado e experimentado (14).

A APS surgiu durante a segunda e terceira década do século XX. Em 1919, pós Revolução de Outubro de 1917, Lênin designou Nikolai Aleksandrovich Semashko como comissário de saúde, que foi o responsável por implantar o primeiro Sistema Universal de Saúde da História, que se expandiu para todos os países socialistas do Leste Europeu e da Ásia Central até o final dos anos 1980 e permanece em Cuba até os dias atuais (15). O Relatório Dawson, em 1920, populariza a APS como forma de organização dos sistemas nacionais de saúde, propondo, também para a Inglaterra, a definição de que o Centro de Saúde seria responsável por oferecer serviço médico e de saúde pública no nível primário, resolvendo a maior parte dos problemas de saúde da população e funcionando como porta de entrada preferencial ao Sistema de Saúde, estando vinculada com suporte de serviços de saúde secundários e hospitais (14).

A partir de então, houve diversos esforços de formulação, no sentido de definir e caracterizar tal nível de atenção. Em 1966, o informe da Comissão de Millis (Comissão dos Cidadãos) nos EUA definiu a APS como: “Oferta do primeiro contato, a adoção da responsabilidade longitudinal pelo paciente, independentemente da presença ou ausência de doença e a integração dos aspectos físicos, psicológicos e sociais da saúde. ” (Rosen (16),p.372). Ainda nos EUA, na década de 70, a Academia Americana de Médicos de Família considerou que a saúde do paciente da APS deveria ser coordenada tanto na esfera biológica, como na psicológica e na social (17).

Em Declaração Oficial da Conferência de Alma-Ata, em 1978, marco da instituição da APS como nível de Atenção nos Sistemas de Saúde, a APS deveria ser colocada ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, com sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pudessem suportar (18).

Na década de 90, a professora Barbara Starfield, com base em mais de uma centena de estudos elaborados ou revisados na Universidade Johns Hopkins, sintetizou a definição da APS, utilizada internacionalmente desde então:

“A Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas

necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros” (13).

A APS, segundo a cultura sanitária, deveria ser uma das principais portas de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). Afirma-se que 80% dos problemas de saúde da população deveriam ser resolvidos na APS, sendo que desta porcentagem, espera-se que somente entre 3 a 5% dos casos sejam encaminhados (13).

Barbara Starfield (13) cita um estudo realizado em 1994 que compara doze países industrializados. Nessa comparação, demonstra que mesmo em países considerados ricos, mas com baixa orientação para a APS (entre eles os Estados Unidos), os indicadores em saúde são piores que em países menos ricos, mas com grande orientação para a atenção básica.

Além disso, os impactos de ofertas de assistência em saúde, por mais investimento que tenham, mas embasados em um modelo biomédico, produzem dano à saúde das populações. Estima-se que que a terceira causa de morte nos Estados Unidos seja causado pelo próprio sistema de saúde (3,19). Chega-se a demonstrar em alguns lugares do mundo, como Israel, que episódios greves de médicos estiveram relacionadas a um declínio na mortalidade geral em até 45%(19). Em outras palavras, o cuidado em saúde contribuiu para maior expectativa de vida e de qualidade de vida da população, mas também carrega a possibilidade de efeitos nocivos (iatrogênicos), especialmente quando fundada predominantemente sobre um caráter biomédico.

A Atenção Primária no Brasil:

A Atenção Primária no Brasil antecede ao SUS, e inspirada em alguns matizes teóricos e organizacionais. Desde os anos trinta do século XX tem referência ao modelo originário dos Estados Unidos, particularmente da John Hopkins University, cuja formulação recomendava que os Centros de Saúde deveriam cuidar da prevenção e promoção à saúde, não estabelecendo integração com o setor assistencial. No Brasil, funcionavam baseado em programas de saúde

voltados para controle das grandes epidemias e endemias e para atividades de prevenção voltadas para crianças e gestantes (20).

Outra vertente, a partir dos anos sessenta do século XX, importamos também dos EUA, através da Aliança para o Progresso: a Medicina Comunitária. Preconizava uma Atenção Primária voltada para populações pobres e com recursos reduzidos. Uma deterioração do potencial desse nível de atenção, constituindo-se mais como atenuador de conflitos sociais do que como garantia do direito ao acesso a um serviço de saúde de qualidade (20).

A partir da década de 80 foi se constituindo como modalidade de primeiro atendimento fora dos hospitais, como uma adaptação do modelo simplificado dos prontos-socorros para lidar com a demanda da população pobre.

Com o SUS surgiu um novo projeto de Atenção Primária, o Programa Saúde da Família (PSF-1994), que buscava aproximar-se principalmente da experiência inglesa e cubana (20).

O Sistema Único de Saúde, desde então, é o arranjo organizacional através do qual se efetiva a política de saúde no país. É um produto da Reforma Sanitária, um amplo processo político que mobilizou a sociedade brasileira para constituição de um sistema de saúde (21–24). Para sua organização, baseia-se na Atenção Primária e na Estratégia Saúde da Família como base organizativa do sistema, concretizado como política através as Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que foi se modificando ao longo tempo, apresentando três versões, de 2006 (25), 2012(26) e 2017(27).

A eficácia da Estratégia Saúde da Família tem sido comprovada por estudos publicados em periódicos nacionais e internacionais. Segundo Sampaio, Mendonça, Lemer:

"os resultados positivos apontados em diferentes estudos abordando a Saúde da Família abrangem diferentes fatores, como por exemplo, a avaliação dos usuários, dos gestores e dos profissionais de saúde, a oferta de ações de saúde e de acesso e uso dos serviços, a redução da mortalidade infantil, a redução de internações por condições sensíveis à APS e a melhoria de indicadores socioeconômicos da população." (Sampaio, Mendonça, Lemer ((28), página 33)

Desta forma, a Atenção Primária constitui-se como elemento importante para os países que buscam um sistema de saúde com atenção à saúde qualificada e em que seja um direito de cidadania. “Fica evidente que a ausência da atenção primária significa pior resultado em saúde e maior custo” (Campos et al. (29) página 137).

A Estratégia Saúde da Família, por sua vez, apresenta componentes organizativos para garantir a eficácia da Atenção Primária: a) definição e descrição do território de abrangência; b) adscrição de clientela; c) diagnóstico de saúde da comunidade; d) acolhimento e organização da demanda; e) trabalho em equipe multiprofissional; f) enfoque da atenção à saúde da família e da comunidade; g) estímulo à participação social; h) organização de ações de promoção de saúde; i) resgate da medicina popular; j) organização de um espaço de co-gestão coletivo na equipe; l) identificação dos serviços de referência no nível secundário e terciário; m) monitoramento dos indicadores de saúde do território-população de abrangência; n) clínica ampliada; o) educação permanente em saúde (17).

Tem como fundamentos e diretrizes expressos em sua política nacional:

“I) **Ter território adscrito** sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade;

II) **Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos**, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e responsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a

grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. **A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;**

III) **Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.** A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;

IV) **Coordenar a integralidade em seus vários aspectos**, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo

interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum e competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica;

V) **Estimular a participação dos usuários** como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento. A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades loco regionais.” (30), grifos nossos).

Como as conformações do SUS e da Estratégia Saúde da Família ocorreram de forma desigual nos municípios brasileiros, há inúmeras particularidades que serviram como referência para constituição de políticas de saúde nacionais, como a implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como programa institucional no Ceará (24) e depois implementado em outros estados; o modelo em Defesa da Vida, método Paideia e a clínica ampliada em Campinas (17,31,32) e as diversas experiências municipais (17,24,33) que serviram como referência para constituição do SUS e da APS. Por outro lado, inúmeros municípios não acompanharam o desenvolvimento de formas mais eficazes de organização do sistema, apesar das evidências de sua maior qualidade no cuidado à saúde e da existência de uma Política Nacional para a Atenção Básica.

Embora tenha sido considerada uma política prioritária pelos vários governantes, o financiamento foi sempre insuficiente. As diretrizes nacionais constituíam um modelo inovador, mas sem um planejamento sistemático de recursos e estratégias no âmbito nacional e que envolvesse as três esferas de governo. Apesar da utilização de estímulos financeiros pelo Ministério da Saúde para indução à adesão ao PSF pelos municípios, toda a responsabilidade de implementação e gestão ficou a cargo destes últimos (municipalização). Dessa maneira, apesar do favorecimento ao crescimento da rede de Atenção Primária, não se transformou em estratégia universal de atenção como aconteceu na maioria dos países com sistemas públicos. Em decorrência, depois de três décadas, prossegue a existência de várias modalidades de modelos de atenção para a APS e a cobertura vem oscilando entre 40% a 50% da população do país (20).

Além dos diversos matizes teóricos que compõe a formulação da Atenção Primária, há também uma tensão política, de diversos interesses que permeiam a constituição do SUS. É importante lembrar que, principalmente a partir da década de 1990, há um avanço do neoliberalismo com políticas de sucateamento das políticas públicas. Sob a roupagem da Estratégia Saúde da Família e do SUS, existe a possibilidade de cooptação, com implementação de políticas que, em última instância, podem funcionar apenas como apaziguadora dos conflitos sociais, apenas como reprodutora da força de trabalho e como efetivação dos lucros do complexo médico industrial. Passam, portanto, a funcionar menos como garantia de direitos à saúde que promova universalidade e equidade no acesso, autonomia no cuidado, educação em saúde etc. Tal tentativa tem se apresentando com mais intensidade desde a década de 90, como demonstrado por inúmeros trabalhos (34,35).

Sendo assim, dialeticamente, a Atenção Primária carrega a possibilidade de ser ordenadora de um sistema de saúde universal, de qualidade e que garanta o acesso à saúde às pessoas, mas pode também se efetivar como instrumento de retirada de direitos e de precarização dos serviços de saúde. Além da discussão de eficácia da Atenção Primária, é fundamental a reflexão sobre qual é o objetivo da Atenção Primária. Em outras palavras, defender, maior orientação para a Atenção Primária não é condição suficiente para defesa da efetivação do direito à saúde.

1.3) Avaliação na Atenção Primária

A Avaliação em Saúde caracteriza-se como um processo fundamental ao Planejamento em saúde. Segundo o Ministério da Saúde, tem como objetivo:

“dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, (...) subsidiar a identificação dos problemas e a reorientação das ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população” (Ministério da Saúde (36), página 7).

Caracteriza-se, portanto, por ser um processo do Planejamento e Gestão para subsidiar decisões, no caso da saúde, no sentido qualificar e reorganizar os serviços de saúde de maneira a garantir melhores ofertas à população.

No entanto, a avaliação é ainda um campo em construção conceitual (37), podendo apresentar inúmeros fatores que determinarão a forma de fazê-la. Na mesma proporção da importância, portanto, é também da complexidade para realização.

De acordo com Novaes, as decisões conceituais e metodológicas na construção de processos de avaliação dependem de alguns critérios:

“-Objetivo da avaliação: priorização das condições de produção do conhecimento ou das condições de utilização do conhecimento (tomadas de decisão, aprimoramentos na gestão
- Posição do avaliador: externo ou interno, por referência ao objeto avaliado
-Metodologia predominante: quantitativa ou qualitativa, situacional ou experimental
-Contexto da avaliação: controlado ou natural
-Forma de utilização da informação produzida: demonstração/comprovação ou informação, instrumentalização
-Tipo de juízo formulado: comprovação/negação das hipóteses, recomendações ou normas
-Temporalidade da avaliação: pontual, corrente, contínua. ” (Novaes (37), página 549).

Além dos elementos necessários à construção do processo avaliativo, para que tenha capacidade de atingir seu objetivo, ou seja, de subsidiar tomada de decisões, ele deve ser norteado por alguns princípios (38): Utilidade, Oportunidade, Factibilidade, Confiabilidade, Objetividade, Direcionalidade. Ele deve ter a possibilidade de subsidiar decisões; estar disponível em um momento oportuno para a tomada de decisão; ter condições técnicas, políticas e econômicas para sua realização; deve ser revestido de racionalidade, coerência e consistência; deve buscar o melhor conhecimento e o maior aprofundamento possível dentro do tempo e recursos disponíveis; deve conduzir as escolhas na direção da resolução dos problemas.

Além da complexidade metodológica, o processo avaliativo carrega, necessariamente, julgamento valorativo sobre a imagem objetivo: onde seria considerado “bom” chegar? (37–41). Se há um componente valorativo, há, portanto, o envolvimento de interesses político-econômicos.

Em revisão sistemática realizada em 2018, constatou-se que a elaboração teórica sobre avaliação tem sido progressivamente maior se comparada à elaboração sobre “Planejamento”, sendo um pressuposto de que a “expansão da Avaliação se faz em detrimento do Planejamento, em contexto da disputa pela capacidade em influenciar a gestão pública no setor Saúde” (39).

O processo de avaliação é tradicionalmente inserido em um contexto de Planejamento e Gestão, geralmente situado como um momento *a posteriori* do planejamento. O deslocamento do processo de avaliação de uma análise mais geral sobre o processo de Planejamento e Gestão pode funcionar como mecanismo de ocultar reflexões críticas sobre a imagem objetivo (onde queremos chegar e porque queremos chegar), em detrimento de reflexões em torno de como melhorar a eficácia e eficiência dos processos para alcançar uma imagem objetivo preestabelecida (39).

Em um contexto de críticas aos programas sociais, em um avanço neoliberal na defesa de que os programas deveriam ser mínimos e focais, a roupagem da avaliação pode ser utilizada como mecanismo de precarização dos serviços e das relações e dinâmicas de trabalho, na medida em que prioriza apenas o enfoque em eficiência e eficácia (o aprimoramento dos meios), ocultando reflexões sobre o valor de uso do objeto em questão. Corre-se o risco de a Avaliação “ser colocada a serviço do status quo, sem questioná-lo” (39).

Nesse sentido, de modo a evitar o uso gerencialista e restrito da Avaliação, é

“... fundamental manter aberta a possibilidade de nos interrogarmos sobre o que produzem nossas práticas de planejamento, gestão e avaliação, não só como técnicas ou métodos específicos, mas em termos de redistribuição de poder, desalienação dos sujeitos e efetivo compromisso com as finalidades, a chamada eficácia”. (Furtado et al. (39), página 9).

a) Métodos de avaliação em Atenção Primária

Dentro do contexto de complexidade em torno de processos avaliativos, tanto no que tange à metodologia, como também da intencionalidade e do uso da avaliação para construção de políticas públicas, é necessário resgatar como se tem desenvolvido a “Avaliação” na Atenção Primária.

A partir da década de 1990 (42), com avanço neoliberal e sua consequente tentativa de “racionalização” dos processos de gestão dentro de um processo de reforma do Estado, o monitoramento e avaliação ganham maior espaço na política de saúde da Atenção Básica. Em 1998 o Ministério da Saúde publicou o documento “manual para organização da Atenção Básica” (43), em que colocava, como uma das obrigadoriedades dos gestores a realização de processos avaliativos, já marcado como um instrumento gerencial de controle (42). Com a priorização do Estado para institucionalização dos processos avaliativos, houve a criação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica, que culminou com a publicação da Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (36) em 2005.

Em 2002, a partir de um empréstimo entre o governo brasileiro e o Banco Mundial, o Ministério da Saúde instituiu o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), com uma tentativa de institucionalização nas equipes de processos avaliativos. Como resultado, foram financiados 84 de estudos e pesquisas (42), com algumas iniciativas importantes, dentre elas o desenvolvimento de ferramenta de Auto avaliação para Melhoria da Qualidade (AMAQ) (44) que objetivava o desenvolvimento de um método que auxiliasse na auto avaliação por gestores e trabalhadores.

Em 2006, houve a publicação da “Política Nacional da Atenção Básica” (25), em que foi firmado novamente a importância dos processos avaliativos. No primeiro semestre de 2008, o Ministério da Saúde iniciou a segunda fase do Proesf que durou até 2015, inaugurando dispositivos que atrelavam o financiamento da Atenção Básica pelo Governo Federal ao alcance de metas de desenvolvimento institucional e de resultados de uma série de indicadores de saúde (42).

A partir de 2011, inaugurou-se um período de maior uso gerencialista e de controle dos métodos de Avaliação na Atenção Básica, ficando mais evidente o atrelamento dos repasses de recursos federais aos processos avaliativos. Uma das maiores novidades foi o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) responsável por repasse significativo de recursos, representando, em 2018, 10% do orçamento federal (42).

Em 2017, a Política Nacional da Atenção Básica passou por mais um momento de mudança, reafirmando um modelo de financiamento que apresenta um componente de transferência de recursos atrelado ao desempenho e “qualidade” de serviços de acordo com os métodos avaliativos implementados (27), inseridos em uma política que promove a relativização da cobertura universal, a segmentação do acesso, a recomposição das equipes e a fragilização da coordenação nacional da política (45).

Como expressa um dos representantes do Governo Federal na implementação da política da Atenção Básica,

“cabe indagar quais seriam os maiores desafios a serem enfrentados na consolidação dessa agenda (de institucionalização dos processos avaliativos), sobretudo em cenários que exigem forte resiliência do sistema público de saúde e no qual se avizinham profundas restrições de ordem orçamentária e financeira, como tudo indica ser a atual situação no Brasil” (Sousa, (42) página 298).

Ou seja, há nítida utilização dos processos avaliativos “à serviço do *status quo*”, sem nenhum questionamento de seu contexto. É colocado, a priori, que o contexto do SUS será com restrições de ordem orçamentária e financeira em uma clara política de sucateamento das políticas sociais. Dentro desse contexto, sem questionamento sobre os motivos e as intencionalidades, os processos avaliativos

surgem como mecanismo de garantir um funcionamento mínimo em um contexto de privações econômicas. No entanto, que função cumpre o funcionamento da Atenção Básica nessas condições de estrangulamento do financiamento? Esse estrangulamento financeiro é de fato a única possibilidade?

Como observamos, portanto, o uso dos processos avaliativos da atenção básica no Brasil é um fenômeno recente e pouco institucionalizado. No entanto, na pouca experiência até o momento, é possível notar, desde o início e em um processo crescente, principalmente a partir de 2017, um uso gerencialista nos processos avaliativos, inseridos em um contexto de desmonte das políticas públicas.

b) Instrumento de avaliação “Primary Care Assessment Tool (PCA-TOOL)

Starfield (13), a partir da definição da Atenção Primária (ver Parte 1 desse Capítulo), sintetiza quatro atributos essenciais para ações e serviços da Atenção Primária:

- *Atenção ao primeiro contato*: acessibilidade (elemento estrutural) e o uso do serviço (elemento processual) de saúde a cada novo problema ou novo episódio de um problema de saúde;
- *Longitudinalidade*: existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. O vínculo do serviço com a população adscrita deve ser refletida em fortes laços interpessoais, que expresse a confiança mútua entre usuários e trabalhadores de saúde;
- *Integralidade*: arranjos das unidades de saúde de modo a garantir acesso dos usuários a todos os tipos de atenção à saúde, à luz do caráter biopsicossocial do processo saúde e doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas, mesmo que não possam ser oferecidas dentro do contexto da Atenção Primária e necessitem de encaminhamento a outros níveis de atenção;
- *Coordenação (integração) da atenção*: requer forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional ou por meio de prontuários clínicos, além do reconhecimento de problemas abordados e outros serviços e a integração deste no cuidado global do paciente. Deve coordenar todo o cuidado que o paciente recebe através da integração entre os serviços.

Além dos componentes essenciais, três dimensões consideradas atributos secundários, que qualificam as ações dos serviços de APS (46,47):

- *Orientação familiar*: na avaliação das necessidades individuais para a atenção à saúde, deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial no cuidado e, também, seu risco patologizante;
- *Orientação Comunitária*: reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade, considerando-se os dados epidemiológicos e o contato direto com a comunidade, sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços;
- *Competência cultural*: adaptação do serviço de saúde às características singulares da população adscrita, de modo a possibilitar a relação e comunicação com a mesma.

Sendo assim, na medida em que o serviço é fortemente orientado para o alcance de maior presença desses atributos, ele se torna capaz de prover atenção integral à comunidade adscrita, sendo, portanto, passível de nortear as estratégias de avaliação dos serviços e sistemas de saúde na APS.

Starfield (13) afirma que quanto maior orientação dos serviços por seus atributos e, portanto, sua melhor pontuação, melhores os indicadores de saúde, maior satisfação dos usuários, menores custos e maior equidade e, conseqüentemente, maior impacto positivo sobre a saúde da população.

A partir dessa elaboração sobre a Atenção Primária e seus atributos essenciais e secundários, desenvolveu-se um instrumento de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, o *Primary Care Assessment Tool* (PCA-Tool). Baseado em referencial Donabediano, o instrumento avalia, de maneira indireta, estrutura (organização administrativa, instalações, insumos, equipamentos, financiamento, experiência e qualificação da equipe) e processo (atividades realizadas para efetivação do cuidado, contemplando tanto o cuidado ofertado quanto o modo como este é percebido pelo usuário). O PCA-Tool foi o único instrumento de avaliação que mostrou capacidade de avaliar características de estrutura e processo para os quatro atributos essenciais (37,47). Em revisão sistemática em 2014 foi considerado método mais utilizado no Brasil para avaliação da Atenção Primária devido ao seu reconhecimento, aceitação e validação em vários países como Estados Unidos, Espanha e outros (48).

Estão disponíveis versões para usuários, profissionais e gestores, em diversas línguas. No Brasil foi realizada a tradução, a versão, a adaptação e o processo de validação do PCA-Tool para as versões extensa e reduzida para usuários crianças (12 anos ou menos), versões extensa e reduzida para usuários adultos (maiores 18 anos), versão extensa e reduzida profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e versão extensa para saúde bucal (cirurgião dentista e usuários) (46,47).

Houve dificuldade de adaptação dos itens do atributo secundário de competência cultural para as versões brasileiras, tendo sido excluída dos instrumentos de avaliação. As respostas são apresentadas em escala do tipo Likert, conforme apresentado detalhadamente a seguir, de modo a estipular uma nota de 0 a 10 para cada atributo, e uma nota geral sobre a atenção primária. É considerado forte orientação para APS as notas maiores que 6,67. A versão extensa para profissionais é constituída por 111 itens e por 87 itens na versão extensa para adultos (as versões utilizadas no atual trabalho).

Foi realizado levantamento bibliográfico na base de dados Scielo, buscas com a palavra “PCA TOOL”. Foram encontrados 41 artigos, dos quais 23 se referem à avaliação da Atenção Primária por usuários adultos ou trabalhadores em saúde. Foram encontradas três revisões sistemáticas sobre o tema. Uma sobre métodos de avaliação na Atenção Primária (48), outra sobre o desempenho da Atenção Primária segundo o PCATool (49), e a última sobre avaliação da Atenção Primária sob a ótica dos usuários(50).

Há também descrição de alguns trabalhos (47) que relacionam melhores pontuações no instrumento PCA-Tool a menores taxas de hospitalizações evitáveis e redução das mortes por doença isquêmica cardíaca, acidente vascular encefálico, asma crônica, bronquite e enfisema; melhores condições para aprimorar os vínculos das relações médico-paciente e reduzir desigualdades socioeconômicas no acesso e utilização dos serviços; a maior qualidade do cuidado de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); ao melhor manejo ao pacientes portadores de Diabetes Mellitus (24,47).

Esses resultados demonstram a potencialidade dos instrumentos PCATool em pesquisas em que se pretende avaliar a qualidade da APS, comparar serviços e investigar a efetividade com relação a condições de saúde.

Por outro lado, em sendo um instrumento de avaliação que objetiva quantificar a qualidade do serviço de Atenção Primária, inscreve-se no risco de cooptação a partir de uma lógica gerencialista, fazendo um uso instrumental da Avaliação, como vimos no início desse tópico. Na medida em que é usado exclusivamente como aprimoramento dos meios (eficácia) sem análise e reflexão crítica da imagem objetivo, tem grande chance de ser usado para reproduzir o *status quo*, e não para modificar e transformar a realidade.

Como visto também anteriormente, principalmente a partir de 2017 com a mudanças da PNAB, as políticas de saúde no Brasil e, especificamente, a Atenção Primária estão em um processo neoliberal de precarização, aumentando, portanto, o uso gerencialista do instrumento PCA-Tool. Tal risco se concretiza na medida em que, além de não permitir análise crítica do processo de construção da Política de Atenção Básica, permite o estabelecimento de metas e indicadores, que podem ser atreladas a quantias maiores de repasses federais ao serem alcançadas pelas equipes - e conseqüentemente corte de recursos às equipes que não as alcancem.

Dessa maneira, o instrumento PCA-Tool, como todo processo avaliativo, carrega a possibilidade de instrumentalizar e subsidiar tomadas de decisão no sentido de fortalecimento da Atenção Básica como efetivação do direito à saúde pela população brasileira, mas apresenta também o risco de seu uso para justificar a diminuição dos recursos financeiros às equipes, a relativização da cobertura universal, a segmentação do acesso e a recomposição das equipes.

2) OBJETIVOS

Objetivo geral

Avaliar a Atenção Primária de Paulínia-SP de acordo com os atributos da Atenção Primária propostos por Bárbara Starfield, sob a ótica dos usuários e trabalhadores.

Objetivos específicos

- a) traçar perfil dos usuários da Atenção Primária de Paulínia-SP de acordo com as categorias: idade, sexo, escolaridade, ocupação, etnia/cor e renda familiar;
- b) traçar perfil dos trabalhadores (médicos clínicos e enfermeiros) da Atenção Primária de Paulínia-SP de acordo com as categorias: idade, sexo, etnia/cor, função, vínculo de trabalho, escolaridade e formação em saúde coletiva;
- c) apontar possíveis potencialidades e entraves da Atenção Primária em Paulínia;
- d) desenvolver parâmetro avaliativo da Atenção Básica para comparação de possíveis mudanças futuras da Atenção Básica em Paulínia;
- e) realizar, a partir de análise documental, reconstituição da história do sistema de saúde de Paulínia;
- f) analisar a Atenção Básica de Paulínia tendo a Política Nacional de Atenção Básica como analisador;
- g) elaborar documento sintético com a avaliação da Atenção Primária em Paulínia, para discussão com trabalhadores, gestores e apresentação em reunião do Conselho Municipal de Saúde.

3) METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal de base populacional. Para avaliação da Atenção Primária no Município de Paulínia, optou-se pela aplicação do questionário PCA-TOOL. Segundo revisão sistemática de modelos de avaliação na atenção primária, o PCA-TOOL foi considerado válido avaliar a APS brasileira (48). Por ser também um instrumento validado internacionalmente, com estímulo do Ministério da Saúde para sua utilização (46,51), pode ser comparado tanto a outros municípios brasileiros, como servir de comparação para futuras mudanças organizativas da própria Atenção Primária de Paulínia.

A versão “Profissionais Extensa” do instrumento, validada para profissionais médicos e enfermeiros, foi aplicado aos enfermeiros e médicos clínicos da Atenção Primária de Paulínia, apresentando como critério de exclusão apresentar menos de um ano de experiência na APS de Paulínia. A coleta de dados dos profissionais de saúde foi realizada no período de junho a julho de 2020. Para realização das entrevistas, os coordenadores das Unidades Básicas foram contactados previamente para escolha dos dias de realização das entrevistas e reserva de horário na agenda dos profissionais. Em algumas Unidades, no entanto, a reserva do horário na agenda não havia sido feita no momento da entrevista, que foi realizada no intervalo entre os atendimentos dos profissionais. A abordagem foi realizada em cada uma das Unidades Básicas de Saúde, em salas privativas de forma a preservar o sigilo das entrevistas. Foi caracterizada de acordo idade, sexo, etnia/cor, função, vínculo de trabalho, escolaridade e formação em saúde coletiva

Em relação aos usuários, foi estimado uma amostra, com estimativa de erro amostral de 5% e nível de confiança de 90%, de 270 adultos. Para cálculo da amostra, foi considerado população total estimada pelo IBGE em 2018 de 106.776 pessoas, com proporção estimada de maiores de 19 anos de 70% da população com base no censo de 2010, sendo o universo do estudo 74.743 pessoas. Após a realização do estudo, foi realizada avaliação do tamanho amostral, chegando-se à conclusão de que o tamanho amostral mínimo deveria ser de 262 pessoas (52) (foi estimado considerando o desvio padrão amostral, com o objetivo de estimar a média de Escore Essencial dentro do grupo de interesse – detalhado no capítulo “Resultados e Discussão”).

Foi aplicada a versão “Pacientes Adultos versão extensa” do instrumento, em que a abordagem foi realizada em cada uma das Unidades Básicas de Saúde, em salas privativas de forma a preservar o sigilo das entrevistas. As entrevistas foram realizadas no período de janeiro a agosto de 2021. O número de entrevistados em cada Unidade foi proporcional ao número de habitantes adscrito a cada UBS, de acordo com o quantitativo a seguir: UBS Centro 1: 49 pessoas; UBS Centro 2: 13 pessoas; UBS Betel: 20 pessoas; UBS São José: 37 pessoas; UBS Amélia: 12 pessoas; UBS João Aranha: 13 pessoas; UBS Monte Alegre: 40 pessoas; UBS Cooperlotes: 30 pessoas; UBS Parque da Represa: 10; UBS Planalto: 46 pessoas. Foi considerado critério de exclusão não ter cadastro na Atenção Primária de Paulínia e apresentar menos de 19 anos. Foi caracterizada a população quanto a sexo, idade, escolaridade, ocupação, etnia/cor e renda familiar.

Para análise dos dados, foram planilhados os valores em planilha do *Excel*, do *Office 365*, quantificado os valores das respostas com base no próprio instrumento PCATOOL, descrito a seguir:

“a) Para versão profissionais:

As respostas possíveis para cada um dos itens são: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não”(valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/ não lembro” (valor=9). Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente. Para isso, foi seguido os passos descritos abaixo.

1o Passo Inversão dos Valores

O item A9 foi formulado de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para APS. Logo, este item deve ter seu valor invertido para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4).

2° Passo:

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

("missing") no banco de dados. Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco ("missing") com respostas "9" ("não sei/não lembro") for inferior a 50% do total de itens de um componente, o valor "9" foi transformado para valor "2" ("provavelmente não"). Esta transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado. Para cada um dos atributos, foi realizada média aritmética dos valores atribuídos para cada um dos itens: Acesso de Primeiro Contato (Acessibilidade), Longitudinalidade, Coordenação (Integração) de Cuidados, Sistema de Informações, Serviços Disponíveis, Serviços Prestados, Orientação Familiar, Orientação Comunitária.

Transformação dos Escores

Para transformar os escores em escala de 0 a 10 foi utilizada a seguinte fórmula: $[\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo})] \times 10 / 4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo})$.

Escore Essencial

O escore essencial é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais divididos pelo número de componentes. Exemplo: (Soma dos Componentes dos Atributos Essenciais) / número de componentes.

Para cada entrevistado, caso não tenha sido possível calcular o escore em 3 ou mais componentes essenciais, não foi considerado o Escore Essencial da APS para este entrevistado. Caso não tenha sido possível calcular o escore em 2 ou menos dos componentes essenciais, foi calculado a média dos componentes restantes para calcular o Escore Essencial da APS.

Escore Geral

O escore geral é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais aos componentes que pertencem aos atributos derivados, dividido pelo número total de componentes.

Para cada entrevistado, caso não tenha sido possível calcular o escore em 4 ou mais componentes, não foi calculado o Escore Geral da APS para este entrevistado. Caso não tenha sido possível calcular o escore em 3 ou menos dos componentes, foi calculado a

média dos componentes restantes para calcular o Escore Geral da APS.

b) Para versão usuários:

As respostas possíveis para cada um dos itens são: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/não lembro” (valor=9). Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente. Para isso, siga os passos descritos abaixo.

1o Passo. Inversão dos Valores

Os itens C9, C10, C11, C12 e D14 foram formulados de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para APS. Logo, estes itens devem ter seus valores invertidos para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4).

2° Passo:

Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“missing”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) atingir 50% ou mais do total de itens de um componente (“B” a “J”), não calcule o escore deste componente para este entrevistado. O escore deste componente para este entrevistado ficará em branco (“missing”) no banco de dados. Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“missing”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) for inferior a 50% do total de itens de um componente, transforme 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 pelo entrevistado.

Grau de Afiliação – componente de estrutura do atributo Longitudinalidade:

Itens = A1, A2, A3

O escore para este componente requer o uso do seguinte algoritmo:

- Todas as respostas NÃO:

$A1 = A2 = A3 = 0$, então Grau de Afiliação = 1.

- Uma, duas ou três respostas SIM, porém diferentes, relativas a diferentes serviços:

$A1 \neq A2 \neq A3 \neq 0$, então Grau de Afiliação = 2

- Duas respostas SIM iguais, relativas ao mesmo serviço:

$A1 = A2$ ou $A1=A3$ ou $A2=A3$ e iguais a SIM, então Grau de afiliação = 3

- Todas as respostas SIM:

$A1 = A2 = A3 = 1$, então Grau de Afiliação = 4

Da mesma maneira foi realizada média aritmética de cada um dos atributos, e depois transformado em escores (escore essencial e o escore geral).

Tais números serão submetidos à análise crítica do pesquisador, relacionando-os com a realidade e também realizando comparações com resultados de outras localidades.

Além da aplicação do PCATOOL, com base nos elementos da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), foi realizada uma análise da Atenção Básica de Paulínia a partir dos documentos oficiais da Secretaria de Saúde do Município disponíveis, dados do IBGE, CNES e TabNet, bem como elementos vivenciados pelo pesquisador como médico da Atenção Primária de Paulínia e pela experiência vivenciada na própria Secretaria de Saúde de outubro de 2019 a abril de 2020.” (51)

METODOLOGIA ESTATÍSTICA:

Análise descritiva com apresentação de tabelas de frequências para variáveis categóricas e medidas de posição e dispersão para variáveis contínuas. Para comparação de medidas contínuas entre 2 grupos foi aplicado o teste de Mann-Whitney, e para comparação de 3 ou mais grupos foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. Quando necessário foi realizada complementação de Dunn. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%(53).

Para análise estatística foram utilizados os seguintes programas computacionais: R Core Team (2020). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria.

4) RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1) O município de Paulínia e a constituição do sistema de saúde municipal

a) O Município:

Paulínia é um município com algumas características peculiares. Está localizado na região Sudeste do Brasil, pertencente à região metropolitana de Campinas, a cerca de 120km da capital paulista (São Paulo-SP).

Historicamente, seu surgimento remonta ainda à cessão das sesmarias, em que duas delas, doadas em 1796 e 1807, pela descrição da localização, situavam-se hoje onde é o município de Paulínia. Em meados de 1880, uma das fazendas da região, a Fazenda São Bento foi comprada, sendo um marco de um povoamento que se iniciou a partir da produção de café na região(54).

Interessante lembrar a origem do nome da fazenda. Seu pasto, segundo relatos de moradores locais, era infestado por serpentes peçonhentas. São Bento era o santo protetor dos trabalhadores rurais, sempre aclamado quando um desses animais era visto. Nessa fazenda, portanto, São Bento era um nome falado com muita frequência. Acabou dando nome à Fazenda (54).

Em 1899 houve a inauguração de uma Estrada de Ferro (Cia. Carril Agrícola Funilense), que ligaria Campinas à Fazenda do Funil. Na Fazenda São Bento foi criada uma estação que passou a se chamar Estação José Paulino, em homenagem ao político José Paulino Nogueira. Tal feito contribuiu para constituição de um local propício para produção e escoamento de café, o que estimulou a migração de famílias para trabalhar nas lavouras. Nessa ocasião, houve processo de imigração, de famílias oriundas principalmente da Itália (54).

As estações dessa ferrovia receberam o nome dos fazendeiros e homens influentes da região, como Barão Geraldo, Artur Nogueira, João Aranha etc. Os habitantes do vilarejo, no entanto, enviaram em 1906 uma solicitação à Câmara Municipal de Campinas para que o local fosse elevado a bairro com nome de São Bento, em homenagem ao Santo protetor. Alguns anos depois, à revelia dos desejos da população do vilarejo, o local passou a se chamar oficialmente Bairro José

Paulino. Em 1944 seu nome foi mudado para Paulínia, ao tornar-se distrito de Campinas (10,54–56).

A partir de 1942, com implantação de grandes indústrias químicas na região (naquele ano com implantação da Rhodia), passou a cumprir importante papel econômico regionalmente. Devido ao seu potencial econômico, iniciou-se movimento emancipatório com relação a Campinas, culminando com a criação do Município em 1964 (54–56).

A história recente da cidade é marcada pela presença da indústria petroquímica, tendo atraído um grande contingente populacional e promovido uma rápida urbanização do município. Nota-se que a inauguração da Refinaria do Planalto Paulista (REPLAN) data de março de 1972, com início da construção em 1969 (57), foi coincidente com o período de urbanização e crescimento populacional. A título de ilustração, em 1969, apresentava população de 6000 (54,55), e em 1973, já salta para cerca 12500 (10,11). A população continuou crescendo exponencialmente, em 2017 com população estimada de 102.499 habitantes e em 2020, de 112.003 habitantes (10,58). Isso significa um crescimento populacional de 18 vezes em cerca de 50 anos. A urbanização passou de 15,9% em 1960 para 54,3% em 1973(10).

Esses dados demonstram que antes da instalação do polo petroquímico em 1972, a população era predominantemente rural, com economia agrícola impulsionada pela estrada de ferro. O polo petroquímico passou a atrair uma grande quantidade de trabalhadores e houve uma grande expansão também de outras indústrias químicas. Tal urbanização foi cada vez maior, chegando a 99,9% em 2010(59).

Como visto, o Município apresenta-se como destaque pela presença de importantes indústrias petroquímicas, sendo considerado o maior polo petroquímico da América Latina e sediando a maior refinaria do Brasil (57,60). Por esse motivo, apresenta grande arrecadação municipal. Não à toa, ocupa, repetidamente, posições elevadas no ranking de Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*. Nacionalmente, está em quarto lugar em 2015, primeiro lugar em 2016 e 2017, e quinto lugar em 2018 (61). Apresenta, segundo Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, 32º posição no ranking de Índice de desenvolvimento Humano (IDH), ocupando 31º posição no IDH renda e 38º no IDH longevidade (62). Ocupa o 594º lugar, no Estado de São Paulo, de incidência de pobreza (59).

A riqueza do município expressa pelo PIB *per capita* reflete, em parte, também no gasto do município com saúde. No ranking nacional de gastos em saúde *per capita* realizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), com base em dados de 2017, Paulínia assume o terceiro lugar entre todos os municípios brasileiros, e o primeiro lugar entre os Municípios da Região Metropolitana de Campinas (RMC) (63).

Politicamente, devido ao grande interesse econômico, o Município foi sempre alvo de inúmeras disputas. Logo após sua emancipação (1964), em 1970 Paulínia foi declarado como de interesse da Segurança Nacional, sendo o prefeito eleito mantido no cargo até o final de seu mandato (1969-1972), quando foi nomeado, pelo presidente da República, o novo prefeito indicado pelo governador do Estado. As próximas eleições municipais ocorreriam somente em 1985 ((10,11,54), após o término do período da ditadura militar brasileira (1964-1985)(64). É também expressão dessa disputa pelo poder no município, a alternância de poder desde então entre os grupos políticos protagonizados por Edson Moura e José Pavan Júnior, culminando com a grave crise de instabilidade política municipal a partir de 2009, expresso pelas sucessivas trocas de prefeitos no poder Executivo Municipal, somando 15 substituições em 12 anos (2009 a 2021) (55).

b) Constituição do sistema de saúde e o convênio com a UNICAMP

Para remontar de maneira sintética esse período, o pesquisador utilizou principalmente as teses de doutorado de Andrade (11)e de Zanolli (10), que o analisaram com maestria e com riqueza de detalhes. Tal período é de suma importância para compreensão da estruturação atual do sistema municipal de saúde. O objetivo, no entanto, não será de reproduzir a análise das autoras, mas de se esforçar, em uma tarefa nada fácil, de capturar os elementos fundamentais do processo, que determinarão a estrutura de saúde presente hoje em Paulínia.

No esforço de remontar sinteticamente a história, a primeira notícia a respeito da assistência à saúde no município é de uma instalação de posto de atendimento médico na antiga estação José Paulino (10,54,65). No início da década de 50, ainda enquanto distrito de Campinas, foi solicitado ao Governo do Estado um médico para atender casos de urgência e prestar assistência, pelo menos duas

vezes na semana, já na estrutura física do Posto Médico de Paulínia. Apesar de reivindicações para construção de Posto de Higiene e Saúde (1952-1956), em 1958 foi idealizada a construção de um Posto de Puericultura que só começou a ter atividade em 1964, ainda de maneira irregular, funcionando em algumas horas e havendo trocas e faltas frequentes dos médicos. Em 1968 há registro de apenas uma farmácia local, e há relatos de que o farmacêutico, na ausência de uma estrutura de serviços de saúde, cumpria um papel de “médico da roça” (10,54,65).

Em 1969, o Posto Médico Municipal funcionava somente de duas a três horas diariamente, além do posto de Puericultura que atendia somente pela manhã. Nesse período não havia laboratório de Análises Clínicas e nem atendimento médico de urgência (11).

Em 1970, o Pronto Socorro passou a funcionar nas dependências do prédio da Prefeitura, contando com sala de emergência, quartos, enfermarias para observação de adultos e crianças, farmácia e gabinete dentário, somando 14 cômodos no total. Contava com ambulância para atendimento de chamados domiciliares e transportes de pacientes e também com o Serviço Social para orientação e triagem de serviços gratuitos (10).

Em resumo, no início da década de 1970, o município contava com uma unidade de saúde da Secretaria Estadual de Saúde, com atendimento basicamente de puericultura e alguns horários de clínica geral, e um pequeno Pronto Socorro Municipal, que funcionava no próprio prédio da Prefeitura, além de alguns poucos consultórios privados (10,11,54).

Coincide com esse período, a tendência de aumento populacional e em uma crescente urbanização do Município (como demonstrado anteriormente) em que a população praticamente dobrou da década de 60 para década de 70. O crescimento populacional, somado a uma estrutura de serviço de saúde ainda precária, constituiu-se em motivação do poder municipal para parcerias para estruturação da rede assistencial de saúde.

Simultaneamente, a Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), através, principalmente do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS), estava à procura de campo de atuação para a atividade acadêmica. Havia recém-saído de uma intervenção junto ao Bairro Jardim das Oliveiras (BJO) em Campinas-SP, e estava em

negociação com a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo (SES/SP) para outras possibilidades de atuação (11).

Somado a isso, além dos interesses da Universidade e do Município, Paulínia constituía-se como área de interesse nacional devido à formação do polo petroquímico. Segundo Marx (66), para qualquer processo de trabalho, é necessário o objeto de trabalho, os meios de trabalho e o próprio trabalho. Ou seja, para constituição de um polo produtivo, é necessário, além da infraestrutura de produção, a constituição da força de trabalho. Ora, partir a ótica da funcionalidade da saúde para reprodução de força trabalho (7), torna-se fundamental a instalação de serviços de assistência à saúde e de políticas públicas no município. Os serviços de saúde seriam necessários para tornar o trabalhador apto ao trabalho e à expropriação de mais valia.

Interessante ressaltar que em 1970, quando iniciaram as obras da REPLAN, estabeleceu-se um plano diretor para o município. Era necessária ampliação de infraestrutura dos serviços públicos para implementar políticas públicas sociais. Na elaboração do projeto referente à saúde realizaram-se contatos com a UNICAMP, buscando assessoria. Depois, vários profissionais de UNICAMP tiveram participação direta na administração municipal (10,67).

A história da constituição da rede municipal de saúde de Paulínia, portanto, é uma conjunção dos três interesses: 1) da Universidade à procura de campo de atuação; 2) do Município recém-formado buscando constituir sua estrutura de serviços de saúde; 3) do Estado Brasileiro constituindo um de seus principais polos produtivos. Dessa maneira, iniciou-se a realização de um trabalho conjunto da Prefeitura Municipal de Paulínia (PMP) com a SES/SP (Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo) e UNICAMP, de modo a ampliar as ofertas de serviços em saúde do município.

O convênio com a UNICAMP

A expressão se deu, em 1971, a partir de assinatura do convênio entre PMP, SES/SP e UNICAMP para criação do Centro de Saúde Escola de Paulínia (CSEP). Desde o início, na assinatura do primeiro convênio, é de fundamental importância ressaltar a desigualdade de poder instituída entre os entes. A direção do

projeto seria composta por três membros da SES/SP, três membros da Universidade e apenas um membro do Município (10,11).

Inicialmente preocupou-se pela busca de condições concretas para viabilização do projeto político-institucional, estreitando as relações interinstitucionais, conhecendo a população e a realidade local. Foram realizadas algumas intervenções de modo a testar modelos propostos pela SES, como as campanhas de vacinação “relâmpago”, em 1971. Na verdade, a campanha foi um desafio do Secretário Estadual de Saúde da época, buscando testar a capacidade e disposição da equipe de saúde em implementar a campanha. De acordo com uma entrevista contida em Zanolli :

“(...) o Márcio Machado Lemos (Secretário de Saúde do Estado) falou assim, que já que a universidade estava pensando em tomar conta de Paulínia, no futuro... ele fez uma espécie de brincadeira, falou assim: Vocês seriam capazes de vacinar toda a população de Paulínia em 1 hora? Não, em 1 dia? Eu que (...) era bastante ousado falei: - Em 1 hora eu consigo reunir todo mundo no Centro. Vamos lá! E vacinamos Paulínia em 1 hora” (Zanolli (10), página 82).

As ações conjuntas receberam grande divulgação local e regional, obtendo repercussão política e se transformaram em propaganda do projeto dentro e fora da FCM, possibilitando a ampliação das relações das instituições envolvidas, para além dos limites do convênio-padrão que fora assinado (11).

As atividades médico-assistenciais iniciaram-se em 1971, na unidade sanitária já existente do Município, no Posto de Puericultura, mas cujas limitação de estrutura física e de profissionais tornaram a intervenção muito restrita (10,11).

A implantação do projeto se deu no contexto da existência de um programa já em funcionamento na Unidade, realizado nos moldes tradicionais dos programas de Puericultura, correspondentes aos programas do tipo “vertical permanente especializado” (68). A partir dos programas de saúde do pré-escolar e do escolar, novas ações foram sendo implantadas, como o Programa de Atenção Materno-infantil, ações dirigidas à saúde do adulto e as atividades de educação e promoção de saúde nos bairros e comunidade (11).

Programa Saúde escolar (1973), o primeiro programa de intervenção, tinha como objetivo de atingir crianças excluídas da assistência médica. As ações seriam desenvolvidas, em sua maior parte, fora do serviço, propondo integração entre família, escola e comunidade. Tal projeto influenciou também o setor da Educação no sentido da elaboração de currículo escolar, reorientando os conteúdos relacionados à saúde e trabalhando a partir da realidade das crianças e sua participação, de tal modo que fossem criando uma nova consciência a respeito dos problemas de saúde locais e sua responsabilidade na resolução dos mesmos. O segundo programa, de Atenção Materno-Infantil, implementado a partir de novembro de 1973, já posterior à inauguração do CSEP, com caráter educativo junto às gestantes e mães, no contexto do trabalho ambulatorial. Segundo Marques:

“ (...) a população recorreu ao Centro de Saúde de Paulínia tanto para prevenção como para a doença e salienta a importância dos serviços instituídos basicamente sobre o interesse da prevenção, estarem aptos a ações curativas, indo, desta forma, de encontro às reais necessidades da população” (Marques (69), página 105).

Em novembro de 1973 foi inaugurado o CSEP, em que o atendimento passou a ser ampliado e iniciou a implementação de outros programas. Foram realizadas inúmeras reuniões: reuniões e seminários internos do DMPS, deste com outros departamentos e com a FCM, com participação de docentes, técnicos, residentes e alunos. Buscava-se a adesão e envolvimento da comunidade acadêmica nas propostas, bem como participação na definição de programas e formas de atuação (10).

Para coordenar as discussões, oficializou-se em novembro de 1973, o Laboratório de Educação para Medicina de Comunidade (LEMC), do DMPS. Em maio de 1974, foi criada a Coordenadoria de Promoção à Saúde para organizar os projetos e ações de Educação em Saúde em todos os níveis de atuação em Paulínia (10).

Ainda em 1973, as atividades com enfoque na população adulta começaram a ser incorporadas pela rede de unidades sanitárias da SES/SP, já que, historicamente, o atendimento ao adulto não fazia parte do conjunto das ações médico sanitárias nela desenvolvido. Na realidade concreta da implementação do

Programa Saúde da Comunidade (PSC) da FCM/UNICAMP, o modelo de atenção, desde o início, apresentava uma divisão de trabalho entre profissionais de saúde nas três áreas básicas: de saúde do adulto, da mulher e da criança (11).

Andrade sintetizou as principais características formuladas para o modelo assistencial a ser implementado em Paulínia nesse período:

- “- presença de níveis assistenciais distintos, por referência à dinâmica entre saúde coletiva e individual, sendo que nos níveis periféricos da rede predominariam as ações coletivas e, nos níveis centrais, aquelas voltadas para o atendimento individual, com uma crescente diferenciação tecnológica e distintas formas de organização do processo de trabalho em saúde nos diferentes níveis;
- constituição de equipes, ou agentes coletivos de saúde, integrados também por setores da população, que atuariam principalmente sobre os problemas de saúde coletiva;
- participação da comunidade no processo de decisão sobre os programas e ações de saúde;
- recurso instrumental técnico da Epidemiologia, do Planejamento e da Administração, para auxiliar na organização da prestação de serviços e nos processos decisórios administrativos;
- postura crítica relativamente à incorporação e utilização da tecnologia médica, nos diferentes níveis de complexidade da rede;
- possibilidade de o modelo assistencial ser parcial ou totalmente reproduzível” (Andrade (11), página 111)

É importante ressaltar algumas características presentes já no início da organização da área de atenção ao adulto no Centro de Saúde Escola de Paulínia:

- “a) acesso universal a toda pessoa adulta residente do município; b) prontuário familiar; c) atendimento no mesmo período ou dia da solicitação; d) enfoque biopsicossocial do adulto; e) vinculação do paciente e de sua família preferencialmente ao mesmo médico; f) conteúdo educativo em todo atendimento; g) busca da máxima resolubilidade possível no nível da própria unidade; h) visita

domiciliar para todo caso atendido; i) consulta médica domiciliar em casos selecionados” (Andrade (11), página 130)

O projeto partia da concepção biopsicossocial da determinação do processo saúde e doença e buscava descentralizar da consulta médica e do médico o funcionamento da instituição. Tinha como intenção de trabalho comunitário uma interação além da assistência à saúde, que buscava a construção de uma consciência sanitária na população, considerada usuária e participante do serviço. Para além de assistência à saúde, articulava-se com um projeto de transformação social (10,11).

Já nesse período havia implementação de trabalho em equipe multiprofissional (psicólogo, assistente social, sociólogo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e atendentes), previa o atendimento individual com médico e enfermeiro, reuniões de grupo, visita domiciliar, reuniões de discussão de caso. Havia também uma delegação de funções para atendentes e auxiliares de enfermagem, que faziam triagem e atendimento de casos de baixo risco sob orientação da enfermeira (10,69).

No que tange à participação social, houve a criação de um Conselho Comunitário para atuação junto ao CSEP, reunindo contatos com várias entidades e instituições, em uma época em que não havia ainda Sistema Único de Saúde e nem política nacional que preconizasse participação social. Tal ação, no entanto, funcionou por pouco tempo, em uma época marcada pelo autoritarismo e falta de democracia, não chegando a representar uma instância expressiva na gestão de saúde local.

Importante ressaltar também algumas ações realizadas, como:

“(…)as reuniões de bairros para discutir o problema da esquistossomose e das condições de saúde e saneamento; os contatos, levantamentos e trabalhos da equipe de educação com o grupo de jovens e com agentes de saúde no bairro João Aranha; as reuniões com a população para definir representantes de bairros no Conselho de Saúde da Comunidade, e o trabalho no Núcleo Habitacional José Paulino Nogueira, que gerou reivindicações por convênios de assistência médica previdenciária no próprio município” (Andrade (11) , página 133).

A interação da universidade com a Comunidade, sob a ótica de que garantir saúde é também garantir acesso a direitos básicos, foi capaz de fomentar algumas movimentações populares, chegando a conquistar o acesso à assistência médico-previdenciária a partir da mobilização da população (serviço antes só disponível em cidades vizinhas como Campinas e Cosmópolis). Tal feito, no contexto de ser município na época considerado área da segurança nacional, torna-se extremamente significativo, por apontar a possibilidade de construção de uma nova relação entre trabalhadores em saúde e usuários, sendo capaz de constituir um trabalho de educação política que ampliou os limites impostos pela política de saúde (11).

Interessante, a título de ilustração, o relato de um dos participantes do projeto, entrevistado por Zanolli:

“ (...) Eu trabalhei com a AC., muito tempo, então eles ensinavam a gente a ser democrático, expor o que a gente estava sentindo, o que achava (...) A gente trabalhou muito, teve até época que eu, a AC., o O., vínhamos de noite um pessoal assim, ZA., a gente vinha trabalhar com o povo, nas comunidades de bairros, à noite, explicar...Então o pessoal convidava, a gente vinha nos colégios, fazer uma reunião, falava para o povo quais eram os problemas que o bairro tinha, quanto às reivindicações deles. Nessas reuniões o pessoal perguntava, sabia aquele que era um médico e tal, falava assim: - Dr. e tal o que eu faço? Então ali já tem uma prevenção, a gente falava uma orientação, como prevenir a saúde” (Zanolli (10), página 90).

Nesse período, considerou-se o CSEP com um papel privilegiado, constituindo-se como um local que permitia a experimentação de intervenções e, simultaneamente, com expectativa de que viesse a impulsionar outros serviços. Importante ressaltar a importância do projeto Paulínia para formulação interna do DMPS da Unicamp e deste, para formulação de esboços dos princípios do Sistema Único de Saúde. De acordo com Sérgio Arouca, primeiro diretor do Projeto Paulínia, em entrevista contida em Andrade, as tarefas do grupo eram amplas:

“(...) reformular o pensamento médico, entrar num projeto alternativo, ser um polo de formação de pessoal, articular um movimento latino-americano, (...) ganhar legitimidade acadêmica, repensar a transformação da faculdade de Medicina, participar de um projeto de democratização da universidade, e *(isso o tornava)* um projeto ambicioso, sem sombra de dúvidas”. (Andrade (11), página 150)

Primeira crise do Projeto Paulínia (1975-1979)

Em 1975 houve uma crise política importante na Universidade, marcada por período de intervenção pela ditadura militar no DMPS, com saída de docentes importantes (70). Na realidade, houve prisões políticas de professores e de residentes, sendo, em seguida, demitido o professor Sérgio Arouca e vários de seus colaboradores. Um movimento político conservador e autoritário, tanto interno ao departamento, e também externo a ele, culminaram com intervenção no Projeto Saúde e Comunidade (PSC), interrompendo atividades de docentes e residentes que nele trabalhavam (11) . Nesse contexto, com a troca da direção do projeto (cujo diretor, Sérgio Arouca, foi acusado de subversão, tendo comprometido sua carreira docente e seus ganhos salariais), inaugurou-se, então, um período de retrocesso aos avanços conquistados no período anterior. Somado a isso, houve aumento de pressão política para maior abrangência do atendimento médico ambulatorial para uma população crescente (11).

Como síntese desse contexto, houve retorno para atividades estritamente dentro das Unidades de Saúde e reestruturação do Centro de Saúde a partir do modelo tradicional de prestação de serviços das Unidade Básicas SES/SP, baseado no atendimento médico ambulatorial e tentando esvaziar os conteúdos políticos do projeto (10,11).

Esse período foi marcado também pela escassez de registros sobre a experiência em andamento, o que reflete o esvaziamento a que foi submetida. Reflete também seu caráter mais pragmático e pouco reflexivo, embasado em um referencial técnico burocrático. Esteve apoiada em ajustes técnico-administrativos e em critérios econômicos que orientariam a reorganização das agências prestadoras

de serviços e o estabelecimento de relações funcionais entre os diversos níveis do sistema de saúde (11).

Em 1976, na renovação do convênio, foi colocada explicitamente como passível de ampliação da área de cobertura do serviço de saúde para além do município de Paulínia, evidenciando que a regionalização era uma perspectiva tanto para Universidade, como para a PMP e SES/SP (11).

A proporção de poder na condução do projeto permaneceria a mesma: três representantes da SES/SP e UNICAMP e um do município. No entanto, pode-se observar maior participação, ainda que incipiente, da Prefeitura de Paulínia, expressa na proposição da construção de um Hospital Municipal, através de solicitações de vereadores e da população. Um estudo realizado cuja conclusão de que não seria necessário, do ponto de vista técnico, a construção do Hospital, fez com que a Prefeitura mudasse de opinião. Em 1975, como proposta de mediação do conflito, o atendimento das urgências e emergências, antes realizado em instalação na Prefeitura Municipal, foi transferido para o Pronto Socorro Municipal, criado em uma parte da instalação do CSEP, trazendo também para o PSC a coordenação do serviço (11).

As atividades educativas e extramuros perderam a centralidade que ocupavam no período anterior, configurando uma prática mais próxima ao modelo sanitário tradicional, mais prescritivo e mais alinhado ao modelo assistencial de rede das unidades da SES/SP. Previa o atendimento nos programas verticais especializados, voltado para segmentos da população portadores de determinadas doenças ou pertencentes a grupos etários considerados de maior risco, a despeito do caráter potencial universal dos Centros de Saúde (11).

Em 1975 a Odontologia passou a funcionar na área física do CSEP e em 1976 passou a contar com participação da Faculdade de Odontologia da UNICAMP. Em 1978 a Prefeitura implementou o Centro Especial de Treinamento Municipal (CETREIM), instituição que se responsabilizaria pelo Serviços de Reabilitação e Saúde Mental do município (10).

Reestruturação e Crise (1979-1994)

No plano nacional, é importante ressaltar que no fim da década de 1970 e início década de 1980, o processo de redemocratização se inicia, levando a uma

intensificação da politização das questões de saúde. Um amplo movimento social cresceu no país, capaz de aglutinar diversos setores e atores sociais – desde movimentos de base até classe média – com associação também a partidos políticos de esquerda (ilegais na época). O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), foi fundado em 1976, e em 1979, formou-se a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Ambas instituições importantes no movimento de reforma sanitária que se iniciara no Brasil. O movimento cresceu, formou alianças com parlamentares progressistas, gestores da saúde municipal e outros movimentos sociais, culminando com a constituição do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) em 1980 (22).

É nesse contexto de intensa mobilização do movimento de Reforma Sanitária, e, portanto, de elaboração do SUS, que se deu a reestruturação do Projeto Paulínia, que, a partir de 1979, retomou um período mais intenso de elaboração e experimentação de modelos, que estiveram ligadas à introdução de novos atores e concepções sobre ensino e serviço. Sua preocupação era que o projeto Paulínia representasse, de acordo com entrevista do docente Dr. Nelson Rodrigues dos Santos para Andrade:

“Um avanço dentro das possibilidades, (...) considerando o que estava acontecendo em todo o Estado de São Paulo, nos outros Centros de Saúde-Escola, o papel da Secretaria de Saúde, o papel da Prefeitura de Paulínia, de outras prefeituras vizinhas, encaixar uma estratégia de Paulínia dentro de uma estratégia global, onde Paulínia pudesse estar contribuindo” (...) “avançar menos e reproduzir mais, do que avançar muito e não reproduzir nada” (Andrade (11), página 171).

No período a partir de 1979, houve proposição de novas diretrizes de trabalho, ressaltando-se:

- 1) a extensão da cobertura dos serviços, tanto com atividades extramurais (fábricas, escolas, fazendas etc.) como também a discussão da expansão de novos Centros de Saúde para outras áreas do município;
- 2) a extensão do cuidado, buscando ampliar o acesso ao serviço de saúde à toda população, de modo a atender a demanda reprimida;

- 3) integração ou constituição da rede de saúde local, com interlocução entre diferentes órgãos do setor saúde (ambulatórios do CSE e Pronto Socorro) e também com trabalho intersetorial, refletindo a concepção mais abrangente do processo saúde e doença;
- 4) preocupação com a constituição da equipe de saúde, através da proposta de que o conjunto de profissionais de diversas áreas participasse da discussão dos programas, especialmente a equipe de enfermagem, que se experimentassem novos papéis, na linha da capacitação para algumas funções tradicionalmente desempenhadas pelos médicos. Para além da pré-consulta realizada por tais profissionais no modelo tradicional dos programas do SES/SP, propunha-se a realização de consultas de enfermagem, representando uma alternativa na atenção à demanda;
- 5) a educação em saúde foi retomada, realizando discussões para promoção do autocuidado, a partir da desmonopolização do saber médico e maior interação com o saber popular, tanto nos trabalhos dentro do serviço, quanto nas atividades no território;
- 6) reformulação da prática médica, com uma crítica ao papel medicalizante da vida desempenhada pelo modelo médico tradicional, que reduz o conjunto de problemas trazidos pela clientela, tornando-os passíveis de sofrer intervenção médica, gerando grande consumo de atos médicos. Em contrapartida, proposta de intervenções embasada em tecnologias mais apropriadas, em termos de materiais e saberes;
- 7) avaliação do rendimento e resolubilidade das ações desenvolvidas;
- 8) hierarquização da rede saúde, com atendimento em nível primário em mini postos urbanos e rurais, atividades em escolas e empresas; em nível secundário composto pelos ambulatórios do CSEP e terciário pelo hospital universitário;
- 9) fortalecimento da atenção primária, tentando superar a Medicina Comunitária tradicional, simplificadora e pouco resolutive, para uma maior qualificação técnica e gerencial;
- 10) participação democrática da equipe e da população no diagnóstico das necessidades em saúde, na programação e avaliação;
- 11) criação da rede de unidades básicas como resultado da reorganização dos serviços e de sua regionalização;
- 12) a competição com o complexo médico industrial através da disputa de clientela e combate à medicalização;

13) a politização dos partidos e movimentos representativos dos interesses populares;

14) a revisão dos perfis profissionais com base na desmonopolização do saber e com treinamento técnico e crítico(11).

No entanto, apesar dos esforços, em todo o período, o modelo de ensino assumiu um componente mais nítido de treinamento clínico ambulatorial, se afastando das intervenções da Saúde Coletiva (10,11).

Ao final da década de 70, o poder municipal, outrora pouco presente na definição e elaboração do programa, passa a reivindicar, por parte do prefeito e vereadores, maior poder de decisão da política de saúde, criticando a hegemonia da Universidade na condução da política. Expressaram-se mais os conflitos através da apresentação de propostas díspares, a partir de concepções político-ideológicas diferentes. Como expressão desse conflito, ressalta-se aqui a proposta com relação ao Hospital Municipal de Paulínia (HMP) e ao funcionamento dos centros de saúde nos bairros (11).

Sobre o HMP, o plano do poder municipal incluía viabilizar o funcionamento do Hospital para vários convênios como as indústrias petroquímicas, grupos de médicos privados e até mesmo a Previdência Social. Posteriormente, com a construção do hospital, equipado, mas sem funcionamento por não haver principalmente recursos humanos, cresceu a pressão política para sua inauguração. Ganhou ainda mais força a proposta privatista de ceder a estrutura para exploração da iniciativa privada. Por outro lado, ressalta-se que a posição da Universidade era de que não havia, no momento, justificativa técnica para construção do Hospital Municipal, mas, em sendo construído, propuseram que se tornasse regional, inclusive com disponibilização de leitos para internação a nível secundário a ser utilizado pelo Hospital Universitário. Além disso, defendia que pronto socorro se inserisse na rede de cuidados municipais, desempenhando um papel de interlocução com a rede básica, reforçando o papel de referência e contrarreferência. E, além, que as equipes da atenção básica também ocupassem os espaços do hospital, garantido um seguimento mais próximo das famílias assistidas, possibilitando por exemplo, que a equipe do pré-natal da rede básica realizasse o parto em ambiente hospitalar. Em outras palavras, havia, por um lado, o interesse do poder municipal em ceder a estrutura do HMP para exploração da iniciativa privada e, por outro, o interesse da Universidade em construir um Hospital

que fosse integrado tanto aos serviços de saúde municipais como aos serviços regionais, constituindo de fato uma rede de atenção à saúde (11).

O segundo conflito importante desse período, sob a gestão do docente Gastão Wagner, refere-se à proposta do funcionamento dos Centros de Saúde nos bairros periféricos. Os docentes da Universidade defendiam que cada um deles tivesse funcionamento semelhante ao CSEP, com mesmo grau de resolubilidade. Em contrapartida, o poder político, pressionado pela construção de mais centros de saúde, propunha unidades de baixa resolubilidade, semelhante a pequenos pronto atendimentos, desvinculados da rede de assistência municipal.

A concretização prática teve a marca de implantação não necessariamente relacionada à necessidade real do serviço, com construção de Centros de Saúde em áreas sem demanda (exemplos Centro de Saúde Planalto e outro instalado no bairro Morumbi – fechado por falta de demanda alguns meses depois da inauguração) e também com instalação de postos com pouca estrutura física e de pessoal, com baixa capacidade técnica e gerencial, resultando em baixa resolubilidade se comparada ao CSEP (exemplo Centro de Saúde Monte Alegre e Centro de Saúde João Aranha). Tal feito garantiu, por um lado, o aumento da influência política do prefeito e vereadores, e por outro, constituiu-se como embrião da rede de atenção básica do município (11).

Somado ao conflito crescente da Prefeitura com a Universidade, exemplificado pelas duas situações anteriores, acumulou-se também um financiamento sempre maior do poder municipal. A título de exemplificação, de 1979 a 1985, o financiamento municipal esteve sempre acima de 70%, chegando a ser mais de 90% entre 1980 a 1983 (11). A busca por maior autonomia do poder municipal associava-se a uma grande capacidade no financiamento, em razão da significativa arrecadação tributária do município. Esse conjunto de fatores permitiu que a Prefeitura passasse de uma posição de reivindicação, para uma atuação mais direta, criando serviços próprios, vinculados aos interesses políticos locais (11).

Ao lado do crescente conflito entre a Prefeitura e a Universidade, como demonstrado anteriormente, esse período também foi marcado pela estruturação da rede de saúde municipal. Em 1985 houve a implantação do HMP, com integração do Pronto Socorro, implementação dos serviços de Apoio Diagnóstico (Imagem e Análises Clínicas) e de Ortopedia. Sem dúvida, houve ampliação importante da capacidade resolutiva do sistema de saúde municipal. A gestão do HMP, diferente

da gestão do CSEP, era hegemônica por membros da Prefeitura, e não da UNICAMP (10).

A partir de 1985, a direção do Convênio se reestruturou de maneira diferente. O Conselho Diretor era composto por três membros de cada instituição (SES, UNICAMP e PMP) e um membro da comunidade. Esse conselho foi mantido (apesar da readaptação em 1989) até a municipalização da saúde na cidade, sendo substituído pelo Conselho Municipal de Saúde (10).

Os Centros de Saúde dos bairros periféricos passaram a oferecer, gradativamente, atendimento na área da saúde do adulto, da criança, da mulher e também de saúde bucal, com os mesmos programas do CSEP, contando com setores de enfermagem, prontuário e farmácia. A rede de Centros de Saúde (embrião para a posterior Atenção Primária do Município), era composta então por quatro unidades(10).

No CSEP, além dos serviços contidos nos três centros de saúde dos bairros periféricos, contava com Saúde Mental, Cirurgia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cardiologia. A Vigilância Epidemiológica e o ambulatório de especialidades também tinham suas atividades em instalações do CSEP, mas atendiam usuários de todo o município(10).

A partir de 1982 a Saúde Bucal ampliou sua área física, constituindo o Centro de Odontologia Municipal (COM), tendo início em 1983 o PIESE (Programa de Atenção Integral à Saúde Escolar). Com a implementação dos postos de saúde nos bairros periféricos, a saúde bucal também descentralizou parte de suas atividades (10).

O projeto, apesar dos avanços, da inovação e da alta resolutividade da rede instituída a partir de boa infraestrutura de apoio diagnóstico, o acesso facilitado a algumas especialidades e ao atendimento hospitalar (71,72), apresentava problemas importantes, como descritos por Zanolli:

“Não se atendia toda a população que demandava aos serviços; havia reverberação dos pacientes no sistema; burocratização do atendimento; falta de respostas às necessidades de saúde de fato sentidas à população, falha nos mecanismos de avaliação dos serviços e do processo de trabalho; pouca participação da

comunidade; falta de clareza do papel do trabalhador de saúde; falhas no mecanismo de gestão” (Zanolli (10), página 103).

Rompimento do Convênio

Como descrito anteriormente, a estruturação do sistema de saúde foi permeada também por um crescente conflito entre PMP e UNICAMP. Por um lado, um financiamento proporcional cada vez maior por parte da PMP; de outro um poder decisório minoritário, principalmente até 1985, com composição desproporcional na direção do projeto.

Além da desproporção formal no poder decisório dos rumos da política de saúde municipal, toda a formulação do modelo assistencial foi, basicamente, proveniente da UNICAMP. Com exceção do período de 1975 a 1978, cuja hegemonia de formulação e implementação do projeto coube à SES/SP, a Universidade é a principal formuladora do programa e também do sistema de saúde do Município.

Além disso, como sintetizou Zanolli:

“Associava-se a esse descontentamento o fato de a Prefeitura não utilizar os benefícios que esse sistema de saúde trazia à população como fato ou poder de barganha político local, e ainda insistiam em propostas de terceirização da saúde; todos esses pontos fizeram com que o poder municipal, cada vez mais, quisesse tomar conta do controle total da formulação das políticas de saúde e controle sobre as instituições prestadoras desses serviços. ” (Zanolli (10), página 106).

Como síntese do rompimento do convênio, escreve Zanolli:

“Com a municipalização, a execução do convênio com o SUS, ficou com a Prefeitura, que deveria fazê-lo através do Conselho e do Fundo Municipal de Saúde. A implantação dessas instâncias não foi efetuada, funcionando precariamente o Conselho Municipal de

Saúde na gestão Pavan¹. Com a gestão seguinte (Edson Moura²) , além de não se implantar o Fundo Municipal de Saúde, o Conselho foi desativado e não se nomeou Secretário de Saúde, o Prefeito respondia pela saúde. A prestação de contas deixou também de ser feita. O município tinha um sistema de saúde altamente qualificado e estruturado, a maior parte dos recursos humanos, e a UNICAMP, passou a atrapalhar as intenções de terceirização e uso clientelista da atenção à saúde. Em 1994, por iniciativa da Prefeitura Municipal de Paulínia, rompeu-se o convênio com a UNICAMP, com alegação do município já estar investindo verbas suas para atender população de outras cidades, atraídas ou encaminhadas pelo próprio convênio. Apesar das tentativas: pelos profissionais da UNICAMP que atuavam em Paulínia, para sensibilizar a população, as instituições que tinham algum tipo de parceria na atuação local da saúde e os vereadores; da insistência em manter o convênio pela UNICAMP para preservar um local de ensino; com a Secretaria de Estado de Saúde tendo uma intermediação discreta, através da nomeação de uma Comissão Tripartite de Transição do convênio; a Prefeitura manteve-se irredutível em sua decisão. 'Terceirizou' alguns serviços, buscando parceria com o setor privado, principalmente no HMP e nos serviços de apoio diagnóstico. " (Zanolli (10), página 108-109).

Já próximo ao rompimento, a forma de gestão já contava com número menor de reuniões, com as decisões mais centralizadas nas direções. Com o rompimento, houve nomeação de profissionais pela Prefeitura para acompanhar a fase de transição até a saída da Universidade, o que interferiu diretamente no modo de fazer gestão, acarretando em dificuldades e cerceamento do processo de trabalho. Tal prática, pouco democrática e centralizadora, tornou-se frequente no período pós 1994 até os dias atuais. Novamente, uma das entrevistas de Zanolli ilustra bem:

"Mas foi complicado, principalmente por essa convivência com essas pessoas que não tinham nenhuma capacitação, pessoas que a gente nunca quis, nunca aceitou. Inicialmente não tinham nenhum

¹ Gestão Pavan: 1989-1992 (1)

² Gestão Edson Moura: 1993-1996 (1)

poder decisório no Centro de Saúde Escola. Nas outras unidades não, já entraram tomando decisões e procurando se mostrar confiáveis pra quem tinha mandado lá. Pessoas assim, 'prepostos', eles muitas vezes 'acegam' as ordens que são dadas, fazendo besteira e são pessoas muito mal vistas pelos funcionários. Processo de intervenção mesmo. Não conseguiram mudar nada assim, a princípio, do funcionamento das unidades, mais a nível administrativo mesmo... Mas, por causa dessa falta de médico, as outras três unidades ficaram sem coordenação, sem coordenação médica (técnica) e eles acabaram assumindo a coordenação das unidades. E assim muito inadequados, não tinham nenhuma adequação para fazer isso...Eles não se reportavam a mim. Quer dizer, eu acabei ficando como diretor do convênio anterior, que estava denunciado, mas vigente ainda. Então não me chamavam para as reuniões, tinham reuniões na Secretaria Municipal de Saúde com essas pessoas...Era uma administração paralela(...)" (Zanolli (10), página 138).

Elementos fundamentais

Esse primeiro momento de estruturação do sistema municipal de saúde não está permeado apenas por curiosidade histórica. Ele carrega elementos que foram determinantes para que o arranjo organizacional do sistema de saúde se constituísse da forma com está hoje. É necessário um esforço, portanto, de ressaltar os elementos mais significativos.

Essa fase é marcada por ter se constituído como um laboratório de experiências que contribuíram para o que se concretizou no período seguinte como política do SUS. Principalmente no último período, houve uma sintonia grande dos atores político-institucionais com o movimento sanitário, havendo uma troca entre as experiências locais e as formulações nacionais. O modelo assistencial em Paulínia objetivava não reorganizar somente o CSEP, mas constituir uma rede de atenção local, geradora de uma nova forma de organização dos serviços básicos de saúde e integrando-os aos outros níveis de atenção e com possibilidade de reprodutibilidade do modelo, já que se articulava com o que vinha sendo esboçado na formulação da política de saúde do país (10,11).

Uma expressão mais objetiva do impacto da experiência de Paulínia para formulação e constituição do SUS, foram as reuniões realizadas de 1980 a 1982 pelo diretor do CSEP, responsáveis por iniciar um movimento político que culminou com a constituição do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), pós VIII Conferência Nacional de Saúde (10).

Sendo assim, trouxe elementos inovadores à época. Embasado em uma concepção ampliada da determinação do processo saúde e doença, propõe inovações no campo do cuidado em saúde e também no campo da organização dos serviços e da gestão. Em última instância, a história do SUS tem uma grande interlocução com o DMPS da FCM/UNICAMP, cuja história até se confunde com a história do sistema de saúde de Paulínia. A história dessas três instituições está muito entrelaçada (10,73).

No campo do cuidado em saúde pode-se ressaltar as tentativas de constituição de um modelo com críticas ao monopólio do saber médico. Como consequência, uma tentativa de envolver uma equipe multiprofissional no cuidado, nesse período, principalmente dos profissionais de enfermagem. Tentava superar um modelo em que a oferta do serviço era exclusivamente a consulta médica, em que a participação dos outros profissionais era apenas como coadjuvantes na concretização dessa oferta através de pré ou pós consulta. Propunha um modelo em que houvesse intervenções e ofertas multiprofissionais com o mesmo grau de importância da intervenção médica. Essa inovação se concretizou posteriormente na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (26), como hoje consagrado através do trabalho em equipe multiprofissional. É importante notar também que, ao mesmo tempo em que a experiência avançou na constituição do trabalho em equipe, a interlocução com a enfermagem foi considerada por alguns como excessiva, descaracterizando as especificidades da categoria (10,11).

Outro desdobramento da tentativa de desconstrução do monopólio do saber médico foi o de considerar mais eficaz uma prática menos autoritária e prescritiva, mas que considerasse o saber popular, a cultura dos usuários e também seus desejos e intenções. Tal experiência se consagrou posteriormente no que conhecemos como clínica ampliada (74). Previa, portanto, que houvesse abordagem familiar e comunitária, além competência cultural, atributos estes considerados fundamentais na análise da Atenção Primária (46,51,75,76).

A partir da concepção ampliada da determinação do processo saúde e doença, houve também o esboço de articulação do serviço de saúde com a comunidade na reivindicação por direitos. É marcada também por ressaltar a importância do que conhecemos como educação em saúde (26) e da necessidade das intervenções extramuros, como visitas domiciliares, interlocução com fábricas, fazendas, escolas, igrejas organizações não governamentais, associação de moradores etc.

No entanto, a experiência foi incapaz de romper com o funcionamento do serviço a partir de programas verticais e nucleares através das áreas de saúde da mulher, da criança e do adulto. Não avançou para uma perspectiva do cuidado a partir de uma lógica mais integral através da figura do generalista e nem mesmo na promoção de autonomia do sujeito no autocuidado. Apesar das tentativas, foi incapaz de romper com uma lógica predominantemente ambulatorial, primordialmente médico centrada, intervencionista e medicalizante (10,11).

No campo da gestão, já carregava elementos como o da gestão colegiada, que permitisse uma gestão mais democrática, com maior envolvimento de toda equipe não só na execução do trabalho, mas também de seu planejamento, propiciando discussões e reflexões sobre o processo trabalho. Foi muito marcada a presença de assembleias gerais dos trabalhadores, participação ativa de inúmeros atores dos locais de trabalho, também com reuniões de área (pediatria, clínica, vigilância etc) e as reuniões do conselho do CSEP, democratizando as relações de poder institucional. A título de ilustração, como tentativa de síntese, transcrevo um relato de um dos entrevistados por Zanolli:

“Sempre teve em Paulínia muita reunião, muito debate, muita discussão. (...) O que eu achava bastante interessante era uma reunião geral em que participavam todos os funcionários, todos mesmo, funcionários da limpeza, auxiliar de laboratório, a enfermagem, auxiliar de enfermagem, todos falavam. (...) Vejo assim por outros postos agora, porque eu fiquei muito tempo trabalhando lá, não trabalhava em outros lugares, e agora, em outros postos, essa relação é bem diferente. Eu acho que a relação do médico em relação a outros funcionários é muito autoritária em geral. Lá em Paulínia tinha os funcionários que colocavam a boca no trombone mesmo, falavam, eram escutados e tinham mais força. E

fora, os outros postos, fica: funcionário não! Os médicos, os coordenadores parecem que tem uma coisa, um peso muito grande. Eles falam, definem. E em Paulínia havia o hábito de falar mais, de colocar. Nem sempre tudo era acatado, mas pelo menos havia espaço em que a pessoa pudesse colocar as ideias. As coisas sempre eram muito discutidas... e algumas caíam em votação. Caia em votação, quando era coisa que dá pra votar, tem coisa que não dá pra votar” (Zanolli (10), página 129).

Próximo ao término do contrato, no entanto, as reuniões passaram a ficar mais escassas e o poder mais centralizado nos diretores. Após a municipalização do sistema de saúde e o rompimento do contrato, os cargos de chefia foram ocupados por indicações do poder municipal, erradicando os espaços de democracia institucional.

No entanto, principalmente a partir da década de 1980, o gerenciamento seguiu uma proposta que cruzava: 1) uma organização das chefias dos serviços coordenada pela gerência da “rede ambulatorial” (que era a mesma do CSEP); 2) outra baseada nas áreas de atuação: coordenação da pediatria, da clínica, da GO, enfermagem etc, em que cada área assumia uma dinâmica própria e de discussões internas. Importante ressaltar que o modelo decisório tinha raízes em um modo taylorista de organização do serviço, e não formulado a partir da gerência por Unidade de Produção, com maior capacidade organizativa, eficácia e interação entre as diversas áreas do conhecimento, como formulado posteriormente por Campos com a elaboração do Método da Roda (32).

Previa também a necessidade de controle social, carregando a tentativa de consolidação de um conselho local no CSEP com a participação de membro da comunidade no Conselho Diretor e depois a fundação no Conselho Municipal de Saúde. No entanto, o controle social nunca se efetivou. Nem mesmo com a concretização do Conselho Municipal de Saúde após o rompimento do Convênio o representante era de fato indicado pela comunidade: eram compostos por dois membros do poder legislativo (com maioria da situação), um representante dos servidores públicos municipais (cuja associação, naquela época, nunca fez oposição ao poder municipal), um representante dos sindicatos de empregados sediados em Paulínia (que eram poucos), um representante das empresas localizadas em

Paulínia e filiados ao Plano de Assistência Mútua (que coordenava a atuação das empresas no município), um representante das entidades assistenciais sediadas em Paulínia (que dependiam financeiramente da Prefeitura) e um representante das Sociedades Amigas de Bairros (que eram três, influenciadas por vereadores ou candidatos a esse cargo). “Apesar das várias propostas colocadas nesse sentido, em poucos momentos esteve na prática” (10).

Propôs, ainda, um modelo de organização do sistema local de saúde público, regionalizado e hierarquizado (10,11).

A experiência trouxe também, de maneira muito presente, o conflito de poder entre Universidade e PMP. Foi, além, um conflito que escancarou a necessidade do poder municipal no controle da estrutura de saúde. Evidenciou-se o uso clientelista da saúde para ganho de poder político. Aponta também uma grande resistência do poder municipal na regionalização dos serviços, caracterizando seu principal argumento para rompimento do contrato em 1994 (10). Certamente foi uma experiência que influenciou as relações do poder municipal com outros atores “externos” no momento posterior, como será descrito a seguir.

4.2) Avaliação da Atenção Primária de Paulínia sob a PNAB como analisador

Após o rompimento com o convênio com a Unicamp, assim como no período de intervenção de 1975-1978, houve novamente uma escassez de registros e de produção teórica e reflexiva. Há, portanto, uma dificuldade de remontar a história a partir de 1994. Como o objetivo central desse trabalho é avaliação da Atenção Primária no Município, não dispendendo de tempo hábil reconstituição histórica detalhada, não foi possível analisar com profundidade o período pós 1994. Tentou-se remontar parte da história, bem como o detalhamento do funcionamento atual da rede, com os poucos documentos disponíveis.

Em 2021, com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (77), em apresentação da equipe técnica da rede ambulatorial de 2012 disponível na página do site da PMP (78), na Lei Municipal de 2012 que regulamenta o Centro de Geriatria (79) e também na experiência profissional do pesquisador, a Rede Municipal de Saúde de Paulínia é composta:

- Atenção Primária: 10 Unidades Básicas de Saúde (Centro I, Centro II, Betel, Monte Alegre, Cooperlotes, Parque da Represa, São José, Amélia, Planalto, João Aranha);

- Atenção Secundária: Saúde Mental (Serviço de Saúde Mental Infantil e Adolescentes, Serviço de Saúde Mental Adulto, Centro de Referência em Dependência Química); Centro de Convivência Ciranda dos Saberes; Centro de Geriatria e Gerontologia (com equipamentos Residência de Longa Permanência – com capacidade de acomodação de 54 idosos, Residência Temporária, Centro-Dia, Atendimento Domiciliar, Atendimento Ambulatorial, Reabilitação, Centro de Formação e Hospital Dia Geriátrico); Centro de Oncologia; Centro de Especialidades (serviço de práticas integrativas e complementares, otorrinolaringologia, pneumologia, oftalmologia, endocrinologia, reumatologia, neurologia, ortopedia, anestesiologia e ambulatório de dor crônica, dermatologia, homeopatia, cirurgia vascular, cirurgia geral, gastroclínica, nefrologia, cardiologia, hematologia, urologia, acupuntura, infectologia e serviço de diagnóstico por métodos gráficos dinâmicos – teste ergométrico e espirometria); Centro de Testagem e Aconselhamento (serviço de atenção a DST/HIV/AIDS); Centro de Terapia e Reabilitação Integrada Municipal (CETREIM); Farmácia de Alto Custo; Centro de Fisioterapia; Programa Saúde em Casa; Hospital Municipal de Paulínia (20 leitos de UTI; Enfermarias: quatro leitos de ortopedia, um leito de urologia, dez de ginecologia, treze de cirurgia geral, vinte e oito de clínica geral, três obstetrícia cirúrgica, dez obstetrícia clínica, quatro leitos psiquiatria, um leito de pneumologia sanitária (isolamento), quinze leitos pediatria clínica e quatro leitos pediatria cirúrgica).

- Vigilância: Vigilância Sanitária, Zoonoses e Vigilância Epidemiológica

-Urgência e Emergência: Pronto Socorro no Hospital Municipal de Paulínia

- Saúde Bucal: quatro Centros Odontológicos, sendo três deles integrados à atenção básica (Centro, Planalto e São José) e outro em instalação separada (Monte Alegre).

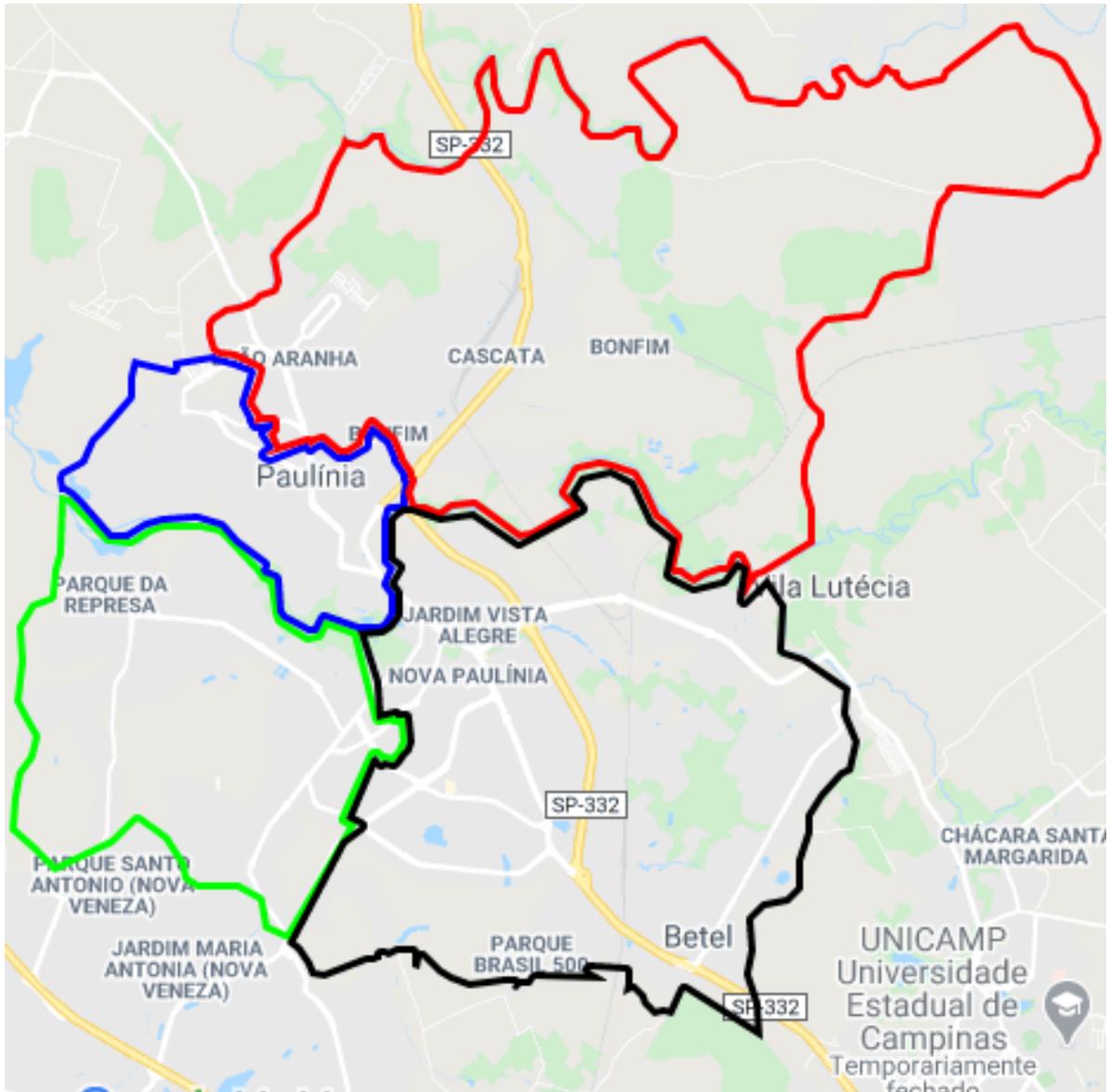
Possui, de acordo com o IBGE, 18 eletrocardiógrafos, um mamógrafo com estereotaxia, oito aparelhos de Raio-X e um tomógrafo(80).

As Unidades Básicas de Saúde se apresentam em uma conformação territorial, composta por quatro UBS's de maior porte (Centro, Monte Alegre, Planalto e São José), que servem de referência para as UBS's de menor porte de seu território.

Nas figuras abaixo estão ilustrados os equipamentos de saúde que compõe a rede de saúde em Paulínia, a partir de trabalho realizado pelo

pesquisador enquanto compunha a Coordenação da Atenção Básica, em conjunto com a Unidade de Controle de Vetor, com auxílio da ferramenta gratuita “My Maps” do Google. Para melhor visualização, serão apresentadas as imagens em camadas.

FIGURA 1: MAPA DOS DISTRITOS PAULÍNIA

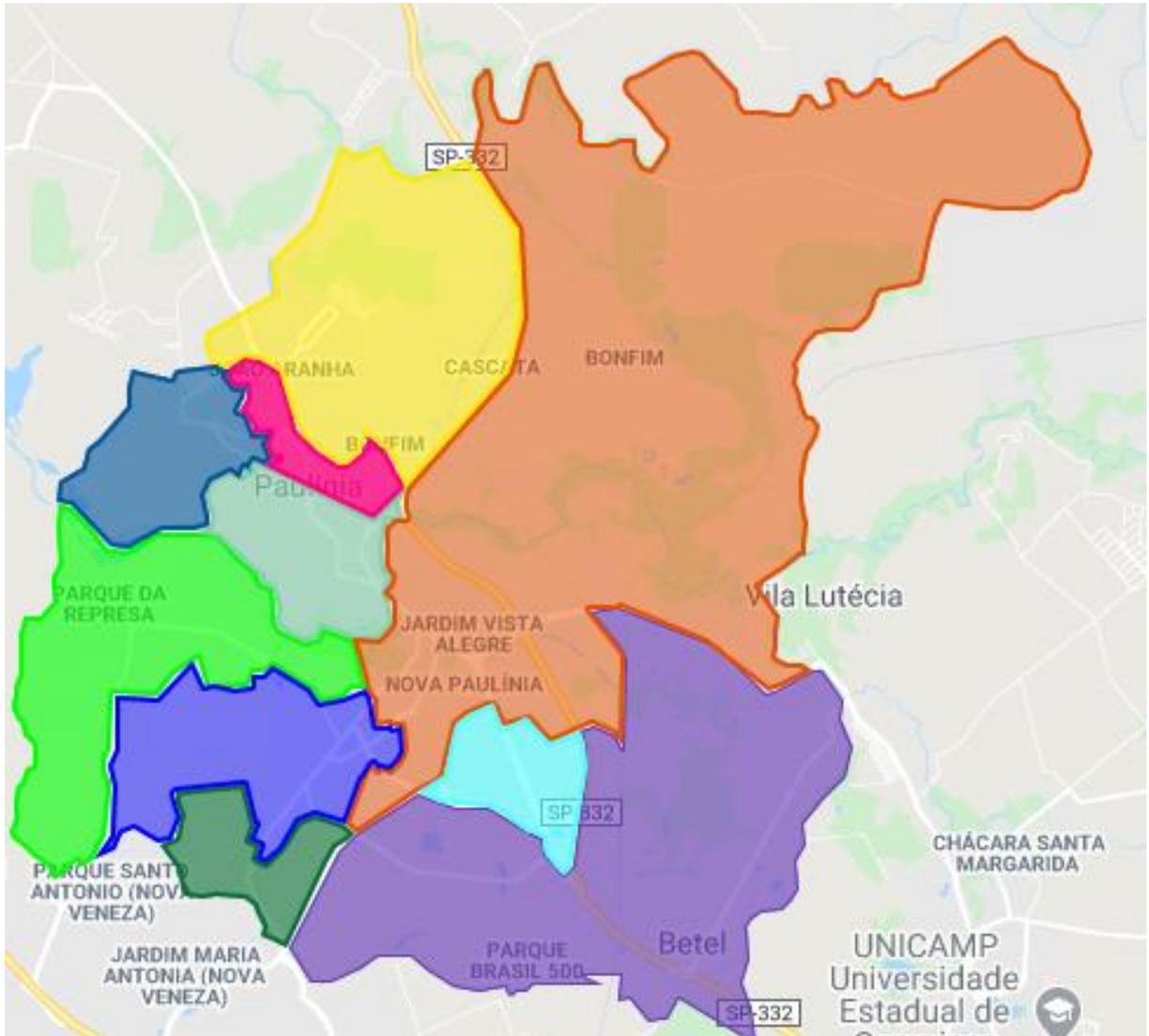


Legenda: Distritos

-  Monte Alegre
-  Planalto
-  São Jose
-  Centro

Fonte: Elaboração própria

FIGURA 2: MAPA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DAS UBS



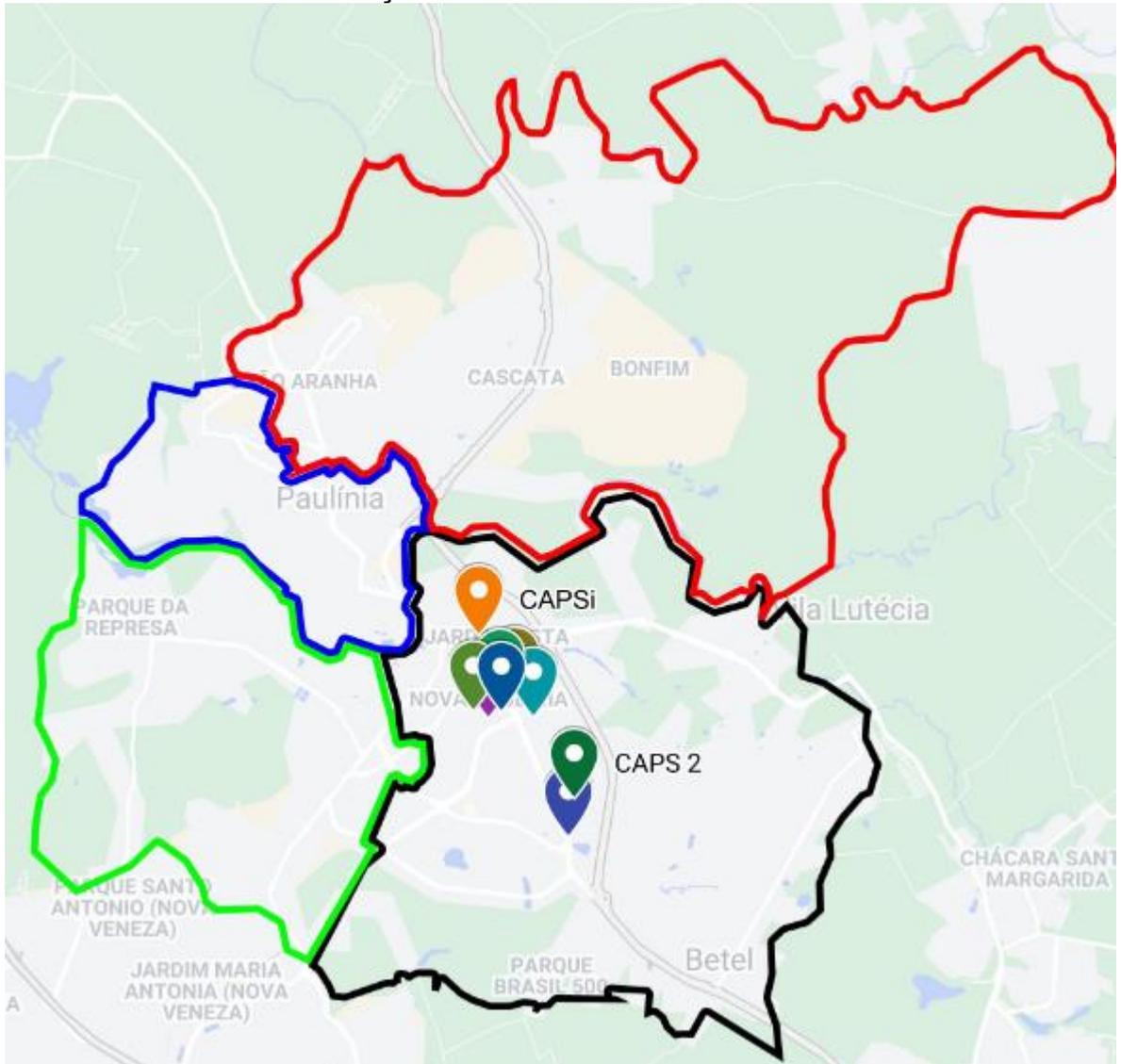
Legenda:

Territórios UBS

-  Bethel
-  Cooperlotes
-  Pq Represa
-  Planalto
-  Amélia
-  João Aranha
-  São José
-  Centro I
-  Monte Alegre
-  Centro II

Fonte: Elaboração própria

FIGURA 3: MAPA DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA



Legenda:

Saúde Mental

-  CAPS - AD
-  CAPS 2
-  CAPSi

Atenção Secundária

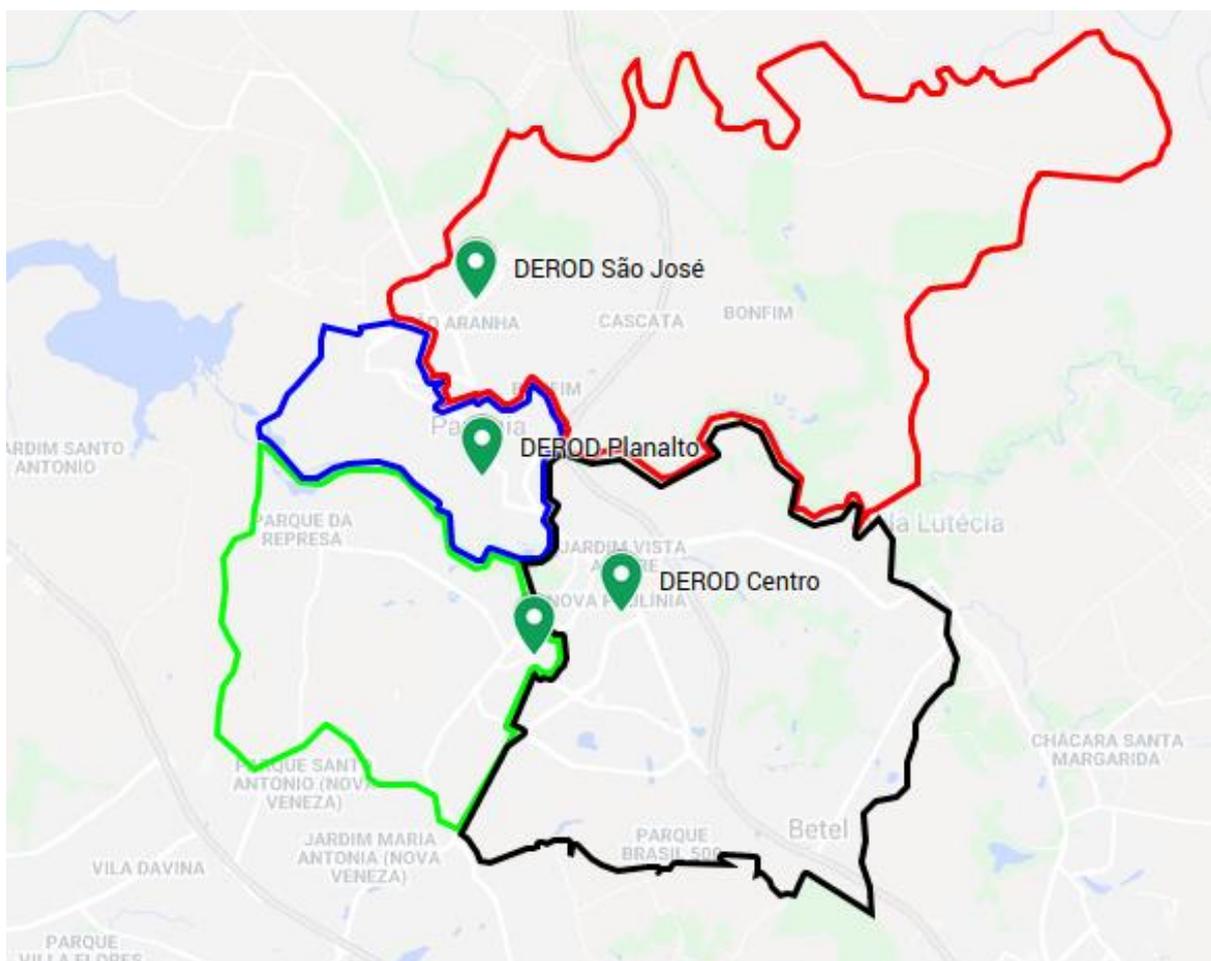
-  Alto Custo (casa amarela)
-  CETREIM
-  CTA
-  Centro de Convivência
-  Centro de Especialidades
-  Fisioterapia
- 

Hospital Municipal de Paulínia

-  Saúde em Casa

Fonte: Elaboração própria

FIGURA 4: MAPA DA SAÚDE BUCAL



Legenda

Saúde Bucal

-  DEROD Centro
-  DEROD Monte Alegre
-  DEROD Planalto
-  DEROD São José

Distritos

-  Monte Alegre
-  Planalto
-  São José
-  Centro

Fonte: Elaboração própria

Todas as UBS's contam com farmácia, sala de vacina, sala de curativo e sala de emergência. Apresentam também aparelho de eletrocardiograma e equipamentos de reanimação e monitorização. As quatro unidades maiores

apresentam alguns serviços de referência para as menores: grupo de tabagismo, consulta com nutrição, atendimento em saúde bucal. Profissionais não médicos de nível superior como assistente social, psicólogo e nutrição desempenham carga horária proporcional ao tamanho das Unidades e alguns deles (por exemplo nutrição) atende os pacientes das unidades menores somente nas Unidades maiores de referência.

Com base em dados do IBGE e nos setores censitários, a equipe de Atenção Básica, em conjunto com Unidade de Vetores, no esforço de contribuir para o processo de territorialização do município, desenvolveram a seguinte estimativa populacional para cada UBS, no ano de 2018.

QUADRO 1: POPULAÇÃO POR UBS

UBS	População
Amélia	4285
Betel	7121
Centro I	16644
Centro II	7345
Cooperlotes	12513
João Aranha	7489
Monte Alegre	15406
Parque da Represa	3957
Planalto	16636
São José	14975
TOTAL	106.373

Fonte: IBGE – censo 2010 (81)

No que tange à cobertura da Atenção Básica, a proporção de população coberta estimada pelas equipes de atenção básica tendo como referência 3 mil habitantes por equipe (cálculo a partir da carga horária de médicos de AB padronizado para 40 horas semanais nas unidades) é sempre maior que 100% desde 2006 (com exceção do ano de 2010), conforme tabela a seguir.

QUADRO 2: COBERTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE PAULÍNIA EM PERCENTIL (%) COM RELAÇÃO À CARGA HORÁRIA MÉDICA, CONSIDERANDO 40 HORAS PARA CADA 3000 HABITANTES.

Ano	Cobertura *
2006	108,15
2007	120,05
2008	107,22
2009	106,81
2010	98,99
2011	117,42
2012	165,76
2013	187,69
2014	182,15
2015	179,94
2016	176,06
2017	150,43
2018	143,07

* Cobertura em percentil (%)

Fonte: TabNet (82)

Em 2022, com dados atualizados pela Secretaria de Saúde, disponível no portal da transparência (83), a proporção de horas médicas sobre a população, mantendo a proporção de 40 horas semanais para cada 3000 habitantes, teve ainda um incremento superior, passando a uma cobertura de 176,31%. Apesar de não haver contratação de equipe multidisciplinar (TO, fisioterapia, educador físico, Agente Comunitário de Saúde, equipe de enfermagem etc), a única categoria com incremento de carga horária continuou sendo a categoria médica, sendo um elemento da expressão de continuidade de um modelo médico centrado.

Na prestação de contas realizada pela secretaria de saúde, a proporção de valores liquidados em cada nível de atenção se apresenta na tabela abaixo, em que os valores destinados à Atenção Básica ainda sempre menores que 20%. Para efeito de comparação, nos segundo e terceiro quadrimestre de 2020 a proporção de despesa da Atenção Básica do Município de Florianópolis foi de cerca de 70% da despesa total em saúde (84,85).

QUADRO 3: PROPORÇÃO DOS VALORES LIQUIDADOS POR DEPARTAMENTO DA SECRETARIA DE SAÚDE DE PAULÍNIA, POR QUADRIMESTRE

Departamento	1º Q* 19	2º Q 19	3º Q 19	4º Q 20
Gabinete do Secretário	10,88%	13,85%	12,39%	8,64%
Rede Básica	19,77%	18,68%	18,81%	19,10%
Rede Especializada	19,11%	18,30%	19,21%	16,33%
HMP	48,28%	47,06%	48,10%	53,36%
Vigilância	1,96%	2,12%	1,49%	2,57%

Legenda: * Q= Quadrimestre;

Fonte: Prefeitura Municipal de Paulínia (83)

Pode-se notar, portanto, um sistema de saúde municipal com infraestrutura e recursos humanos com potencialidade de alta capacidade resolutiva, dispendo de diversas especialidades disponíveis no município e também com recursos de imagem e apoio diagnóstico. No entanto, com baixo investimento proporcional na Atenção Primária.

O funcionamento sistema de saúde municipal

Como apontado anteriormente, é importante ressaltar que de 1994 (rompimento do contrato com UNICAMP) até 2020, houve uma alternância de poder municipal polarizada em torno de duas figuras, José Pavan Júnior e Edson Moura. A partir de 2009, instaura-se um período de grande instabilidade política, com 15 trocas de prefeito em 11 anos. Esse fato é importante porque, nesses 26 anos (1994-2020) não houve mudança muito significativa na concepção de saúde e de gestão por parte do poder municipal.

Houve, nesse período, talvez na tentativa de negar os processos implementados pela UNICAMP e reafirmar o poder municipal perante a determinação da política de saúde, uma tentativa de “curvar a vara” (no termo Leninista, descrito por Saviani (86) para o lado oposto. Sendo assim, alguns elementos que marcaram o momento anterior, passam a ser negados nesse momento. Alguns deles, importante serem realçados.

a) Gestão Colegiada:

Se no período anterior havia uma aposta na construção da democracia institucional a partir de espaços colegiados nas unidades de trabalho, inaugurou-se uma forma de decisão mais centralizada, com pouco espaço institucional de

discussão, muitas vezes conduzidas por chefias locais sem conhecimento técnico em saúde, como já esboçada no momento de municipalização em 1994 (11). Tornaram-se raros, ou inexistentes, os espaços internos de discussão, como reuniões de equipe ou colegiados gestor, tanto para discussão do processo de trabalho, como também para discussão de casos por uma equipe multiprofissional.

Como consequência, ao longo dos anos, as equipes de trabalho dos serviços de saúde tornaram-se apassivadas e, em muitas vezes, não se sentindo parte da construção do próprio trabalho. Além disso, a gestão da rede ambulatorial ainda é muito marcada pela coordenadoria através das áreas de atuação (enfermagem, pediatria, clínica etc), como expresso no organograma da Secretaria de Saúde (78), com atravessamento das diversas categorias em cada uma das Unidades de Produção, com pouca autonomia da equipe e gerentes locais.

b) Relação com instituições/políticas estaduais e nacionais de saúde externas:

Após o descontentamento do poder municipal, expresso no período anterior, em busca de hegemonizar a condução da política de saúde municipal, inaugurou-se no município uma fase de ostracismo em relação aos “agentes externos”. Houve pouca ou nenhuma interlocução realizada do município com formulações de Universidades ou mesmo com relação à adoção de políticas nacionais de saúde. Evidencia-se, objetivamente, tal afirmação, por dois modos: 1) por meio da não adoção das políticas nacionais e outro, 2) como consequência, através da não arrecadação de recursos federais e estaduais para o financiamento da saúde.

O primeiro de que não há adoção, no município, de quase nenhum programa nacional. Inexiste o Programa Saúde da Família, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, os serviços de saúde mental até então não eram qualificados dentro dos programas nacionais, não sendo enquadrados como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), mas mantendo programas municipais próprios, como o Centro de Referência em Dependência Química (CRDQ) ou os ambulatórios de saúde mental (78).

Em sucessivas prestações de contas realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde em reunião do Conselho Municipal de Saúde, disponível na página da PMP (83), o percentual de arrecadação por recursos municipais é sempre próximo a 100%, com pouca (ou nenhuma) dependência de recursos Estaduais ou Federais.

QUADRO 4: PERCENTUAL DA ARRECADAÇÃO MUNICIPAL NO SETOR SAÚDE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA

Período	Municipal	Estadual	Federal	Percentual Arrecadação Municipal****
1º Q* 2019	R\$ 457.193.965,80	R\$ 12.516,00	R\$ 3.527.249,42	99,232%
2º Q 2019	R\$ 426.716.677,09	R\$ 934.357,00**		99,78%
º Q 2019***	R\$ 113.408.377,28	R\$ 39.108,00	R\$ 2.627.280,86	97,70%
1º Q 2020	R\$ 438.384.199,02	R\$ 1.117.751,00	R\$ 4.447.638,07	98,74%

Legenda: * Q= Quadrimestre; **= não há discriminação na prestação de contas quanto à origem do recurso, se Federal ou Estadual; ***= valores liquidados, por não haver os valores arrecadados na prestação de contas; ****= Percentual Arrecadação Municipal: arrecadação municipal/ total da arrecadação

Fonte: Prefeitura Municipal de Paulínia (83)

Ao tentar garantir independência quase total na determinação das políticas em saúde do município, no entanto, não houve o acompanhamento das inovações e mudanças ocorridas no Brasil nesses 25 anos, como veremos no próximo tópico.

Além disso, apesar de apresentar uma estrutura que possa funcionar como referência regional para diversos atendimento, consiste em sistema de saúde municipal sem entrada, convênio ou relação com outros municípios ou instituições da região.

c) Tecnologias de cuidado e organização do trabalho

Talvez como consequência do ponto anterior, na tentativa de garantir independência quase total na determinação das políticas de saúde por ter independência financeira, houve pouca abertura às formulações e políticas de saúde implementadas nos últimos 25 anos. O modo de funcionamento do cuidado da rede de Paulínia, portanto, permaneceu com o conteúdo e tecnologias de cuidado do início da década de 90. Expressão disso é de que, ainda em tempos atuais, não há informatização do prontuário; não há incorporação de tecnologias do cuidado como trabalho multiprofissional; há pouca autonomia das outras categorias não médicas no cuidado, inexistindo na maior parte das UBS's, por exemplo, clínica de enfermagem ou da assistência farmacêutica; o trabalho continua sendo praticamente ambulatorial e médico centrado; há pouca ou nenhuma atividade

extramuros, com pouca interlocução com a comunidade e seus equipamentos sociais. Até 2019, as UBS's praticamente não faziam nem Visitas Domiciliares.

Dentro desse ostracismo, talvez como consequência, mas também contribuindo para sua existência, apesar de haver, formalmente, um Plano de Cargos e Carreiras para os servidores públicos de Paulínia, este não é efetivado. Dessa maneira, não há estímulos para que haja formação e atualização dos servidores, não somente na área técnica de sua atuação, como também das inovações e incorporações de tecnologias leves no Sistema de Saúde.

Ou seja, a elaboração de tecnologias de cuidado que foram experimentadas e inovadas em Paulínia ainda na década de 1970, que serviram como inspiração para constituição do Sistema Único de Saúde, e assumidas como Política Nacional da Atenção Básica, não foram incorporadas por Paulínia posteriormente. Se no início o município foi considerado vanguarda em tais mecanismos, hoje está há décadas de atraso na adoção de tecnologias de cuidado que, comprovadamente, aumentam a qualidade dos serviços de saúde.

d) Controle social

O controle social em Paulínia continua sendo frágil. Expressão disso é a inexistência, ainda em dias atuais, de Conselhos Locais. Outra evidência é que a criação das Conferências Municipais de Saúde se deu apenas em 2014, através da lei nº 3369 de 27 de março de 2014 (87), apesar de relatos de edições anteriores (88,89). O último relato encontrado foi realizado em 2009, em sua 5ª edição (88)(84). A próxima edição ocorreria apenas em 2018 (90), mas foi cancelada por falta de quórum. Foram realizadas, portanto, apenas 5 edições, enquanto deveriam ter ocorrido 8 edições desde a municipalização em 1991 caso realizada a cada quatro anos. O município estava há 12 anos -desde 2009 - sem realização do evento. Em 2021 foi realizada a VI Conferência Municipal, um marco importante de retomada dos espaços institucionais de decisão.

Alguns dados sobre eficácia do Sistema de Saúde Municipal

Vários estudos têm apontado o indicador “Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica” (28,91–93), como medidor de qualidade do

sistema de saúde e da atenção básica. Apesar de um alto investimento em saúde do Município de Paulínia, apresenta um indicador pior que o município de Campinas-SP e também que a média dos municípios que compõe a Departamento Regional de Saúde (DRS) de Campinas da qual faz parte. Como média dos anos de 2000 a 2019 (94), apresenta a pior média (15,81%), quando comparada à média de Campinas (14,82%) e à DRS (14,9%), chegando a índices como 19,38% em 2000 e 18,57% em 2013. Melhora sua média de 2016 a 2019, em que obteve índices melhores que Campinas e a DRS.

Com relação à mortalidade infantil, outro índice marcador de eficácia do sistema de saúde, apresenta 6,12 óbitos por mil nascidos vivos, ocupando a 3865ª posição (de 5570) no País, 429ª (de 654) no Estado e 17ª (de 18) na região geográfica imediata(59).

Em sendo o município com maior PIB *per capita* e o terceiro município com maior gasto em saúde, os índices acima são desproporcionais para uma cidade com seu porte estrutural e de recursos, estando em posições piores do que municípios com menos recursos financeiros e estruturais.

4.3) Resultados do questionário PCATool:

a) Considerações iniciais:

Antes da apresentação dos resultados, é importante explicitar que, assim como qualquer método avaliativo, a avaliação através do instrumento PCA-Tool também apresenta limitações, como elencados no tópico anterior, “Avaliação em Saúde”. Explicitar tais limitações pode ser importante para evitar interpretações equivocadas - ou distantes da realidade - a partir dos resultados obtidos. Além disso, como discutido também no tópico “Avaliação em Saúde”, pode diminuir o risco do uso gerencialista da avaliação, ainda mais por se tratar de um método que, como resultado, gera uma nota (passível de ser comparada, de se estabelecerem metas e também atrelando recursos financeiros a essas metas estabelecidas).

Parte do trabalho em saúde consiste em tecnologia leve, produzida na relação terapêutica, com uma dificuldade de capturá-la por sistemas de gerencialismo estruturado e, portanto, por sistemas de avaliação (74). Essa

dificuldade é ainda maior na Atenção Primária (74), já que há um predomínio ainda maior de tecnologias leves no trabalho em saúde, e ainda mais por um método de avaliação típico do “gerencialismo estruturado” como o PCA-Tool.

As avaliações consideradas Donabedianas (95) tem como fundamento os aspectos de a) estrutura, b) processo e c) resultado. Apesar de o método de avaliação proposto pelo instrumento PCA-Tool ser de inspiração Donabediana, não avalia resultado. Avalia, apenas de maneira indireta, estrutura e processo. Dessa maneira, há uma limitação na interpretação da avaliação realizada se levada em consideração apenas os escores atingidos na aplicação do questionário.

Além disso, por ser um método de avaliação para medir, indiretamente, a orientação da Atenção Primária dentro do Sistema de Saúde, tal método não se destina a provocar reflexões sobre qual a imagem objetivo se deseja alcançar e nem a quais interesses ela atenderia. Em outras palavras, não explicita que tipo de Atenção Primária se objetiva alcançar: Pública e gratuita para os usuários ou acessível somente mediante pagamento?; Que garante assistência à saúde somente na medida de reproduzir força de trabalho passível de extração de mais-valia ou que garante assistência à saúde integral?; Que promove amoldamento da população ao *status quo*, ou que promove reflexão crítica sobre autonomia do cuidado e as determinações do processo saúde e doença?; Que oferece serviços na medida em que garante o lucro do complexo médico industrial ou que propõe acesso à saúde na medida das necessidades da população? Enfim, objetiva, fundamentalmente, avaliar o quanto de uma imagem objetivo já previamente estipulada é alcançada pela APS a ser avaliada, sem refletir sobre qual APS é essa e nem o que se pretende com ela.

Dessa maneira, o presente estudo pretende não apenas expor de maneira mecânica os escores obtidos, mas complementar com uma avaliação da Atenção Primária a partir das diretrizes da PNAB (apresentado anteriormente) e também interpretar tais dados de maneira crítica. São mais preciosas, portanto, a análise e as consequências dessa interpretação para efetivar mudanças e melhorias no sistema de saúde do que a pontuação em si. É a partir desse ponto de vista que serão apresentados os resultados da aplicação dos questionários.

b) Avaliação dos trabalhadores:

Foram entrevistados 49 trabalhadores da Atenção Primária de Paulínia. No período da coleta de dados (junho a julho de 2020), oito trabalhadores estavam afastados do trabalho, inviabilizando a coleta e um trabalhador se recusou a participar da pesquisa. Exceto tais trabalhadores, respeitando os critérios de exclusão, a totalidade dos trabalhadores médicos clínicos e enfermeiros da Atenção Básica foi abordada.

b.1) Aplicação do questionário:

A aplicação do questionário foi realizada pelo próprio pesquisador. Aplicar as entrevistas nas Unidades foi uma oportunidade para conhecer praticamente a totalidade de médicos clínicos e enfermeiros da Atenção Primária de Paulínia. Para além da pesquisa em si, abriu possibilidades de melhor diálogo entre as Unidades, de discussão de casos de outros territórios que acabam surgindo em nosso local de trabalho. Enfim, trouxe uma potência muito maior do que a realização da pesquisa em si.

Foi interessante também poder conhecer um pouco da história de cada trabalhador no momento anterior ou posterior à aplicação do questionário: de onde vieram, em quais locais já trabalharam, experiências e formações prévias etc. Muitos profissionais com ampla experiência, tanto de outras localidades como também uma longa carreira em Paulínia. Apresentam bagagem de terem experimentado a APS de outros locais, e trouxeram isso à tona. A maioria dos profissionais, como veremos a seguir, altamente qualificada, com pós-graduação. Enfim, foi possível conhecer e reconhecer a potência dos trabalhadores da APS de Paulínia.

As diferentes reações dos trabalhadores ao serem abordados e também as reações durante as entrevistas também dizem muito sobre a diversidade de concepções sobre o trabalho e também sobre a própria Atenção Básica. Alguns mais surpresos com as perguntas, outros mais familiarizados, alguns mais indignados com a situação de Paulínia, outros mais complacentes.

Mais de 25% dos entrevistados também verbalizaram, logo após a entrevista, que responder ao questionário fez com que pensassem questões sobre o

processo de trabalho sobre as quais ainda não haviam pensado. Participar da pesquisa, por si, provocou reflexão e, portanto, abriu possibilidade de mudança e aprimoramento do cuidado em saúde na APS.

b.2) Perfil dos trabalhadores:

QUADRO 5: DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES ENTREVISTADOS QUANTO AO SEXO:

Sexo	Número de participantes (percentual)
Masculino	14 (28,6%)
Feminino	35 (71,4%)

Fonte: elaboração própria

TABELA 1: ANÁLISE DESCRITIVA DE VARIÁVEIS QUALITATIVAS EM RELAÇÃO AO SEXO:

Variável	Tipo de entrevistado = Trabalhador	
	Masculino	Feminino
Escolaridade		
Ensino Superior ou Graduação completa	2 (14,29%)	6 (17,14%)
Especialização incompleta	0 (0,00%)	3 (8,57%)
Especialização ou Pós-Graduação Completo	10 (71,43%)	25 (71,43%)
Doutorado incompleto ou completo	2 (14,29%)	1 (2,86%)
Idade (Trabalhador)		
19 - 40	4 (28,57%)	15 (42,86%)
41 - 80	10 (71,43%)	20 (57,14%)
Etnia/Cor		
Branca	12 (85,71%)	23 (65,71%)
Parda	1 (7,14%)	9 (25,71%)
Preta	0 (0,00%)	2 (5,71%)
Indígena ou Amarela	1 (7,14%)	1 (2,86%)
Formação em saúde coletiva		
Não	6 (42,86%)	27 (77,14%)
Sim	8 (57,14%)	8 (22,86%)
Tipo de contratação		
Cismetro	1 (7,14%)	3 (8,57%)
Concursado	13 (92,86%)	32 (91,43%)
Local de trabalho		
Amélia	0 (0,00%)	2 (5,71%)
Betel	1 (7,14%)	1 (2,86%)
Centro 1	3 (21,43%)	5 (14,29%)
Centro 2	1 (7,14%)	2 (5,71%)
Cooperlotes	1 (7,14%)	2 (5,71%)
João Aranha	1 (7,14%)	1 (2,86%)

Monte Alegre	1 (7,14%)	8 (22,86%)
Parque da Represa	0 (0,00%)	2 (5,71%)
Planalto	2 (14,29%)	7 (20,00%)
São José	4 (28,57%)	5 (14,29%)

Fonte: elaboração própria, em conjunto com equipe estatística FCM/Unicamp

QUADRO 6: DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES ENTREVISTADOS QUANTO À IDADE:

Idade	Número de participantes (percentual)
19-30 anos	4 (8,1%)
31-40 anos	15 (30,6%)
41-50 anos	16 (32,7%)
51-61 anos	13 (26,5%)
Maior que 61 anos	1 (2%)

Fonte: elaboração própria

TABELA 2: ANÁLISE DESCRITIVA DE VARIÁVEIS QUALITATIVAS EM RELAÇÃO À IDADE:

Variável	Tipo de entrevistado = Trabalhador	
	Idade	
	19 - 40	41 - 80
Sexo		
Masculino	4 (21,05%)	10 (33,33%)
Feminino	15 (78,95%)	20 (66,67%)
Escolaridade		
Ensino Superior ou Graduação completa	5 (26,32%)	3 (10,00%)
Especialização incompleta	2 (10,53%)	1 (3,33%)
Especialização ou Pós-Graduação Completo	11 (57,89%)	24 (80,00%)
Doutorado incompleto ou completo	1 (5,26%)	2 (6,67%)
Etnia/Cor		
Branca	13 (68,42%)	22 (73,33%)
Parda	5 (26,32%)	5 (16,67%)
Preta	1 (5,26%)	1 (3,33%)
Indígena ou Amarela	0 (0,00%)	2 (6,67%)
Formação em saúde coletiva		
Não	14 (73,68%)	19 (63,33%)
Sim	5 (26,32%)	11 (36,67%)
Tipo de contratação		
Cismetro	4 (21,05%)	0 (0,00%)
Concursado	15 (78,95%)	30 (100,00%)
Local de trabalho ou atendimento		
Amélia	1 (5,26%)	1 (3,33%)
Betel	2 (10,53%)	0 (0,00%)
Centro 1	2 (10,53%)	6 (20,00%)
Centro 2	0 (0,00%)	3 (10,00%)

Cooperlotes	2 (10,53%)	1 (3,33%)
João Aranha	1 (5,26%)	1 (3,33%)
Monte Alegre	5 (26,32%)	4 (13,33%)
Parque da Represa	2 (10,53%)	0 (0,00%)
Planalto	1 (5,26%)	8 (26,67%)
São José	3 (15,79%)	6 (20,00%)

Fonte: elaboração própria, em conjunto com equipe estatística FCM/Unicamp

QUADRO 7: DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES ENTREVISTADOS QUANTO À ESCOLARIDADE:

Formação	Número de participantes (percentual)
Somente graduação	8 (16,3%)
Especialização incompleta	3 (6,1%)
Especialização completa	35 (71,4%)
Doutorado incompleto	2 (4,1%)
Doutorado completo	1 (2%)

Fonte: elaboração própria

TABELA 3: ANÁLISE DESCRITIVA DE VARIÁVEIS QUANTITATIVAS EM RELAÇÃO À ESCOLARIDADE:

Variável	Tipo de entrevistado = Trabalhador			
	Escolaridade			
	Ensino Superior ou Graduação completa	Especialização incompleta	Especialização ou Pós-Graduação Completo	Doutorado incompleto ou completo
Sexo				
Masculino	2 (25,00%)	0 (0,00%)	10 (28,57%)	2 (66,67%)
Feminino	6 (75,00%)	3 (100,00%)	25 (71,43%)	1 (33,33%)
Idade (Trabalhador)				
19 - 40	5 (62,50%)	2 (66,67%)	11 (31,43%)	1 (33,33%)
41 - 80	3 (37,50%)	1 (33,33%)	24 (68,57%)	2 (66,67%)
Etnia/Cor				
Branca	5 (62,50%)	1 (33,33%)	27 (77,14%)	2 (66,67%)
Parda	2 (25,00%)	2 (66,67%)	5 (14,29%)	1 (33,33%)
Preta	1 (12,50%)	0 (0,00%)	1 (2,86%)	0 (0,00%)
Indígena ou Amarela	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (5,71%)	0 (0,00%)
Formação em saúde coletiva				
Não	7 (87,50%)	3 (100,00%)	21 (60,00%)	2 (66,67%)
Sim	1 (12,50%)	0 (0,00%)	14 (40,00%)	1 (33,33%)
Tipo de contratação				
Cismetrio	4 (50,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Concursado	4 (50,00%)	3 (100,00%)	35 (100,00%)	3 (100,00%)
Local de trabalho ou atendimento				
Amélia	1 (12,50%)	0 (0,00%)	1 (2,86%)	0 (0,00%)
Betel	1 (12,50%)	0 (0,00%)	1 (2,86%)	0 (0,00%)
Centro 1	1 (12,50%)	0 (0,00%)	6 (17,14%)	1 (33,33%)
Centro 2	0 (0,00%)	0 (0,00%)	3 (8,57%)	0 (0,00%)
Cooperlotes	1 (12,50%)	0 (0,00%)	2 (5,71%)	0 (0,00%)
João Aranha	2 (25,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

Monte Alegre	2 (25,00%)	1 (33,33%)	5 (14,29%)	1 (33,33%)
Parque da Represa	0 (0,00%)	1 (33,33%)	1 (2,86%)	0 (0,00%)
Planalto	0 (0,00%)	1 (33,33%)	8 (22,86%)	0 (0,00%)
São José	0 (0,00%)	0 (0,00%)	8 (22,86%)	1 (33,33%)

Fonte: elaboração própria, em conjunto com equipe estatística FCM/Unicamp

QUADRO 8: DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES ENTREVISTADOS QUANTO À FORMAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (SC) /SAÚDE DA FAMÍLIA (SF):

Formação em SC ou SF	Número de participantes (percentual)
Sim	16 (32,7%)
Não	32 (67,3%)

Fonte: elaboração própria

TABELA 4: ANÁLISE DESCRITIVA DE VARIÁVEIS QUANTITATIVAS EM RELAÇÃO À FORMAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA:

Variável	Tipo de entrevistado = Trabalhador	
	Formação em saúde coletiva	
	Não	Sim
Sexo		
Masculino	6 (18,18%)	8 (50,00%)
Feminino	27 (81,82%)	8 (50,00%)
Escolaridade		
Ensino Superior ou Graduação completa	7 (21,21%)	1 (6,25%)
Especialização incompleta	3 (9,09%)	0 (0,00%)
Especialização ou Pós-Graduação Completo	21 (63,64%)	14 (87,50%)
Doutorado incompleto ou completo	2 (6,06%)	1 (6,25%)
Idade (Trabalhador)		
19 - 40	14 (42,42%)	5 (31,25%)
41 - 80	19 (57,58%)	11 (68,75%)
Etnia/Cor		
Branca	23 (69,70%)	12 (75,00%)
Parda	6 (18,18%)	4 (25,00%)
Preta	2 (6,06%)	0 (0,00%)
Indígena ou Amarela	2 (6,06%)	0 (0,00%)
Tipo de contratação		
Cismetro	4 (12,12%)	0 (0,00%)
Concursado	29 (87,88%)	16 (100,00%)
Local de trabalho ou atendimento		
Amélia	2 (6,06%)	0 (0,00%)
Betel	1 (3,03%)	1 (6,25%)
Centro 1	5 (15,15%)	3 (18,75%)
Centro 2	3 (9,09%)	0 (0,00%)
Cooperlotes	2 (6,06%)	1 (6,25%)
João Aranha	2 (6,06%)	0 (0,00%)
Monte Alegre	7 (21,21%)	2 (12,50%)

Parque da Represa	1 (3,03%)	1 (6,25%)
Planalto	5 (15,15%)	4 (25,00%)
São José	5 (15,15%)	4 (25,00%)

Fonte: elaboração própria, em conjunto com equipe estatística FCM/Unicamp

QUADRO 9: DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES ENTREVISTADOS QUANTO À FORMAÇÃO:

Formação	Número de participantes (percentual)
Medicina	26 (53,1%)
Enfermagem	23 (46,9%)

Fonte: elaboração própria

QUADRO 10: DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES ENTREVISTADOS QUANTO À ETNIA/COR:

Etnia/Cor	Número de participantes (percentual)
Branca	34 (69,3%)
Parada	10 (20,4%)
Preta	3 (6,1%)
Amarela	2 (4,1%)

Fonte: elaboração própria

QUADRO 11: DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES ENTREVISTADOS QUANTO AO VÍNCULO DE TRABALHO:

Vínculo	Número de participantes (percentual)
Contratação direta	45 (91,8%)
Via empresa terceirizada	4 (8,2%)

Fonte: elaboração própria

TABELA 5: ANÁLISE DESCRITIVA DE VARIÁVEIS QUANTITATIVAS EM RELAÇÃO AO TIPO DE CONTRATAÇÃO:

Variável	Tipo de entrevistado = Trabalhador	
	Tipo de contratação	
	Cismetro	Concursado
Sexo		
Masculino	1 (25,00%)	13 (28,89%)
Feminino	3 (75,00%)	32 (71,11%)
Escolaridade		
Ensino Superior ou Graduação completa	4 (100,00%)	4 (8,89%)
Especialização incompleta	0 (0,00%)	3 (6,67%)
Especialização ou Pós-Graduação Completo	0 (0,00%)	35 (77,78%)
Doutorado incompleto ou	0 (0,00%)	3 (6,67%)

completo		
Idade (Trabalhador)		
19 - 40	4 (100,00%)	15 (33,33%)
41 - 80	0 (0,00%)	30 (66,67%)
Etnia/Cor		
Branca	2 (50,00%)	33 (73,33%)
Parda	1 (25,00%)	9 (20,00%)
Preta	1 (25,00%)	1 (2,22%)
Indígena ou Amarela	0 (0,00%)	2 (4,44%)
Formação em saúde coletiva		
Não	4 (100,00%)	29 (64,44%)
Sim	0 (0,00%)	16 (35,56%)
Local de trabalho ou atendimento		
Amélia	1 (25,00%)	1 (2,22%)
Betel	0 (0,00%)	2 (4,44%)
Centro 1	0 (0,00%)	8 (17,78%)
Centro 2	0 (0,00%)	3 (6,67%)
Cooperlotes	1 (25,00%)	2 (4,44%)
João Aranha	1 (25,00%)	1 (2,22%)
Monte Alegre	1 (25,00%)	8 (17,78%)
Parque da Represa	0 (0,00%)	2 (4,44%)
Planalto	0 (0,00%)	9 (20,00%)
São José	0 (0,00%)	9 (20,00%)

Fonte: elaboração própria, em conjunto com equipe estatística FCM/Unicamp

É importante ressaltar que o critério de exclusão para a pesquisa foi de ter pelo menos 1 ano de inserção na APS de Paulínia. Sendo assim, a quantidade de trabalhadores contratados via empresa terceirizada é maior do que a representada no estudo, já que, como a rotatividade desses profissionais também é maior, não entram no critério de participação da pesquisa. De acordo com dados da Secretária de Saúde, disponíveis no portal da transparência (83), em maio de 2022 a proporção de médicos clínicos contratados via empresa terceirizada, por meio de Pessoa Jurídica, corresponde a 57,87% do total de horas médicas dentre os clínicos (de um total de 1363:30 horas de médicos clínicos semanais, 789:00 correspondem a médicos contratados via empresa terceirizada). Não estão disponíveis os dados correspondentes da equipe de enfermagem até o momento da redação desse trabalho.

O quadro majoritário dos trabalhadores entrevistados é composto por concursadas, brancas, médicas, sem formação em saúde coletiva/saúde da família, com especialização em outras áreas de atuação, de 31 a 50 anos e do sexo feminino.

Quanto às Unidades Básicas, foram representadas da seguinte forma:

QUADRO 12: PROFISSIONAIS POR UBS

UBS	Número
Centro 1	8 (16,3%)
Centro 2	3 (6,1%)
Betel	2 (4,1%)
Monte Alegre	9 (18,4%)
Cooperlotes	3 (6,1%)
Parque da Represa	2 (4,1%)
São José	9 (18,4%)
João Aranha	2 (4,1%)
Planalto	9 (18,4%)
Amélia	2 (4,1%)

Fonte: elaboração própria

b.3) Resultado do PCATool - Trabalhadores:

O resultado do questionário será apresentado por meio de duas tabelas. A primeira com o escore médio de cada pergunta do questionário. A segunda com o escore obtido para cada atributo da Atenção Primária.

QUADRO 13: ESCORES MÉDIOS DE CADA PERGUNTA DO PCATool-BRASIL – VERSÃO PROFISSIONAIS EXTENSA, NA AVALIAÇÃO DE PROFISSIONAIS MÉDICOS CLÍNICOS E ENFERMEIROS (N=49) DOS CENTROS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PAULÍNIA-SP, 2020

Perguntas	Escore
A1. O seu serviço de saúde está aberto no sábado e/ou no domingo?	6,6
A2. O seu serviço de saúde está aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	0,0
A3. Quando o seu serviço de saúde está aberto e algum(a) paciente adoecer, alguém do seu serviço o(a) atende no mesmo dia?	9,1
A4. Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) se acreditam ser necessário?	5,7
A5. Quando o seu serviço de saúde está fechado e os pacientes adoecem, existe um número de telefone ou contato de ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) o qual possam contatar?	0,7
A6. Quando o seu serviço de saúde está fechado no sábado e no domingo e algum(a) paciente adoecer, alguém do seu serviço o(a) atende no mesmo dia?	0,3
A7. Quando o seu serviço de saúde está fechado e algum(a) paciente adoecer durante a noite, alguém do seu serviço o(a) atende na mesma noite?	0,1
A8. É fácil para um(a) paciente marcar uma consulta de revisão (consulta de rotina, checkup) no seu serviço de saúde?	6,2
A9. Na média, os pacientes precisam esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo(a) médico(a) ou pelo(a) enfermeiro(a) (sem considerar a triagem ou o acolhimento)?	6,6
B1. No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo(a)	4,0

mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a)?	
B2. Você consegue entender as perguntas dos seus pacientes?	8,4
B3. Você acredita que os seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta?	6,8
B4. Se os pacientes têm uma pergunta sobre a saúde deles, podem telefonar ou utilizar alguma forma de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) e falar com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que os conhece melhor?	3,9
B5. Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem (discutirem) sobre as suas preocupações ou problemas?	8,0
B6. Você acredita que os seus pacientes se sentem confortáveis ao contar para você as suas preocupações ou problemas?	8,1
B7. Você acredita que conhece “muito bem” os pacientes do seu serviço de saúde?	5,8
B8. Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	2,5
B9. Você sabe quais problemas são mais importantes para os seus pacientes?	5,9
B10. Você conhece a história clínica (história médica) completa de cada paciente?	4,4
B11. Você sabe qual o trabalho ou o emprego de cada paciente?	3,5
B12. Você saberia se os seus pacientes tivessem problemas em obter ou pagar por medicamentos receitados?	6,7
B13. Você sabe a respeito de todos os medicamentos que os seus pacientes estão tomando?	4,8
C1. Você sabe de todas as consultas que os seus pacientes fazem com especialistas ou nos serviços especializados?	4,7
C2. quando os seus pacientes necessitam de encaminhamento, você discute sobre os diferentes serviços onde eles podem ser atendidos?	7,1
C3. Alguém do seu serviço de saúde ajuda o(a) paciente a marcar essa consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado?	8,8
C4. quando os seus pacientes são encaminhados, você fornece aos pacientes alguma informação que seja para o(a) especialista ou serviço especializado?	8,3
C5. Você recebe do(a) especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o(a) paciente encaminhado(a)?	4,9
C6. Após a consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado, você conversa como(a) seu(sua) paciente sobre os resultados dessa consulta?	6,6
D1. Você solicita aos pacientes que tragam os seus registros médicos recebidos em atendimentos anteriores (ex.: fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação, resultados de exames de laboratório)?	8,1
D2. Se os pacientes quisessem, você permitiria que eles examinassem os prontuários deles?	8,4
D3. Os prontuários dos pacientes estão sempre disponíveis quando você os atende?	6,5
Você utiliza os seguintes métodos para assegurar que os serviços indicados estão sendo fornecidos?	
D4. Fluxogramas dos resultados dos exames laboratoriais	7,6
D5. “Guidelines”/protocolos impressos junto aos prontuários dos pacientes	2,5
D6. Auditorias periódicas dos prontuários médico	1,4
D7. Lista de problemas no prontuário dos pacientes	5,1
D8. Lista de medicamentos em uso no prontuário dos pacientes	7,4
Se um(a) paciente necessita de qualquer dos seguintes serviços, poderia obtê-los no seu serviço de saúde?	
E1. Aconselhamento sobre nutrição ou dieta	7,9
E2. Vacinas (imunizações)	9,5
E3. Verificar se a família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais (ex.: Programa Bolsa Família, Tarifa Social)	8,4

E4. Avaliação da saúde bucal (exame dentário)	5,4
E5. Tratamento dentário	5,2
E6. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	9,3
E7. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas lícitas ou ilícitas (ex.:álcool, cocaína, remédios para dormir)	6,5
E8. Aconselhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão)	8,3
E9. Sutura de um corte que necessite de pontos	4,1
E10. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV	9,5
E11. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)	6,0
E12. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)	6,4
E13. Colocação de tala (ex.: para tornozelo torcido)	1,4
E14. Remoção de verrugas	0,7
E15. Exame preventivo para câncer de colo do útero (CP, Teste Papanicolau)	9,9
E16. Aconselhamento sobre tabagismo (ex.: como parar de fumar)	8,4
E17. Cuidados pré-natais	9,9
E18. Remoção de unha encravada	1,6
E19. Orientações sobre os cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma)	5,0
E20. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.:diminuição da memória, risco de cair)	8,0
E21. Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do(a) paciente (ex.:curativos, troca de sondas, banho na cama)	8,6
E22. Inclusão em programa de suplementação nutricional (ex.: leite, alimentos)	8,4
F1. Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente)	9,4
F2. Segurança no lar (ex.: como guardar medicamentos com segurança, proteção para piscina, proteção para tomada)	7,7
F3. Orientações sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro ou sobre como evitar que crianças tenham queda de altura	4,4
Você discute os seguintes assuntos com os seus pacientes ou seus responsáveis?	
F4. Maneiras de lidar com conflitos familiares	8,5
F5. Orientações sobre exercícios físicos apropriados	8,4
F6. Níveis de colesterol	9,5
F7. Medicações em uso	9,7
F8. Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex.: veneno para formiga/para rato, água sanitária) no lar, no trabalho ou na vizinhança	6,7
F9. Disponibilidade, armazenagem e segurança de armas	2,4
F10. Prevenção de queimaduras (ex.: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias)	6,7
F11. Prevenção de quedas	8,4
F12. Prevenção de osteoporose em mulheres	7,6
F13. Cuidado de problemas comuns relacionados à menstruação ou à menopausa	7,6
G1. Você pergunta aos pacientes quais são as suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e o cuidado do paciente ou alguém da família?	7,7
G2. Você pergunta sobre doenças ou problemas de saúde que podem ocorrer na família dos pacientes?	8,8
G3. Você está disposto(a) e capacitado(a) para se reunir com membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou familiar?	8,4
Os seguintes itens são incluídos como parte rotineira da sua	

avaliação de saúde?	
G4. Uso de genogramas e/ou outros instrumentos de avaliação do funcionamento familiar	2,3
G5. Discussão sobre fatores de risco familiares (ex.: genéticos)	6,8
G6. Discussão sobre recursos econômicos da família dos pacientes	6,3
G7. Discussão sobre fatores de risco sociais (ex.: perda de emprego)	6,5
G8. Discussão sobre condições de vida (ex.: refrigerador em condições de funcionamento)	6,2
G9. Discussão sobre estado de saúde de outros membros da família	6,7
G10. Discussão sobre as funções parentais	6,3
G11. Avaliação de sinais de abuso infantil	5,3
G12. Avaliação de sinais de crise familiar	7,0
G13. Avaliação do impacto da saúde do paciente sobre o funcionamento da família	7,4
G14. Avaliação do nível de desenvolvimento familiar	5,7
H1. Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	7,7
H2. Você acredita que o seu serviço de saúde tem o conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade atendida?	5,5
H3. No seu serviço de saúde são obtidas opiniões e ideias da comunidade sobre como melhorar os serviços de saúde?	3,9
H4. No seu serviço de saúde podem ser adaptados serviços ou programas em resposta a problemas específicos de saúde da comunidade?	7,4
No seu serviço de saúde, os seguintes tipos de dados são utilizados para determinar quais os programas ou serviços são necessários à comunidade atendida?	
H5. Informações de mortalidade (dados sobre óbitos)	2,7
H6. Dados de doenças de notificação compulsória (ex.: DSTs, TB)	5,9
H7. Taxas de imunização da comunidade	6,9
H8. Dados secundários sobre saúde e riscos ocupacionais	2,9
H9. Informações clínicas do próprio serviço (ex.: número de gestantes, número de pacientes hipertensos, número de pacientes com TB)	5,4
No seu serviço de saúde os seguintes métodos são utilizados para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços ou programas?	
H10. Pesquisas com os seus pacientes	2,0
H11. Pesquisas na sua comunidade	1,7
H12. Feedback (retorno das informações) de organizações comunitárias ou conselhos gestores de saúde	2,9
H13. Feedback (retorno das informações) da equipe de saúde	4,5
H14. Análise de dados de saúde locais ou estatísticas vitais	2,9
H15. Avaliações sistemáticas de seus programas e serviços prestados	2,7
H16. Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde	0,4
H17. Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde	3,5
No seu serviço de saúde as seguintes atividades são utilizadas para alcançar as populações da comunidade atendida?	
H18. Atuar em rede com agências estatais e locais envolvidas com grupos culturalmente diversos	1,9
H19. Vínculos com serviços/organizações religiosas	2,3
H20. Envolvimento com associações de moradores/lideranças comunitárias	2,9
H21. Agentes comunitários de saúde ou membros do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde	2,2

-Nota: os escores assumem valores de 0 a 10.

-Legenda: As perguntas com as seguintes iniciais referem-se aos seguintes atributos: A: Acesso primeiro contato; B: Longitudinalidade; C: Coordenação – Integração de cuidados; D: Coordenação – sistemas de informação; E: Integralidade – serviços disponíveis; F: Integralidade – serviços prestados; G: Orientação Familiar; H: Orientação Comunitária.

-Fonte: elaboração própria com base no questionário PCA-Tool (46)

QUADRO 14: ESCORES MÉDIOS DOS ATRIBUTOS E DOS ESCORES ESSENCIAL E GERAL DO PCATool-BRASIL, NA AVALIAÇÃO DE PROFISSIONAIS MÉDICOS CLÍNICOS E ENFERMEIROS (N=49) DOS CENTROS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PAULÍNIA-SP, 2020

Atributos da Atenção Primária à Saúde (n=49)	Escore médio
Acesso primeiro contato	3,92
Longitudinalidade	5,59
Coordenação: Integração de cuidados	6,75
Coordenação: Sistemas de Informação	5,88
Integralidade: Serviços Disponíveis	6,75
Integralidade: Serviços Prestados	7,45
Orientação Familiar	6,53
Orientação Comunitária	3,71
Escore Essencial	6,05
Escore Geral	5,82

Nota: os escores assumem valores de 0 a 10.

Legenda: n= espaço amostral dos entrevistados;

Fonte: elaboração própria com base no questionário PCA-Tool (46)

Pela definição do método, é considerado forte orientação para Atenção Primária escores acima de 6,67. Por esse critério, a APS de Paulínia apresenta forte orientação nos atributos de “Integralidade”, tanto em “Serviços Prestados” quanto em “Serviços Disponíveis” e também no atributo “Coordenação: Integração de Cuidados”. É considerado como baixa orientação para todos os demais atributos, bem como em sua média geral.

Acesso primeiro contato:

Esse é o atributo de segundo pior desempenho pelo município de Paulínia. Nos estudos utilizando o PCA-Tool é o atributo com pior desempenho na Atenção Primária no Brasil (47).

Paulínia, especificamente, tem pontuação extremamente baixa (menor que 1,0) ao não apresentar serviços abertos em noites de dias úteis até as 20 horas (A2), ao não apresentar ferramenta de comunicação virtual ou telefone quando o serviço de saúde está fechado (A5), ao não atender pacientes por demanda espontânea fora do horário comercial (A6), ao não atender demanda espontânea à

noite (A7). Apresenta, por outro lado, uma pontuação considerável (6,6) na abertura do serviço de saúde aos sábados ou domingos (A1) por ter as 4 UBS's maiores (Centro 1, Monte Alegre, Planalto e São José) abertas aos sábados. Apresenta também pontuação extremamente alta (9,1) ao ser perguntado se o serviço, ao estar aberto e algum paciente adoecer, é atendido no mesmo dia (A3), o que demonstra a grande capacidade de acolhimento à demanda espontânea pelos profissionais da APS.

A pontuação geral para o atributo de acesso primeiro contato é considerada muito baixa, o que demonstra que a APS em Paulínia deve se aprimorar nesse quesito, como meio de se efetivar como porta de entrada para o Sistema de Saúde.

Longitudinalidade

Paulínia apresenta uma pontuação considerada como baixa nesse atributo. Tem pontuações baixas (menores que 4,0):

- 1) Quando perguntado se os pacientes são atendidas sempre pelo (a) mesmo (a) médico (a) ou enfermeiro (a) (B1), o que é uma expressão de não haver adscrição de pacientes por equipes que se responsabilizam por determinado território na UBS. Os pacientes, quando muito, são divididos por “carteira de pacientes” entre os médicos, de maneira aleatória, e com uma flutuação considerável entre as unidades. Dentre os enfermeiros, não há nenhuma afiliação de pacientes, que passam de maneira aleatória, na maioria das vezes através do acolhimento à demanda espontânea, e raríssimas vezes através de consultas de enfermagem, pouco presentes na prática em Paulínia;
- 2) Quando perguntado se o paciente tem alguma forma de comunicação virtual para falar com o médico (a) ou enfermeiro (a) que os conhece melhor (B4), demonstrando que além de não haver uma adscrição de usuários por equipes, os usuários “adscritos” com determinados profissionais tem um acesso limitado a esses profissionais;
- 3) Quando perguntado se o profissional sabe quem mora com cada um de seus pacientes (B8) e quando perguntado se o profissional sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente (B11), demonstrando que a abrangência do conhecimento dos profissionais sobre os pacientes é mais biomédica, preterindo os

princípios da clínica ampliada.

Por outro lado, apresenta uma pontuação igual ou maior que 8,0: quando perguntado se consegue entender as perguntas dos pacientes (B2); quando perguntado se o profissional dá tempo o suficiente para os pacientes discutirem sobre suas preocupações ou problemas (B5); quando perguntado se acredita que os pacientes se sentem confortáveis ao contar suas preocupações ou problemas (B6). Demonstra que os profissionais têm uma percepção de que acolhem os usuários de maneira adequada, de que se sentem confortáveis na consulta e de que o tempo de escuta é também adequado.

A pontuação total do atributo é considerada baixa (5,59), perdendo pontos principalmente por não haver adscrição de pacientes por equipes que se responsabilizam por determinado território, por não haver ferramentas de comunicação diretamente com médico (a) ou enfermeiro (a) de referência e por uma clínica predominante biomédica.

Coordenação: Integração de cuidados

Nesse atributo, as questões apresentam pontuação menor que 5,0 quando perguntado se o profissional sabe de todas as consultas que os pacientes fazem com especialistas (C1) e se recebe do serviço especializado informações úteis sobre o paciente (C5). Isso demonstra que a relação entre a APS e o nível secundário do Município tem o desafio de melhorar a comunicação, a referência e a contra referência dos usuários.

Por outro lado, as questões que apresentaram pontuação maior que 8,0 são as quando perguntado se alguém do serviço ajuda o paciente a marcar consulta com o especialista (C3) e se fornece informações do paciente ao serviço especializado (C4). É uma percepção de que a Atenção Primária fornece informações ao serviço especializado a respeito de seus pacientes, bem como auxilia no agendamento.

A pontuação geral desse atributo (6,75) é considerada alta. É importante ressaltar que em Paulínia o prontuário físico do paciente é deslocado ao serviço especializado para ser consultado, o que facilita em parte a comunicação e a integração de cuidados. Não há, no entanto, prontuário eletrônico, o que facilitaria a comunicação entre toda a rede. Não há nenhuma interlocução (a não ser os papéis de referência e contra referência, quando raramente existem) com o Pronto Socorro,

HMP, centro de oncologia, ambulatório de dor crônica, ambulatório de hematologia e serviços de saúde mental. Não existem também espaços e instrumentos no município que promovam maior diálogo entre os níveis de atenção, como espaços de matriciamento e discussão de casos entre os níveis de atenção.

Coordenação: Sistemas de Informação

Apresenta pontuação menor que 5,2 nas questões em que perguntado se existem protocolos impressos junto aos prontuários dos pacientes (D5), auditorias periódicas dos prontuários (D6) e lista de problemas no prontuário dos pacientes (D7). Expressa que os mecanismos de controle, checagem e embasamento de condutas através evidências científicas são muito frágeis na Atenção Primária de Paulínia.

Por outro lado, apresenta pontuação maior que 8,0 quando perguntado se o profissional solicita aos pacientes que tragam os registros médicos recebidos em atendimentos anteriores (D1) e se seria permitido que os pacientes examinassem seus próprios prontuários (D2). Há uma preocupação considerável também dos profissionais sobre o registro dos resultados dos exames laboratoriais (D4) e quanto à lista de medicamentos em uso (D8), demonstrando a perspectiva biomédica do cuidado.

A pontuação total desse atributo é considerada baixa (5,88), demonstrando uma fragilidade da APS em sistemas de controle de informações.

Integralidade: Serviços Disponíveis

Apresenta pontuação menor que 5,5 quando perguntado se na UBS tem disponível o serviço de avaliação da saúde bucal (E4), tratamento dentário (E5), sutura de um corte que necessite de pontos (E9), colocação de tala (E13), remoção de verrugas (E14), remoção de unha encravada (E18) e orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (E19).

A baixa pontuação quanto às perguntas E4 e E5 se deve ao fato de a saúde bucal não estar inserida na Atenção Primária. É um serviço separado, com pouco ou nenhum diálogo com as equipes da APS. Além disso, somente em 3

UBS's estão disponíveis serviços de saúde bucal (Centro 1, Planalto e São José). A quarta Unidade de Saúde Bucal, Monte Alegre, fica em prédio distinto da UBS.

A baixa pontuação nas perguntas E9, E13, E14 e E18 demonstram que, apesar da alta capacidade tecnológica instalada no Sistema de Saúde de Paulínia, a APS é pouco resolutiva no que se refere a procedimentos ambulatoriais que poderiam ser realizados nesse nível de Atenção. O município conta com um ambulatório de pequenas cirurgias que se responsabiliza por esses pequenos procedimentos e os ferimentos que necessitam de sutura em geral são encaminhados ao Pronto Socorro, expressando a pouca resolutividade da APS.

A baixa pontuação na pergunta E19 expressa a dificuldade e limitação da APS de abordagem para orientação de problemas em saúde complexos, que envolvam decisões compartilhadas com a família e cuidadores, para além de abordagem estritamente individual.

Por outro lado, apresenta pontuação acima de 8,0 quando perguntado se estão disponíveis os seguintes serviços: vacinas (E2), verificar se a família pode participar de algum programa de assistência social (E3), planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais (E6), aconselhamento para problemas de saúde mental (E8), aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV (E10), exame preventivo para câncer de colo do útero (E15), aconselhamento sobre tabagismo (E16), cuidados pré-natais (E17), orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente (E21) e inclusão em programa de suplementação nutricional (E22). A boa pontuação nesses itens demonstra que os serviços básicos da APS estão disponíveis.

A pontuação nesse quesito é considerada alta (6,75), mas demonstra uma baixa resolutividade da APS de Paulínia diante de sua capacidade instalada e recursos disponíveis, já que apresenta pontuação alta apenas para os serviços extremamente essenciais à APS.

Integralidade: Serviços Prestados

Apresenta pontuação menor que 5,0 quando perguntado se há orientações sobre uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro ou sobre como evitar que crianças tenham queda de altura (F3) e quando perguntado se o profissional discute com os pacientes sobre disponibilidade, armazenagem e segurança de armas (F9).

Apresenta pontuação maior que 9,0 quando perguntado se é realizado orientações sobre alimentação saudável (F1), níveis de colesterol (F6) e medicações em uso (F7). Demonstra que a maior pontuação e, portanto, o maior enfoque do serviço prestado é tipicamente biomédico.

A pontuação do atributo é considerada alta (7,45), tendo sido a maior pontuação alcançada. Importante ressaltar que, como é grande a capacidade instalada, tanto de recursos humanos como de tecnologias duras (medicamentos, acesso a exames, órteses, próteses, suplementação alimentar etc), o oferecimento de serviços tem um leque considerável, maior que a média. No entanto, o enfoque da abordagem é predominantemente biomédico. A capacidade de avaliação Integral do paciente, considerando a determinação biopsicossocial, é difícil de ser captada pelo questionário. Esse atributo da Integralidade, considerando o conceito de Clínica Ampliada, é uma abordagem fundamental à APS e que, apesar da boa pontuação da APS de Paulínia, é perceptível o enfoque predominantemente biomédico.

Orientação Familiar

Apresenta pontuação menor que 5,3 quando perguntado se o profissional faz uso de genogramas e/ou outros instrumentos de avaliação do funcionamento familiar (G4) e se faz avaliação de sinais de abuso infantil (G11).

Apresenta pontuação maior que 8,0 nos itens que questionam se o profissional pergunta sobre doenças ou problemas de saúde que podem ocorrer na família dos pacientes (G2), se o profissional está disposto (a) e capacitado (a) para se reunir com membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou familiar (G3).

A pontuação no atributo é considerada baixa (6,53). No entanto há que se ressaltar que todo o questionário gira em torno nas perguntas que profissionais fazem em suas consultas, havendo, provavelmente uma supervalorização de sua própria intervenção clínica. Não há menção no questionário de avaliação de mecanismos fundamentais e que garantem a abordagem familiar na APS, como por exemplo a existência de prontuário familiar, a adscrição de paciente por território (o que garante que a família não tenha como referência profissionais e equipes distintas), a existência de espaços de elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares por equipe multiprofissional. A única pergunta mais objetiva, sobre o uso

de genogramas ou uso de ferramentas de abordagem familiar é que apresenta a pior pontuação do atributo (2,3). Dessa maneira, apesar de uma pontuação no atributo baixa, consideramos que a “abordagem familiar” na APS em Paulínia é ainda pior do que expressa pelo escore em si, justamente pela inexistência de mecanismos básicos como elencadas acima.

Além disso, como veremos a seguir, a tendência dos outros municípios é uma pontuação extremamente alta nesse atributo, desproporcional ao que foi atingido por Paulínia

Orientação Comunitária

Apresenta pontuação abaixo de 5,0 quando perguntado se no serviço são obtidas opiniões e ideias da comunidade sobre como melhorar os serviços de saúde (H3); se perguntado se os seguintes tipos de dados são utilizados para determinar quais programas ou serviços são necessários à comunidade atendida: informações sobre mortalidade (H5), dados secundários sobre saúde e riscos ocupacionais (H8); quando perguntados se no serviço os seguintes métodos são utilizados para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços ou programas: pesquisas com os seus pacientes (H10), pesquisas na sua comunidade (H11), *feedback* de organizações comunitárias (H12), *feedback* da equipe de saúde (H13), análise de dados de saúde locais ou estatísticas vitais (H14), avaliações sistemáticas de seus programas e serviços prestados (H15), atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (H16) e presença de usuários no Conselho de Saúde (H17); quando perguntado se no serviço de saúde as seguintes atividades são utilizadas para alcançar as populações da comunidade atendida: atuar em rede com agências estatais e locais envolvidas com grupos culturalmente diversos (H18), vínculos com serviços/organizações religiosas (H19), envolvimento com associações de moradores/lideranças comunitárias (H20), agentes comunitários de saúde ou membros dos Conselhos de Saúde (H21). Importante também ressaltar a baixa pontuação para os itens de utilização de dados do próprio serviço (H9).

Não apresenta nenhuma questão com pontuação acima de 8,0.

É o atributo de pior pontuação do questionário, com pontuação de 3,71, o que expressa a pouca tradição da APS de Paulínia para abordagem comunitária. Há pouco diálogo com a comunidade e, evidentemente, pouca influência sobre o

oferecimento dos serviços, a opinião ou necessidades da comunidade. Há também pouco conhecimento das equipes sobre seu próprio território, expresso pelas perguntas H5, H8, H10, H12 e H14. Além disso, há evidências da ausência de espaços internos às equipes de cogestão, evidenciado pela baixa pontuação das perguntas H13 e H9. A baixíssima pontuação com relação às perguntas H15 e H21 se dá por não haver na rede a presença de Agentes Comunitários de Saúde. E devido ao enfraquecimento do controle social e também à inexistência de Conselhos Locais de saúde, a baixíssima pontuação nas perguntas H17 e H21.

Comparação entre categorias dos entrevistados

Foi realizada análise estatística entre as categorias dos trabalhadores entrevistados. Para a categoria “sexo”, “forma de contratação”, “formação em saúde coletiva” e idade foi aplicado o teste U de Mann-Whitney. Já para as categorias “Escolaridade” foi aplicado o teste Kruskal-Wallis. Para nenhuma das categorias houve diferenças estatisticamente relevantes entre as categorias analisadas.

Comparação de Paulínia com outros Municípios:

Em 2016, Kemper (96) realizou uma avaliação dos serviços de APS no âmbito do Projeto Mais Médicos, utilizando o PCATool. Abaixo estão os escores obtidos através de entrevistas aos médicos cubanos, como sintetizado por Harzheim et al. (47).

QUADRO 15: ESCORE MÉDIO (0-10) DOS ATRIBUTOS DA APS NA PERSPECTIVA DOS MÉDICOS CUBANOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS, POR REGIÃO GEOGRÁFICA

Atributos da APS	Grandes Regiões					Brasil n=(8235)
	N (n=974)	NE (n=3297)	SE (n=2195)	S (n=1199)	CO (n=570)	
Acesso	5,2	4,8	5,0	5,6	5,1	5,0
Longitudinalidade	7,9	8,1	7,9	8,1	7,9	8,0
Coordenação do cuidado	7,6	7,7	7,9	7,9	7,5	7,7
Coordenação do cuidado – Sistema de Informação	7,6	7,6	7,6	7,6	7,3	7,6
Integralidade – serviços disponíveis	8,0	8,0	7,8	8,4	8,0	8,0
Integralidade – serviços prestados	9,4	9,4	9,3	9,3	9,3	9,3
ESCORE ESSENCIAL	7,6	7,6	7,6	7,8	7,5	7,6

Orientação Familiar	8,8	8,8	8,8	8,6	8,6	8,8
Orientação Comunitária	8,6	8,8	8,4	8,6	8,4	8,6
Escore Geral	7,9	7,9	7,8	8,0	7,8	7,9

Legenda: N= Norte; NE= Nordeste; SE= Sudeste; S= Sul; CO= Centro-Oeste

Fonte: Tabela contida em Harzheim et al. (47), com base em dados obtidos por Kemper(96)

A partir desses dados, é nítido o contraste do desempenho de Paulínia na avaliação com relação inclusive a regiões mais vulneráveis do ponto de vista econômico, apresentando pontuação muito abaixo da média obtida no Brasil. Importante ressaltar que a discrepância da pontuação é ainda maior com relação aos atributos de Orientação Familiar e Orientação Comunitária.

Estudo realizado em 2017 em 3 municípios de Pernambuco (75), com relação ao enfoque familiar e comunitário em usuários e profissionais da Estratégia Saúde da Família, apresentam os seguintes resultados para os profissionais:

QUADRO 16: AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O ATRIBUTO ORIENTAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA EM TRÊS MUNICÍPIOS DE PERNAMBUCO:

Atributo	Município 1	Município 2	Município 3
Orientação Familiar	9,3	9,2	9,2
Orientação Comunitária	8,3	8,1	7,4

Fonte: Extraído de Paula et al. 2017(75)

Novamente há um nítido contraste de desempenho de Paulínia quando comparada aos municípios de Pernambuco estudados, novamente com relação aos Atributos Derivados.

Outro estudo (97) realizado em 2016 no município de Passos-MG, com enfermeiras da APS, comparando UBS convencional com Estratégia Saúde da Família, apresenta os seguintes resultados:

QUADRO 17: DIFERENÇA ENTRE AS MÉDIAS DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS), ESCORE ESSENCIAL E ESCORE GERAL ENTRE UNIDADES DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM COMPARAÇÃO ÀS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE CONVENCIONAIS, MUNICÍPIO DE PASSOS - MG, 2015

Atributos da APS	UBS Convencional	ESF
Acesso	4,44	4,21
Longitudinalidade	7,37	7,88
Coordenação do cuidado	7,57	7,66

Coordenação do cuidado – Sistema de Informação	7,36	8,71
Integralidade – serviços disponíveis	5,42	6,13
Integralidade – serviços prestados	7,69	7,92
ESCORE ESSENCIAL	6,65	7,09
Orientação Familiar	8,61	9,18
Orientação Comunitária	5,83	7,43
Escore Geral	6,8	7,4

Fonte: Extraído de Ferreira 2016 (97)

Quando comparado com Paulínia, Passos-MG apresenta pior desempenho apenas no atributo “Integralidade – serviços disponíveis”, provavelmente pela maior capacidade estrutural instalada em Paulínia. No entanto, Paulínia apresenta pontuação novamente inferior em todos os outros. Importante ressaltar novamente a discrepância com relação à pontuação dos Atributos Derivados, principalmente quando comparados com as Unidades ESF.

Considerações sobre o questionário dos trabalhadores

Mesmo com as limitações apresentadas pelo instrumento de avaliação, que de certa forma favorecem Paulínia (por apresentar estrutura instalada melhor que a média dos municípios, mas apresentar grandes fragilidades na implementação de tecnologias leves de cuidado), o município apresenta um escore considerado baixo. Apresenta desempenho também pior do que os municípios avaliados pelos estudos apresentados acima.

É visível a baixa pontuação de Paulínia nos atributos derivados (Orientação Familiar e Comunitária), o que expressa a falta de implementação no Município de pontos importantes da Política Nacional da Atenção Básica, como discutido anteriormente.

c) Avaliação dos usuários:

Foram entrevistados total de 270 usuários, o que representa amostra estatisticamente significativa para estudo conforme apresentado na metodologia. É importante ressaltar que, inicialmente, a forma de entrevistas dos usuários seria em seus domicílios. Por advento da pandemia do Sars-Cov-2 e a necessidade de distanciamento social, ficou impossibilitado tal método de coleta de dados. Tal

mudança metodológica, condicionada pela crise sanitária vivenciada pelo Brasil e pelo mundo durante a realização deste trabalho, trará, como explicitado mais adiante, interferência significativa nos resultados obtidos.

c1) Aplicação dos questionários

Devido à magnitude da quantidade de entrevistas, estas não foram realizadas diretamente pelo pesquisador. Foram realizados por dois entrevistadores, com experiência prévia em participação de pesquisas e entrevistas, e devidamente treinados de acordo com o Manual do PCA-TOOL (51).

c2) Perfil dos usuários:

QUADRO 18: DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS ENTREVISTADOS QUANTO AO SEXO:

Sexo	Número de participantes (percentual)
Masculino	44 (16,29%)
Feminino	225 (83,3%)
Em branco	1 (0,37%)

Fonte: elaboração própria

QUADRO 19: DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS ENTREVISTADOS QUANTO À IDADE:

Idade	Número de participantes (percentual)
19-40 anos	107 (39,6%)
41-60 anos	122 (45,18%)
61-80 anos	40 (14,8%)
Em branco	1 (0,37%)

Fonte: elaboração própria

QUADRO 20: DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS ENTREVISTADOS QUANTO À ESCOLARIDADE:

Escolaridade	Número de participantes (percentual)
Fundamental Completo	31 (11,4%)
Fundamental Incompleto	32 (11,8%)
Médio Completo	126 (46,66%)
Médio Incompleto	14 (5,1%)
Superior Completo	41 (15,1%)
Superior Incompleto	21 (0,7%)
Pós-Graduação	4 (1,4%)
Em branco	1 (0,37%)

Fonte: elaboração própria

QUADRO 21: DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS ENTREVISTADOS QUANTO À OCUPAÇÃO:

Ocupação	Número de participantes (percentual)
Aposentado	35 (12,9%)
Trabalho informal	58 (21,4%)
Trabalho formal	83 (30,7%)
Desempregado	93 (34,4%)
Em branco	1 (0,37%)

Fonte: elaboração própria

QUADRO 22: DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS ENTREVISTADOS QUANTO À ETNIA/COR:

Cor/Etnia	Número de participantes (percentual)
Amarela	7 (2,59%)
Branca	117 (43,3%)
Indígena	1 (0,37%)
Parda	107 (39,6%)
Preta	37 (13,7%)
Em branco	1 (0,37%)

Fonte: elaboração própria

QUADRO 23: DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS ENTREVISTADOS QUANTO À RENDA FAMILIAR:

Renda familiar	Número de participantes (percentual)
Menor que 1 salário	10 (3,7%)
1 salário	64 (23,7%)
2-5 salários	172 (63,7%)
5-10 salários	19 (7,0%)
Maior que 10 salários	3 (1,1%)
Em branco	2 (0,74 %)

Fonte: elaboração própria

QUADRO 24: USUÁRIOS ENTREVISTADOS POR UBS

UBS	Número
Centro 1	50 (18,51%)
Centro 2	13 (4,8%)
Betel	20 (7,4%)
Monte Alegre	40 (14,8%)
Cooperlotes	29 (10,7%)
Parque da Represa	11 (4,07%)
São José	37 (13,7%)
João Aranha	13 (4,8%)
Planalto	45 (16,66%)
Amélia	12 (4,4%)

Fonte: elaboração própria

As usuárias entrevistadas, portanto, são constituídas majoritariamente por mulheres, de 41-60 anos, com ensino médio completo, inseridos no mercado de trabalho (formal ou informal), que se autodeclararam pardas/pretas.

c3) Resultado do PCATool - Usuários:

QUADRO 25: ESCORES MÉDIOS DE CADA PERGUNTA DO PCATool-BRASIL – VERSÃO ADULTOS EXTENSA, NA AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS (N=270) DOS CENTROS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PAULÍNIA-SP, 2021

Pergunta	Escore
B1. Quando você precisa de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” antes de ir a outro serviço de saúde?	9,86
B2. quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” antes de ir a outro serviço de saúde?	9,46
B3. quando você precisa de uma consulta com um(a) especialista, o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” obrigatoriamente deve encaminhar você?	9,36
C1. O(A) “serviço de saúde” fica aberto(a) no sábado e/ou no domingo?	4,85
C2. O(A) “serviço de saúde” fica aberto(a) pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	1,88
C3. quando o(a) “serviço de saúde” está aberto(a) e você adoecer, alguém deste serviço de saúde atende você no mesmo dia?	6,77
C4. Quando o(a) “serviço de saúde” está aberto(a), você consegue aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) se precisar?	4,00
C5. Quando o(a) “serviço de saúde” está fechado(a) e você adoecer, existe um número de telefone ou contato de ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) que você possa contatar?	0,99
C6. quando o(a) “serviço de saúde” está fechado(a) no sábado e no domingo e você adoecer, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	0,32
C7. quando o(a) “serviço de saúde” está fechado(a) e você adoecer durante a noite, alguém deste serviço atende você na mesma noite?	0,26
C8. É fácil marcar uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up) no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”?	6,12
C9. Quando você chega no(a) “serviço de saúde”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) (sem considerar a triagem ou o acolhimento)?	3,89
C10. Você precisa esperar por muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar uma consulta no(a)/ com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”?	6,11
C11. É difícil para você conseguir atendimento médico no(a) “serviço de saúde” quando pensa que é necessário?	5,65
C12. Quando você necessita ir ao(à) “serviço de saúde”, você precisa faltar ao trabalho ou à escola?	6,35
D1. quando você vai ao(à) “serviço de saúde”, é o(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que atende você todas as vezes?	6,93
D2. Você acha que o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” entende o que você diz ou pergunta?	9,22
D3. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” responde as suas perguntas de maneira que você entenda?	9,30

D4. Se você tiver uma pergunta sobre a sua saúde, pode telefonar ou utilizar alguma forma de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) para falar com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que melhor conhece você?	1,70
D5. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” dá tempo suficiente para você falar sobre as suas preocupações ou problemas?	8,62
D6. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao(à) “médico(a)/enfermeiro(a)”?	8,88
D7. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	3,91
D8. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quem mora com você?	4,58
D9. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quais problemas são mais importantes para você e a sua família?	4,19
D10. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” conhece a sua história clínica (história médica) completa?	7,14
D11. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe sobre o seu trabalho ou emprego?	4,56
D12. De alguma forma, o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” saberia se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	4,40
D13. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	8,32
D14. Se fosse muito fácil, você mudaria do(a) “serviço de saúde” para outro serviço de saúde?	8,42
E1. Você foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”?	Não=27,4% Sim=72,6%
E2. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com esse(a) especialista ou no serviço especializado?	9,82
E3. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe que você fez essa consulta com esse(a) especialista ou no serviço especializado?	8,33
E4. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” discutiu com você sobre os diferentes serviços onde você poderia ser atendido(a) para esse problema de saúde?	4,05
E5. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” ou alguém que trabalha no(a) “serviço de saúde” ajudou você a marcar essa consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado?	7,77
E6. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” enviou alguma informação para o(a) especialista sobre o motivo dessa consulta (com o(a) especialista ou no serviço especializado)?	7,88
E7. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quais foram os resultados da consulta com o(a)especialista ou no serviço especializado?	7,02
E8. Depois que você foi a esse(a) especialista ou no serviço especializado, o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” conversou com você sobre o que aconteceu durante essa consulta?	5,62
E9. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” pareceu interessado(a) na qualidade do cuidado que você recebeu na consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado (perguntou se você foi bem ou mal atendido)?	5,9
F1. Quando você vai ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu em atendimentos anteriores (ex.: fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório)?	6,0
F2. quando você vai ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?	9,47
F3. Se quisesse, você poderia ler (consultar) o seu prontuário no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”?	3,93
A seguir, apresentamos uma lista de serviços e orientações que você, a sua família ou as	

pessoas que utilizam esse serviço podem precisar em algum momento. Indique se no (a) “serviço de saúde” essas opções estão disponíveis (podem ser encontradas/obtidas):	
G1. Aconselhamento sobre nutrição ou dieta	5,57
G2. Verificar se a sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais (ex.: Programa Bolsa Família, Tarifa Social)	5,94
G3. Inclusão em programa de suplementação nutricional (ex.: leite, alimentos)	5,00
G4. Vacinas (imunizações)	9,43
G5. Avaliação da saúde bucal (Exame dentário)	5,1
G6. Tratamento dentário	4,74
G7. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	7,42
G8. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas lícitas ou ilícitas (ex.: álcool, cocaína, remédios para dormir)	4,93
G9. Aconselhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão)	6,32
G10. Sutura de um corte que necessite de pontos	6,01
G11. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV	7,40
G12. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)	4,78
G13. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)	4,91
G14. Colocação de tala (ex.: para tornozelo torcido)	4,49
G15. Remoção de verrugas	3,00
G16. Exame preventivo para câncer de colo do útero (CP, Citopatológico, Teste Papanicolau)	8,80
G17. Aconselhamento sobre tabagismo (ex.: como parar de fumar)	5,86
G18. Cuidados pré-natais	9,37
G19. Remoção de unha encravada	2,98
G20. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair)	4,85
G21. Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família (ex.: curativos, troca de sondas, banho na cama)	4,96
G22. Orientações sobre os cuidados em saúde caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a sua saúde (ex.: doação de órgãos se alguém de sua família ficar incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma)	4,05
A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido durante alguma consulta no (a) / com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/ enfermeiro(a)”. Por favor, responda se os seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você?	
H1. Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente)	6,02
H2. Segurança no lar (ex.: como guardar medicamentos em segurança, proteção parapiscina, proteção para tomada)	4,09
H3. Orientações sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro ou sobre como evitar que crianças tenham queda de altura	3,09
H4. Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando	3,49
H5. Orientações sobre exercícios físicos apropriados para você	6,53
H6. Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol	9,40
H7. Verificar e discutir os medicamentos que você está usando	6,49
H8. Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex.: veneno para formiga/para rato, água sanitária) no lar, no trabalho ou na vizinhança	3,74
H9. Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança	1,47
H10. Como prevenir queimaduras (ex.: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias)	3,77
H11. Como prevenir quedas	3,79

H12. Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis	5,58
H13. Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns relacionados à menstruação ou à menopausa.	7,37
As perguntas a seguir são sobre a sua experiência e também da sua família com os profissionais da saúde no(a) “serviço de saúde”	
I1. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” pergunta as suas ideias e opiniões (o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para alguém da sua família?	4,86
I2. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” já perguntou para você sobre doenças ou problemas que podem ocorrer em sua família (ex.: câncer, alcoolismo, depressão)?	7,60
I3. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	5,17
J1. Alguém do(a) “serviço de saúde” faz visitas domiciliares?	1,09
J2. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?	2,88
J3. O(A) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” leva em conta opiniões e ideias da comunidade sobre como melhorar os serviços de saúde?	4,36
A seguir são apresentadas algumas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. Por favor, indique se no (a) “serviço de saúde” são realizadas essas iniciativas?	
J4. Pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas	2,85
J5. Pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que deveriam ser conhecidos no serviço	2,69
J6. Convida você e a sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde	1,04

-Nota: os escores assumem valores de 0 a 10.

-Legenda: As perguntas com as seguintes iniciais referem-se aos seguintes atributos: B: Acesso primeiro contato – utilização; C: Acesso primeiro contato - acessibilidade; D: Longitudinalidade; E: Coordenação – Integração de cuidados; F: Coordenação – sistemas de informação; G: Integralidade – serviços disponíveis; H: Integralidade – serviços prestados; I: Orientação Familiar; J: Orientação Comunitária.

-Fonte: elaboração própria com base no questionário PCA-Tool (46)

QUADRO 26: ESCORES MÉDIOS DOS ATRIBUTOS E DOS ESCORES ESSENCIAL E GERAL DO PCATool-BRASIL, NA AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS DOS CENTROS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PAULÍNIA-SP, 2021

Atributos da Atenção Primária à Saúde (n= respostas válidas)	Escore médio
Acesso primeiro contato – acessibilidade (n=270)	3,93
Longitudinalidade (n=270)	6,18
Coordenação: Integração de cuidados (n=196)	7,02
Coordenação: Sistemas de Informação (n=270)	6,47
Integralidade: Serviços Disponíveis (n=264)	5,74
Integralidade: Serviços Prestados (n=263)	4,76
Orientação Familiar (n=270)	5,88
Orientação Comunitária (n=269)	2,48
Escore Essencial (n=270)	5,60
Escore Geral (n=270)	5,24

Nota: os escores assumem valores de 0 a 10.

Fonte: elaboração própria com base no questionário PCA-Tool (46)

Pela definição do método, em que os escores acima de 6,67 são considerados de forte orientação para Atenção Primária, Paulínia apresenta escore maior apenas do atributo “Coordenação: Integração de cuidados”. É considerado como baixa orientação para os demais atributos, inclusive em seu escore geral.

Afiliação

Esse item objetiva identificar o serviço de referência de cuidados para o usuário, bem como avaliar o grau de afiliação do usuário ao serviço (46). Metodologicamente, as entrevistas deveriam ter sido realizadas no domicílio dos usuários. A obtenção dos dados através das entrevistas nas próprias UBS's foram consequência de uma adaptação devido à impossibilidade de realizar visitas nos domicílios por imposição das medidas sanitárias necessárias à contenção da pandemia do vírus Sars-Cov-2. Em sendo a coleta de dados realizadas na própria UBS, haveria um viés de coleta. Em outras palavras, os usuários que estão no serviço de saúde provavelmente apresentam grau da afiliação superior à população em geral. Dessa maneira, por evidente viés nos resultados, não foi investigado.

Acesso de primeiro contato – utilização

Assim como no item anterior, devido à adaptação metodológica de realização das entrevistas no próprio serviço, haveria um viés importante também nesse quesito. O fato de serem usuários que estão no serviço de saúde denota que são usuários que o utilizam com frequência para realização de seus cuidados em saúde. Usuários que pouco utilizassem o serviço de saúde teriam pouca probabilidade de serem encontrados no próprio equipamento de saúde. Dessa maneira, também não foi investigado por evidente viés metodológico.

Acesso primeiro contato:

Assim como na ótica dos trabalhadores, é o atributo com segundo menor desempenho em Paulínia.

Apresenta pontuação extremamente baixa (menor que 1,0) ao não apresentar ferramenta de comunicação virtual ou telefone quando o serviço de saúde está fechado (C5), ao não atender pacientes por demanda espontânea fora

do horário comercial (C6), ao não atender demanda espontânea à noite (C7). Apresenta, por outro lado, uma pontuação considerável (6,6) ao ser perguntado se o serviço, ao estar aberto e algum paciente adoecer, é atendido no mesmo dia (C3), o que demonstra a grande capacidade de acolhimento à demanda espontânea pelos profissionais da APS.

A pontuação geral para o atributo de acesso primeiro contato é considerada muito baixa (3,93) e é avaliada da mesma maneira pelos trabalhadores. Demonstra que a APS em Paulínia deve se aprimorar nesse quesito, como meio de se efetivar como porta de entrada para o Sistema de Saúde.

Longitudinalidade

Paulínia apresenta uma pontuação considerada como baixa nesse atributo. Tem pontuações baixas (menores que 5,0):

1) Quando perguntado se os pacientes têm alguma forma de comunicação virtual para falar com o médico (a) ou enfermeiro (a) que os conhece melhor (D4), demonstrando que além de não haver uma adscrição de usuários por equipes, os usuários “adscritos” com determinados profissionais tem um acesso limitado a esses profissionais;

2) Quando perguntado se o profissional sabe quem mora com cada um de seus pacientes (D8) e quando perguntado se o profissional sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente (D11), se o profissional saberia se o usuários tivesse problemas em obter ou pagar os medicamentos (D13) demonstrando que a abrangência do conhecimento dos profissionais sobre os pacientes é mais biomédica, preterindo os princípios da clínica ampliada.

Por outro lado, apresenta uma pontuação igual ou maior que 8,0: quando perguntado se acha que os profissionais de saúde entendem suas perguntas (D2); quando perguntado se os profissionais respondem às perguntas de maneira que entenda (D3); quando perguntado se o profissional dá tempo o suficiente discutirem sobre suas preocupações ou problemas (D5); quando perguntado se sentem-se confortáveis ao contar suas preocupações ou problemas (D6). Demonstra que os usuários têm a percepção de que acolhidos de maneira adequada, de que se sentem confortáveis na consulta e de que o tempo de escuta é também adequado.

A pontuação total do atributo é considerada baixa (6,18), perdendo pontos principalmente por não haver adscrição de pacientes por equipes que se

responsabilizam por determinado território, por não haver ferramentas de comunicação diretamente com médico (a) ou enfermeiro (a) de referência e por uma clínica predominante biomédica. Interessante notar, no entanto, que os usuários avaliam o atributo melhor do que os próprios trabalhadores, que obtiveram pontuação de 5,59.

Coordenação: Integração de cuidados

Nesse atributo, a única questão com pontuação menor que 5,0 foi quando perguntado se o profissional discute com os usuários os diferentes serviços a serem encaminhados (E4).

Por outro lado, as questões que apresentaram pontuação maior que 8,0 são as quando perguntado se foi o profissional de referência que sugeriu a consulta no serviço especializado (E2) e se o profissional de referência soube que o usuário fez a consulta com o especialista (E3). Demonstra que a Atenção Primária tem funcionado como principal porta de acesso dos usuários aos serviços especializados.

A pontuação geral desse atributo (7,02) é considerada alta, e foi o atributo de maior pontuação no questionário. É importante ressaltar novamente que em Paulínia o prontuário físico do paciente é deslocado ao serviço especializado para ser consultado, o que facilita em parte a comunicação e a integração de cuidados. Não há, no entanto, prontuário eletrônico, o que facilitaria a comunicação entre toda a rede. Não há nenhuma interlocução (a não ser os papéis de referência e contra referência, quando raramente existem) com o Pronto Socorro, HMP, centro de oncologia, ambulatório de dor crônica, ambulatório de hematologia e serviços de saúde mental. Não existem também espaços e instrumentos no município que promovam maior diálogo entre os níveis de atenção, como espaços de matriciamento e discussão de casos entre os níveis de atenção.

Coordenação: Sistemas de Informação

Apresenta pontuação menor que 4,0 na questão em que, se quisesse, poderia ler ou consultar seu prontuário (F3). Interessante notar que essa percepção é diferente, já que os profissionais obtiveram boa pontuação quando perguntados se deixariam que os usuários tivessem acesso aos prontuários

Por outro lado, apresenta pontuação maior que 9,0 quando perguntado

se o prontuário está sempre presente na consulta (F2).

A pontuação total desse atributo é considerada baixa (6,47), demonstrando uma fragilidade da APS em sistemas de controle de informações, mas com uma avaliação melhor do que os próprios trabalhadores, que obtiveram pontuação de 5,88 nesse atributo.

Integralidade: Serviços Disponíveis

Apresenta pontuação menor que 5,5 quando perguntado se na UBS tem disponível o serviço de inclusão em programa de suplementação nutricional (G3), avaliação de saúde bucal (G5), tratamento dentário (G6), aconselhamento ou tratamento para uso prejudicial de drogas (G8), identificação de problemas auditivos e visuais (G12 e G13) colocação de tala (G14), remoção de verrugas (G15), remoção de unha encravada (G18), aconselhamento sobre mudanças que acontecem com o envelhecimento (G20), orientações sobre cuidados no domicílio para alguém de sua família (G21) e orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (G22).

A baixa pontuação nas perguntas G3 e G4 se deve ao fato de a saúde bucal não estar inserida na Atenção Primária. É um serviço separado, com pouco ou nenhum diálogo com as equipes da APS. Além disso, somente em 3 UBS's estão disponíveis serviços de saúde bucal (Centro 1, Planalto e São José). A quarta Unidade de Saúde Bucal, Monte Alegre, fica em prédio distinto da UBS.

A baixa pontuação nas perguntas G14, G15, G18 demonstram que, apesar da alta capacidade tecnológica instalada no Sistema de Saúde de Paulínia, a APS é pouco resolutiva no que se refere a procedimento ambulatoriais que poderiam ser realizados nesse nível de Atenção. O município conta com um ambulatório de pequenas cirurgias que se responsabiliza por esses pequenos procedimentos e os ferimentos que necessitam de sutura em geral são encaminhados ao Pronto Socorro, expressando a pouca resolutividade da APS.

A baixa pontuação na pergunta G8, G20, G21, G22 expressa a dificuldade e limitação da APS de abordagem para orientação de problemas em saúde complexos, que envolvam decisões compartilhadas com a família e cuidadores, para além de abordagem estritamente individual. Indicam também que os problemas não englobados pela visão estritamente biomédica não são

abordados.

Por outro lado, apresenta pontuação acima de 8,0 quando perguntado se estão disponíveis os seguintes serviços: vacinas (G4), exame preventivo para câncer de colo do útero (E15), aconselhamento sobre tabagismo (G16), cuidados pré-natais (G18). A boa pontuação nesses itens demonstra que os serviços básicos da APS estão disponíveis. É importante ressaltar, no entanto, que na visão dos usuários, menos serviços foram percebidos como disponíveis do que na visão dos trabalhadores.

A pontuação nesse quesito é considerada baixa (5,74), de maneira discrepante do que foi percebido pelos trabalhadores, que teve uma pontuação alta (6,75)

Integralidade: Serviços Prestados

Apresenta pontuação menor que 5,0 quando perguntado se há orientações sobre segurança no lar (H2) uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro ou sobre como evitar que crianças tenham queda de altura (H3), maneiras de lidar com conflitos familiares (H4), possíveis exposições a substâncias perigosas (H8), sobre disponibilidade, armazenagem e segurança de armas (F9), sobre como prevenir queimaduras (H10) e como prevenir de quedas (H11).

Apresenta pontuação maior que 9,0 quando perguntado se é realizado teste sangue para verificar os níveis de colesterol (F6). Demonstra que a maior pontuação e, portanto, o maior enfoque do serviço prestado é tipicamente biomédico.

A pontuação do atributo é considerada baixa (4,76). Interessante observar que esse atributo foi o de maior pontuação na avaliação dos profissionais (7,45). Apesar de grande a capacidade instalada, tanto de recursos humanos como de tecnologias duras (medicamentos, acesso a exames, órteses, próteses, suplementação alimentar etc), a abordagem dos profissionais se restringe à abordagem biomédica e curativa. A pontuação é alta quando perguntado sobre os níveis de colesterol, mas baixa quando perguntado de abordagens para promoção de saúde e prevenção de doenças, bem como de aspectos que envolvam suas relações com a família e com o meio social.

Orientação Familiar

Apresenta pontuação menor que 5,3 quando perguntado se o profissional pergunta suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e o cuidado (I1), se o profissional se reuniria com membros de sua família caso você achasse necessário (I3).

Não apresenta pontuação maior que 8,0 em nenhum dos itens.

A pontuação no atributo é considerada baixa (5,88). Apesar de menor do que obtida pelos profissionais (6,53), não há diferença estatisticamente relevante (como demonstrado no próximo item). Paulínia recebe pontuação alta (7,60) quando perguntado se os profissionais perguntam os antecedentes familiares de comorbidades. Expressa que a clínica biomédica no município é qualificada. No entanto, não há menção no questionário de avaliação de mecanismos fundamentais e que garantem a abordagem familiar na APS, como por exemplo a existência de prontuário familiar, a adscrição de paciente por território (o que garante que a família não tenha como referência profissionais e equipes distintas), a existência de espaços de elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares por equipe multiprofissional.

Orientação Comunitária

Apresenta pontuação abaixo de 5,0 em todos os itens do atributo.

É o atributo de pior pontuação do questionário, com pontuação de 2,48, ainda pior que a da avaliação dos profissionais (3,71). Reforça a hipótese de há pouca tradição da APS de Paulínia para abordagem comunitária. Há pouco diálogo com a comunidade. Evidentemente, portanto, o serviço de saúde tem pouca influência da opinião ou necessidades da comunidade. Há também pouco conhecimento das equipes sobre seu próprio território.

Comparação entre categorias dos entrevistados

Foi aplicado o teste de Mann-Whitney para as categorias “sexo” e teste Kruskal-Wallis para categoria “Idade”, “escolaridade”, “ocupação”, “etnia/cor”, “renda”, não havendo diferença significativa entre os escores obtidos. Ou seja, a Atenção Primária foi avaliada sem diferenças estatisticamente significativas entre todas as faixas etárias, entre as faixas de renda familiar, entre os níveis de

escolaridade e entre as diferentes etnias. Isso significa que, através da ótica dos usuários, o SUS-Paulínia não apresenta maior desempenho para brancos do que para pardos/pretos, ou entre pessoas de maior escolaridade com relação às de menor escolaridade, ou entre as desempregadas e os que estão em empregos formais, ou entre homens e mulheres.

Comparação de Paulínia com outros Países e Municípios:

Pelo fato de a ferramenta de avaliação ser validada em algumas localidades e gerar um escore, é possível comparabilidade entre tais locais. Em revisão realizada por D'Ávila em 2017(98), foram selecionados 42 estudos realizados a partir de entrevistas com usuários (adultos e crianças), em diversas localidades do mundo. Serão apresentados apenas os que realizaram entrevistas com adultos.

QUADRO 27: ESCORES MÉDIOS DAS PUBLICAÇÕES SOBRE O USO DO PCATool ENTRE USUÁRIOS ADULTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:

Localidade (ano de publicação)	Escore médio (transformados para escala de 0 a 10)									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Estados Unidos/ Columbia (2001)	-	8,52	7,57	7,35	6,53	-	7,73	3,52	6,96	3,52
Interior de SP (2006)	-	8,50	5,00	7,80	4,00	4,00	5,50	5,50	4,20	3,50
Rio de Janeiro-RJ (2015)	7,05	7,96	4,19	6,27	6,57	6,63	5,00	3,99	5,08	4,74
Petrópolis – RJ (2007)	-	8,01	3,96	8,90	7,49	7,49	7,86	7,86	5,59	5,84
São Paulo- SP (2006)	-	7,62	4,03	7,78	7,80	7,80	8,11	8,11	2,68	3,02
Alfenas-MG (2014)	3,67	8,59	3,21	7,26	6,10	6,41	5,22	4,92	5,69	5,88
GO e MS (2008)	-	8,58	2,74	6,98	6,13	6,13	7,09	7,09	1,73	2,26
Londrina-PR (2013)	-	6,33	4,95	7,60	6,35	6,35	4,33	4,33	3,68	2,15
Porto Alegre-RS (2007)	6,07	8,75	2,69	5,87	5,01	5,01	5,69	3,56	3,46	4,98
Porto Alegre-RS (2007)	6,58	8,49	2,84	6,85	4,95	4,95	5,63	4,18	4,12	4,89
Porto Alegre-RS (2013)	-	7,44	4,64	6,74	4,43	6,06	4,79	3,77	5,59	3,55
Argentina/ Lunús (2012)	-	6,40	4,80	8,10	6,00	6,00	6,00	6,00	7,20	3,60
Paraguai/Asunción(2012)	-	6,80	2,60	7,60	4,80	4,80	5,80	5,80	5,00	6,80
Uruguai/Montevidéo(2012)	-	8,00	4,80	8,60	7,40	7,40	8,20	8,20	5,20	4,60
Argentina/Córdoba (2013)	-	7,00	6,00	6,67	6,33	7,00	6,33	5,33	5,00	4,00
Colômbia (2013)	-	9,50	4,81	5,40	9,00	9,00	8,60	8,60	4,20	3,79
Coreia do Sul (2009)	-	8,88	9,05	9,01	5,99	-	5,24	-	6,50	-
China (2013)	5,82	7,56	6,89	6,56	6,21	-	-	6,75	6,73	-
Canáda/Quebec (2007)	8,13	7,22	4,03	7,53	7,40	7,60	5,64	-	-	-
Espanha/Catalunha(2012)	-	-	7,59	6,89	7,50	-	5,33	-	-	-
China (2015)	-	6,32	5,93	6,23	6,17	6,42	6,92	5,97	6,41	4,38
Hong Kong (2010)	-	6,82	3,41	5,83	4,69	5,61	5,31	3,79	5,56	2,30
Taiwan (2010)	-	6,47	5,17	5,53	5,73	5,67	5,40	5,93	5,90	4,27

Tibet (2014)	-	-	5,66	8,39	7,72	-	7,66	-	8,22	6,78
China/Xangai (2015)	-	5,33	4,00	7,00	4,67	9,00	7,67	4,67	6,50	3,50
Hong Kong (2015)	-	7,33	2,00	4,67	5,33	6,00	4,67	3,67	5,00	3,00
Canadá/Quebec (2010)	-	7,06	5,02	8,03	7,12	-	-	-	-	-
Canadá/Quebec (2010)	-	7,02	5,13	8,30	7,18	-	-	-	-	-
Japão/Tóquio (2016)	-	-	4,14	6,91	6,16	-	6,46	3,81	-	5,28
Canada/Toronto (2016)	-	9,00	4,27	7,70	7,83	5,57	6,10	4,53	-	-
China (2016)	-	6,10	2,19	5,10	2,61	-	2,62	-	-	-
África do Sul (2016)	-	7,00	5,00	6,67	7,33	7,33	7,00	5,67	6,00	4,33
Paulínia (2021)	-	-	3,93	6,18	7,02	6,47	5,74	4,76	5,88	2,48

-Nota: os escores assumem valores de 0 a 10.

-Legenda: A: Afiliação; B: Acesso primeiro contato – utilização; C: Acesso primeiro contato - acessibilidade; D: Longitudinalidade; E: Coordenação – Integração de cuidados; F: Coordenação – sistemas de informação; G: Integralidade – serviços disponíveis; H: Integralidade – serviços prestados; I: Orientação Familiar; J: Orientação Comunitária

-Fonte: D'Ávila *et. al* (2017) (98)

QUADRO 28: ESCORES MÉDIOS DAS PUBLICAÇÕES SOBRE O USO DO PCATool ENTRE USUÁRIOS ADULTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:

Localidade (ano de publicação)	Escore Essencial	Escore Geral
Estados Unidos/ Columbia (2001)	6,96	6,63
Interior de SP (2006)	5,76	5,33
Rio de Janeiro-RJ (2015)	5,93	5,73
Petrópolis – RJ (2007)	7,37	7,01
São Paulo- SP (2006)	7,32	6,33
Alfenas-MG (2014)	5,64	5,67
GO e MS (2008)	6,39	5,41
Londrina-PR (2013)	5,75	5,12
Porto Alegre-RS (07)	5,33	5,11
Porto Alegre-RS (07)	5,56	5,35
Porto Alegre-RS (13)	5,41	5,22
Argentina/ Lunús (12)	6,19	6,01
Paraguai/Asunción (12)	5,46	5,56
Uruguai/Montevideo(12)	7,51	6,93
Argentina/Córdoba (13)	6,38	5,96
Colômbia (2013)	7,84	6,99
Coreia do Sul (2009)	7,63	7,45
China (2013)	6,63	6,65
Canadá/Quebec (2007)	6,79	-
Espanha/Catalunha(12)	-	7,14
China (2015)	6,28	5,90
Hong Kong (2010)	5,07	4,81
Taiwan (2010)	5,70	5,56
Tibet (2014)	7,36	7,41
China/Xangai (2015)	6,05	5,81
Hong Kong (2015)	4,41	4,63
Canadá/Quebec (2010)	-	-
Canadá/Quebec (2010)	-	-
Japão/Tóquio (2016)	-	5,47
Canada/Toronto (2016)	6,40	-

China (2016)	3,72	-
África do Sul (2016)	6,57	6,43
Paulínia (2021)	5,60	5,24

-Nota: os escores assumem valores de 0 a 10.

- Legenda: GO: Goiás; MS: Mato Grosso do Sul

-Fonte: D'Ávila *et. al* (2017) (98)

Abaixo estão apresentados a média dos escores dos estudos apresentados anteriormente:

QUADRO 29: MÉDIA DOS ESCORES DOS ESTUDOS APRESENTADOS NOS QUADROS 27 E 28, SEM CONSIDERAR OS VALORES REFERENTES À PAULÍNIA:

Localidade	Média dos escores									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Totalidade dos estudos	6,22	7,53	4,63	7,06	6,20	6,44	6,13	5,42	5,28	4,20
Estudos realizados no Brasil	5,84	8,02	3,82	7,20	5,71	5,88	6,08	5,92	4,18	4,08

-Nota: os escores assumem valores de 0 a 10.

-Legenda: A: Afiliação; B: Acesso primeiro contato – utilização; C: Acesso primeiro contato - acessibilidade; D: Longitudinalidade; E: Coordenação – Integração de cuidados; F: Coordenação – sistemas de informação; G: Integralidade – serviços disponíveis; H: Integralidade – serviços prestados; I: Orientação Familiar; J: Orientação Comunitária

-Fonte: Elaboração própria a partir dos dados contidos em D'Ávila *et. al* (2017)(98)

QUADRO 30: MÉDIA DOS ESCORES ESSENCIAL E GERAL DOS ESTUDOS APRESENTADOS NAS TABELAS 27 E 28, SEM CONSIDERAR OS VALORES REFERENTES À PAULÍNIA:

Localidade	Média do Escore Essencial	Média do Escore Geral
Totalidade dos estudos	6,19	5,98
Estudos realizados no Brasil	6,04	5,62

-Nota: os escores assumem valores de 0 a 10.

-Fonte: Elaboração própria a partir dos dados contidos em D'Ávila *et. al* (2017)(98)

A partir dos dados apresentados, importante frisar que Paulínia apresenta escores maiores que a média da totalidade dos estudos apresentados nos atributos “Coordenação – Integração dos Cuidados” e em “Orientação Familiar”, tanto na média da totalidade dos estudos, quanto na média brasileira. Com relação à média brasileira, apresenta escores discretamente maior nos atributos de “Acessibilidade” e “Coordenação – Sistemas de Informação”. Como diferença muito pequena, menor que 0,50, não serão consideradas como significativas.

No atributo “Coordenação – Integração dos Cuidados”, apesar de não haver no município prontuário eletrônico, o prontuário físico do usuário é direcionado ao Centro de Especialidades para as consultas, facilitando a comunicação entre os níveis de atenção. Além disso, demonstra que a Atenção Primária funciona como porta de acesso aos demais níveis de atenção.

Com relação ao atributo de “Orientação Familiar”, a avaliação do atributo dá um peso grande à avaliação familiar biomédica (antecedente familiar de comorbidades), na qual Paulínia pontua muito bem e eleva a média do escore. O fato de estar com pontuação acima da média pode apontar que a clínica biomédica em Paulínia é qualificada. No entanto, como discutido anteriormente, não há no questionário avaliação de questões que são importantes para avaliação da abordagem familiar, como questionar se toda a família é atendida pela mesma equipe de profissionais, se há realização de prontuário familiar ou mesmo se o profissional conhece a composição familiar do usuário.

No entanto, Paulínia apresenta escores abaixo da média em todos os outros atributos, inclusive nos escores geral e essencial, tanto na média de todos os estudos, quando na média dos estudos realizados no Brasil, com pontuação significativamente inferior nos atributos “Longitudinalidade” e “Integralidade – Serviços Prestados”, que já foram debatidos anteriormente.

Considerações sobre o questionário dos usuários

A avaliação dos usuários reforça a avaliação obtida pelos profissionais, seguindo também o padrão de evidente baixa pontuação no atributo de “Acesso” e também no atributo de “Orientação Comunitária”. Na comparação com a média brasileira, apresenta também pontuação significativamente abaixo nos atributos “Longitudinalidade” e “Integralidade – Serviços Prestados”. Apresenta pontuação considerada alta apenas no atributo de “Coordenação – Integração dos cuidados”. Reforça novamente a falta de implementação no município de pontos importantes da Política Nacional da Atenção Básica.

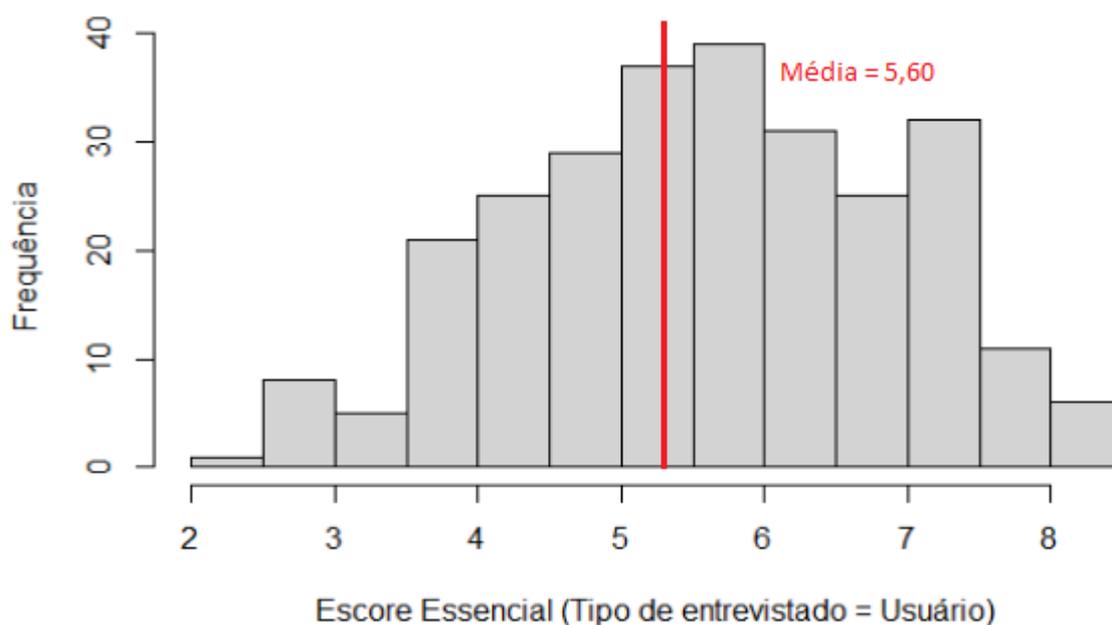
De qualquer modo, a utilização do instrumento de avaliação, como apontando anteriormente, deve ser crítica. Mais relevante do que a pontuação em si é a reflexão proposta por sua análise. E tal reflexão só tem razão de existir na

medida em que pode se efetivar e concretizar na prática, na proposição de arranjos que possam qualificar a Atenção Primária em Paulínia.

c4) Avaliação do tamanho amostral dos usuários entrevistados:

Considerou-se como objetivo principal do estudo a estimativa do escore essencial nos grupos de trabalhadores e usuários. Como o grupo de trabalhadores foi pesquisado em sua totalidade, resta avaliar se o tamanho amostral para os usuários foi apropriado.

Primeiramente, verificou-se através do histograma da variável que a distribuição de seus valores é aproximadamente normal, conforme imagem abaixo.



A partir do desvio padrão amostral obtido concluiu-se que um tamanho de amostra mínimo de 262 pessoas seria suficiente para estimar a média da medida na população com um erro máximo de 0,16. A média estimada foi de 5,60, com intervalo de confiança 95% de 5,44 a 5,76(52).

TABELA 6: CÁLCULO DE ERRO AMOSTRAL:

N	270
S	1,32
Alfa	0,05

d	0,16
---	------

TABELA 7: CÁLCULO AMOSTRAL PARA MÉDIA (ESTUDO DESCRITIVO - VARIÁVEL QUANTITATIVA):

Fixar:

S = estimativa do desvio-padrão da variável de interesse

d = diferença desejada entre média amostral e média populacional (erro amostral)

alfa = nível de significância (bilateral)

S	1,32
d	0,16
alfa	0,05

N	262
---	-----

c5) Comparação entre resultados entre usuários e trabalhadores:

TABELA 8: ANÁLISE DESCRITIVA E INFERENCIAL DE VARIÁVEIS QUANTITATIVAS EM RELAÇÃO AO TIPO DE ENTREVISTADO:

Variável	Tipo de entrevistado		valor p
	Trabalhador	Usuário	
Acesso primeiro contato (Acessibilidade)			
Média (Desvio Padrão)	3,92 (0,74)	3,93 (1,53)	0,6327 ¹
Mediana (1º Quartil - 3º Quartil)	4,07 (3,33 - 4,44)	4,17 (2,78 - 5,00)	
Mínimo - Máximo (n válido)	1,85 - 5,19 (49)	0,00 - 7,22 (270)	
Longitudinalidade			
Média (Desvio Padrão)	5,59 (1,31)	6,18 (2,11)	0,0187 ¹
Mediana (1º Quartil - 3º Quartil)	5,64 (4,62 - 6,67)	6,19 (4,82 - 7,86)	
Mínimo - Máximo (n válido)	2,05 - 7,95 (49)	0,00 - 10,00 (270)	
Coordenação (Integração de cuidados)			
Média (Desvio Padrão)	6,75 (1,92)	7,02 (2,44)	0,2519 ¹
Mediana (1º Quartil - 3º Quartil)	7,22 (5,56 - 8,33)	7,50 (5,00 - 9,17)	
Mínimo - Máximo (n válido)	0,56 - 9,44 (49)	0,74 - 10,00 (196)	
Coordenação (Sistemas de Informações)			
Média (Desvio Padrão)	5,88 (1,62)	6,47 (2,17)	0,0294 ¹
Mediana (1º Quartil - 3º Quartil)	5,83 (4,58 - 7,08)	6,67 (4,44 - 7,78)	
Mínimo - Máximo (n válido)	2,92 - 9,17 (49)	0,00 - 10,00 (270)	
Integralidade (Serviços disponíveis)			
Média (Desvio Padrão)	6,75 (1,34)	5,74 (1,73)	< 0,001 ¹
Mediana (1º Quartil - 3º Quartil)	6,82 (6,21 - 7,58)	5,91 (4,55 - 6,97)	
Mínimo - Máximo (n válido)	2,42 - 9,55 (49)	1,36 - 9,70 (264)	

Integralidade (Serviços prestados)			
Média (Desvio Padrão)	7,45 (1,65)	4,76 (2,18)	< 0,001 ¹
Mediana (1º Quartil - 3º Quartil)	7,69 (6,41 - 8,72)	4,87 (3,08 - 6,67)	
Mínimo - Máximo (n válido)	2,82 - 9,74 (49)	0,00 - 9,23 (263)	
Orientação Familiar			
Média (Desvio Padrão)	6,53 (1,89)	5,88 (3,11)	0,3408 ¹
Mediana (1º Quartil - 3º Quartil)	6,67 (5,48 - 7,86)	6,67 (3,33 - 8,89)	
Mínimo - Máximo (n válido)	1,67 - 10,00 (49)	0,00 - 10,00 (270)	
Orientação Comunitária			
Média (Desvio Padrão)	3,71 (1,82)	2,48 (1,87)	< 0,001 ¹
Mediana (1º Quartil - 3º Quartil)	3,65 (2,06 - 4,76)	2,22 (1,11 - 3,89)	
Mínimo - Máximo (n válido)	0,79 - 8,25 (49)	0,00 - 8,33 (269)	
Escore essencial			
Média (Desvio Padrão)	6,06 (1,05)	5,60 (1,32)	0,0158 ¹
Mediana (1º Quartil - 3º Quartil)	6,09 (5,42 - 6,86)	5,62 (4,70 - 6,58)	
Mínimo - Máximo (n válido)	2,32 - 7,81 (49)	2,42 - 8,41 (270)	
Escore geral			
Média (Desvio Padrão)	5,82 (1,04)	5,24 (1,40)	0,0033 ¹
Mediana (1º Quartil - 3º Quartil)	5,90 (5,23 - 6,59)	5,26 (4,22 - 6,30)	
Mínimo - Máximo (n válido)	2,05 - 7,69 (49)	2,05 - 8,46 (270)	

¹ Teste U de Mann-Whitney

Fonte: elaboração própria, em conjunto com equipe estatística FCM/Unicamp

Dessa maneira, entre trabalhadores e usuários, as diferenças não foram estatisticamente significativas apenas nos atributos Acessibilidade, Coordenação – Integração de Cuidados e Orientação Familiar. Nos demais atributos houve diferença estatisticamente significativa, mas não necessariamente relevante, como discutido no tópico anterior, na discussão dos resultados.

6) CONCLUSÃO

O município de Paulínia, apesar de alto investimento *per capita* em saúde, apresenta baixa orientação para Atenção Primária, tanto na ótica dos trabalhadores quanto na ótica dos usuários. Na avaliação dos trabalhadores apresenta forte orientação nos atributos de “Integralidade”, tanto em “Serviços Prestados” quanto em “Serviços Disponíveis” e também no atributo “Coordenação: Integração de Cuidados”. Já na avaliação dos usuários apresenta forte orientação apenas no atributo “Coordenação: Integração de cuidados”. Apresenta também baixa implementação das diretrizes preconizadas pela Política Nacional da Atenção Básica.

7) CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Aprende – lê nos olhos,
lê nos olhos – aprende
a ler jornais, aprende:
a verdade pensa
com tua cabeça;
Confere tudo. Faça perguntas sem medo
não te convenças sozinho
mas veja com teus olhos.
Se não descobriu por si
na verdade não descobriu.
Finalmente você faz parte de tudo,
também vai no barco,
vai pegar no leme um dia.
Aponte o dedo, pergunta
que é isso? Como foi
parar aí? Por que?
Você faz parte de tudo.
Aprende, não perde nada
das discussões, do silêncio.
Esteja sempre aprendendo
por nós e por você.
Você não será ouvinte
diante da discussão,
não será cogumelo
de sombras e bastidores,
não será cenário
para nossa ação.”*

Bertold Brecht

Principal desafio do SUS-Paulínia: Orientação Comunitária:

Fica evidente pela análise até aqui, tanto do funcionamento do SUS-Paulínia aqui elucidado sob o olhar da PNAB, quanto pelo desempenho obtido

através do instrumento PCA-TOOL, que o município tem uma baixa orientação para Atenção Primária.

Tanto na ótica dos trabalhadores quanto dos usuários, os resultados expressam a limitada incorporação em Paulínia de tecnologias de cuidado e de gestão que foram desenvolvidas ao longo da trajetória da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde.

Como desenvolvido no tópico “Atenção Primária”, na Introdução, há inúmeras evidências científicas de que a baixa orientação para Atenção Primária e a adoção de um modelo biomédico têm como consequência piores resultados no cuidado à saúde da população, maior iatrogenia e dano à saúde das pessoas e estão associados a maiores gastos.

A incorporação de arranjos organizacionais já desenvolvidos pelo SUS tende a melhorar o desempenho da Atenção Primária. A título de exemplificação, estudo realizado por Harzheim *et. al*, no município do Rio de Janeiro, comparou o desempenho de unidades que tinham apenas equipes Saúde da Família com unidades que apresentavam modelo misto (99). O desempenho das unidades com apenas equipes Saúde da Família apresentaram desempenho superior às demais, apontando que a implementação da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária tende a melhorar o desempenho das Unidades. O mesmo resultado foi demonstrado por Ferreira *et. al* (97) em Passos e por Castro *et. al* (100) em Piracicaba.

Quais, no entanto, seriam os principais desafios da Atenção Primária em Paulínia? Quais aspectos poderiam ser desenvolvidos para alcançar maior orientação e fortalecimento desse nível de atenção e, portanto, alcançar melhores resultados em saúde? Não basta dizer simplesmente “implementação da PNAB” ou da “ESF”. É fundamental identificação dos nós críticos.

São, no entanto, evidentes as limitações do presente estudo e não se objetiva, de modo algum, encastelar em sua própria análise como pretensa verdade absoluta. A partir da investigação, todavia, há elementos que podem ser identificados como possíveis “desatadores de nós” para maior orientação da Atenção Primária em Paulínia. Mesmo sob o risco de ser interpretado como presunçoso, não se poderia furtar de apontá-los.

A maior parte desses pontos já foi abordado anteriormente na análise do sistema de saúde e também na avaliação dos resultados obtidos na aplicação do

questionário. É importante, no entanto, reforçar alguns desses nós críticos para os atributos de pior desempenho tanto na avaliação dos usuários como dos trabalhadores, o de “ Orientação Comunitária”. Pela disparidade da má avaliação, considerou-se que é um atributo que mereceria destaque especial. A seguir, buscou-se apontar os principais nós críticos para melhor desempenho do município em tal atributo.

a) incorporação de Agentes Comunitários de Saúde

O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde foi experimentado ainda na década de 80 no Ceará (101) e institucionalizado na década de 90 (102). Tais profissionais tem o território como locus fundamental de sua atuação.

Apresenta atuação em atividades educativas, produção de informações, de acompanhamento das famílias, de mobilização social, de articulação setorial, e tem a visita domiciliar como estratégia estruturante. De acordo com suas atribuições pela lei n. 11.350 em 2006:

- I. a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;
- II- a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
- III- o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e
- VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida (102).

Em síntese, o ACS é um integrante da equipe que potencializa a vinculação da Unidade com seu território, na identificação de questões sociodemográficas e de saúde da comunidade, na articulação intersetorial dos equipamentos do território, em educação em saúde e também no estímulo à

participação popular. Sem dúvida a ausência do ACS na Atenção Primária de Paulínia é uma grande responsável pelo baixo desempenho no atributo de “Abordagem Comunitária”.

Todavia, apesar de ser evidente a importância da incorporação de tal função na APS de Paulínia, tal cargo só foi criado em 2017 (103), mas nunca foi realizado processo seletivo ou contratação para a função. Ainda em 2022 não há previsão de contratação.

b) Constituição de equipes Saúde da Família

Como também já discutido, o trabalho dos profissionais da Atenção Primária é completamente individualizado. Não há constituição de equipes que responsabilizam pelo cuidado de determinada parcela dos usuários da Unidade.

Os profissionais médicos, em algumas unidades, possuem uma “carteira de usuários” que vai se constituindo com o tempo, de maneira aleatória, a depender das preferências pessoais dos usuários. Assim, se responsabilizam, de alguma maneira, pelo cuidado de um grupo de pessoas, que independente do território (a ser discutido no próximo item). Já os profissionais não médicos, nem isso. Todos são responsáveis por todos os usuários de toda a Unidade, sem adscrição de clientela.

É, portanto, inviável e impossível o reconhecimento da “Comunidade”, pelos profissionais, já que não há equipe constituída e não há adscrição de usuários com profissionais não médicos.

c) Adscrição de usuários por território

Como já discutido, em Paulínia, os usuários de uma mesma UBS não são adscritos com equipe de referência a partir de sua local moradia. A adscrição, quando se dá, é com médico de referência e é de maneira voluntária. As famílias se fragmentam dentre os diferentes profissionais médicos. Ou seja, não há equipe de referência para determinado território, em desacordo com com que prevê a PNAB (como abordado anteriormente). Dessa maneira, a “Abordagem Comunitária” fica extremamente prejudicada, já que não há delimitação de qual “comunidade” é de responsabilidade de cada “equipe”.

d) Criação de Conselhos Locais

No município, como já relatado, há existência do Conselho Municipal de Saúde, criado em 1991 (104). No entanto, não há Conselhos Locais. A participação social nas Unidades é fundamental para aproximar os serviços de saúde das demandas, necessidades e olhares da comunidade.

Se quisermos pautar nossas ações de saúde não apenas no enfrentamento às doenças, mas sim no apoio social às pessoas na construção de sua qualidade de vida e na busca pelo bem viver, precisamos mobilizar ações que interajam com o universo de sentidos, anseios, buscas, projetos e movimentos dessas pessoas em busca por felicidade, por realização e pela sobrevivência, o que se reflete em suas práticas sociais, comunitárias e cotidianas, as quais precisam ser consideradas e valorizadas pelo serviço. Da mesma forma, necessitamos abrir as *portas* do serviço para que essas pessoas, munidas de todos os elementos emocionais e objetivos, participem intensamente da vida e da dinâmica do serviço, de forma a adequá-lo a sua realidade, agregando seu olhar, seus interesses, sua prioridade e, com isso, as peculiaridades culturais e a história de vida delas e do seu território". (Cruz (105), p. 244)

Dessa maneira, os Conselhos Locais são um dos instrumentos possíveis para participação popular nas Unidades de Saúde e, com isso, viabilizar e aprofundar a "Orientação Comunitária" dos serviços de saúde da APS.

e) Outro desafio: Acessibilidade

O atributo de acessibilidade é o de segundo pior desempenho. É um atributo que também apresenta baixo desempenho nos estudos realizados no Brasil. Consideramos que em Paulínia há um potencial para melhoria da Acessibilidade.

Primeiro porque já há extensão de horário de funcionamento das quatro maiores unidades, que funcionam até as 19:00h e também abrem aos sábados. Como o município está organizado por distritos, para ampliar o acesso dos usuários também das unidades "pequenas" e otimizar os recursos já instalados, as unidades pequenas poderiam ter possibilidade de agendar atendimentos, pelo menos uma vez na semana, das 17:00 às 19:00, a serem realizados nas unidades de referência. Dessa maneira, se ampliaria o acesso dos usuários que não podem ser atendidos

até as 17:00 também das unidades pequenas, aproveitando a capacidade já instalada.

Em segundo lugar porque, apesar de as 4 unidades abrirem aos sábados, não há possibilidade de agendamento de consultas. Atende-se apenas a demanda espontânea, com abordagem dos eventos agudos. Os médicos das unidades pequenas se revezam aos sábados no atendimento, mas atendendo usuários das unidades “grandes” (Centro I, Monte Alegre, Planalto e São José). Poderia haver possibilidade de atendimento dos usuários de sua unidade de origem, ampliando, portanto, o acesso desses usuários, que também teriam a possibilidade de atendimento aos sábados.

Além disso, na Atenção Primária em Paulínia é escasso o uso de ferramentas virtuais para garantia de ampliação do acesso. Mesmo com advento da pandemia Sars-Cov-2, que obrigou medidas sanitárias de distanciamento social, o desenvolvimento de ferramentas virtuais de contato com os usuários foi muito escasso.

Basta implementação da Estratégia Saúde da Família?

Chega-se à conclusão, portanto, de que o deficit de implementação da Política Nacional de Atenção Básica no município de Paulínia acarreta pior desempenho e maiores danos à saúde, apesar de ser um dos municípios com mais recursos financeiros. Esse, portanto, é um primeiro desafio: incorporar a produção do Movimento da Reforma Sanitária e do SUS. É passo fundamental para o desenvolvimento das políticas públicas em saúde em Paulínia. Basta, entretanto?

O primeiro risco é o que nos impõe o uso gerencialista das avaliações. Antes da elaboração de metas a serem atingidas para “maior orientação para APS”, é fundamental a reflexão da imagem-objetivo a ser alcançada: APS para quem e para que? Por exemplo, um sistema de saúde pode apresentar alta orientação para Atenção Primária mas não ser gratuito, ou não ser Universal. Ou mesmo ter uma inspiração da Medicina Comunitária tradicional, pouco resolutiva, degradada, efetivada no limite de aliviar das tensões sociais, e não para garantir acesso à saúde (7,20).

Dessa maneira, não basta a implementação de uma APS forte em Paulínia. É necessário que esteja incluída em um Sistema de Saúde Universal, Público, Gratuito e que garanta o direito à saúde da população.

Além disso, as conquistas populares, a exemplo de um Sistema Universal à saúde como uma das garantias do direito à saúde, sofrem, por sua vez, influência de diversos interesses. Não está descolada da realidade e, portanto, dos conflitos de classe. Se em um momento – por convergência da organização popular dos trabalhadores em sintonia com os elementos conjunturais (elementos objetivos e subjetivos (106) – avança na conquista de direitos, em outro momento pode retroceder. As reformas conquistadas pelos movimentos populares, portanto, não são estáticas e permanentes. Não é diferente para o setor saúde.

“É consenso na literatura especializada que a força da luta dos trabalhadores retardou em alguns anos a chegada da agenda neoliberal ao país. Logo, no entanto, o capital encontraria formas e instrumentos de fazer retroceder o alcance e o impacto das vitórias parciais da redemocratização. O SUS, como uma das mais importantes, senão a principal, não poderia passar incólume à contraofensiva e tem sido um dos alvos privilegiados dos ataques privatistas que objetivam extirpar dessa política pública de grande envergadura precisamente o caráter público e universal que ela comporta” (Dantas (107), página 150).

Além da possibilidade de retrocesso das conquistas, há também a possibilidade de apropriação das reformas, de modo a garantir manutenção do poder pela classe dominante, a tal democracia de cooptação (108). Em sendo tal risco explicitado e ainda mais notável nos tempos atuais, não basta se dizer da necessidade das reformas. É fundamental criar mecanismos que atendam aos interesses dos trabalhadores e que possam sobreviver às pressões dos interesses da burguesia, do complexo médico industrial, da indústria farmacêutica etc.

Para pensar o futuro, é necessário revisitar o passado. É fundamental, portanto, um balanço do que foi o Movimento da Reforma Sanitária, para identificar seus avanços e também seus limites. Obviamente não se pretende fazer tal balanço

no atual trabalho, mas é importante resgatar alguns de seus elementos para embasar a análise proposta.

Como balanço do Movimento da Reforma Sanitária, há avaliação de que a institucionalização do movimento trouxe também problemas. Como diria Paim, conforme aumento da institucionalização do movimento, “isolava-se a possibilidade de efetiva participação popular, trabalhando-se cada vez mais em nome da população e não em articulação orgânica com os setores populares” (Paim *apud* Dantas (107), página 180 – no original página 276).

Analogamente, não basta a implementação em Paulínia das mudanças propostas por este trabalho. É necessário que haja permanente organização dos movimentos populares, sem que este se institucionalize e se descole das necessidades populares.

Santos (109) coloca como primeiro passo para o fortalecimento do SUS a mobilização popular, “A força social capaz de mudar a política de Estado só acontece com a consciência social, politização e ampla mobilização, incluindo os trabalhadores e as classes médias” (página 278).

Para implementar tais reformas no SUS- Paulínia, portanto, não nos parece suficiente a estratégia “ (...) de tomar o Estado, e dentro dele, especificamente o governo, como principal base de sustentação para o desenvolvimento da reorganização da assistência médico-sanitária” (Campos, *apud* Dantas (107), página 179).

Dessa maneira, nos parece necessário ter, para além das reformas como melhoria das condições de vida da classe trabalhadora, a constituição de um horizonte estratégico de transformação social. Tal construção não se concretizará a partir de elaborações intelectuais ou individuais, mas a partir de sujeitos coletivos, como partidos e organizações políticas(110).

Para melhor cuidado em saúde da população é fundamental a constituição de Sistemas de Saúde Universais, que, por sua vez, são mais eficazes conforme maior orientação para Atenção Primária. Em Paulínia é fundamental que haja maior orientação do sistema para Atenção Primária. Apesar de necessário, não basta a implementação da PNAB e da ESF. É fundamental a constituição de sujeitos coletivos que sejam capazes de vislumbrar um horizonte estratégico de transformação social.

8) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Andrade CD de. A Rosa do Povo. 21 ed. Rio de Janeiro: Record; 2000.
2. Paulon SM. A Análise De Implicação Como Ferramenta Na Pesquisa-Intervenção. *Psicol Soc.* 2005;17(3):18–25.
3. Gotzche PC. Medicamentos Mortais e Crime Organizado. 1ª ed. Fajardo AP, Augusto DK. Porto Alegre: Bookman; 2016. 298 p.
4. Marconi M, Lakatos E. Fundamentos de metodologia científica. Editora Atlas S. A. 2003. 310 p.
5. Michaelis On-line [Internet]. [acesso em 2021 Fev 2]. Disponível em : <https://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=prólogo>
6. Caponi S. A saúde como abertura ao risco. In: Czeresina DF, editor. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro; 2003. p. 55–77.
7. Donnangelo, Maria Cecília Ferro; Pereira L. Saúde e Sociedade. Segunda Ed. Duas Cidades, editor. Saúde e Sociedade. Sao Paulo; 1979. 124 p.
8. NETTO JP. UMA FACE CONTEMPORÂNEA DA BARBÁRIE. *Rev Novos Rumos* [Internet]. 1969 Dec 31;50(1):1689–99. Disponível em: <http://publications.lib.chalmers.se/records/fulltext/245180/245180.pdf%0Ahttps://hdl.handle.net/20.500.12380/245180%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.jsames.2011.03.003%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.gr.2017.08.001%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.precamres.2014.12>
9. Zhang P, Jeong J-H, Yoon J-H, Kim H, Wang S-YS, Linderholm HW, et al. Abrupt shift to hotter and drier climate over inner East Asia beyond the tipping point. *Science* (80-) [Internet]. 2020 Nov 27;370(6520):1095–9. Disponível em: <https://www.sciencemag.org/lookup/doi/10.1126/science.abb3368>
10. Zanolli M de L. A atenção a saúde da criança em Paulínia : um campo de prática da pediatria social [Tese]. Universidade Estadual de Campinas; 1999. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/309130>
11. Andrade M da GG. O ensino médico e os serviços de saúde: estudo de caso do projeto Paulínia [Tese]. Universidade Estadual de Campinas; 1995. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/313824>
12. Fleury S, Ouverney AM. Política de saúde: uma política social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L de VC, Noronha JC de, Carvalho AI de. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 1–42.
13. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO. Brasil. Ministério da Saúde.; 2002. 726 p.

14. Portela GZ. Atenção Primária à Saúde: um ensaio 255. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2016;27(2):255–76.
15. Levcovitz E, Couto MHC. Sistemas de Saúde na América Latina no século XXI. In: Nogueira RP, editor. *Observatório Internacional de Capacidades Humanas, desenvolvimento e políticas públicas 3* [Internet]. Brasília-DF: Organização Pan-Americana de Saúde; 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39164>
16. Rosen G. A era bacteriológica e suas consequências (1875-1950). In: *Uma história da Saúde Pública*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/UNESP/ABRASCO; 1994. p. 231–66.
17. Andrade LOM, Bueno IC de H, Bezerra RC. Atenção Primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GW de S, Minayo MC de S, Akerman M, Junior MD, Carvalho YM de. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz; 2009. p. 783–836.
18. World Health Organization. Declaração de Alma-Ata. In: *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde* [Internet]. 1978. p. 3. Disponível em: www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm%5Cnhttp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf
19. Gérvas, Juan; Fernández MP. São e Salvo: e livre de intervenções médicas desnecessárias. Porto Alegre: Artmed; 2016. 279 p.
20. Campos GW de S. Em busca de uma práxis ampliada e compartilhada. In: Guedes F, Campos GW de S, Terra LSV, Viana MM de O. *Nas entranhas da Atenção Primária à Saúde*. Primeira. São Paulo: Hucitec; 2021. p. 23–48.
21. Campos GWDS, Minayo MCDS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM De. *Tratado de Saúde Coletiva*. Fiocruz. 2006;871.
22. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* [Internet]. 2011 May;377(9779):1778–97. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673611600548>
23. Paim JS, Fontes Teixeira C. Institutional configuration and administration of Brazil's National Health System (SUS): problems and challenges. *Cien Saude Colet*. 2007;12(sup):1819–929.
24. Sampaio LFR, Mendonça CS, Turci MA. Atenção Primária À saúde no Brasil. In: Gusso G, Lopes JMCL, Dias LC. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 50–65.

25. BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 648, DE 28 DE MARÇO DE 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. Ministério da Saúde. 2006 [acesso em 2021 Fev 9]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_com_p.html
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica - PNAB 2012 [Internet]. Vol. I, Ministério da Saúde. 2012. 110 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
27. BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS). [Internet]. 2017 [acesso em 2021 Fev 9]. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031
28. Sampaio LFR, Mendonça CS, Lemer Jr N. Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 29–39.
29. Campos GW de S, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: Campos GW de S, editor. Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. Sao Paulo: Hucitec; 2008. p. 121–42.
30. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília; 2012. 114 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
31. Melo E, Mattos R. Gestão do Cuidado e Atenção Básica: controle ou defesa da vida? In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L. Atenção Primária à Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.
32. Gastão Wagner de Sousa Campos. A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. HUCITEC. 2013.
33. Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L. Atenção Primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. 1ª edição. Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, editors. Rio de Janeiro; 2018. 610p p.
34. Rizzotto MLF. O BANCO MUNDIAL E AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL NOS ANOS 90: um projeto de desmonte do SUS [Tese]. Universidade

Estadual de Campinas; 2000. Disponível em:

http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/313348/1/Rizzotto_MariaLuciaFrizon_D.pdf

35. Santos JA. O SUS e a contra-reforma do Estado a partir de 1990 : a ampliação do processo de privatização da saúde pública no Brasil [Dissertação]. Universidade Estadual de Campinas; 2016;163p.
36. BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização [Internet]. Brasília; 2005. 36 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao_ab_portugues.pdf
37. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev Saude Publica [Internet]. 2000 Oct;34(5):547–9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000500018&lng=pt&tlng=pt
38. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. Cienc e Saude Coletiva. 2012;17(4):821–8.
39. Furtado JP, Campos GW de S, Oda WY, Onocko-Campos R. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. Cad Saude Publica [Internet]. 2018 Jul 23;34(7). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000705004&lng=pt&tlng=pt
40. Campos RTO. O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica. Cien Saude Colet. 2001;6(1):197–207.
41. Campos RO. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. Cad saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Esc Nac Saúde Pública. 2000;16(3):723–31.
42. Sousa AN. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. Saúde em Debate. 2018;42(spe1):289–301.
43. BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.925, DE 13 DE NOVEMBRO DE 1998 [Internet]. [acesso em 2021 Fev 9]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925_13_11_1998_rep.html
44. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família [Internet]. 3ª edição. Brasília-DF; 2009. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_autoavaliacao_n4_saude_familia_parte1.pdf

45. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*. 2018;42(116):11–24.
46. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde : PCATool-Brasil – 2020. 2020;237. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/>
47. Harzheim E, Gonçalves MR, D’Avila OP, Hauser L, Pinto LF. Estudos de PCATool no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L. *Atenção Primária à Saúde no Brasil*. 1ª ed. Rio de Janeiro; 2018. p. 610.
48. Fracolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappellini VK, Almeida ACC de. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Cien Saude Colet [Internet]*. 2014;19(12):4851–60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204851&lng=en&tlng=en
49. Prates ML, Machado JC, Silva LS da, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ET de, et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Cien Saude Colet [Internet]*. 2017;22(6):1881–93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601881&lng=pt&tlng=pt
50. Paula WKAS de, Samico IC, Caminha M de FC, Batista Filho M, Silva SL da. Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. *Rev da Esc Enferm da USP [Internet]*. 2016;50(2):335–45. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusphttp://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200021autorcorrespondente:
51. Harzheim E, Oliveira MMC De, Trindade TG, Agostinho MR, Hauser L. *Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde*. Primeira E. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
52. Hulley SB, Cummings SR. *Designing Clinical Research*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1988. 219 p.
53. Conover WJ. *Practical Nonparametric Statistics*. 3ª Ed. New York: John Wiley & Sons; 1999.
54. Maziero M das DS, Müller MT. *Paulínia: dos trilhos da Carril às Chamas do Progresso*. Paulínia-SP: Unigráfica; 1999. 200 p.

55. PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA [Internet]. 2018 [acesso em 2021 Fev 3]. Available from: <http://www.paulinia.sp.gov.br/historia>
56. Brito J. História da Cidade de Paulínia: Volume 1. Sao Paulo: Industria Gráfica Saraiva; 1972. 242 p.
57. Petrobras [Internet]. [acesso em 2021 Fev 4]. Disponível em: <https://petrobras.com.br/pt/nossas-atividades/principais-operacoes/refinarias/refinaria-de-paulinia-replan.htm>
58. IBGE [Internet]. [acesso em 2021 Fev 4]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/paulinia/pesquisa/23/27652?detalhes=true>
59. IBGE. [acesso em 2021 Fev 3]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/paulinia/panorama>
60. Interior SP - Cidades [Internet]. [acesso em 2021 Fev 3]. Disponível em: <http://spcidades.com.br/cidade.asp?codigo=178>
61. IBGE - 2015 [Internet]. [acesso em 2021 Fev 3]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/paulinia/pesquisa/38/47001?tipo=ranking&ano=2015&indicador=47001>
62. CEPED-UFSC - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE DESASTRES. Atlas Brasil. 2013 [acesso em 2021 Fev 3]; Brasil, 2º:126. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/consulta/planilha>
63. Conselho Federal de Medicina. Ranking gasto per capta saúde [Internet]. 2019 [acesso em 2019 Jun 30]. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28042:2019-01-18-22-12-44&catid=3
64. Vicentino C, Dorigo G. História do Brasil. Primeira E. Sao Paulo: Scipione; 1997. 504 p.
65. Brito J. História da Cidade de Paulínia: Volume 2. Sao Paulo: Linotipadora Auxiliar Ltda; 1974. 213 p.
66. Marx K. O Capital: crítica da economia política: livro 1. 26ª ed. Sant'Anna R, editor. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2008.
67. Brito J. História da Cidade de Paulínia: Volume 3. Sao Paulo: Irmãos Milesi LTDA; 1975. 227 p.
68. Merhy EE. Saúde Pública como Política. [Internet]. 2014. 314 p. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-classicos-da-saude-coletiva/a-saude-publica-como-politica-pdf>
69. Marques MB. Análise das limitações e possibilidades de atuação em um serviço de puericultura [Tese]. Universidade Estadual de Campinas; 1976.

Disponível em:

http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/309945/1/Marques_MariliaBernardes_D.pdf

70. Programa de Pós-Graduação de Memorial Social Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. MEMÓRIA E PATRIMÔNIO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL : A TRAJETÓRIA DE SÉRGIO AROUCA [Internet]. Rio de Janeiro; 2005. Disponível em:
<http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/relatorios/relatorio19892003.pdf>
71. Madureira PR, Capitani EM, Campos GW de S. Avaliação da qualidade da atenção à saúde na rede básica. *Cad Saude Publica*. 1989;5(1):45–59.
72. Madureira PR de, Capitani EM De. Qualidade da atenção em rede hierarquizada: a interface serviço/paciente. *Cad Saude Publica* [Internet]. 1990;6(2):158–74. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt%5Cnhttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-311X1990000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
73. CANESQUI AM. Departamento de Saúde Coletiva - Faculdade de Ciências Médicas [Internet]. [acesso em 2018 Ago 2]. Disponível em:
<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/departamento-de-saude-coletiva>
74. CUNHA GT. A construção da clinica ampliada na atenção básica [Dissertação]. Universidade Estadual de Campinas; 2004. Disponível em:
<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/312384>
75. Paula WKAS de, Samico IC, Caminha M de FC, Batista Filho M, Figueirôa JN. Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. *Cad Saúde Coletiva*. 2017;25(2):242–8.
76. Alencar MN de, Coimbra LC, Moraes APP, Silva AAM da, Pinheiro SR de A, Queiroz RC de S. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. *Cien Saude Colet*. 2014;19(2):353–64.
77. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. 2015 [acesso em 2021 Fev 5]. p. 1–8. Disponível em:
<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>
78. Prefeitura Municipal de Paulínia. Apresentação Rede Ambulatorial [Internet]. Paulínia-SP; 2012. Disponível em:
<http://www.paulinia.sp.gov.br/downloads/ss/t8i12.pdf>

79. Prefeitura Municipal de Paulínia. REGULAMENTA O CENTRO DE GERIATRIA JOSÉ PAVAN E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS [Internet]. 2012. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/pdf/Decreto-6200-2012-Paulinia-SP.pdf>
80. IBGE [Internet]. [acesso em 2021 Fev 8]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/paulinia/pesquisa/32/28163>
81. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. IBGE Censo 2010 [Internet]. [acesso 2021 Fev 8]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>
82. Governo Estado de São Paulo. Cobertura Atenção Básica [Internet]. [acesso em 2021 Fev 9]. Available from: http://tabnet.saude.sp.gov.br/tabcgi.exe?tabnet/ind33_matriz.def
83. Prefeitura Municipal de Paulínia. Portal da Transparência [Internet]. 2018 [acesso em 2021 Fev 9]. Disponível em: <http://www.paulinia.sp.gov.br/saudetransparencia>
84. Silva CAJ da S. 3º Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior [Internet]. Florianópolis-SC; 2020. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/sites/psms/index.php?cms=prestacao+de+contas&menu=0>
85. Silva CAJ da S. 2º Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior [Internet]. Florianópolis-SC; 2020. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/sites/psms/index.php?cms=prestacao+de+contas&menu=0>
86. Saviani D. Escola e democracia: polêmicas do nosso tempo. 32 ed. Vol. 8, Editora Autores Associados. Campinas-SP; 1999. 173–178 p.
87. Prefeitura Municipal de Paulínia. LEI Nº 3369, DE 27 DE MARÇO DE 2014 [Internet]. Brasil; 2014 p. 5–6. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/pdf/Lei-ordinaria-3369-2014-Paulinia-SP.pdf>
88. Prefeitura Municipal de Paulínia. Semanário Oficial do Município de Paulínia [Internet]. 804 Brasil; 2009. Disponível em: <http://www.paulinia.sp.gov.br/uploads/semanarios/normal-804-1.pdf>
89. Prefeitura Municipal de Paulínia. Semanário Oficial do Município de Paulínia [Internet]. 806 Brasil; 2009. Disponível em: <http://www.paulinia.sp.gov.br/uploads/semanarios/normal-806-1.pdf>
90. Prefeitura Municipal de Paulínia. Semanário Oficial do Município de Paulínia [Internet]. 1318 Brasil; 2018. Disponível em: <http://www.paulinia.sp.gov.br/uploads/semanarios/1318.pdf>
91. Ricketts TC, Randolph R, Howard HA, Pathman D, Carey T. Hospitalization rates as indicators of access to primary care. Health Place [Internet]. 2001

- Mar;7(1):27–38. Disponível em:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1353829200000356>
92. Ministério da Saúde. Fichas Detalhadas [Internet]. [acesso 2021 Fev 6]. Available from: <http://idsus.saude.gov.br/ficha19s.html>
 93. Mendonça CS, Nedel FB, Batista SR, Medina MG. A Utilização do Indicador por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L. Atenção Primária à Saúde no Brasil. 1ª ed. Rio de Janeiro; 2018.
 94. Governo Estado de Saúde - Percentual de internação por condições sensíveis à atenção básica - ICSAB [Internet]. [acesso 2021 Fev 6]. Disponível em: http://tabnet.saude.sp.gov.br/tabcgi.exe?tabnet/ind42_matriz.def
 95. Castro CGSO. Os estudos de utilização de medicamentos e a qualidade na assistência. In: Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas [Internet]. 2000. p. 62–75. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/zq6vb/pdf/castro-9788575412657-10.pdf>
 96. Kemper ES. PROGRAMA MAIS MÉDICOS: Contribuições para o fortalecimento da Atenção Primária à saúde BRASÍLIA, 2016 [Tese]. Universidade de Brasília; 2016. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/22697>
 97. Ferreira VD, Oliveira JM de, Maia MAC, Santos JS, Andrade RD, Machado GAB. Assessment of Primary Healthcare attributes in one Municipality of Minas Gerais State. Esc Anna Nery - Rev Enferm. 2016;20(4):1–8.
 98. D’Avila OP, Pinto LF da S, Hauser L, Gonçalves MR, Harzheim E. O uso do primary care assessment tool (PCAT): Uma revisão integrativa e proposta de atualização. Cienc e Saude Coletiva. 2017;22(3):855–65.
 99. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, Soranz D. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Cien Saude Colet [Internet]. 2016;21(5):1399–408. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501399&lng=pt&tlng=pt
 100. Cesar M de C, Campos GW de S, Montebelo MI de L, Sarmiento G. Avaliação da atenção primária no município de Piracicaba, São Paulo, Brasil. Saúde em Debate. 2014;38(special):296–306.
 101. Ávila MMM. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. Cien Saude Colet. 2011;16(1):349–60.

102. Morosini MV, Foncesa AF. Configurações do Trabalho dos Agentes Comunitários na Atenção Primária à Saúde: entre normas e práticas. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, editors. Atenção Primária à Saúde no Brasil. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p. 369–405.
103. Prefeitura Municipal de Paulínia. LEI Nº 3.595, DE 01 DE DEZEMBRO DE 2017 “DISPÕE SOBRE A CRIAÇÃO DE CARGOS PÚBLICOS DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS, NAS QUANTIDADES QUE ESPECIFICA, JUNTO À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS” [Internet]. 1280 Semanário Oficial; 2017 p. 1–255. Disponível em: [http://www.paulinia.sp.gov.br/uploads/semanarios/1280_\(2\).pdf](http://www.paulinia.sp.gov.br/uploads/semanarios/1280_(2).pdf)
104. Prefeitura Municipal de Paulínia. Conselho Municipal da Saúde [Internet]. [acesso em 2021 Out 30]. Disponível em: <http://www.paulinia.sp.gov.br/secretarias?id=47&Titulo=Conselho+Municipal+da+Saúde>
105. Cruz PJSC, Brutscher VJ. Participação Popular e Atenção Primária à Saúde no Brasil: fundamentos, desafios e caminhos de construção. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L. Atenção Primária à Saúde no Brasil. 1st ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 231–64.
106. Lenin VI. Que fazer: problemas candentes de nosso movimento. Primeira. Sao Paulo: Expressão Popular; 2010. 288 p.
107. Dantas AV. Do Socialismo à Democracia: tática e estratégia na Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017. 319p p.
108. Iasi ML. Cinco teses sobre a formação social brasileira (notas de estudo guiadas pelo pessimismo da razão e uma conclusão animada pelo otimismo da prática). Serviço Soc Soc. 2019;IV(136):417–38.
109. dos Santos NR. SUS, política pública de Estado: Seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. Cienc e Saude Coletiva. 2013;18(1):273–80.
110. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Cienc e Saude Coletiva. 2018;23(6):1723–8.

9) ANEXOS

9.1) Parecer Consubstanciado do CEP:



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Avaliação da Atenção Primária no município de Paulínia-SP

Pesquisador: Gabriel Freitas de Barros

Área Temática:

Versão: 6

CAAE: 26433919.6.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.475.524

Apresentação do Projeto:

As informações contidas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram obtidas dos documentos apresentados para apreciação ética e das informações inseridas pelo Pesquisador Responsável do estudo na Plataforma Brasil.

Introdução

Mundialmente há diversas experiências organizativas de Sistemas de Saúde, com reflexos na qualidade de assistência prestada à população. A forma organizativa em cada localidade depende de múltiplos fatores sociais, econômicos, culturais e de conflitos de classe. No Brasil, o Sistema Único de Saúde é o arranjo organizacional através do qual se efetiva a política de saúde no país. É um produto da Reforma Sanitária, um amplo processo político que mobilizou a sociedade brasileira para constituição de um sistema de saúde. Ao longo de sua história, foi se consolidando de maneira desigual ao longo do território brasileiro, mas apresenta princípios norteadores e organizativos gerais. Para sua organização, baseia-se na Atenção Primária e na Estratégia Saúde da Família como base organizativa do sistema, concretizando como política através as Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012) A Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu durante a segunda e terceira década do século XX. Surgiu como uma tentativa de aproximar os serviços de saúde da população. Nos Estados Unidos, entre 1910 e 1915, surgiu a compreensão de que, para a aplicação de tais conceitos, deveria haver a criação de Centros de

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.475.524

Saúde Comunitários, cada um responsável por uma área e população definidas. Dawson, ministro da saúde da Inglaterra, aproximou-se dos conceitos atuais de APS ao definir que o Centro de Saúde era responsável por oferecer serviço médico e de saúde pública no nível primário. Em 1966, o informe da Comissão de Millis (Comissão dos Cidadãos) nos EUA definiu a APS como: "Oferta do primeiro contato, a adoção da responsabilidade longitudinal pelo paciente, independentemente da presença ou ausência de doença e a integração dos aspectos físicos, psicológicos e sociais da saúde." (Rosen, 1994, p.372). Ainda nos EUA, na década de 70, a Academia Americana de Médicos de Família considerou que a saúde do paciente da APS deveria ser coordenada tanto na esfera biológica, como na psicológica e na social (Andrade, Bueno, Bezerra; 2008). Segundo a Declaração Oficial da Conferência de Alma-Ata, a APS deveria ser colocada ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, com sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pudessem suportar (World Health Organization, 1978). Em Cuba, em 1984, Cosme Ordóñez, professor e pesquisador que se dedicou à APS, definiu-a como: "Conjunto de atividades planejadas de atenção médica integral que têm como objetivo alcançar melhor nível de saúde para o indivíduo e a comunidade, aplicando a metodologia científica com a ótima utilização dos recursos disponíveis e a participação ativa das massas organizadas" (Lago, 2001). Como pontos em comum de diversas definições da atenção primária à saúde: "-Primeiro contato: encontro inicial e porta de entrada ao sistema- Responsabilidade: compromisso permanente do médico com o paciente-Atenção integral: amplo espectro da equipe de saúde na prestação de serviços para a atenção e solução das necessidades de saúde dos pacientes.- Continuidade: atenção dirigida à pessoa, permanente e sistemática no tempo.- Coordenação: representante dos pacientes, da família e comunidade diante dos serviços de saúde." (Lago & Cruz, 2008)A Atenção Primária, apresenta também, segundo Starfield (Harzheim, Oliveira, Trindade, Agostinho, & Hauser, 2010, p. 9), quatro atributos essenciais: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção. Além disso, apresenta o chamados atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (Harzheim et al., 2010, p. 9). A APS, segundo a cultura sanitária, deveria ser uma das principais portas de entrada para o sistema único de saúde (SUS). Afirma-se que 80% dos problemas de saúde da população deveriam ser resolvidos na APS, sendo que desta porcentagem, espera-se que somente entre 3 a 5% dos casos sejam encaminhados. (Starfield, 2002)A eficácia da Estratégia Saúde da Família tem sido comprovada por estudos publicados em periódicos nacionais e internacionais. Segundo Tratado de Medicina de Família e Comunidade, " os resultados positivos apontados em diferentes estudos abordando a Saúde da Família abrangem diferentes fatores, como por exemplo,

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.475.524

a avaliação dos usuários, dos gestores e dos profissionais de saúde, a oferta de ações de saúde e de acesso e uso dos serviços, a redução da mortalidade infantil, a redução de internações por condições sensíveis à APS e a melhoria de indicadores socioeconômicos da população." (Sampaio, Mendonça, & Junior, 2012) Barbara Starfield (2002) cita um estudo realizado em 1994 que compara doze países industrializados. Nessa comparação, demonstra que mesmo em países considerados ricos, mas com baixa orientação para a ABS (entre eles os Estados Unidos), os indicadores em saúde são piores que em países menos ricos, mas com grande orientação para a atenção básica. Desta forma, a atenção primária constitui-se como elemento importante para os países que buscam sistema de saúde com atenção à saúde qualificada e em que seja um direito de cidadania. "Fica evidente que a ausência da atenção primária significa pior resultado em saúde e maior custo" (Campos, Gutiérrez, Guerrero & Cunha; 2008; p137). No Brasil, a Atenção Primária, consolidou-se através da Estratégia Saúde da Família, que apresenta componentes organizativos para garantir sua eficácia: "a) definição e descrição do território de abrangência; b) adscrição de clientela; c) diagnóstico de saúde da comunidade; d) acolhimento e organização da demanda; e) trabalho em equipe multiprofissional; f) enfoque da atenção à saúde da família e da comunidade; g) estímulo à participação social; h) organização de ações de promoção de saúde; i) resgate da medicina popular; j) organização de um espaço de cogestão coletiva na equipe; l) identificação dos serviços de referência no nível secundário e terciário; m) monitoramento dos indicadores de saúde do território-população de abrangência; n) clínica ampliada; o) educação permanente em saúde." (Andrade, Bueno, & Bezerra, 2009). Tem como fundamentos e diretrizes expressos em sua política nacional: "I) Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade; II) Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou diminuir danos e sofrimentos desta, ou ainda se

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.475.524

responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção; III) Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado; IV) Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum e competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica; e V) Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. A Política Nacional de Atenção Básica considera os

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.475.524

termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento. A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais.” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012, grifos nossos). Como conformação do SUS e da Estratégia Saúde da Família ocorreu de forma desigual nos municípios brasileiros, há inúmeras particularidades que serviram como referência para constituição de políticas de saúde nacionais, como a implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) como programa institucional no Ceará e depois implementado em outros estados, o método Paideia em Campinas e as diversas experiências municipais que serviram como referência para constituição do SUS e da APS. Por outro lado, inúmeros municípios não acompanharam o desenvolvimento de formas mais eficazes de organização do sistema, apesar das evidências de sua maior potencialidade no cuidado à saúde. Estudar a conformação do sistema de saúde e da APS local cumpre a função de compreender melhor seu funcionamento para proposições de formas organizacionais mais eficazes, tendo como referência experiências bem consolidadas no Sistema Único de Saúde nacionalmente, com evidências científicas de sua eficiência no cuidado à saúde. Paulínia é um município no interior de São Paulo com algumas características peculiares. Era um distrito do Município de Campinas que, a partir de 1942, com implantação de grandes indústrias químicas na região, passou a cumprir importante papel econômico regionalmente. Devido ao seu potencial econômico, iniciou-se movimento emancipatório, culminando com a criação do Município em 1964 (Prefeitura Municipal de Paulínia, 2018). Segundo censo do IBGE, população estimada de 102.499 habitantes (2017), com o segundo maior PIB per capita do Brasil. (PIB per capita: IBGE, 2015). No ranking nacional de gastos em saúde per capita realizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), com base em dados de 2017, Paulínia assume o terceiro lugar entre todos os Municípios Brasileiros, e o primeiro lugar entre os Municípios da Região Metropolitana de Campinas (RMC) (Conselho Federal de Medicina, 2019). Fez parte da constituição do SUS em Paulínia, a relação com a Universidade Estadual de Campinas, que teve papel importante na constituição de Centros de Saúde Escola, do Hospital Municipal de Paulínia e na constituição da rede de assistência do município (Canesqui, 1990). Em 2018, a rede de Paulínia apresenta 9 Unidades Básicas de Saúde (que adotam modelo tradicional, sem implementação dos componentes organizativos da Estratégia Saúde da Família); Hospital Municipal de Paulínia, de nível secundário;

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.475.524

centro de zoonoses; centro de geriatria; centro de oncologia; centro de referência em dependência química; centro de terapia e reabilitação; saúde em casa e centro de saúde mental. (Prefeitura Municipal de Paulínia, 2018)

Hipótese:

A eficácia da Atenção Primária tem evidências científicas comprovadas. No entanto, é necessário que cumpra os atributos propostos para tal nível de atenção. Apesar do alto investimento em saúde no município de Paulínia, a hipótese é de que a Atenção Primária de Paulínia não segue os atributos essenciais e derivados da Atenção Primária, propostos por Bárbara Starfield.

Metodologia Proposta:

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal de base populacional. Para avaliação da Atenção Primária no Município de Paulínia, optou-se pela aplicação do questionário PCA-TOOL. Segundo revisão sistemática de modelos de avaliação na atenção primária, o PCA-TOOL foi considerado o melhor instrumento para avaliar a Saúde da Família brasileira (Fracolli et al., 2014). Por ser também um instrumento validado internacionalmente, com estímulo do Ministério da Saúde para sua utilização (Harzheim et al., 2010), pode ser comparado tanto a outros municípios brasileiros, como servir de comparação para futuras mudanças organizativas da própria Atenção Primária de Paulínia. O questionário será aplicado a todos os enfermeiros e médicos clínicos da Atenção Primária de Paulínia, apresentando como critério de exclusão apresentar menos de um ano na rede. Será também caracterizada quanto a sexo, formação e vínculo de trabalho. A abordagem será realizada em cada uma das Unidades Básicas de Saúde, nas salas de espera. Com erro amostral de 5% e nível de confiança de 90%, a amostra será de 270 adultos. Para cálculo da amostra, foi considerado população total estimada pelo IBGE em 2018 de 106.776 pessoas, com proporção estimada de maiores de 19 anos de 70% da população com base no censo de 2010, sendo o universo do estudo 74.743 pessoas. Desta forma, o número de entrevistados em cada Unidade será proporcional ao número de habitantes adscrito a cada UBS, de acordo com o quantitativo a seguir: UBS Centro 1: 49 pessoas; UBS Centro 2: 13 pessoas; UBS Betel: 20 pessoas; UBS São José: 37 pessoas; UBS Amélia: 12 pessoas; UBS João Aranha: 13 pessoas; UBS Monte Alegre: 40 pessoas; UBS Cooperlotes: 30 pessoas; UBS Parque da Represa: 10; UBS Planalto: 46 pessoas. Será considerado critério de exclusão do trabalho residir em outro município que não seja Paulínia e apresentar menos de 19 anos. Será caracterizada a população quanto a sexo, idade e etnia/cor.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.475.524

Critério de Exclusão:

Idade menor que 19 anos; para os trabalhadores, estar na Atenção Primária de Paulínia há menos de 1 ano.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a Atenção Primária de Paulínia-SP de acordo com os atributos da Atenção Primária propostos por Barbara Starfield, sob a ótica dos usuários e trabalhadores.

Objetivo Secundário:

Traçar perfil dos usuários da Atenção Primária de Paulínia-SP de acordo com as categorias: idade, sexo, ocupação, etnia/cor; Traçar perfil dos trabalhadores (médicos clínicos e enfermeiros) da Atenção Primária de Paulínia-SP de acordo com as categorias: idade, sexo, etnia/cor, vínculo de trabalho e formação; Apontar possíveis potencialidades e entraves da Atenção Primária em Paulínia; Desenvolver parâmetro avaliativo da Atenção Básica para comparação de possíveis mudanças futuras da Atenção Básica em Paulínia; Elaborar documento sintético com a avaliação da Atenção Primária em Paulínia, para discussão com trabalhadores, gestores e apresentação em reunião do Conselho Municipal de Saúde. Na mesma ocasião, apresentar outros produtos técnicos desenvolvidos durante o mestrado, como diagnóstico da situação de saúde em Paulínia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo informações do pesquisador:

Riscos:

O desconforto para participação da entrevista será depender o tempo necessário para responder ao questionário. A participação não apresenta riscos previsíveis.

Benefícios:

Não há benefício ou vantagem para os participantes da pesquisa. Os benefícios indiretos e coletivos será contribuir para avaliação da Atenção Primária em Paulínia e possíveis melhorias no serviço de saúde após tal avaliação.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.475.524

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este protocolo se refere ao Projeto de Pesquisa intitulado "Avaliação da Atenção Primária no município de Paulínia-SP", cujo Pesquisador responsável é Gabriel Freitas de Barros, Mestrando pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da UNICAMP; sob orientação DO Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos da FCM/Unicamp. A instituição proponente é a FCM/Unicamp. A pesquisa foi enquadrada na Grande Área Grande Área 4 - Ciências da Saúde, e tem por finalidade subsidiar a Dissertação de Mestrado do pesquisador. Segundo as Informações Básicas do Projeto, a pesquisa tem orçamento estimado em R\$ 600,00 (seiscentos reais) e relata financiamento próprio. O cronograma contempla início em março de 2020 e término previsto para julho de 2021. Serão avaliadas informações de 350 participantes. Trata-se de emenda com vistas a delinear alteração no local de coleta de dados, devido ao contexto imposto pela pandemia do novo coronavírus e a dificuldade para realizar entrevistas no domicílio dos usuários. Desta maneira, as entrevistas serão conduzidas no serviço de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nessa etapa, foi analisado o seguinte documento de apresentação obrigatória:

1 - Projeto de Pesquisa: Foram analisados os documentos "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1631069_E1.pdf" de 27/11/2020 e "projetomestradofinal2020_11_26.odt", de 27/11/2020. Adequado. PENDÊNCIA RESOLVIDA.

Recomendações:

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), do Conselho Nacional de Saúde (CNS) orienta a adoção das diretrizes do Ministério da Saúde (MS) decorrentes da pandemia causada pelo Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), com o objetivo de minimizar os potenciais riscos à saúde e a integridade dos participantes de pesquisas e pesquisadores.

De acordo com carta circular da CONEP intitulada "ORIENTAÇÕES PARA CONDUÇÃO DE PESQUISAS E ATIVIDADE DOS CEP DURANTE A PANDEMIA PROVOCADA PELO CORONAVÍRUS SARS-COV-2 (COVID-19)" publicada em 09/05/2020, referente ao item II. "Orientações para Pesquisadores":

- Aconselha-se a adoção de medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa.

- Em observância às dificuldades operacionais decorrentes de todas as medidas impostas pela pandemia do SARS-CoV-2 (COVID- 19), é necessário zelar pelo melhor interesse do participante da pesquisa, mantendo-o informado sobre as modificações do protocolo de pesquisa que possam

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.475.524

afetá-lo, principalmente se houver ajuste na condução do estudo, cronograma ou plano de trabalho.

- Caso sejam necessários a suspensão, interrupção ou o cancelamento da pesquisa, em decorrência dos riscos imprevisíveis aos participantes da pesquisa, por causas diretas ou indiretas, caberá aos investigadores a submissão de notificação para apreciação do Sistema CEP/Conep.
- Nos casos de ensaios clínicos, é permitida, excepcionalmente, a tramitação de emendas concomitantes à implementação de modificações/alterações no protocolo de pesquisa, visando à segurança do participante da pesquisa, assim como dos demais envolvidos no contexto da pesquisa, evitando-se, ainda, quando aplicável, a interrupção no tratamento dos participantes da pesquisa. Eventualmente, na necessidade de modificar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o pesquisador deverá proceder com o novo consentimento, o mais breve possível.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).
- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.475.524

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

- O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1631069_E1.pdf	27/11/2020 17:55:13		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetomestradofinal2020_11_26.odt	27/11/2020 17:53:47	Gabriel Freitas de Barros	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.docx	27/11/2020 17:52:05	Gabriel Freitas de Barros	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	novoTCLEusuarios.odt	14/09/2020 19:15:43	Gabriel Freitas de Barros	Aceito

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.475.524

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	novoTCLEtrabalhadores.odt	13/02/2020 13:56:53	Gabriel Freitas de Barros	Aceito
Outros	carteirinha.jpeg	01/12/2019 10:42:14	Gabriel Freitas de Barros	Aceito
Outros	PCATOOL.pdf	01/12/2019 10:38:39	Gabriel Freitas de Barros	Aceito
Outros	AtestadoMatricula.pdf	01/12/2019 10:25:10	Gabriel Freitas de Barros	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	paulinia.pdf	01/12/2019 10:21:26	Gabriel Freitas de Barros	Aceito
Folha de Rosto	rosto.pdf	01/12/2019 10:21:20	Gabriel Freitas de Barros	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 18 de Dezembro de 2020

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

9.2) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Usuários :

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - USUÁRIOS

Título da pesquisa: Avaliação da Atenção Primária no município de Paulínia-SP

Nome dos responsáveis: Gabriel Freitas de Barros e Prof. Dr. Gastão Wagner Sousa Campos

Número do CAAE: 26433919.6.0000.5404

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante da pesquisa e é elaborado em duas vias, assinadas e rubricadas pelo pesquisador e pelo participante/responsável legal, sendo que uma via deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento. Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu atendimento no seu local de consulta e que você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa.

Justificativa e objetivos:

A pesquisa tem como objetivo avaliar a Atenção Primária em Paulínia a partir da aplicação de entrevistas a usuários e também a trabalhadores da rede .

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidado a responder a um questionário de múltipla escolha, uma única vez, com duração aproximada de 40 minutos, sem necessidade de deslocamento (será aplicado no próprio serviço de saúde, durante a espera das consultas). Serão abordadas questões sobre o acesso ao serviço de saúde, se o serviço realiza o cuidado de saúde ao logo da vida dos usuários e se o serviço entende as pessoas como um todo (no aspecto psicológico, biológico, social), se tem base em um território determinado e se cuida não só do paciente, mas de sua família como um todo.

Desconfortos e riscos:

Você **não** deve participar deste estudo se apresentar menos de 19 anos, não residir em Paulínia ou não apresentar condições psicológicas ou mentais para responder ao questionário.

O desconforto para participação da entrevista será despendido o tempo necessário para responder ao questionário. A participação não apresenta riscos previsíveis.

Benefícios:

Não há benefício ou vantagem para os participantes da pesquisa. Os benefícios indiretos e coletivos será contribuir para avaliação da Atenção Primária em Paulínia e possíveis melhorias no serviço de saúde após tal avaliação.

Acompanhamento e assistência:

Você tem o direito à assistência integral e gratuita devido a danos diretos e indiretos, imediatos e tardios, pelo tempo que for necessário. Como não há riscos previsíveis para participação, em caso de algum dano, você deverá procurar o pesquisador responsável para avaliar necessidade de alguma intervenção. Você terá direito ao acesso aos resultados da pesquisa sempre que solicitado.

Sigilo e privacidade:

1 de 2

Rubrica pesquisador

Rubrica participante pesquisa

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento e Indenização:

Como o questionário será aplicado no serviço de saúde, não há ressarcimento previsto. Você terá a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador Gabriel Freitas de Barros na Rua Nelson Perine, 398– Paulínia, SP. Telefone: (19)3884-3123, das 7:00 às 17:00 de segunda a quarta feira. Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:00hs às 11:30hs e das 13:00hs as 17:30hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do (a) participante da pesquisa:

_____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa.

_____ Data: ____/____/____.

2 de 2

Rubrica pesquisador

Rubrica participante pesquisa

9.2) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Trabalhadores :

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TRABALHADORES

Título da pesquisa: Avaliação da Atenção Primária no município de Paulínia-SP
Nome dos responsáveis: Gabriel Freitas de Barros e Prof. Dr. Gastão Wagner Sousa Campos
Número do CAAE: 26433919.6.0000.5404

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante da pesquisa e é elaborado em duas vias, assinadas e rubricadas pelo pesquisador e pelo participante/responsável legal, sendo que uma via deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento. Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar sua condição profissional na Unidade de Saúde em que você trabalha e você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa.

Justificativa e objetivos:

A pesquisa tem como objetivo avaliar a Atenção Primária em Paulínia a partir da aplicação de entrevistas a usuários e também a trabalhadores da rede.

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidado a responder a um questionário de múltipla escolha, uma única vez, com duração aproximada de 40 minutos, sem necessidade de deslocamento (será aplicada no ambiente de trabalho). Serão abordadas questões sobre o acesso ao serviço de saúde, sua capacidade de coordenação do cuidado, se realiza o cuidado de forma longitudinal e de forma integral; e se tem orientação territorial e familiar.

Desconfortos e riscos:

Você **não** deve participar deste estudo se apresentar menos 1 ano de experiência na Atenção Primária em Paulínia.

O desconforto para participação da entrevista será despendido o tempo necessário para responder ao questionário. A participação não apresenta riscos previsíveis.

Benefícios:

Não há benefício ou vantagem para os participantes da pesquisa. Os benefícios indiretos e coletivos será contribuir para avaliação da Atenção Primária em Paulínia e possíveis melhorias no serviço de saúde após tal avaliação.

Acompanhamento e assistência:

Você tem o direito à assistência integral e gratuita devido a danos diretos e indiretos, imediatos e tardios, pelo tempo que for necessário. Como não há riscos previsíveis para participação, em caso de algum dano, você deverá procurar o pesquisador responsável para avaliar necessidade de alguma intervenção. Você terá direito ao acesso aos resultados da pesquisa sempre que solicitado.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

1 de 2

 Rubrica pesquisador

 Rubrica participante pesquisa

Ressarcimento e Indenização:

Como o questionário será aplicado no ambiente de trabalho, não há ressarcimento previsto. Você terá a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador Gabriel Freitas de Barros na Av. Prof. José Lozano Araújo, 1551 – Paulínia, SP. Telefone: (19)3874-5600, das 08:00hs às 17:00hs. E-mail: gabriel Freitas de Barros@gmail.com.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretária do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:00hs às 11:30hs e das 13:00hs às 17:30hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do (a) participante da pesquisa:

Data: ____/____/____.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa.

_____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do pesquisador)

2 de 2

Rubrica pesquisador

Rubrica participante pesquisa