

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**ESRON SOARES CARVALHO ROCHA**

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE INDÍGENA E NÃO INDÍGENA NO  
ALTO RIO NEGRO, AMAZONAS, NA PERSPECTIVA DOS  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**SÃO PAULO**

**2016**

**ESRON SOARES CARVALHO ROCHA**

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE INDÍGENA E NÃO INDÍGENA NO  
ALTO RIO NEGRO, AMAZONAS, NA PERSPECTIVA DOS  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

**Área de concentração:** Enfermagem na Saúde do Adulto

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rúbia Aparecida Lacerda

**SÃO PAULO**

**2016**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: \_\_\_\_\_ . Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Catálogo na Publicação (CIP)**

**Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”**

**Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**

Rocha, Esron Soares Carvalho

Atenção Primária à Saúde indígena e não Indígena no Alto Rio Negro, Amazonas, na perspectiva dos profissionais de saúde / Esron Soares Carvalho Rocha – São Paulo, 2016.

181 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rúbia Aparecida Lacerda

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

1. Saúde das populações indígenas. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. 4. Estratégia Saúde da Família.

**Nome: Esron Soares Carvalho Rocha**

**Título:** Atenção Primária à Saúde Indígena e não Indígena no Alto Rio Negro, Amazonas, na Perspectiva dos Profissionais de Saúde.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

**Aprovada em:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Banca Examinadora**

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## ***Dedicatória***

*Dedico esse trabalho a minha mãe, **Maria Ferreira** (in memoriam), e ao meu pai, **Antônio Soares**, que mesmo com pouca escolaridade foram capazes de ajudar na condução dos caminhos trilhados por mim até este momento.*

*A minha pequena filha, **Evelyne**, que foi capaz de superar a ausência do papai, Ezío, em alguns momentos de sua vida.*

*Também dedico esse trabalho à população indígena e não indígena do Alto Rio Negro, usuárias do Sistema Único de Saúde, para que possam um dia usufruir a qualidade da atenção à saúde como direito adquirido de um cidadão brasileiro.*

## **Agradecimentos**

*A Deus, por me dar força e permitir percorrer os caminhos aqui trilhados.*

*A **minha orientadora**, Dra. Rúbia Aparecida Lacerda, que algumas vezes durante as orientações, assumia o papel de amiga, confidente, irmã, sem deixar de exercer seu profissionalismo. Obrigado também pela liberdade intelectual, que me permitiu aprender experienciando um grande crescimento pessoal e profissional. Foi um privilégio tê-la como orientadora; essa vivência para mim foi mais que uma orientação profissional. Foi um encontro de almas. Meu muito obrigado.*

***Diretora Profa. Dra. Nair Chase** – Diretora da Escola de Enfermagem, pela sabedoria na condução do DINTER e pelo seu compromisso ético com a qualificação dos profissionais de enfermagem.*

***Professores do PROESA**, em especial, Silvia Secoli, Kátia Grillo, Kasuko Graziano, VilanicePuschel, Ruth Turrini, Diná Cruz, Vera Santos e Ângela Pierin, pelos ensinamentos de enfermagem na arte de **educar**, pesquisar e cuidar da saúde do adulto com qualidade.*

***Professoras Dra. Rosana Parente e Dra. Luiza Garnelo**, pelas valiosas contribuições na análise estética e reflexões sobre o campo da saúde indígena.*

*Aos **colegas** professores da Escola de Enfermagem de Manaus, que conduziram o ensino de enfermagem com qualidade, mesmo na nossa ausência, durante o afastamento para o estágio doutoral.*

***Colegas de doutorado**, pela partilha das experiências e saberes nessa trajetória, em especial, Anna Paula, Hadelândia e José Ricardo, pela vivência em família durante os quatro meses de estágio doutoral em São Paulo.*

***Meus irmãos**, Eulália, Marilena, Socorro e Eugênia, e os demais. Obrigado pela fé e pela união que nos envolvem e pela compreensão em me ter distante na busca dos meus objetivos.*

*Aos Sobrinhos, Leandra, Tharcila, Rodrigo, Gabriel, Thalita e demais, na compreensão das minhas ausências e o cuidado especial de todos com Evelyne.*

*Aos amigos, Sully Sampaio, Fabiane Vinente, pelo apoio nas reflexões, discussões e vivências no campo da saúde indígena e da pesquisa.*

*Equipe da Coordenação Técnica do DSEI Rio Negro e Secretários Municipais de Saúde de Barcelos, São Gabriel da Cachoeira e Santa Isabel do Rio Negro, que certamente contribuíram para a realização desta pesquisa.*

*Profissionais que atuam na Atenção Primária do Alto Rio Negro, que me receberam e compartilharam seus conhecimentos, possibilitando o acesso aos dados para a realização deste trabalho.*

*À Direção do Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane, da Fundação Oswaldo Cruz, que patrocinou o meu deslocamento para a realização do trabalho.*

*À Universidade Federal do Amazonas, da qual sou funcionário, que também contribuiu com a realização deste trabalho, liberando-me para a realização deste estudo.*

*Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq pela concessão da bolsa de doutorado no período de nove meses para o estágio doutoral em São Paulo.*

*A todas as outras pessoas que contribuíram com este estudo, meu muito obrigado!*

*“Compreender não consiste em elencar dados. Mas em ver o nexó entre eles e em detectar a estrutura invisível que os suporta. Esta não aparece. Recolhe-se num nível mais profundo. Revela-se através dos fatos. Descer até aí através dos dados e subir novamente para compreender os dados: eis o processo de todo o verdadeiro conhecimento. Em ciência e também em teologia.”*

*Leonardo Boff*



Rocha, ESC Atenção Primária à Saúde indígena e não indígena no Alto Rio Negro, Amazonas, na perspectiva dos profissionais de saúde [tese]. São Paulo – SP, Brasil. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

## RESUMO

**Introdução:** O presente estudo enquadra-se na dinâmica das relações de trabalho entre profissionais, clientes e instituições no contexto da saúde do adulto e sua temática refere-se à avaliação de políticas públicas e assistenciais de saúde ofertadas às populações indígena e não indígena na região do Alto Rio Negro, Amazonas, Brasil. **Objetivo:** Avaliar a Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos profissionais de saúde dos serviços de saúde ofertados à população pelo Distrito Sanitário Especial Indígena e Secretarias de Saúde. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de corte transversal. **Método:** A população foi composta por 131 profissionais, correspondendo a 100% dos enfermeiros e médicos que atuavam na APS, sendo que 15 (quinze) encontravam-se afastados para tratamento de saúde e/ou em gozo de férias. Os demais 116 participaram da pesquisa, sendo 84 enfermeiros e 32 médicos. A coleta de dados ocorreu entre junho a agosto de 2015 por meio do instrumento *Primary Care Assessment Tool* – Brasil, versão profissionais. Para avaliação dos escores das variáveis, seguimos as orientações contidas no manual do Ministério da Saúde. Utilizou-se o programa SPSS® para a análise estatística descritiva, distribuição de frequência absoluta/ relativas com aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson (nível de significância  $p < 0,05$ ) para comparação das médias e medianas. Para analisar a associação entre variáveis foram empregados testes estatísticos univariados e adaptação de um modelo de regressão logística. O estudo seguiu a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados:** Dos profissionais, 72,4 % são enfermeiros e 27,6% médicos; 59,5% do sexo feminino, com médias de idade de 35 anos e 1,5 anos de experiência de trabalho na APS. Uma ONG é a principal contratante (60,3 %), predominantemente pelo regime CLT (80,5%). O ingresso no trabalho é por meio de indicação de amigos, familiares, seleção de currículos. No geral, os participantes avaliaram os atributos com altos escores, em ambos os serviços de saúde. Embora em algumas medianas não tenham sido observados valores adequados, ressalta-se que o escore total essencial (7,1;  $p < 0,002$ ), derivado (7,22;  $p < 0,004$ ) e escore geral (7,2;  $p < 0,003$ ), mostram forte orientação para APS. Quando se observa os atributos isoladamente, por instituição, os profissionais do DSEI qualificaram como de baixo escore (<6,6) a longitudinalidade (6,4) e orientação comunitária (6,1). Já os profissionais da SEMSA os escore acessibilidade (2,6) e a orientação comunitária (5,6). O conjunto das variáveis que interferem na “forte orientação da APS” corresponde a ser brasileiro, pertencer ao DSEI e ser contratado pela administração direta. Apesar dos serviços ofertados pelo DSEI e a SEMSA terem recebido um alto escore, ainda existem falhas na prestação de serviços, apontando para a necessidade de melhorias em alguns atributos. Isso implica em reformulações de aspectos da estrutura e processo para que futuramente possa ser oferecida uma APS de qualidade. **Conclusão:** Conclui-se ainda que o *PCATool*, versão profissional, mostrou-se um importante instrumento para a verificação da presença dos atributos em contextos em que vivem populações indígenas e não indígenas no mesmo território, embora, em alguns casos, suas variáveis estejam distantes da realidade local. Sugerimos estudos mais amplos, para o aprofundamento de questões capazes de captar a realidade dos serviços de APS ofertados às populações amazônicas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde das populações indígenas. Atenção Primária à Saúde. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Estratégia Saúde da Família.

Rocha, ESC Indigenous and Non-Indigenous Primary Health Care from health professionals' perspective in Upper Negro River, Amazonas State [thesis]. São Paulo – São Paulo State, Brazil. Nursing School, São Paulo University; 2016.

## ABSTRACT

**Introduction:** The current study fits into the dynamics of work relations among professionals, clients and institutions in the adult health care realm, and its theme refers to the assessment of public, health care policies delivered to indigenous and non-indigenous populations in the Upper Negro River, Amazonas State, Brazil. **Objective:** It objectifies to assess Primary Health Care (PHC) from health professionals' perspective of health care services delivered to the population by the Special Indigenous Sanitary District (DSEI, in Portuguese) and Health Secretaries. It is an exploratory, descriptive, cross-cut study. **Methods:** The population comprised 131 professionals, accounting for 100% nurses and doctors from the Primary Health Care, being 15 (fifteen) of them on sick leave and/or on vacation. The remaining 116 participated in the research, 84 nurses and 32 doctors. Data collection was held between June and August of 2015 by means of the Primary Care Assessment Tool – Brazil, professional version. We followed the guidelines from the Manual of the Ministry of Health to assess variable scores. SPSS® Program was used for descriptive statistical analysis, distribution of absolute/relative frequency applying Pearson's chi-square test (significance level  $p < 0.05$ ) in order to compare mean and median values. Univariate statistical tests were used to analyze the association between variables, as well as the adaptation of a logistic regression model. The study complied with Resolution 466/12 of the National Health Council. **Results:** As for the professionals, 72.4 % are nurses, and 27.6% are doctors; 59.5% are females, average age of 35 years, and 1.5 years of work experience in the PHC. An NGO is the main contractor (60.3%) under the Consolidation of Brazilian Labor Laws (80.5%). Work admission is by means of friends, family members' recommendation and resumés selection. In general, participants assessed the attributes with high scores in both health care services. Although proper values have not been attributed to some medians, essential total score (7.1;  $p < 0.002$ ), derivative total score (7.22;  $p < 0.004$ ), and overall score (7.2;  $p < 0.003$ ), are strongly PHC-oriented. When you observe the attributes isolatedly, per institution, low score ( $< 6.6$ ) was attributed to longitudinality (6.4) and community counseling (6.1) by the DSEI professionals. As for the professionals of the Municipal Health Secretary (SEMSA, in Portuguese), the score to accessibility (2.6) and community counseling (5.6). The set of variables, which interfere in "strongly PHC oriented", are Brazilian nationality, to join the DSEI, and to be hired by the direct administration. In spite of the services delivered by the DSEI and SEMSA having been attributed a high score, there are still failures in service delivery, pointing to the need for improvement in some attributes. This implies the reformulations of structure and process aspects so that further quality PHC can be rendered to the populations in the studied territory. **Conclusion:** It can be concluded that the *PCATool*, professional version, evidenced as a major instrument to verify the attribute presence in contexts where indigenous and non-indigenous populations live in the same territory, although some variables, in some cases, are still away from the local reality. We suggest broader studies, in order to deepen issues able to apprehend the reality of the PHC services rendered to the Amazon populations.

**KEY WORDS:** Indigenous populations' health. Primary Health Care. Assessment of Health Care Programs and Projects. Family Health Strategy.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil.....	42
<b>Figura 2</b> - Organização do Distrito Sanitário Especial Indígena e Modelo Assistencial .....	43
<b>Figura 3</b> - Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Estado do Amazonas, Brasil .....	45
<b>Figura 4</b> - Municípios da área de abrangência do DSEI do Alto Rio Negro, 2016 .....	46
<b>Figura 5</b> - Modelo Assistencial no DSEI Alto Rio Negro para atendimento à população indígena rionegrina, 2016.....	47

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Trajetória da Saúde Indígena no Brasil.....	39
<b>Quadro 2</b> - Modelo de regressão logística, para se verificar o efeito conjunto das variáveis independentes no desfecho escore geral da ‘forte orientação da APS”, Alto Rio Negro, 2016. ....	79

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Indicadores de saúde da população indígena do DSEI Alto Rio Negro, período de 2013 - 2014, São Gabriel da Cachoeira – Amazonas, Brasil .....	53
<b>Tabela 2</b> - Número de estabelecimentos por tipo de serviço, distribuídos segundo os municípios da região do Alto Rio Negro, 2015 .....	58
<b>Tabela 3</b> - Número de equipes de saúde por modalidade, distribuídas nos municípios do Alto Rio Negro, 2015	59
<b>Tabela 4</b> - Distribuição dos profissionais da APS, por municípios e instituições de saúde no Alto Rio Negro, 2015.....	59
<b>Tabela 5</b> - Indicadores da ampliação do acesso à Atenção Básica, distribuídos por municípios do Alto Rio Negro, 2015.....	60
<b>Tabela 6</b> - Indicadores da atenção integral à Saúde Materna – Infantil, distribuídos por municípios do Alto Rio Negro - Am, 2015.....	61
<b>Tabela 7</b> - Características sociodemográficas dos profissionais do DSEI e da SEMSA no Alto Rio Negro, 2016. ....	83
<b>Tabela 8</b> - Características de formação e contratação dos profissionais do DSEI e da SEMSA no Alto Rio Negro, 2016.....	85
<b>Tabela 9</b> - Valores medianos e médios das características do trabalho dos profissionais do DSEI e da SEMSA no Alto Rio Negro, 2016.....	86
<b>Tabela 10</b> - Avaliação do atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade, segundo profissionais de saúde do DSEI e da SEMSA no Alto Rio Negro, 2016.....	87
<b>Tabela 11</b> - Avaliação do atributo Longitudinalidade, segundo os profissionais do DSEI e da SEMSA no Alto Rio Negro, 2016.....	88
<b>Tabela 12</b> - Avaliação do atributo Coordenação - dimensão - Integração do Cuidado, segundo os profissionais de saúde do DSEI e da SEMSA no Alto Rio Negro, 2016.....	90
<b>Tabela 13</b> - Avaliação da dimensão - sistemas de informações, segundo os profissionais de saúde do DSEI e da SEMSA no Alto Rio Negro, 2016.....	91
<b>Tabela 14</b> - Avaliação do atributo Integralidade - dimensão - Serviços Disponíveis, segundo os profissionais de saúde do DSEI e da SEMSA, no Alto Rio Negro, 2016.....	92
<b>Tabela 15</b> - Avaliação do atributo Integralidade - dimensão - Serviços Prestados, segundo os profissionais de saúde do DSEI e da SEMSA, no Alto Rio Negro, 2016.....	94
<b>Tabela 16</b> - Avaliação do atributo Orientação Familiar, segundo os profissionais de saúde do DSEI e da SEMSA, no Alto Rio Negro, 2016.....	96
<b>Tabela 17</b> - Avaliação do atributo Orientação Comunitária, segundo os profissionais de saúde do DSEI e da SEMSA, no Alto Rio Negro, 2016.....	97
<b>Tabela 18</b> - Escore dos atributos Essenciais e Derivados classificados como Forte e Baixo Escore Geral de APS, segundo os profissionais de saúde do DSEI e da SEMSA, no Alto Rio Negro, 2016.....	100
<b>Tabela 19</b> - Comparação dos profissionais por instituição com relação aos atributos com forte orientação da APS ( $\geq 6,6$ ), nos serviços de saúde do DSEI e SEMSA, na Região do Alto Rio Negro, 2016. ....	101
<b>Tabela 20</b> - Ajuste das variáveis que apresentaram significância estatística para o escore geral da APS ( $\geq 6,6$ ) no Alto Rio Negro, 2016.....	102

## LISTA DE SIGLAS

<b>ABS</b>	Atenção Básica de Saúde
<b>AIS</b>	Agente Indígena de Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CASAI</b>	Casa de Saúde do Índio
<b>CISI</b>	Comissão Interinstitucional de Saúde Indígena
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>DAB</b>	Departamento de Atenção Básica
<b>DATASUS</b>	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
<b>DSEI</b>	Distrito Sanitário Especial Indígena
<b>DSEIRN</b>	Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro
<b>EMSI</b>	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
<b>ESB</b>	Equipe de Saúde Bucal
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>EVS</b>	Equipes Volantes de Saúde
<b>FIOCRUZ</b>	Fundação Oswaldo Cruz
<b>FOIRN</b>	Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro
<b>FUNAI</b>	Fundação Nacional do Índio
<b>FUNASA</b>	Fundação Nacional de Saúde
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>OPS</b>	Organização Pan-americana de Saúde
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PCATool</b>	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
<b>PIASS</b>	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

<b>PMAQ</b>	Programa Nacional de Melhora do Acesso e da Qualidade
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PNASPI</b>	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
<b>PREPS</b>	Preparação Estratégica do Pessoal de Saúde
<b>PSE</b>	Programa de Saúde na Escola
<b>SAS</b>	Secretaria de Atenção à Saúde
<b>SEMSA</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SESAI</b>	Secretaria Especial de Saúde Indígena
<b>SGC</b>	São Gabriel da Cachoeira
<b>SIASI</b>	Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
<b>SIM</b>	Sistema de Informação de Mortalidade
<b>SINASC</b>	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
<b>SIRN</b>	Santa Isabel do Rio Negro
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SUSA</b>	Serviços de Unidades Sanitárias Aéreas
<b>USF</b>	Unidade Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	19
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	25
2.1	OBJETIVO GERAL:	25
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	25
<b>3</b>	<b>Revisão da Literatura</b>	27
3.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	27
3.1.1	<i>Aspectos históricos e conceituais</i>	27
3.1.2	<i>Importância da APS como orientadora do Sistema de Saúde</i>	30
3.1.3	<i>Breve Histórico da APS no Brasil</i>	32
3.1.4	<i>Estratégia Saúde da Família</i>	33
3.2	POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL	36
3.2.1	<i>Aspectos demográficos dos povos indígenas</i>	36
3.2.2	<i>Antecedentes históricos da Saúde Indígena</i>	38
3.2.3	<i>Subsistema de Saúde Indígena no Brasil</i>	40
3.2.4	<i>Modelo de Atenção à Saúde Indígena</i>	43
3.2.5	<i>Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Amazonas</i>	44
3.3	DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DO ALTO RIO NEGRO	45
3.3.1	<i>Condição e situação de saúde da população indígena no Alto Rio Negro</i>	51
3.3.2	<i>Município de São Gabriel da Cachoeira</i>	54
3.3.3	<i>Município de Santa Isabel do Rio Negro</i>	55
3.3.4	<i>Município de Barcelos</i>	56
3.3.5	<i>Panorama dos indicadores da APS nos municípios do Alto Rio Negro</i>	57
3.3.5.1	<i>Estabelecimentos de Saúde</i>	57
3.3.5.2	<i>Equipes de Saúde</i>	58
3.3.5.3	<i>Profissionais da Atenção Primária no Alto Rio Negro</i>	59
3.3.5.4	<i>Indicadores da Atenção Primária nos municípios do Alto Rio Negro</i>	60
3.4	AVALIAÇÃO EM SAÚDE	62
3.4.1	<i>Aspectos conceituais</i>	62
3.4.2	<i>Avaliação no âmbito da Atenção Primária no Brasil</i>	63
3.4.3	<i>Ferramentas de avaliação na Atenção Primária à Saúde</i>	66
3.4.4	<i>Instrumento Primary Care Assessment Tool - PCATool</i>	68
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	74
4.1	Tipo de Estudo	74
4.2	Cenário do Estudo	74
4.3	População do Estudo	75



4.4	Instrumentos de Coleta de Dados .....	75
4.5	Operacionalização da Coleta de Dados.....	76
4.6	Análise dos Dados .....	77
4.7	Considerações Éticas .....	80
<b>5</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>82</b>
5.1	CARACTERÍSTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	82
5.2	AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS ESSENCIAIS, ENTRE DSEI E SEMSA.....	86
5.2.1	<i>Atributo: Acesso de Primeiro Contato/Acessibilidade.....</i>	<i>87</i>
5.2.2	<i>Atributo: Longitudinalidade .....</i>	<i>88</i>
5.2.3	<i>Atributo: Coordenação/Integração do Cuidado .....</i>	<i>90</i>
5.2.4	<i>Atributo: Coordenação/Sistema de informações.....</i>	<i>91</i>
5.2.5	<i>Atributo: Integralidade/Serviços Disponíveis .....</i>	<i>92</i>
5.2.6	<i>Atributo: Integralidade/Serviços Prestados .....</i>	<i>94</i>
5.3	AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DERIVADOS, ENTRE DSEI E SEMSA .....	96
5.3.1	<i>Atributo: Orientação Familiar .....</i>	<i>96</i>
5.3.2	<i>Atributo: Orientação Comunitária.....</i>	<i>97</i>
5.4	CLASSIFICAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA APS NO ALTO RIO NEGRO .....	98
5.5	ATRIBUTOS COM “FORTE ORIENTAÇÃO PARA APS” NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO ALTO RIO NEGRO .....	101
5.6	VARIÁVEIS INDEPENDENTES QUE INTERFERE NA “FORTE ORIENTAÇÃO DA APS” NO DSE E NA SEMSA.....	102
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>104</b>
6.1	CARACTERÍSTICAS DOS PROFISSIONAIS.....	104
6.2	AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA APS, ENTRE DSEI E SEMSA.....	106
6.2.1	<i>Acesso de Primeiro Contato – Dimensão Acessibilidade.....</i>	<i>106</i>
6.2.2	<i>Longitudinalidade.....</i>	<i>109</i>
6.2.3	<i>Coordenação – Dimensão: Integração do Cuidado.....</i>	<i>112</i>
6.2.4	<i>Coordenação – Dimensão: Sistema de informações.....</i>	<i>115</i>
6.2.5	<i>Integralidade.....</i>	<i>117</i>
6.2.5.1	<i>Dimensão Serviços Disponíveis .....</i>	<i>117</i>
6.2.5.2	<i>Dimensão Serviços Prestados .....</i>	<i>121</i>
6.3	AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DERIVADOS DA APS .....	123
6.3.1	<i>Orientação Familiar.....</i>	<i>123</i>
6.3.2	<i>Orientação Comunitária.....</i>	<i>124</i>
6.4	CLASSIFICAÇÃO DOS ATRIBUTOS COM “FORTE E BAIXA ORIENTAÇÃO PARA APS” NO ALTO RIO NEGRO .....	128
6.5	COMPARAÇÃO DOS ATRIBUTOS COM “FORTE ORIENTAÇÃO PARA APS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO ALTO RIO NEGRO.....	134

6.6	VARIÁVEIS INDEPENDENTES QUE INTERFEREM NA “FORTE ORIENTAÇÃO DA APS NO DSE E NA SEMSA .....	137
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>140</b>
<b>8</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>145</b>
<b>9</b>	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>148</b>
	<b>Apêndices.....</b>	<b>161</b>
	<b>Anexos.....</b>	<b>168</b>

# **1 Introdução**

---

## 1 INTRODUÇÃO

A promoção da saúde tem sido, ao longo da trajetória das políticas sociais, uma das áreas mais desafiantes para governos e sociedade nos diversos contextos nacionais. Em 1978, a Conferência de Alma-Ata apontou a necessidade urgente de mudanças no tipo de atenção à saúde até então hegemônico fundamentado na atenção médica curativa. Também propôs uma nova política de organização dos serviços de saúde capaz de causar impacto nos indicadores de saúde, promover a redução da desigualdade social e a melhoria na qualidade de vida da população. Tais orientações foram reforçadas nas Conferências de Ottawa, em 1986, e de Adelaide, em 1988 (BRASIL, 2002a).

No contexto brasileiro, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido denominada Atenção Básica à Saúde (ABS), e se tornou a principal porta de entrada dos usuários para o sistema de saúde. É caracterizada por desenvolver ações de saúde no âmbito individual e coletivo, de forma articulada entre a promoção e a proteção da saúde. Essas ações devem estar pautadas em tecnologias capazes de apresentar respostas aos principais problemas de saúde de uma população que vive em um determinado território, considerando também os aspectos econômicos, socioculturais, políticos e as representações sociais sobre o processo saúde e doença, e as ações de saúde devem estar pautadas nos princípios norteadores do SUS, tal como descrito na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011).

No Brasil, as experiências internacionais sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) serviram como base para discutir um modelo próprio. Assim, em 1994 surge a Estratégia Saúde da Família (ESF) como proposta do governo brasileiro para o fortalecimento e reorganização do modelo assistencial do sistema de saúde. Imprime-se uma nova dinâmica de atuação fundamentada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com o objetivo de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde a partir de uma definição mais incisiva de responsabilidades entre as equipes de saúde, gestores e a população.

No campo da saúde indígena, a trajetória da política de saúde tem, como marco inicial, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986. Nesse evento, foi recomendada a criação de um modelo de atenção à saúde universal e integral, capaz de respeitar as especificidades culturais e práticas tradicionais de cuidados de saúde de cada etnia (I CONFERÊNCIA NACIONAL DE PROTEÇÃO À SAÚDE DO ÍNDIO, 1986).

Entretanto, somente em 1999 foi criado o subsistema de saúde indígena, regulamentado pela Lei nº 9.836/99 e integrado ao SUS, cuja gestão atual ficou a cargo mais recentemente da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), órgão do Ministério da Saúde que tem a responsabilidade de gerir e implementar as ações diferenciadas de saúde voltadas para os povos indígenas. Para sua operacionalização, foram implantados 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas<sup>1</sup>, constituídos de uma rede de serviços de Atenção Primária de Saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada, com complexidade crescente e articulada com outros níveis de atenção do SUS.

No Estado do Amazonas, foram implantados sete Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que possuem em sua área adscrita, em termos proporcionais, a maior população indígena do país, com 183.514 mil pessoas que se autodeclararam indígenas. Na região do Alto Rio Negro, os municípios de São Gabriel da Cachoeira e Santa Isabel do Rio Negro encontram-se entre os cinco municípios do país com maior número de população indígena no seu território, com cerca de 90% de sua população habitante da área rural se autodeclarando indígena (IBGE, 2010).

Tais distritos demandam a necessidade de constante avaliação no que se refere ao modelo de atenção ofertada, bem como sua articulação com os sistemas municipais de saúde, o que leva a se pensar na necessidade de instrumentos integrados capazes de verificar, simultaneamente, o subsistema de saúde indígena e os serviços da rede de saúde dos municípios de um mesmo território distrital, e de que formas esses pressupostos da atenção diferenciada e do modelo de atenção básica se desenvolvem no cotidiano.

No âmbito mais geral da atenção básica, algumas iniciativas foram desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, em conjunto com instituições de ensino e pesquisa, visando estabelecer ferramentas e estratégias para avaliação e monitoramento em seus diversos aspectos. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) ilustra bem essa iniciativa, que tem como objetivo: “induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e local, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais

---

<sup>1</sup>Segundo Mendes (1999), Distrito Sanitário é um “tipo de Sistema Local de Saúde orientado para um espaço geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas, que visam promover medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais, necessárias à prestação da assistência” (1999: p. 162). Tal conceituação foi utilizada como base para normatização dos chamados Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

direcionadas à Atenção Básica em Saúde” (BRASIL, 2015). O referido programa vem desenvolvendo estudo junto às equipes de saúde dos municípios brasileiros, entre eles os municípios localizados no Estado do Amazonas, que incluem em seu território ações de saúde voltadas aos povos indígenas. Contudo, o estudo não contempla, em sua amostra, dados específicos das equipes de saúde existentes no contexto indigenista.

A literatura brasileira aponta alguns estudos que analisam de forma parcial o funcionamento de alguns DSEI, tais como os de (Athias, Machado, 2001; Chaves, Cardoso e Almeida, 2006; Erthal, 2003; Garnelo, Brandão, 2003; Magalhães, 2000; Marques, 2003; Varga e Viana, 2009). Em conjunto, essas análises demonstram que houve avanços na extensão de cobertura e no financiamento do setor, mas também irregularidade, baixa efetividade e pouca resolutividade das ações sanitárias realizadas nos DSEI. Outros problemas são apontados, como a pouca qualificação das equipes multiprofissionais e alta rotatividade dos profissionais.

Outro dado que se extrai destas referências é que, apesar dos DSEI terem sido implantados há dezesseis anos, não se observa a existência de monitoramento e avaliação sistemática das ações de saúde ofertadas aos povos indígenas. Contudo, as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) enfatizam a necessidade de avaliação e monitoramento das ações de saúde por meio do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), e que este deve ser capaz de fornecer um diagnóstico situacional dos problemas identificados no âmbito do território distrital aos órgãos gestores e de controle social. (BRASIL, 2002b).

Nesse sentido, a pesquisa ora proposta vai ao encontro das prioridades da Agenda Nacional de Pesquisa em Saúde, quando a mesma aponta a necessidade de estudos sobre “avaliação do modelo de gestão, planejamento, funcionamento e impactos”, bem como estudos sobre a avaliação das “políticas de atenção à saúde do índio, levando em conta o cenário atual de transição desses modelos” (BRASIL, 2008a, p. 10).

Portanto, considerando a implantação de um subsistema à saúde dos povos indígenas no Brasil e, tendo em vista a relevância do tema avaliação da qualidade da atenção básica, impulsionada pelo Ministério da Saúde no âmbito do SUS, e a escassez em nosso meio de pesquisas que abordam as ações de saúde na atenção básica entre o subsistema de saúde indígena e o serviço de saúde no âmbito dos municípios em uma mesma região, parece-nos pertinente a realização deste estudo, que pode contribuir para preencher uma significativa lacuna existente.

Assim sendo, o presente estudo questiona: Na perspectiva dos profissionais de saúde a Atenção Primária ofertada à população indígena e não indígena na região do Alto Rio Negro, pelo Distrito Sanitário Especial Indígena e Secretarias Municipais de Saúde, garante a presença e a extensão dos atributos da APS?

A experiência do autor na área de saúde indígena e a construção das questões da pesquisa permitiram a elaboração de uma hipótese inicial de que a presença e a extensão dos atributos da APS, medidas pelo instrumento *PCATool*, diferem entre os serviços de atenção básica ofertados pelo Distrito Sanitário Especial Indígena e o serviços de saúde municipal na região do Alto Rio Negro.

No atual contexto da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Estratégia Saúde da Família tem assumido importante papel como porta de entrada do Sistema Único de Saúde, possibilitando o acesso universal, contínuo, resolutivo e com maior eficácia aos usuários, promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção as suas necessidades de saúde. Tal estratégia tem apontado resultados positivos, que melhoraram as taxas de mortalidade geral e infantil, apesar de estar ainda distante do ideal (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Apesar da implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena e da organização do modelo de atenção pautado nos princípios da Atenção Básica, alguns fatores interferem na efetivação dos serviços de saúde, como: a alta rotatividade de profissionais de saúde, a desarticulação com outros níveis de atenção do SUS, a irregularidade e falhas nas notificações de eventos vitais, insegurança alimentar e questões ligadas à terra indígena (SANTOS et al., 2012). Nesse sentido, torna-se importante avaliar e conhecer o grau de orientação à APS no DSEI e nos serviços de APS desenvolvidos no âmbito das secretarias municipais de saúde (SEMSA).

Outra justificativa para o uso do instrumento na avaliação da saúde indígena está relacionada às falhas encontradas por Sousa, Lucas e Azevedo (2009) na avaliação e monitoramento no Subsistema de Saúde Indígena, como por exemplo, ausência de instrumentos padronizados, redundância de registros, concorrência de sistemas informais baseados em planilhas eletrônicas, instabilidade no fluxo de dados entre o polo-base e o município. Tais falhas dificultam a comparação de dados entre grupos étnicos do DSEI, inclusive pela não discriminação das populações não indígenas que vivem em um mesmo território. Os autores sugerem a integração de um sistema de avaliação com o foco nos indicadores de políticas, programas e ações de saúde em sua totalidade.

Em síntese, acreditamos que este estudo possa contribuir no apoio à melhoria e à inovação do processo de trabalho em área indígena e não indígena, orientando, assim, os

gestores e profissionais de saúde para organizar seus serviços e ofertar ações de saúde em função das necessidades da população rionegrina, garantindo o acesso equânime, integral e de qualidade na região do Alto Rio Negro.



## **2.Objetivos**

---

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL:**

Avaliar a Atenção Primária à Saúde no Alto Rio Negro na perspectiva dos profissionais de saúde, nos serviços de saúde ofertados à população indígena e não indígena pelo Distrito Sanitário Especial Indígena e Secretarias Municipais de Saúde.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- \_ Comparar os atributos da APS - essenciais e derivados - dos referidos serviços de saúde;
- \_ Classificar os atributos que possuem forte e baixa orientação para APS dos serviços de saúde ofertados;
- \_ Comparar os atributos que possuem forte orientação para APS nos referidos serviços de saúde;
- \_ Avaliar o efeito conjunto das variáveis independentes que interferem na forte orientação da APS em ambos os serviços de saúde.

# **3. Revisão da Literatura**

---

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

##### 3.1.1 Aspectos históricos e conceituais

Revendo a literatura, foi possível observar que, historicamente, as primeiras ideias sobre Atenção Primária à Saúde tiveram origem em países europeus, mais especificamente no Reino Unido, a partir do *Relatório de Dawson*, divulgado pelo Ministério da Saúde daquele país em 1920, que recomendou algumas estratégias para os serviços de saúde. O relatório orientava o papel do Estado como principal responsável pela formulação da política de saúde, devendo os serviços estarem organizados em uma perspectiva sistêmica e hierárquica, por nível de complexidade (centros de saúde e hospitais, serviços domiciliários, serviços complementares e hospitais universitários) para desenvolver ações preventivas e terapêuticas em regiões específicas (CAMPOS, 2006; CONILL, 2008; SILVAJUNIOR, 2006). Essa experiência foi utilizada alguns anos depois por diversos países como Canadá, China, Estados Unidos, como forma de reorganização dos serviços de saúde (CONILL, 2008). No campo da política de saúde, o *Relatório Dawson* tem sido considerado um dos primeiros documentos na formulação e criação de Sistemas Nacionais de Saúde (CAMPOS, 2006).

A própria definição de atenção primária à saúde recebeu, ao longo do tempo, várias contribuições, como explica Mendes (2009) na revisão bibliográfica sobre o tema. Para o autor, ela pode ser entendida como: atenção às pessoas pobres de regiões pobres por meio de tecnologias de baixa densidade; atenção voltada à promoção da saúde e à prevenção das doenças; oferta de uma cesta básica de serviços de saúde; serviços de atenção à saúde providos por certos clínicos, generalistas; primeiro nível de atenção à saúde que funciona como porta de entrada do sistema; um conjunto de atributos - acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade, transparência e estratégia - para organizar o sistema de saúde como um todo, que orienta os recursos para as necessidades de saúde de uma população, dando menos ênfase nas tecnologias mais densas voltadas aos cuidados agudos, em especial hospitais, em prol de uma compreensão mais ampla de cuidado.

Em 1978, foi realizada a I Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários em Alma-Ata, no Cazaquistão (antiga União Soviética), marco histórico sobre o

rumo da saúde mundial. A Conferência propôs o uso de tecnologias simples, resolutivas e de baixo custo, com prioridade para procedimentos ambulatoriais e comunitários (BRASIL, 2002a).

Apesar das recomendações propostas no relatório de Alma-Ata, nem todos os países organizaram seus sistemas de saúde norteados pelos princípios da APS, mas a literatura mostra que a mesma se tornou uma referência fundamental para os governantes de todo o mundo organizarem seus sistemas de saúde, inclusive o Brasil (CAMPOS, 2006, CONILL, 2008), onde o Ministério da Saúde tomou o termo utilizado internacionalmente, Atenção Primária à Saúde, e o definiu como Atenção Básica (Brasil, 2011).

A ABS foi estabelecida como a principal porta de entrada do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo definida em seus princípios e diretrizes como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2011, p.19).

Para fins de definição, a concepção do estudo ora proposto é o da avaliação do desempenho das práticas assistenciais dispensadas aos usuários indígenas e não indígenas no primeiro nível de atenção, pautado na saúde como direito, da APS como ordenadora do cuidado em um sistema de saúde, e da APS como uma tecnologia assistencial. Desse modo, a avaliação aqui desenvolvida está fundamentada principalmente na dimensão tecnológica proposta por Starfield (2002), para quem o potencial e o alcance das principais características da APS podem ser medidos pela “abordagem dos componentes da capacidade do desempenho”.

Entre os elementos estruturais dos sistemas e serviços de saúde, a autora propõe quatro atributos essenciais, (STARFIELD, 2002, p.60):

- **Acesso** de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.
- **Longitudinalidade**: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.

- **Integralidade:** leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.

- **Coordenação da atenção:** pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.

Starfield (2002) destaca, também, que para a qualificação das ações dos serviços de APS deve-se levar em consideração, além dos atributos essenciais, a presença de outras três características, chamadas atributos derivados, que podem definidos como:

- **Atenção à saúde centrada na família** (orientação familiar): na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.

- **Orientação comunitária:** reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.

- **Competência cultural:** adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

O conjunto de atributos descritos acima, apesar de estarem inter-relacionados na prática assistencial, podem ser avaliados separadamente. Vale ressaltar que um serviço de saúde ofertado à população geral só deve ser considerado provedor da atenção primária quando apresentar os quatros atributos essenciais, podendo aumentar sua efetividade na interação com os indivíduos e com a comunidade quando os atributos derivados forem observados (BRASIL, 2010a). Portanto, a presença desses atributos na organização de um sistema de saúde pode favorecer um cuidado integral à população que vive em determinado território. Tais definições, se aplicadas ao estudo a ser realizado na região do Alto Rio Negro, podem fornecer elementos para afirmar de que forma os serviços de saúde no âmbito do DSEI Alto Rio Negro e das secretarias municípios de saúde dessa região estão orientados para a APS.

### 3.1.2 Importância da APS como orientadora do Sistema de Saúde

Os registros das experiências acumuladas no campo da APS em âmbito internacional, em uma revisão bibliográfica, mostram evidências que os associam a melhores resultados em saúde, ou seja, ao desenvolvimento de sistemas mais equitativos, eficientes, com menor custo e maior satisfação dos usuários, quando comparado com sistemas de pouca orientação para a APS (HEALTH COUNCIL OF THE NETHERLANDS, 2004; MENDES, 2009; OMS, 2003; 2004; OPS, 2007; STARFIELD, SHI, MACINCO, 2005).

Uma das principais contribuições internacionais sobre a importância da APS para sistemas de saúde está na revisão empreendida por Starfield; Shi; Macinco (2005), que discute a eficácia de sistemas direcionados à APS. Contrapondo a noção de “cuidados especiais” à de atenção primária, da qual identifica as principais formas de ação, o estudo compara sistemas em que os cuidados primários são estabelecidos dentro das políticas de outros em que isso não ocorre, mostrando que a atenção primária ajuda a prevenir doenças e óbitos independentemente de o modelo ser caracterizado pela oferta de médicos exclusiva para os cuidados primários, da relação com uma fonte destes ou do recebimento de grandes insumos pelo sistema. Os autores concluem que a atenção primária está associada a uma distribuição mais equitativa da saúde para as populações em dado território.

Outra referência importante é o relatório, publicado pelo escritório regional da OMS na Europa em 2004, elaborado por Rifat Atum, da *Health Evidence Network* sobre as vantagens e desvantagens da reestruturação de um sistema de saúde mais focado em serviços de cuidados primários. O relatório é uma síntese de uma revisão sistemática de 107 trabalhos internacionais e nele os autores afirmam não ter encontrado estudos que apontassem vantagens de estruturar os sistemas de saúde com base na atenção especializada, que seria uma das alternativas à APS. As evidências analisadas mostram que os sistemas baseados em APS estão associados a melhores resultados de saúde para a população, à utilização mais adequada dos serviços, aumento da satisfação dos usuários, além de reduzir os custos, sem determinar efeitos adversos na qualidade do cuidado ou nos resultados sanitários (OMS, 2004).

Em 2003 a OMS publicou o relatório sobre a saúde mundial reiterando os princípios proposto pela Declaração de Alma-Ata em 1978 e recomendando o fortalecimento dos sistemas de saúde baseados na APS para responder aos problemas sanitários no mundo. Desse modo, a APS se constitui uma proposta para organização dos sistemas de saúde, na busca para

criar condições necessárias para assegurar a oferta de serviços aos estratos mais pobres e excluídos da população, aqui incluídos os povos indígenas (OMS, 2003).

Outro documento relevante para este debate é o relatório elaborado pelo *Health Council of the Netherlands* (2004), que teve como objetivo avaliar a necessidade de organizar a atenção primária nos Estados Membros da União Europeia e estabelecer parâmetros para o desenvolvimento do modelo no contexto europeu. Estabelecendo a atenção primária como a base do sistema de saúde e sua “porta de entrada”, o Comitê caracterizou cuidados como atenção generalista, consistindo em geral em cuidados médicos, paramédicos e farmacêuticos, nutrição e cuidados de suporte e atenção à saúde mental e social não especializada, juntamente com as atividades preventivas e de educação em saúde vinculadas a essas formas de cuidado. Ao contrário da noção de assistência à saúde realizada exclusivamente em locais especializados como hospitais, o cuidado primário é categorizado como aquele realizado em pacientes que permanecem em casa ou que é fornecido o mais próximo possível desta e, quando necessário, na própria residência do paciente.

Além disso, o documento estabelece que tais cuidados devem ser disponibilizados a todos, independentemente da natureza dos problemas de saúde, estando aptos para identificar e responder aos casos de urgência, proporcionando acesso imediato quando necessário, além de estabelecer a continuidade da responsabilidade e responsabilização no que diz respeito aos cuidados de longo prazo, orientação e iniciativas preventivas. O referido documento reforça a importância da integração da atenção primária com os demais níveis.

Entre outras importantes recomendações, o documento chama a atenção para a questão da integralidade dos cuidados generalísticos, para a relação entre as equipes e a população a elas relacionadas, para as metodologias de registro destas populações, leva em conta o autocuidado como componente importante com o qual a assistência primária deve dialogar e insiste na necessidade de interdisciplinaridade das equipes e na troca de experiências e intercâmbio entre países.

Segundo o documento de posicionamento da Organização Pan-americana de Saúde (2007) intitulado *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*, a atenção primária deve ser parte integrante dos sistemas de saúde por ser a melhor estratégia para produzir melhorias sustentáveis e maior equidade no estado de saúde da população que vive nas Américas. Ainda de acordo com o documento, a APS deve ser compreendida como um enfoque de organização e operação que leva em consideração o direito à saúde como um dos seus principais objetivos, potencializa a solidariedade e equidade, e aponta um conjunto de



princípios como capacidade de respostas, tais como: transparência governamental, sustentabilidade, justiça social, intersetorialidade e a participação social (OPAS, 2007).

Verificando como essas recomendações da organização de sistemas de saúde orientadas para uma APS forte têm ocorrido no contexto brasileiro, recorreu-se a Mendes (2009). Para o autor, essas recomendações deverão ser tomadas como uma efetiva prioridade pelos gestores do SUS nas três instâncias federativas, uma vez que os mesmos “não poderão desconsiderar a convocação da organização Mundial da Saúde”. Portanto, o autor é enfático em afirmar que “agora é a hora, mais que em qualquer tempo, de aperfeiçoar a atenção primária” no contexto do SUS, ou seja, superar o paradigma atual da atenção básica e instituir, em seu lugar, o da APS. Isso pode ocorrer com o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família em todo o território nacional.

### **3.1.3 Breve Histórico da APS no Brasil**

No Brasil, as origens e a implantação da APS remontam à década de 70, quando programa e projetos passaram a ser o foco de atenção do governo, na busca de aprimorar o SUS, promovendo a extensão de cobertura dos cuidados primários de saúde às populações menos assistidas. Dentre essas iniciativas, destaca-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Esse programa priorizava o atendimento à população rural, por meio de detecção precoce de doenças infectocontagiosas e atendimento em unidades interiorizadas, organizadas em níveis de complexidade crescente, privilegiando ações de baixo custo e de alta eficácia (CONILL, 2008; MENDES, 2009; NORONHA, LEVICOVTZ, 1994)

Outro programa apontado por Noronha e Levicovtz (1994) foi o de Preparação Estratégica do Pessoal de Saúde (PREPS), que visava formar pessoal de nível médio e elementar para apoiar o desenvolvimento de recursos humanos no campo da saúde para as Secretarias Estaduais de Saúde, além de experiências municipais apontadas por Mendes (2009), como o caso de Lages, Campinas, Londrina e Niterói (CARVALHO, MARTIN, 2001).

Em março de 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, que difundiu a ideia de um projeto democrático de Reforma Sanitária, com ênfase na universalização, equidade, integralidade, descentralização, regionalização e hierarquização da rede do SUS. Propôs, também, a participação da comunidade nos processos de gestão (CARVALHO,

MARTIN, 2001). Tal política exigia uma nova forma de atenção à saúde, visto ter propiciado expressivo aumento pela procura dos serviços de saúde, tradicionalmente centrada na atenção hospitalar.

É neste cenário que surge, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e depois, em 1994, a Estratégia Saúde da Família. Ambos se propõem a atender uma clientela adscrita a um determinado território, definido como um local apropriado para oferecer cuidados integrais de saúde a uma determinada população (MENDES, 1999).

### 3.1.4 Estratégia Saúde da Família

No atual contexto do sistema de saúde brasileiro, a ESF tem sido a principal estratégia de implementação e organização da APS. Segundo o Ministério da Saúde, a ESF tem como objeto de sua intervenção “a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde”. A mesma se propõe a contribuir na reorientação do modelo assistencial brasileiro a partir da atenção básica, norteado pelos princípios do SUS, estabelecendo assim, responsabilidade entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 2000).

De acordo com o documento do Ministério da Saúde, denominado *A Implantação da Unidade de Saúde da Família* (BRASIL, 2000), os profissionais das equipes de saúde “deverão desenvolver suas atividades de forma dinâmica, com avaliação permanente por meio do acompanhamento dos indicadores de saúde de cada espaço territorial”. Sendo assim, esses profissionais devem desenvolver seu processo de trabalho em dois espaços: na unidade de saúde e na comunidade, apoiando e supervisionando as práticas cotidianas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e provendo assistência domiciliar às pessoas que necessitam de cuidados de saúde. O documento ressalta ser desejável que a equipe de saúde estabeleça vínculo com as famílias que vivem nas áreas sob sua responsabilidade, no território de abrangência de sua unidade de saúde (BRASIL, 2000).

O referido documento também recomenda que a equipe de uma Unidade de Saúde da Família (USF) seja composta, no mínimo, por um médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo contar ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental, ficando esta equipe responsável pelo acompanhamento das pessoas que vivem na sua área de abrangência. Cada equipe deveria ser responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 4.000 pessoas, cabendo

a cada agente comunitário o acompanhamento de, no máximo, 750 pessoas. Cada USF é responsável pelo primeiro nível de atenção, sendo considerada a porta de entrada no sistema, logo, deve ser dotada de infraestrutura adequada para realização de consultas, vacinação e demais atividades a serem executadas pelas equipes de saúde de família. As USF devem ainda estar integradas a uma rede de serviços dos diversos níveis de complexidade, estabelecendo um sistema de referência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos pacientes (BRASIL, 2000).

Em 2011, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria n.º 2.488, orienta as características que devem constar no processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

- Definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes;
- Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população e com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias dificultando o acesso dos usuários;
- Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;
- Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;
- Prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;
- Realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada;
- Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;
- Implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento à autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;
- Participar do planejamento local de saúde assim como do monitoramento e da avaliação das ações na sua equipe, unidade e município; visando à adequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;
- Desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

- Apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social;
- Realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos (BRASIL, 2011, p: 41)

Ainda em 2011, a Política Nacional de Atenção Básica ampliou o nível de assistência à saúde, com a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), as ESF ribeirinhas e unidades de saúde fluvial e a presença das Equipes de Saúde Bucal (ESB) nas Equipes de Agentes Comunitários de Saúde. A PNAB também incluiu portarias que foram editadas como respostas às dificuldades no desenvolvimento da APS, como a flexibilização da carga horária dos médicos. Outras importantes iniciativas foram a regulamentação dos consultórios de rua, o Programa de Saúde na Escola (PSE) e a instituição da garantia de financiamento para a avaliação da qualidade, a ser feito por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (BRASIL, 2011).

Estudo realizado pelo Ministério da Saúde para analisar os indicadores da Estratégia Saúde da Família no período de 1998 – 2005/2006 observa que muito se avançou em termos de cobertura. Em 1988 a proporção da população coberta era de 6,55%; passando para 46,19% em 2006. Essa evolução reflete a cobertura de sete vezes mais entre os períodos. A Região Norte apresentou menores proporções de população coberta pela ESF entre as regiões (BRASIL, 2008b). Todavia, a expansão numérica não garante a melhoria da qualidade do atendimento.

A opção de descrever o breve histórico da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Brasil se justifica pelo fato de as diretrizes de gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena (PNASPI) caracterizarem a atuação da equipe de saúde indígena como uma das formulações da política a partir do modelo da ESF, havendo documentos em que as equipes multidisciplinares são designadas como Equipes de Saúde da Família Indígena. Em função disso, as normas técnicas da ESF e as diretrizes da APS serão utilizadas como referência para o entendimento das ações de saúde praticadas no subsistema de saúde indígena e no serviço municipal de saúde do Alto Rio Negro.

## 3.2 POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

### 3.2.1 Aspectos demográficos dos povos indígenas

Conhecer os dados demográficos, a situação de saúde, a trajetória da saúde indígena e a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas vigente no Brasil são importantes para melhor compreender seus desdobramentos, sua trajetória e suas perspectivas. Tais populações, historicamente, compreendem um número expressivo de diferentes grupos étnicos que habitam o país desde milênios antes do início da colonização portuguesa. As primeiras populações a terem contato com os colonizadores, e também as mais afetadas, foram as que habitavam o litoral. Os que habitam os interiores da selva foram os que fizeram contato mais recentemente. Evidencia-se, desse modo, que a dinâmica de distribuição das populações indígenas no Brasil se deve muito ao contato com o não indígena (BUCHILLET, 2007).

Nas últimas décadas, o IBGE tem buscado aprimorar a forma de investigar as suas condições sociodemográficas. A partir do censo demográfico de 1991, no quesito “cor/raça”, foi incluída a categoria “indígena”. Já no Censo de 2010, esse item passou a ser pesquisado no questionário da amostra. Além disso, passaram a ser feitas perguntas adicionais sobre pertencimento étnico e línguas faladas (AZEVEDO, 2000).

Os dados gerais do último censo do IBGE, no ano de 2010, registraram 896.917 mil pessoas que se autodeclararam indígenas. Nas últimas décadas, ocorreu a chamada “revolução demográfica” das populações indígenas (COIMBRA, SANTOS, 2000). Observou-se que, em várias regiões do país, houve uma importante recuperação populacional dos grupos indígenas, com uma taxa em torno de 3,5 a 4,5% ao ano, valores superiores a 1,6% observados na população geral do Brasil (BASTA, ORELLANA, ARANTES, 2012; PEREIRA, et, al., 2009).

Nesse último censo do IBGE (2010), os povos indígenas aparecem constituídos por 305 grupos étnicos, falando em 274 idiomas. Desse total, 36,2% residem em área urbana e 63,8% na área rural, ocupando em torno de 12,5% do território nacional, o que permite a fixação de 517,4 mil indígenas (57,7% do total). Revela-se, neste contexto, que 48,7% estão residentes no Território Nacional, embora haja populações que se encontram isoladas (LINDÓRIO, 2010). Ressalta-se, também, a existência de grupos indígenas residentes em áreas semiurbanas e urbanas plenamente integrados às economias regionais das cidades, prevalecendo uma variedade cultural, porém com preservação da identidade étnica. Essa

diversidade se encontra baseada em diferentes aspectos, como modo de subsistência, língua falada e estilo de vida (COIMBRA Jr, SANTOS, ESCOBAR, 2003).

Os dados sobre a escolaridade dos povos indígenas também foram abordados pelo IBGE no Censo de 2010. Apesar de existir um percentual significativo de indígenas alfabetizados, ele é mais baixo quando comparado aos não índios. Além disso, as populações indígenas estão contextualizadas num cenário marginalizado do ponto de vista econômico, habitacional e dos indicadores de saúde. Por essas razões culturais ou de relação com o ambiente, as populações indígenas requerem políticas públicas específicas, tornando-se urgente estudar todos os aspectos relacionados à sua diversidade. Isso implica desde a compreensão dos modos de vida, até o entendimento sobre seus processos de saúde-doença e as formas de assistência requeridas (IBGE, 2010).

Em relação às condições de saúde das populações indígenas, autores como Coimbra Jr, Santos, Escobar (2003) têm mostrado que estes povos encontram-se em condições vulneráveis em diferentes aspectos. Para esses estudiosos no assunto, a saúde das populações indígenas no Brasil vem sendo construída em meio a intensas transformações, tanto nos perfis epidemiológicos, como na estrutura do sistema de atenção à saúde a eles dispendido.

Doenças infecciosas e parasitárias ainda permanecem como importante causa de morbimortalidade. Contudo, vem ocorrendo um variado processo de transição, no qual novos agravos passam a exercer forte pressão sobre os perfis de adoecimento e morte pré-existentes. É o caso das doenças crônicas não transmissíveis, dos transtornos mentais e comportamentais e das causas externas de adoecimento e morte (BASTA, ORELLANA, ARANTES, 2012).

Ainda de acordo com os dados do IBGE (2010), a região norte do Brasil possui um contingente populacional de 342.836 mil indígenas, apontando a sua importância enquanto a mais populosa em indígenas no País. No estado do Amazonas, há um quantitativo populacional de 183.514 mil indígenas (IBGE, 2010). As características do modo de vida dos indígenas da região Norte também estão baseadas nos sistemas de subsistência, como a pesca, caça, agricultura e artesanato, que se dão de forma integrada. Esses sistemas, no Amazonas, destacam-se a partir dos padrões de uso de recursos naturais entre essas populações que vivem no meio rural e urbano; no manejo das comunidades ribeirinhas e na caça e na pesca exercidas pelos habitantes de reservas e parques. Sob esse aspecto, Pezzuti, Chaves (2009) destacam que são raros os estudos que compreendam de forma integrada o conjunto dos sistemas de subsistência dos indígenas na Amazônia.

### 3.2.2 Antecedentes históricos da Saúde Indígena

Sem pretender realizar uma revisão exaustiva da literatura, são mencionados, a seguir, alguns estudos e documentos do Ministério da Saúde que contemplam o processo histórico da construção da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Historicamente, não havia instituições específicas para se responsabilizar pela saúde indígena. Os primeiros cuidados de saúde dispensados aos grupos tribais partiram das missões religiosas (Confalonieri, 1989), nas décadas de 60 a 70, com a criação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), coordenada pelo Ministério do Interior. A FUNAI assumiu a responsabilidade pela educação, pelas atividades produtivas e de saúde do índio, com a atuação da FUNAI em área indígena, houve a necessidade de leis que regulamentassem a ação sobre os indígenas, sendo criado o Estatuto do Índio, por meio da Lei n.º 6.100, de 19 de dezembro de 1973 (GARNELO, BRANDÃO 2003; GARNELO, 2012; SANTOS et al., 2012).

Os registros apresentados na literatura do primeiro serviço de assistência à saúde indígena de forma sistematizada são datados de 1956, com a criação dos Serviços de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), que contavam com a participação do médico Noel Nutels, por meio da expedição Roncador-Xingu, organizada pela Fundação Brasil Central, na década de 1940 (COSTA, 1987).

Em 1967, com a FUNAI, deu-se início à atuação das Equipes Volantes de Saúde (EVS), que em tese eram compostas por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, odontólogos, assistentes sociais e técnicos de laboratório. Essas equipes estavam vinculadas estrategicamente aos escritórios regionais da FUNAI em todo o país. As ações de saúde desenvolvidas nas aldeias pelas EVS eram basicamente centradas na distribuição de medicamentos para o tratamento das principais morbidades apresentadas durante as viagens da equipe. Nessa época, havia grande rotatividade dos funcionários nos postos da FUNAI, e isso se devia às precárias condições de vida, juntamente com os baixos salários, desencorajando as pessoas mais qualificadas a seguir carreira no órgão (SANTOS, et al., 2012).

Nas décadas de 80 e 90 ocorreram as primeiras iniciativas para a criação de subsistemas de saúde indígena. Até o ano de 1990, a política de saúde indigenista ficou a cargo da FUNAI. A partir de 1991, um conjunto de decretos da Presidência da República retirou da FUNAI grande parte das atribuições e estas foram repassadas ao Ministério da Saúde, o qual já tinha ingerência sobre a saúde indígena desde quando a atenção à saúde

indígena era feita pelos Serviços de Unidade Sanitária Aéreas, órgão liderado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b).

Com isso, foi então criada a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), que se responsabilizou pela saúde indígena. No entanto, como o Ministério da Saúde não possuía experiência no desenvolvimento de políticas de saúde indígena, a FUNAI reassumiu parcialmente a competência gestora de saúde indígena, por meio do decreto nº 1.141, de 19 de maio de 1994, em parceria com a FUNASA, havendo uma divisão de tarefas entre esses órgãos. A FUNAI ficou responsável pela atenção à saúde indígena, remoção do indígena para tratamento de saúde fora da aldeia e pela Casa de Saúde Índio (CASAI). A FUNASA ficou responsável pelo saneamento básico, controle de endemias e capacitação e remuneração dos profissionais (BRASIL, 2002b).

A CASAI é caracterizada como um centro de atendimento, com o objetivo principal de apoiar os pacientes indígenas em área urbana e encaminhá-los para unidades de referências para realização de exames, consultas e tratamento. As unidades de referências são constituídas por ambulatórios e hospitais gerais e especializados, situados nas sedes dos municípios ou, mais frequentemente, na capital do Estado.

A seguir é apresentado uma síntese (Quadro 1) da trajetória da saúde indígena no Brasil que antecede a atual política de saúde indígena vigente no país, regulamentada pela Lei 9.836, também conhecida por Lei Arouca (BRASIL, 2002b; GARNELO, MACEDO, BRANDÃO, 2003; SANTOS et al, 2012).

#### Quadro 1 – Trajetória da Saúde Indígena no Brasil.

(continua)

Ano	Documentos	Conteúdo (Continua)
1967	-----	Início da atuação das Equipes Volantes de Saúde, vinculadas estrategicamente aos escritórios regionais da FUNAI em todo o país
1985	1º encontro de saúde indígena	Primeiras iniciativas para a criação de um sistema de saúde indígena. Denúncias da precariedade da saúde indígena e da falta de assistência.
1986	1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio	Propõe e discute as diretrizes relativas à saúde indígena (Gestão da Saúde Indígena pelo Ministério da Saúde). Acesso dos índios ao SUS.



(continuação)

Ano	Documentos	Conteúdo (Continua)
1991	Decreto nº. 23	Criação da Coordenação da Saúde do Índio, na Fundação Nacional de Saúde; Transfere, da FUNAI para o Ministério da Saúde, a responsabilidade pela saúde indígena; Criação do Distrito Sanitário Yanomami pela Fundação Nacional de Saúde.
	Resolução nº11	Cria a Comissão Interinstitucional de Saúde Indígena (CISI) para assessorar o Conselho Nacional de Saúde/CNS na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena.
1993	2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas	Define diretrizes de uma política nacional de saúde para os povos indígenas e atualiza as recomendações da 1ª Conferência Nacional de Proteção Saúde do Índio, em conformidade com o SUS.
	Portaria nº 57	Reconhecendo o Núcleo Intersectorial de Saúde Indígena (NISI) como estrutura inicial para organização dos DSEIs.
1994	Decreto 1.141	Constitui a Comissão Intersectorial de Saúde Indígena (CISI), devolve a coordenação da saúde indígena para a FUNAI, que fica responsável pelo componente curativo, enquanto o Ministério da Saúde se encarrega das ações de prevenção Revoga o Decreto n. 23/1991.
1996	Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde	Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, com indicação sobre a especificidade dos povos indígenas.
1997	_____	A CISI denuncia à Procuradoria Geral da República (PGR) a situação crítica da Saúde Indígena. A PGR emite um parecer determinando que o Ministério da Saúde assumisse a Saúde Indígena.
1999	Lei 9.836 ou Lei Arouca	Institui, no âmbito do SUS, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que cria regras de atendimento diferenciado e adaptado às peculiaridades sociais e geográficas de cada região.
	Decreto nº 3.156	Responsabilidade da Saúde Indígena passa a ser da União, por meio da FUNASA
	Portaria 852	Cria os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).
	Portaria 1.163 do Ministério da Saúde	Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas no Ministério da Saúde.

**Fonte:** Elaborado com base em (BRASIL, 2002b; GARNELO, MACEDO, BRANDÃO, 2003; SANTOS et al, 2012).

(conclusão)

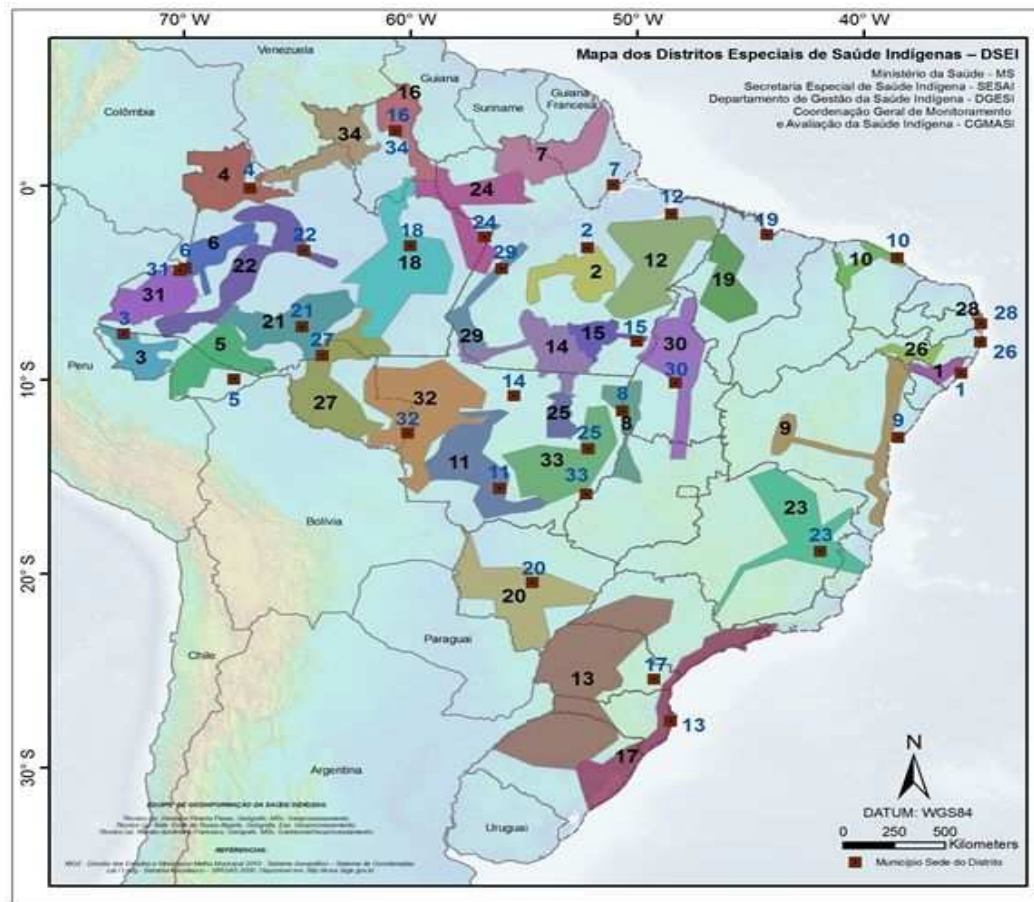
### 3.2.3 Subsistema de Saúde Indígena no Brasil

A saúde indígena conta com um subsistema especial dentro do SUS, operacionalizado por meio da implantação de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), distribuídos

conforme mostra o mapa da (Figura 1) e regulamentados pelo Decreto nº. 3.156, de 27 de agosto de 1999, que “dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas no âmbito do SUS” (BRASIL, 1999a). Também é regido pela Portaria nº. 1.163 de 14 de setembro de 1999, que “dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde, e dá outras providências” (BRASIL, 1999b); assim como pela Lei nº. 9.836 de 23 de setembro de 1999, que cria o Subsistema de Atenção à Saúde das Populações Indígenas (BRASIL, 1999c). Atualmente, a gestão desse subsistema é da SESAI, órgão do Ministério da Saúde criado pelo decreto n.º7.336 de 19 de outubro de 2010, que tem a responsabilidade de gerir e implementar as ações diferenciadas de saúde voltadas para os povos indígenas (BRASIL, 2010b).

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena foi constituído para atender às recomendações propostas nas Conferências de Saúde Indígena. Além de oferecer a garantia de acesso aos serviços de saúde, tanto em terras indígenas, como na rede de referência do SUS, tal política preconizou a necessidade de preparar os recursos humanos indígenas e não indígenas para atuarem nos serviços de atenção básica. Esses deveriam respeitar as especificidades epidemiológicas, operacionais e culturais de cada povo atendido, assim como promover a articulação com os sistemas tradicionais de saúde (BRASIL, 1999c).

Segundo a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, a distritalização sanitária nas terras indígenas teria obedecido a critérios técnico-operacionais, geográficos e culturais, que respeitavam as relações políticas e a composição demográfica das populações atendidas (BRASIL, 1999c). Segundo essa orientação, o subsistema de saúde indígena deveria se pautar pela recomendação de Mendes (1999, p.162) de que os sistemas locais de saúde fossem capazes de “redirecionar e modificar a forma de organização e o conteúdo das ações e serviços de saúde, de modo a responder às demandas da população que vive e trabalha no espaço territorial e social do Distrito Sanitário”.

**Figura 1:** Distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil.

Fonte: SESAI/MS, 2014.

**Legenda - Figura 1:**

1 - Alagoas e Sergipe – AL/SE	18 - Manaus
2 - Amapá e Norte do Pará – AP/PA	19 - Guamá – Tocantins - PA
3 - Altamira - PA	20 - Maranhão – MA
4 - Alto Rio Juruá – AC	21 - Mato Grosso do Sul – MS
5 - Alto Rio Pururs – AC/AM	22 - Médio Rio Purus – AM
6 - Alto Rio Negro - AM	23 - Parintins - AM
7 - Alto Rio Solimoes - AM	24 - Pernambuco - PE
8 - Araguaia – GO/MT	25 - Porto Velho – RO/AM
9 - Bahia - BA	26 - Potiguará – PB
10 - Ceará - CE	27 - Cuiabá – MT
11 - Minas Gerais e Espírito Santo – MG/ES	28 - Rio Tapajós - PA
12 - Interiro Sul – SP/PR/SC/RS	29 - Médio Rio Solimoes e Afluentes - AM
13 - Vale do Javari - AM	30 - Tocantins - TO
14 - Kayapó - PA	31 - Vilhena – RO/MT
15 - Kayaóó - MT	32 - Xavante - MT
16 - Leste de Roraima - RR	33 - Parque Indígena do Xinfú – MT
17 - Litoral Sul – RJ/SO/PR/SC/RS	34 - Yanomami – RR/AM

### 3.2.4 Modelo de Atenção à Saúde Indígena

Quanto ao modelo de assistência proposto para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, Garnelo, Macedo, Brandão (2003) explicam que o referido o modelo se caracteriza pela...

“[...]ênfase na promoção da saúde, pela oferta ininterrupta de serviços nas aldeias, pela adoção de demanda programada e utilização das estratégias de programas nacionais de prevenção e controle de agravos. Por meio dessas medidas, busca-se a substituição paulatina do modelo campanhista até então vigente, centrado na atenção periódica à demanda espontânea de casos em que a doença já está instalada. Outra característica desejável é que ele se mostre capaz de incorporar, em seus processos de programação e avaliação, as representações indígenas sobre saúde, doença e estratégias de cura e de adaptar as suas práticas sanitárias de modo a torná-las culturalmente adequadas a cada grupo étnico adscrito”. (GARNELO, MACEDO, BRANDÃO, 2003, p. 48).

O supracitado documento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas orienta que a organização dos serviços de saúde no interior dos DSEI contenha uma rede de serviços hierarquizados, com complexidade crescente e articulados com os outros níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (Figura 2). Deve contar com uma equipe composta por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, podendo contar também com a presença regular de profissionais de outras áreas de conhecimento para compor a equipe de saúde. Nas aldeias, os agentes indígenas de saúde devem realizar ações de atenção básica vinculadas ou não, aos postos de saúde e apoiados pelas equipes multidisciplinares que os supervisionem periodicamente (BRASIL, 1999c).

**Figura 2-** Organização do Distrito Sanitário Especial Indígena e Modelo Assistencial



Fonte: SESAI/MS, 2012.

Nessa estrutura, os agentes contariam ainda com os Polos -Base<sup>2</sup>, que funcionariam como centros de articulação de referência e contrarreferência. Neles, deveria ser construída uma unidade de APS, responsável pela cobertura de um conjunto definido de aldeias, desenvolvendo ações com maior nível de complexidade do que aquelas disponíveis no posto de saúde indígena. Dentre as atividades da equipe multidisciplinar do Polo-base, assinalam-se a capacitação e supervisão dos agentes de saúde indígena e dos técnicos de enfermagem. Prevê-se também a realização de consulta médica e de enfermagem, ações básicas de enfermagem, vacinação de rotina, controle de doenças de maior incidência e prevalência, diagnóstico, tratamento dos principais agravos, exames laboratoriais, prevenção de câncer ginecológico, vigilância nutricional e epidemiológica (BRASIL, 1999c).

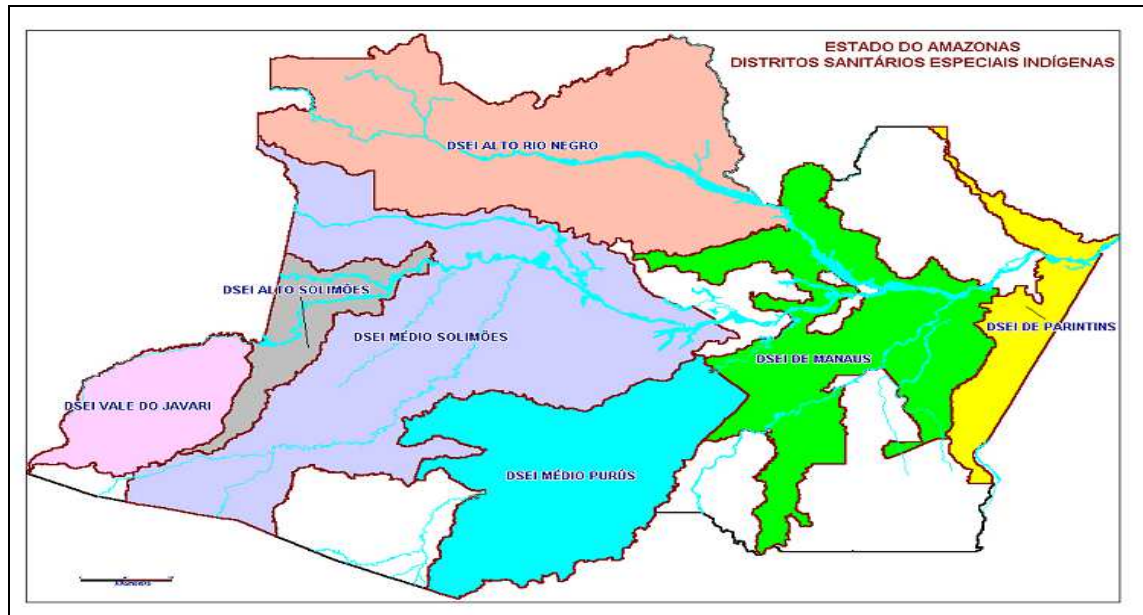
Ainda de acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, o modelo de atenção à saúde deverá estar voltado para a proteção, promoção e recuperação da saúde. A rede de serviços de saúde nas terras indígenas deve garantir o acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população. Desse modo, é indispensável a adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e a adequação da capacidade do Sistema, tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social (BRASIL, 1999c).

### **3.2.5 Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Amazonas**

No Estado do Amazonas, foram implantados sete Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que demandam um conjunto de necessidades sociais e de saúde, as quais apontam para a necessidade de avaliar sua implantação no que se refere ao acesso e à qualidade das ações de saúde ofertadas à população indígena que vive nos territórios distritais. Assim, segue a distribuição dos Distritos Sanitários no Estado do Amazonas (Figura 3), conforme a PNASPI. Na sequência, descreveremos o DSEI do Alto Rio Negro, local onde será realizado o estudo ora apresentado.

---

<sup>2</sup>Constituem-se na primeira referência para os Agentes Indígenas de Saúde que atuam nas aldeias. Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência, neste último caso correspondendo a uma unidade básica de saúde já existente na rede de serviço daquele município (BRASIL, 1999c).

**Figura 3** - Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Estado do Amazonas, Brasil

Fonte: SESAI/MS, 2012.

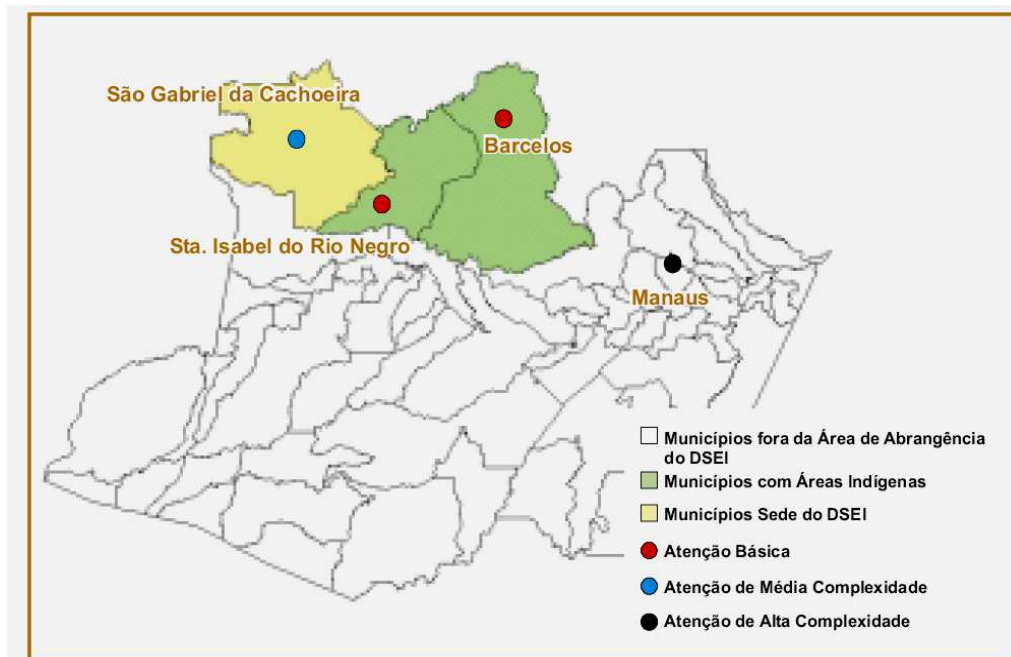
Legenda - Figura: 3

	Alto Rio Negro	5 -		Médio Rio Solimões e Afluentes
	Alto Rio Solimões	6 -		Parintins
	Manaus	7 -		Vale do Javari – AM
	Médio Rio Purus			

### 3.3 DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DO ALTO RIO NEGRO

O DSEI do Alto Rio Negro está localizado na região do Alto Rio Negro, a noroeste do Estado do Amazonas, também conhecida como “Cabeça do Cachorro”, com 294.599 km<sup>2</sup> de extensão territorial, abrangendo as populações indígenas dos municípios de São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro e Barcelos (Figura 4). Ali vivem 36.390 indivíduos, o que corresponde a 6.367 famílias pertencentes a 23 grupos étnicos (Arapasso, Baré, Baniwa, Dessana, Hüpda, Yupdë, Kuripaco, Karapana, Kubeu, Kubeo, Maku, Makuna, Miriti-Tapuya, Nadëb, Piratapuya, Siriano, Tukano, Tuyuca, Tariano, Wanano, Warekena, Yanomami, Yuriti, agrupados sob quatro grandes troncos lingüísticos (Tukano Oriental, Aruak, Maku e Yanomami), distribuídos em 648 aldeias e pequenos sítios ao longo dos rios existentes na região (SESAI/DESEI Alto Rio Negro, 2015).

**Figura 4** - Municípios da área de abrangência do DSEI do Alto Rio Negro, 2016



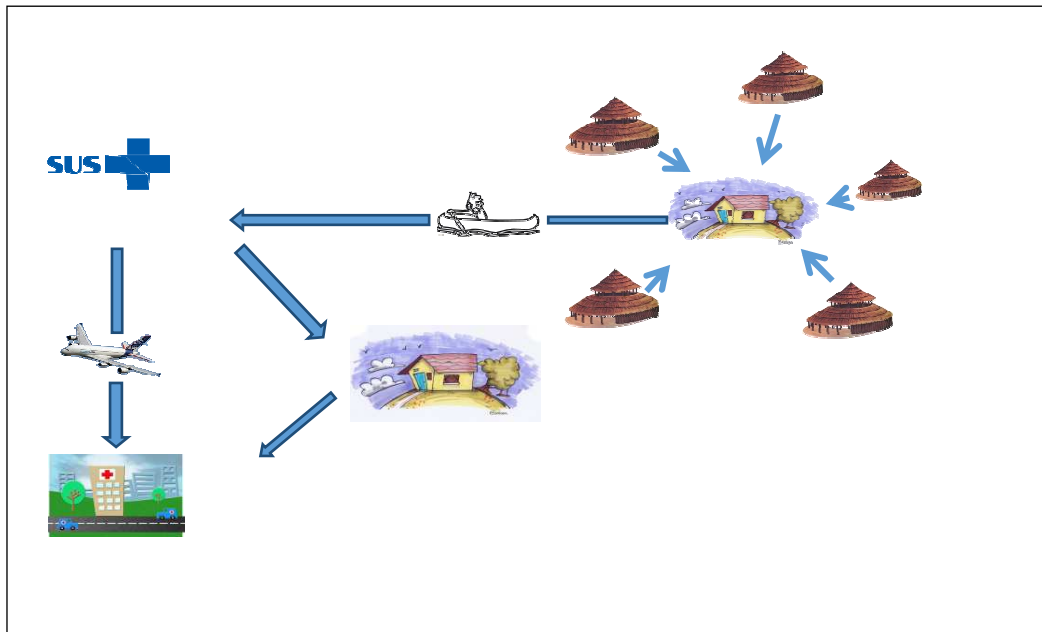
**Fonte:** SIASI – SESAI/MS – 2012

De acordo com o Plano Distrital 2012 – 2015 do DSEI Alto Rio Negro, a rede de atenção à saúde para o atendimento à população indígena é composta por uma rede de serviços hierarquizados, com complexidade crescente e articulados com os outros níveis de atenção a saúde existente na região. Sua estrutura (Figura 5) é formada na área rural pelos Polos – base e nas sedes municipais pelas unidades de saúde da Secretaria Estadual, Exército Brasileiro, secretarias municipais de saúde de São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro e Barcelos, que oferecem referência ambulatorial e hospitalar.

Nas aldeias, a estrutura é mantida por meio da SESAI e está organizada em extensões territoriais chamadas Polos-Base, que congregam um determinado número de comunidades em sua área de abrangência. Normalmente o critério para a definição dos Polos-Base é populacional e logístico. Os documentos afirmam que nas comunidades existem postos de saúde que compõem a rede de atendimento de cada Polo (SESAI/DSEI PLANO DISTRITAL 2012 - 2015).



**Figura 5** – Modelo Assistencial no DSEI Alto Rio Negro para atendimento à população indígena rionegrina, 2016.



**Fonte:** Elaborado pelo próprio autor, 2015.

Tal como na Atenção Básica, os postos de saúde localizados nas aldeias correspondem à porta de entrada no subsistema. Nas aldeias existem agentes indígenas de saúde que desenvolvem atividades voltadas para ações de atenção básica, tais como: acompanhamento de crescimento e desenvolvimento; acompanhamento de gestantes; atendimento aos casos de doenças mais frequentes (infecção respiratória, diarreia, malária); acompanhamento de pacientes crônicos; primeiros socorros; promoção à saúde e prevenção de doenças de maior prevalência; acompanhamento da vacinação; acompanhar e supervisionar tratamentos de longa duração, além de ser o primeiro contato dos pacientes quando apresenta algum tipo de agravo à saúde. Os mesmos servem de referência para as equipes multidisciplinares que os supervisionam periodicamente (SESAI/DESEI Alto Rio Negro, 2015).

Rocha (2007) ressalta que as atividades dos AIS no DSEI do Alto Rio Negro contemplam um conjunto de atribuições como: promoção da saúde, prevenção de agravos e o acompanhamento a indivíduos, famílias e grupos, por meio de visitas domiciliares e mobilização social; devem também desenvolver atividades administrativas e logísticas, como o monitoramento de situações graves de saúde pela radiofonia, a limpeza e organização do Polo-Base.

Embora essas sejam as atribuições pré-estabelecidas nos documentos oficiais dos AIS (Brasil, 1999a; 1999b), que devem orientar suas atribuições, Rocha (2007) destaca que devido à baixa frequência dos profissionais não-indígenas nas aldeias e nos Polos-Base, os AIS



passam a assumir outras atividades além de atender a radiofonia, abastecer o grupo gerador com combustível, preencher formulários, etc. Passam a fazer remoção de pacientes, administração de medicamentos orais e injetáveis, realização de curativos, dentre outras. Ou seja, um AIS fica responsável por todas as ações de saúde ali desenvolvidas, durante o período de ausência dos profissionais de saúde de nível médio e superior, que compõem as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena - EMSI.

Em 2015, 139 alunos concluíram o curso de Técnicos de Agentes Comunitários Indígenas de Saúde. Essa formação adequou-se às especificidades socioculturais, ao cenário epidemiológico e ao contexto político da saúde indígena. Tal curso surgiu de uma demanda da Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro – FOIRN, em 2007 e contou com o apoio institucional da Secretária Estadual de Educação e Qualidade do Ensino do Amazonas, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e contaram também com o apoio da FOIRN, FUNAI, Prefeitura de São Gabriel da Cachoeira e DSEIRN (GARNELO, et al, 2009). Até o final desse estudo, as novas atribuições desenhadas para esses profissionais durante seu processo formativo não haviam sido incorporadas pelas equipes de saúde do DSEI.

No segundo ponto de atenção, encontramos os polos-base que são 25, distribuídos nas diversas sub-regiões sanitárias e culturais, sendo 19 Polos no município de São Gabriel da Cachoeira, 03 em Santa Isabel do Rio Negro e 03 em Barcelos. Cada um dos Polos tem responsabilidade pela cobertura de um determinado número de aldeias em cada sub-região. Os polos-base atuam como referência intermediária, recebendo pacientes encaminhados pelos agentes indígenas de saúde e, quando necessário, referindo-os para os níveis de maior complexidade na sede municipal, como anteriormente citado (SESAI/DSEI Alto Rio Negro, 2012).

Os Polos possuem uma estrutura composta por uma farmácia com medicamentos básicos, sala de observação de pacientes, sala de curativo e materiais médico-hospitalares, radiofonia, alojamento dos profissionais de saúde, um motor de popa acoplado em um bote de alumínio para as atividades rotineiras da equipe no âmbito de sua área de abrangência. Também, possuem uma equipe composta por dois enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem e um agente indígena de saúde. O médico e o cirurgião-dentista se agregam à equipe fazendo visitas de atendimento a cada dois meses.

O regime de trabalho dos profissionais de saúde que atuam no DSEI está organizado da seguinte forma: permanecem 30 dias seguidos em área indígena, após esse período são substituídos por outra equipe, igualmente composta pela categoria profissional que permanecerá em área indígena pelo mesmo período de tempo. Para cada 3 dias

trabalhados, o profissional tem direito a 1 dia de folga, totalizando 150 a 180 dias de permanência em área indígena por ano. Vale ressaltar que dos dias de folga são excluídos os feriados e finais de semana. O restante do tempo de trabalho dos profissionais é desenvolvido na sede do DSEI.

Esse período fica reservado para a elaboração de relatórios das atividades técnicas desenvolvidas em campo, planejamento das atividades, acompanhamento de pacientes internados na Casa de Saúde do Índio e no Hospital de Guarnição, bem como consultas dos pacientes itinerantes (indígenas que vem para São Gabriel por qualquer motivo e acabam por adoecer), plantões na CASAI e fica a disponível para fazer o resgate de eventuais emergências que possam ocorrer nas aldeias indígenas). A proposta é que se mantenha uma frequência mínima de 3 profissionais de saúde simultaneamente em cada Polo-base (SESAI/DSEI Alto Rio Negro, 2012).

A permanência dos profissionais de saúde nas aldeias antecede a um planejamento que compreende várias etapas. Habitualmente, as atividades a serem realizadas em área são precedidas por um momento de previsão de metas e necessidades. Esse momento é executado em cada sede municipal do DSEI e efetuado pelos membros da equipe que se deslocará para o campo. Tais rotinas são planejadas em consonância com o plano anual ou trienal de saúde do DSEI, cujas metas e prioridades devem ser cumpridas pelos profissionais de saúde, em seus deslocamentos periódicos para os polos-base.

Em acordo com as prioridades do plano distrital de saúde, as equipes costumam programar, ao longo do ano, ações de vacinação, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 5 anos, controle dos hipertensos e diabéticos, acompanhamento de pré-natal, atividades educativas e atendimento à demanda espontânea dos doentes nas comunidades sob responsabilidade do polo-base em que atuam. Tais prioridades gerais costumam ser detalhadas nas programações de cada viagem, estabelecendo-se metas e insumos necessários para programar atividades para todo o período de permanência da equipe no Polo-Base. Vale ressaltar que para o ano de 2014 estavam programadas 6 viagens da equipe e por diversos problemas de logística, falta de recursos financeiros, as atividades planejadas não ocorreram (SESAI/DSEIARN, 2014).

No que se refere ao horário de funcionamento dos polos-base e do atendimento nas comunidades de sua área de abrangência, os mesmos estão condicionados à permanência da equipe de saúde em área. Quando essa se encontra, o Polo funciona em horários intercalados, ou seja, a equipe faz pequenas visitas nas comunidades e, durante esse período, o Polo funciona com a presença do AIS, e quando esse não se encontra na comunidade, o Polo fica

fechado. Em situações em que o paciente necessite ser atendido no mesmo dia, ou se ele precisar tirar dúvidas com algum profissional de saúde, isso vai depender se a equipe estiver em área. Caso contrário, esse tipo de serviço não é disponibilizado à população indígena.

Na grande maioria das aldeias e/ou polos-base, o sistema de comunicação é falho, ou seja, não existe telefone ou outro meio de comunicação caso um paciente necessite ligar para tirar dúvidas sobre sua situação ou condições de saúde. O sistema de radiofonia implantado pela Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro – FOIRN - é utilizado pela estrutura do DSEI, em horários definidos como horário da saúde e outro da FOIRN, mas ainda assim não há uma cobertura de 100% das comunidades, e as condições climáticas muitas vezes não contribuem para a efetivação de um bom sistema de comunicação

Devido às grandes distâncias, à falta de estradas e à dificuldade de acesso dos profissionais de saúde à população, não se realiza a assistência à saúde de maneira contínua. Portanto, o processo de trabalho dos profissionais de saúde indígena tem uma lógica (que envolve também uma complexa logística) completamente diferente daqueles que trabalham nas cidades. No caso da região do rio Negro, os profissionais vão ao encontro da demanda (usuários do sistema), indo de aldeia em aldeia, fazendo um tipo de atendimento voltado à demanda espontânea, tendo em vista que os mesmos devem fazer visitas a todas as aldeias existentes na área de abrangência do polo, que em sua grande maioria ultrapassa 30 aldeias.

Apesar dos avanços ocorridos na organização do modelo de atenção à saúde indígena no Alto Rio Negro, Rocha (2007) ressalta que o perfil de atuação da EMSI é marcado pelo modelo assistencial curativo, com atendimento fragmentado à demanda espontânea. Ainda que os profissionais efetuem assistência a agravos de tipo infeccioso e crônico-degenerativo e atendam a grupos populacionais específicos (grupo materno-infantil), o componente curativo monopoliza os esforços dos membros da equipe, com prejuízo dos componentes de vigilância à saúde, tal como previsto nas normas dos programas nacionais de saúde. Dentre as atividades essenciais desenvolvidas no DSEI, a logística de deslocamento consome grande parte do tempo e energia da EMSI, com implicações negativas na supervisão e acompanhamento dos agentes de saúde e na implementação do princípio da atenção diferenciada previsto na Política Nacional de Saúde Indígena.

Outro ponto de atenção no âmbito do DSEIRN é a Casa de Saúde do Índio localizada na sede do município de São Gabriel da Cachoeira, como sendo a primeira referência para os indígenas procedentes das aldeias, exceto para os casos de urgência e emergência. Essa Casa de Saúde possui condições de receber, alojar, fornecer alimentos e prestar assistência de

enfermagem 24 horas por dia, além de fazer a articulação com os serviços do SUS, facilitando o acesso dos pacientes à rede de referência.

A CASAI de São Gabriel da Cachoeira atende uma demanda de 100 pacientes por mês, que permanecem na instituição por média de três meses, oriundos das comunidades, bem como dos municípios de Santa Isabel e Barcelos. Sua estrutura possui características de um hospital de pequeno porte, contando com 41 leitos, dividido em enfermarias masculinas e femininas; isolamento e alojamento para crianças recém-nascidas e lactentes, coleta e análise da pesquisa de plasmódio, serviços farmacêuticos, de nutrição e psicologia.

As demandas de saúde, que não são possíveis de serem resolvidas pelo DSEI, são encaminhadas para os serviços de saúde existentes na região, como o Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira. Essa unidade é dirigida por militares, conveniada com a rede do SUS, além de receber incentivos da SESAI para atender os indígenas da região. As principais especialidades ali ofertadas são pediatria, ginecologia, cirurgia, obstetrícia e odontologia.

Já as Secretarias Municipais de Saúde mantêm Unidades de Saúde da Família, Centro de Atenção Psicossocial, Unidade de serviço de apoio de diagnóstico e terapia e hospitais de pequeno porte, que também são utilizadas como referência para os indígenas que vivem na cidade. Elas oferecem suporte aos programas de saúde pública como tuberculose, malária, imunização e outros.

Os pacientes com problemas de saúde não resolvidos nas sedes dos municípios são encaminhados para Manaus, onde há uma CASAI, administrada pela SESAI, que faz a articulação com os serviços do SUS, facilitando o acesso dos pacientes à rede de referência. Além de agendar os serviços especializados requeridos, a Casa de Saúde do Índio também dá continuidade ao tratamento dos pacientes após alta hospitalar.

### **3.3.1 Condição e situação de saúde da população indígena no Alto Rio Negro.**

Nesta seção, apresentamos uma síntese na (Tabela 1) de alguns indicadores extraídos do Relatório de Monitoramento das Ações de Atenção e Vigilância à Saúde do DSEI Alto Rio Negro (2014). Esses indicadores refletem, de maneira geral, as condições e situações de saúde da população indígena, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para a atenção à saúde no âmbito do território distrital.

O acesso da população indígena às ações de atenção básica está referido no relatório por dois indicadores: a) a média anual de atendimento médico por Polo-Base por habitante,

que ficou em (0,62 e 0,75) consultas durante o ano de 2013 e 2014. b) Média de atendimento de enfermagem, essa média foi de (1,71 e 1,98) consultas para o mesmo período. Não alcançou, assim, o número mínimo de atendimento pactuado no Plano distrital, que era de 0,8 consultas médicas e 3 consultas de enfermeiros.

No período de 2013 a 2014, os indicadores de saúde da criança indígena pactuados no Plano distrital, em sua grande maioria, apresentaram respostas negativas para o período. A média de atendimento para crianças menores de 1 ano (11 meses e 29 dias) era de 6 atendimentos, mas só foram realizados 3 atendimentos.

Para o percentual de crianças menores de 1 ano (11 meses e 29 dias), com esquema vacinal completo, verifica-se que os resultados alcançados foram (17,7% e 9,6%), entre os anos de 2013 e 2014. Esses valores são menores que aqueles pactuados, em todo o território distrital.

No que se refere ao percentual de crianças menores de 5 anos (4 anos 11 meses e 29 dias), acompanhadas pelo SISVAN, observou-se baixa cobertura (56,14% e 67,9%) em relação à meta programada, que foi de 70% para o mesmo período.

Em relação à atenção à saúde da mulher indígena. Em 2013, a média estimada de consulta do Pré-Natal por gestante era de 3,5, mas foi alcançada 1,54. Enquanto que em 2014, a meta era 7 consultas por gestante e o resultado obtido foi de 2,92 consultas. Observa-se que as metas propostas para ambos os períodos não foram alcançadas. O Ministério da Saúde (2012) recomenda, para as gestantes de baixo risco, o total de no mínimo 6 (seis) consultas, com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro.

A média de visita domiciliar realizada por puérpera no mesmo período também foi insatisfatória, com uma queda significativa no ano de 2014, estando programada 1 visita, e só foi alcançada 0,23 visitas por puérpera.

Com relação à razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos, os dados mostram uma tendência de queda (34,54% em 2013 e 31,43% em 2014). Esses valores são menores que aqueles pactuados no Plano distrital, que foram de 60% e 70%, respectivamente, para o mesmo período.

Ao se comparar a distribuição percentual de mulheres em idade fértil com esquema vacinal completo, entre os anos de 2013 e 2014, verifica-se que houve uma oscilação (entre 86,1% e 78,4%) neste indicador durante o período considerado. Contudo, foram alcançados os percentuais pactuados no plano distrital (77,5%) para mesmo período.

**Tabela 1** - Indicadores de saúde da população indígena do DSEI Alto Rio Negro, período de 2013 - 2014, São Gabriel da Cachoeira – Amazonas, Brasil

Indicadores	2013		2014	
	Meta	Result	Meta	Result
<b>Acesso da população indígena às ações de Atenção Básica em Saúde</b>				
Média de atendimento de médico por Polo-Base por habitantes	0,8	0,62	0,8	0,75
Média de atendimento de Enfermeiros por Polo- Base por habitantes	3,0	1.71	3,0	1.98
<b>Saúde da Criança Indígena</b>				
Média de atendimento para crianças menores de 1 ano (11 meses e 29 dias)	6,0	3,0	6	3,0
Média de atendimento para crianças de 1 a 4 anos 11 meses e 29 dias	4,0	2,0	4	2,0
Média de atendimento para crianças de 5 a 6 anos 11 meses e 29 dias	2,0	1,0	2,0	1,0
Percentual de crianças até 6 meses com aleitamento materno exclusivo	60%	86,3	70	98
Percentual de crianças menores de 5 anos (4 anos 11 meses e 29 dias) acompanhadas pelo SISVAN	70	56,14	70	67,9
Percentual de crianças menores de 1 ano (11 meses e 29 dias) com esquema vacinal completo	77,5%	17,7%	77,5%	9,6%
Percentual de crianças menores de 7 anos (6 anos 11 meses e 29 dias) com esquema completo	60	59,1	77,5	47,2
<b>Saúde da Mulher Indígena</b>				
Média de atendimento do Pré-Natal por gestante estimada	3,5	1,54	7	2,92
Média de Visita domiciliar realizada por puérpera	1,0	0,64	1,0	0,23
Razão de exames citopatológico do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos	60%	34,53	70	31,43
Percentual de MIF com esquema vacinal completo	77,5%	86,1	80	78,4
<b>Outros</b>				
Coeficiente de mortalidade infantil	--	50,9	--	48,2
Percentual de encaminhamentos por causas sensíveis à atenção Básica	70	47	70	32

**Fonte:** SESAI/DSEI Alto Rio Negro, 2014.

O coeficiente de mortalidade infantil, no período de 2013 a 2014, ficou em torno de 49,5 óbitos por 1.000 nascidos vivos. No entanto, observou-se uma queda no ano de 2014. Essa queda, segundo relatório de gestão, deve estar relacionada provavelmente a problemas na declaração dos óbitos, ausência das equipes de saúde nas comunidades indígenas por problemas de infraestrutura e logística. Já nos municípios da região, esse coeficiente ficou em torno de 15%.

Os municípios de Santa Isabel do Rio Negro e Barcelos são partes integrantes do DSEI do Rio Negro, como referido anteriormente. Sendo assim, descreveremos a estrutura do sistema de saúde dos municípios que compõem a região do Alto Rio Negro.

### **3.3.2 Município de São Gabriel da Cachoeira**

A sede administrativa do DSEI fica no município de São Gabriel da Cachoeira; o mesmo encontra-se situado no extremo noroeste do Amazonas, a 852 km, em linha reta, de Manaus. De acordo com a estimativa do IBGE, sua população, em 2015, era de 43.094 habitantes, dos quais 95,5% que vivem na área rural do município são autodeclarados indígenas, o que representa o total de 28.368 indivíduos, sendo considerado um dos municípios com maior predominância de indígenas no Brasil. É um dos municípios fronteiriços do país, fazendo divisa com os países Colômbia e Venezuela.

Sua área geográfica é de 109.181,240 quilômetros quadrados (km<sup>2</sup>), com a densidade demográfica de 0,35 habitantes por quilômetro quadrado (hab/km<sup>2</sup>). Seu índice de Desenvolvimento Humano médio é de 0,62 (IBGE, 2010).

A via de acesso ao município é por via aérea e fluvial. O tempo médio de deslocamento, por via fluvial, da capital Manaus para o município de São Gabriel da Cachoeira é de 3 dias. O deslocamento por via aérea, com dois voos semanais da capital para o município, leva em média três horas.

O município encontra-se habilitado à condição de Gestão Plena da Atenção Básica. Os serviços de atenção básica são ofertados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família à população indígena e não indígena. Referências ambulatoriais e hospitalares são oferecidas pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, Exército Brasileiro e CASAI (SESAI/DSEI Alto Rio Negro, 2012).

O Município possui, em sua sede, quatro Unidades Básicas de Saúde da Família, sete equipes multidisciplinares de saúde que desenvolvem ações de atenção básica como: Consulta

médica, enfermagem e odontológicas, além dos programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde (**Saúde da Mulher**: Pré-natal, planejamento familiar, Prevenção do Câncer do Colo Uterino, Imunização; **Saúde da Criança**: Puericultura e Imunização; **Controle e monitoramento de Doenças e Agravos transmissíveis e não transmissíveis**: Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellittus; Malária; Tuberculose; Hanseníase; ações educativas com a comunidade e com as escolas de suas áreas de abrangência; curativos).

Também possuem outras ações de saúde como: serviço de Vigilância em Saúde, Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Ambiental e Nutricional. O Programa Agente Comunitário de Saúde; Brasil Sorridente. Farmácia popular do Brasil.

Encontra-se ainda em sua estrutura um Centro de Apoio Psicossocial; um Centro de Especialidades odontológicas, um Centro de Tratamento a pessoas com Necessidades Especiais e um Laboratório de Análises Clínicas, além do Sistema de Marcação de Consulta.

### 3.3.3 Município de Santa Isabel do Rio Negro

O município possui área de extensão territorial de 62.846 Km<sup>2</sup> e população estimada, para 2015, de 22.404 pessoas, com a densidade demográfica de 0,3 habitantes por km<sup>2</sup> no território do município. Seu Índice de Desenvolvimento Humano médio é de 0,47 (IBGE, 2010). A população indígena que vive nesse município é de 5.988 indivíduos, distribuídos em 45 comunidades da área rural. Os grupos étnicos existentes são os Baré, Baniwa, Tukano, Nadëb (SESAI/DSEI Alto Rio Negro, 2012).

Segundo informações colhidas do Plano Plurianual de Saúde: 2010 – 2013, a estrutura de saúde existente na sede do município é composta por três Unidades Básicas Saúde da Família, uma Unidade Mista de atendimento 24 horas de ações ambulatorial e internação/urgências. Conta ainda, com uma Unidade Móvel fluvial. (SIRN, 2010).

Para o atendimento à população indígena na área rural do município, existe uma estrutura mantida pela SESAI composta por três Polos-base localizados nas comunidades de Massarabi, Nazaré do Eneuixi e Serrinha. O município possui duas equipes multidisciplinares com composição que segue o padrão das existentes em São Gabriel da Cachoeira, ou seja, dois enfermeiros, três técnicos de enfermagem e os agentes indígenas de saúde nas comunidades.

O acesso às comunidades é por via fluvial, utilizando barcos com motor de 22 HP como meio de transporte, além dos botes de alumínio com motor de 40 HP. Em casos de



urgência, existe uma ambulância fluvial com motor de 175 HP. A referência dos pacientes indígenas na sede do município é a Unidade Mista. Fora da sede municipal, existe ainda a CASAI em São Gabriel da Cachoeira e a representação da Prefeitura Municipal de Santa Isabel em Manaus, conhecida como casa de apoio aos pacientes que são encaminhados do município para tratamento em Manaus (SESAI/DSEI Alto Rio Negro, 2012).

### **3.3.4 Município de Barcelos**

Como já citado anteriormente, o município também faz parte do território distrital do DSEIARN. A população geral é de aproximadamente 25.718 indivíduos, sua área territorial é de 122.476 km<sup>2</sup>, o que resulta numa densidade demográfica de 0,23 hab/km<sup>2</sup>. O Índice de Desenvolvimento Humano médio é de 0,50 (IBGE, 2010). Encontra-se localizado a 405 km de Manaus. A população indígena deste município é de 2.034 indivíduos, o que corresponde a 547 famílias de diversas etnias rionegrina vivendo em 38 comunidades, distribuídas na área urbana e rural do município (SESAI/DSEI Alto Rio Negro, 2012).

A estrutura, para atender a população indígena e não indígena que vive na sede do município, consta de três equipes da Estratégia Saúde da Família e uma Unidade Hospitalar de pequeno porte.

A rede de serviços na área rural conta com a estrutura de três Polos-base, sendo um na comunidade de Tapera, outro em Canafé, e um terceiro na sede do município. A referência dos pacientes indígenas na sede do município é a Unidade Mista de Barcelos. Fora da sede municipal, a referência é feita de modo similar ao que ocorre nos outros municípios que compõem o DSEI.

O acesso da equipe de saúde às comunidades também é por via fluvial, utilizando o barco como meio de transporte. O tempo de duração das viagens, para que a equipe percorra todas as comunidades é, em média, 25 dias. Um Barco Hospital da Secretaria Municipal de Saúde também percorre a zona rural do município duas vezes por ano, quando os rios estão cheios, fazendo atendimento de saúde. O processo de trabalho da equipe de saúde, bem como as ações de saúde desenvolvidas junto à população indígena desse município, segue as orientações já descritas acima no âmbito do território distrital.

### 3.3.5 Panorama dos indicadores da Atenção Primária nos municípios do Alto Rio Negro

Um olhar atento sobre a estrutura, recursos humanos e os indicadores da atenção básica nos municípios da região do Alto Rio Negro pode fornecer elementos importantes para análises da Atenção Primária à Saúde nessa região, na perspectiva dos profissionais de saúde, entre os serviços de saúde ofertados à população indígena e não indígena pelo Distrito Sanitário Especial Indígena e Secretarias Municipais de Saúde.

Os indicadores aqui apresentados foram extraídos do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015, do Ministério da Saúde com vista à implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, e o Plano distrital de Saúde Indígena. Os referidos indicadores buscam sintetizar informações referentes à situação do acesso da população a serviços de saúde adequados as suas necessidades. Acrescentaram-se ainda indicadores que descreve a organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso integral ao binômio mãe e filho. Para esses indicadores, foram selecionados os anos de 2013 -2014, devido à disponibilidade dos dados no DATASUS e no Departamento de Atenção Básica da Secretária Estadual de Saúde. Além disso, tais indicadores são considerados comuns e obrigatórios em todo o território nacional (BRASIL, 2015).

#### 3.3.5.1 Estabelecimentos de Saúde

Considerando o recorte utilizado na investigação, a rede de Atenção Primária à saúde na região do Alto Rio Negro dispõe de 82 estabelecimentos de saúde (Tabela 2). Esses estabelecimentos podem ser caracterizados por tipologias em quatro grupos: a) Unidade Hospitalar (hospital geral e Unidade Mista); b) Unidades Básicas Saúde da Família (UBSF), Posto de Saúde; Unidade de atenção à Saúde Indígena; c) Casa de Saúde do Índio - CASAI e Polos-Base, e d) CAPS, Unidade de serviço de apoio de diagnóstico e terapia, etc. O primeiro grupo representa (6,0%) dos estabelecimentos. No segundo grupo, encontra-se a maior parte (52,6%). O terceiro (31,8%), e o quarto apresenta oito estabelecimentos, que corresponde a 9,6% do total.

**Tabela 2** - Número de estabelecimentos por tipo de serviço, distribuídos segundo os municípios da região do Alto Rio Negro, 2015

Tipo de Estabelecimento	Municípios				
	SGC	SIRN	BARC	Total	
	n	n	n	n	%
Hospital Geral	2	1	1	4	4,8
Unidade Mista	1	---	---	1	1,2
Unidade Básica de Saúde da Família	4	2	2	8	9,8
Posto de Saúde	10	---	1	11	13,4
Unidade de atenção à Saúde Indígena	12	2	10	24	29,4
Casa de Saúde do Índio – CASAI	1	---	---	1	1,2
Polo – Base	19	3	3	25	30,6
Centro de Atenção Psicossocial-Caps	1	---	---	1	1,2
Unidade de Vigilância em Saúde	1	1	----	2	2,4
Unidade de apoio de diagnóstico e terapia	1	1	1	3	3,6
Telessaúde	1	---	----	1	1,2

Fonte:(DATASUS, 2016;SESAI/DSEI, 2014)

### 3.3.5.2 Equipes de Saúde

A tabela 3 mostra as equipes de saúde da ESF, por modalidade, nos municípios que compõem a região do Alto Rio Negro. Observa-se que no município de São Gabriel da Cachoeira está registrado o maior número (67,7% do total) por modalidade. Os municípios de SIRN e Barcelos possuem a mesma quantidade de equipes. A predominância foi as equipes Multidisciplinares de atenção básica de saúde indígena (32,2% do total de equipes).

**Tabela 3** - Número de equipes de saúde por modalidade, distribuídas nos municípios do Alto Rio Negro, 2015

Equipes de Saúde	Municípios				
	SGC	SIRN	BARC	Total	
	n	n	n	n	%
Equipe de Saúde da Família	0	2	2	2	6,4
Equ. de Saúde da Família com Saúde Bucal Modalidade I	4	1	2	7	22,6
Equi. de Saúde da Família com Saúde Bucal Modalidade II	3	0	0	3	9,7
Equipe de Agentes Comunitários de Saúde – PACS	3	3	2	8	25,8
Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.	1	0	0	1	3,3
Equipe Multidisciplinar de atenção básica de saúde indígena – Amazonas	10	0	0	10	32,2

Fonte: DATASUS/ CNES, 2016.

### 3.3.5.3 Profissionais da Atenção Primária no Alto Rio Negro.

Existem 685 profissionais cadastrados nas unidades de atenção básica selecionadas para análise (Tabela 4). A fonte de dados utilizada permite subdividir os profissionais em três níveis de formação: superior, médio e elementar. O primeiro é representado por 156 profissionais (22,8%), o segundo por 130 (18,98%) e o terceiro por 399 (58,22%).

Os enfermeiros (as) representam (57,1%), sendo o maior número dos profissionais de nível superior. Já os agentes indígenas de saúde representam a maior proporção de todos os profissionais (27,15%).

**Tabela 4** - Distribuição dos profissionais da APS, por municípios e instituições de saúde no Alto Rio Negro, 2015

Profissionais	Municípios					
	SGC		SIRN		BARC	
	DSEI	SEMSA	DSEI	SEMSA	DSEI	SEMSA
	n	n	n	N	n	n
Enfermeiros	52	13	09	04	09	02
Médicos	21	11	02	03	02	03
Cirurgião-Dentista	11	08	02	01	02	01
Técnico de enfermagem	89	08	12	03	14	04
Agentes Indígenas de Saúde	140	0	24	18	04	0
Agente Comunitário de Saúde	--	136	0	5	0	72
<b>Total</b>	<b>313</b>	<b>176</b>	<b>49</b>	<b>34</b>	<b>31</b>	<b>82</b>

Fonte: (DATASUS, 2016;SESAI/DSEI, 2014)

### 3.3.5.4 Indicadores da Atenção Primária nos municípios do Alto Rio Negro

Os indicadores apresentados na (Tabela 5) expressam a proporção de cobertura da população a ações de saúde nesses municípios, denotando ampliação na maioria dessas ações, quando comparados os anos 2013 e 2014. Mesmo assim, com exceção da cobertura do acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família, pode-se considerar, de modo geral, que a cobertura de outras ações ainda é baixa, inclusive a estimada pelas equipes de atenção básica, que não ultrapassou 66,52%, no Município de São Gabriel, embora tenha melhorado muito em Barcelos. Alguns indicadores, inclusive, apresentaram declínio, como a cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal. Não há também proporcionalidade desses indicadores entre os três municípios, sendo de forma geral mais baixos em Santa Isabel do Rio Negro.

Se considerarmos o conjunto de indicadores, observa-se que os três municípios apresentam números insatisfatórios referentes à garantia de acesso, com exceção da cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família.

**Tabela 5** – Indicadores da ampliação do acesso à Atenção Básica, distribuídos por municípios do Alto Rio Negro, 2015

Indicador	Municípios					
	SGC		SIRN		BARC	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
	%	%	%	%	%	%
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	58,8	66,5	47,9	49,2	23,1	53,9
Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica – (Icsab)	59,6	41,6	16,8	50,0	36,5	47,5
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família.	86,3	89,1	88,3	82,0	94,0	95,8
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal	92,0	90,5	46,6	15,5	52,0	52,0

**Fonte:** DATASUS/ CNES, 2016.

A Tabela 6 apresenta os indicadores de promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade. No período de 2013a 2014, foi registrado acréscimo na proporção de

parto normal nos municípios de SGC e SIRN. Já a proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas do pré-natal ampliou nos três municípios.

Quanto ao número de testes de sífilis por gestante, permaneceram os mesmos valores no período. Ao se comparar a distribuição percentual do número de óbitos maternos em determinado período e local de residência, verifica-se que houve uma redução neste indicador durante o período considerado. Na proporção de óbitos maternos investigados, observa-se que está sem notificação, assim como para a proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados.

A proporção de óbitos infantis e fetais investigados no período de 2013 a 2014 ficou em torno de 15%, provavelmente relacionada a problemas na declaração dos óbitos, provocando uma subnotificação dos mesmos.

**Tabela 6** – Indicadores da atenção integral à Saúde Materna – Infantil, distribuídos por municípios do Alto Rio Negro - Am, 2015.

Indicador	Municípios					
	SGC		SIRN		BARC	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Proporção de parto normal	87,1	91,4	84,9	97,7	80,3	78,8
Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.	16,8	21,7	16,1	16,6	21,6	26,5
Número de testes de sífilis por gestante	1,27	1,27	9,19	9,19	2,24	2,24
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	3	0	1	0	1	0
Proporção de óbitos maternos investigados	100	0	100%	SN	100	SN
Número absoluto de óbitos < 1 ano * <sup>3</sup>	42	27	10	3	32	5
Proporção de óbitos infantis e fetais investigados ** <sup>4</sup>	50,0	7,5	0,0	16,7	11,8	14,3
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados.*** <sup>5</sup>	93,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.	1	0	---	----	3	3

Fonte: SIM e SINASC-AM

<sup>3</sup>A taxa de mortalidade infantil, foi substituída pelo número absoluto de óbitos < de 1 ano. Segundo recomendações do Ministério da Saúde, para municípios com população menor que 100 mil habitantes não será calculada taxa. O indicador será representado pelo número absoluto de óbitos de crianças menores de 1 ano

<sup>4</sup>A meta prevista para a proporção de óbitos infantis e fetais investigados para o ano de 2013 era de 40%, enquanto em 2014 foi de 60%

<sup>5</sup>A meta prevista para a proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados, pactuada entre os gestores para o ano de 2013, era de 70%, enquanto 2014 foi de 80%

Os dados apresentados nesta parte do estudo não têm a pretensão de fazer análises dos indicadores de saúde, mas devem ser compreendidos como uma aproximação da realidade do cenário da pesquisa, sobretudo especificidades populacional, cultural e geográfica da região do Alto Rio Negro, onde o DSEI e SEMSA têm a responsabilidade de organizar um serviço de saúde pautado na APS como coordenadora do cuidado.

### **3.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

#### **3.4.1 Aspectos conceituais**

A revisão do conhecimento acumulado nesse campo mostrou que estudiosos de referência na área apresentam definições terminológicas distintas ao termo avaliação, que estão intrinsicamente relacionadas ao seu processo histórico e à complexidade do objeto – avaliação em saúde, sempre se referindo a julgamento. Entre as definições de avaliação está aquela apresentada por Contandriopoulos et al.(1997), em que avaliar consiste fundamentalmente em “fazer julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços e os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”.

Para Contandriopoulos et al (1997, p. 34), existem dois modelos distintos de avaliação de serviços de saúde. O primeiro deles é conhecido como avaliação normativa, que busca fazer um julgamento sobre uma intervenção a partir de normas e critérios; nesse caso, costuma-se comparar os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos. O segundo, a pesquisa avaliativa, utiliza de procedimentos científicos e pesquisa quando a avaliação tem como objetivo o exame de vários componentes de uma intervenção

Segundo Contandriopoulos et al.(1997), as abordagens que envolvem a pesquisa avaliativa são delimitadas e classificadas em categorias de análises. Fazer pesquisa avaliativa consiste em compor seis tipos de análise: análise estratégica, análise da intervenção, análise de processo, análise de produtividade, análise do rendimento, análise da implantação e análise dos efeitos.

Novaes (2000) também identificou três tipos de avaliação: pesquisa de avaliação, investigação avaliativa, avaliação para decisão e avaliação para gestão, dependendo da

abordagem e dos critérios estabelecidos. Esses tipos de avaliação apresentados não contrariam os apresentados por Contandriopoulos et al. (1997) e, sim, se complementam.

Dentre os tipos de avaliação sintetizados por Novaes (2000), o presente estudo proposto sobre os serviços de APS ofertados à população indígena e não indígena no Alto Rio Negro, tem como foco a avaliação para gestão, com o objetivo principal:

[...] a produção da informação que contribua para o aprimoramento do objeto avaliado. [...] a presença do avaliador interno é condição necessária e é nos seus termos que se dá a participação do avaliador externo, [...] O enfoque priorizado, [...] é o da caracterização de uma condição e a sua tradução em medidas que possam ser quantificadas e replicadas. [...]. [...] São dominantes as metodologias de natureza quantitativa [...], observacionais, desenvolvidas em contexto natural ou até mesmo de rotina administrativa, [...]. A informação produzida é prioritariamente voltada para o desenvolvimento e aprimoramento de indicadores, como partes que representam um todo, e o resultado desejado para essa avaliação é a proposição de critérios ou normas a serem incorporadas na utilização desses indicadores no desempenho rotineiro do objeto avaliado, contribuindo para a garantia do seu bom funcionamento (NOVAES, 2000, p.549).

### **3.4.2 Avaliação no âmbito da Atenção Primária no Brasil**

No contexto brasileiro, a avaliação de sistemas, programas e projetos no campo da saúde e demais áreas tem se tornado um desafio para os gestores, seja no âmbito federal, estadual e municipal, tendo em vista que qualquer tipo de avaliação a ser feita deve levar em consideração as dimensões continentais do país, com o intuito de vislumbrar, de forma sistemática, a qualidade dos serviços de saúde disponíveis para a população atendida no âmbito do SUS (BRASIL, 2005a).

Desde a década de 90, com a implantação do SUS, observa-se a existência de várias iniciativas de avaliação que buscam suporte aos processos decisórios de sua implantação. Para Felisberto et al. (2008), a importância da avaliação no âmbito do sistema de saúde brasileiro tem se tornado destaque em diversos cenários que envolveram as discussões sobre políticas de saúde e práticas sanitárias. Ainda, de acordo com os autores, o crescimento dessas discussões sobre avaliação “no planejamento e implementação de programas e ações na área da saúde” pode ser observado no aumento de publicações disponíveis, bem como nos fóruns de saúde pública promovidos no território nacional.

Para Felisberto (2006), o Ministério da Saúde, por entender a importância da avaliação com eixo norteador para elaboração de políticas e programas setoriais, bem como a divulgação dos seus resultados, tem instituído, no âmbito de sua gestão, a institucionalização da avaliação no sistema de saúde.



No campo da atenção básica, de forma geral, o Ministério da Saúde vem se organizando e desenvolvendo, sistematicamente, em conjunto com instituições de ensino e pesquisa, estratégia para avaliação e monitoramento da atenção básica em seus diversos aspectos.

Em 2000, foi criada a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica, cuja finalidade é formular e conduzir os processos avaliativos relacionados a esse nível de atenção. Cabe destacar que tal coordenação está vinculada ao Departamento de Atenção Básica, criado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003).

Entre os anos de 2005 e 2006, foi desenvolvido o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, que tinha entre seus objetivos o fortalecimento da capacidade técnica em avaliação com ações voltadas para os gestores, com ênfase para os municípios e Estados, bem como a realização de um estudo de Linha de Base em 189 municípios, com população acima de 100 mil habitantes, para a realização de um diagnóstico inicial da situação da atenção básica nos grandes centros urbanos que permitisse comparabilidade em um estudo posterior de impacto das ações e dos investimentos (FELISBERTO, 2006).

Nessa mesma direção de fortalecer a capacidade de avaliação em saúde no país, ainda em 2005, o Ministério da Saúde propôs o projeto “Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família” (AMQ), que buscava, entre os seus objetivos, o aprimoramento gerencial e técnico e que tem como finalidade “disponibilizar ferramentas facilitadoras para o diagnóstico situacional, planejamento de intervenções e impulsionar a melhoria contínua da qualidade da gestão, dos serviços e das práticas da ESF”, além de orientar a formação de um diagnóstico acerca da organização e do funcionamento do serviço de saúde, possibilitando a identificação dos estágios de desenvolvimento e de seus aspectos críticos, assim como das potencialidades e dos pontos já consolidados (BRASIL, 2005b).

Mais recentemente, o Ministério da Saúde criou, por meio da Portaria 1.645/2015, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), que tem entre seus objetivos promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde; construir parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da atenção básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde; estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica (BRASIL, 2015).

Existem, na literatura, diversos estudos que apontam que as pesquisas em saúde desenvolvidas no país estão centradas na atenção básica, especificamente na Estratégia Saúde da Família. Segundo Facchiniet al (2006), esse cenário deve ser concebido em sua totalidade no contexto municipal, pois nessa esfera da gestão do SUS é que há uma necessidade de um conjunto integrado e coerente de medidas, estratégias, necessidades de saúde, práticas de planejamento, gestão e cuidado.

Essa tendência foi encontrada no estudo realizado por Santos et al.(2010), uma revisão sistemática com 47 publicações sobre as tendências da produção científica de avaliação em saúde no Brasil, no período entre 2000 e 2009. Os dados mostram que existe uma tendência na avaliação de programas e projetos desenvolvidos no âmbito da Atenção Básica, especificamente na Estratégia Saúde da Família e que seus objetos são centrados na acessibilidade, efetividade, satisfação dos usuários e o monitoramento das ações.

Outro estudo que também envolveu uma revisão sistemática, a partir de meta-análise sobre avaliação em saúde, mas com foco na sua institucionalização no contexto brasileiro, foi realizado por Lima, Silva (2011), que foram unânimes sobre a importância da avaliação, quaisquer que sejam as ações de saúde. Reconhece que a institucionalização da mesma é relevante, tendo em vista que contribui para a condução de políticas e programas de saúde, no que se refere ao desempenho institucional, para a produção e utilização do conhecimento, bem como ampliar o nível de satisfação dos usuários e, com isso, promovendo a qualidade dos serviços dispensados à população. Destaca-se, ainda, a revisão sistemática realizada por Almeida, Giovanella (2008), sobre o mapeamento de pesquisas desenvolvidas com foco no monitoramento e avaliação em Atenção Básica e que incluía financiamento do Ministério da Saúde. Os autores encontraram estudos com diferentes focos de análise como, por exemplo, estudos sobre o processo de implantação do ESF para detectar fragilidades e potencialidades. Também encontraram fragmentação entre os estudos no que se refere a metodologias; objetivos e seus resultados, em sua grande maioria, se apresentavam em forma de relato técnico. Mais no sentido de monitoramento e avaliação, os autores consideram que os Estudos Linhas de Base, realizados entre os anos de 2005 a 2006, representam um avanço nesse sentido.

Muitos outros estudos de avaliação foram realizados no Brasil, mostrando o impacto positivo da ESF sobre a melhoria da qualidade da saúde da população, entre eles, (BOLDSTEIN et al.,2006; FACCHINI et al., 2006; FACCHINI et al., 2008; GIOVANELLA et al.,2009; MACINKO et al.,2006; PICCINI et al.,2007),

Apesar da extensa literatura sobre avaliação em saúde na atenção básica, o documento final apresentado pela comissão de Avaliação da Atenção Básica afirma que, no cenário brasileiro, a avaliação em saúde tem se mostrado incipiente, pois pouco tem sido incorporado às práticas e possuindo, quase sempre, um caráter mais prescritivo e burocrático. Não faz parte da cultura institucional, aparecendo de maneira pouco sistemática e sistematizada, e nem sempre contribuindo para o processo decisório e para a formação dos profissionais, necessitando, portanto, de investimentos de ordem técnica e política por parte da administração pública setorial (BRASIL, 2003).

Portanto, estudos desenvolvidos, sejam no âmbito da academia ou do Ministério da Saúde, apontam a heterogeneidade da qualidade da atenção ofertada pela ESF, assim como seu desafio. No entanto, não se observam estudos que busquem avaliar a Atenção Primária à Saúde ofertada no subsistema de saúde vigente no país, considerando grupos étnicos, inclusive a população indígena. Haja vista que a proposta de atenção a esses grupos étnicos está fortemente relacionada com o modelo da ESF proposto no contexto brasileiro para a consolidação da Atenção Primária à Saúde.

### **3.4.3 Ferramentas de avaliação na Atenção Primária à Saúde**

Após uma revisão minuciosa sobre as ferramentas utilizadas para fazer avaliação em saúde, verificou-se sua multiplicidade, desenvolvidas mundialmente nos últimos 40 anos. Essas ferramentas buscam fornecer dados aos gestores nos seus processos de planejamentos e tomadas de decisão (DASSOW, 2007; GENÉ-BADIA et al. 2007).

Estudo internacional, realizado por Malouin, Starfield, Sepulveda (2009), mostra diversas ferramentas para a avaliação da APS, com diferentes focos de investigação, por exemplo, a percepção dos usuários sobre a oferta do cuidado dispensado pelos serviços de saúde. Entre os estudos dessas ferramentas reunidos por autores, podemos citar: *The Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*; *The Components of Primary Care Instrument*; *The Medical Home Family Survey*; *The Medical Home Index Adult Version 1.1*; *The Medical Home IQ*; *The Parents perception of Primary Care*; *The Physicians Practice Connections-Patient-Centered Medical Home*; *The Primary Care Assessment Survey*; *The Appropriateness of Primary Care Services Scales* e *The Primary Care Assessment Tools*.

No caso brasileiro, procuramos, na literatura nacional, centrar foco nas ferramentas de avaliação em saúde relacionadas à atenção básica, tendo em vista a proximidade com nosso objeto de estudo. Essas experiências brasileiras não serão descritas aqui por ordem cronológica, pois a ideia principal é fornecer um panorama sobre a utilização dessas ferramentas de avaliação em saúde no âmbito do Ministério da Saúde.

Em 2006, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), representada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), utilizou a ferramenta de “*indicadores sensíveis à Atenção Básica por estratos de cobertura da estratégia Saúde da Família*”, entre os anos 1998 a 2006. O objetivo principal era conhecer, de maneira mais detalhada, o perfil de expansão da Estratégia Saúde da Família no país e a sua relação com alguns indicadores de saúde (BRASIL, 2008).

Outra ferramenta também utilizada no âmbito da atenção básica é conhecida como Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica – ICSAB, definida como o percentual de internações por condições sensíveis à atenção primária em relação ao número total de internações. Sua interpretação mensura, de forma indireta, a avaliação da atenção primária e eficiência no uso dos recursos (PROADESS, 2014).

Também podemos citar as ferramentas de avaliação utilizadas no Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), entre os anos de 2005 e 2006, bem como o instrumento de autoavaliação para a Melhoria da Qualidade, aplicado em 2005. Esse último instrumento é composto por cinco formulários direcionados ao gestor, coordenador da APS no município e equipes de saúde, visando obter informações de provisão dos serviços adequados à realidade local (BRASIL, 2005a).

Já o instrumento utilizado no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), segundo o Ministério da Saúde, guarda similaridade com o Instrumento de Auto-avaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), uma vez que assegura coerência das informações, e os resultados serão acompanhados ao longo da implementação de novos ciclos do PMAQ. Dessa forma, possibilitará comparar resultados entre as equipes e UBS pertencentes ao mesmo estrato de municípios definidos no PMAQ (BRASIL, 2015).

Além dessas ferramentas já citadas acima, não podemos deixar de citar a abordagem de avaliação em saúde, proposta por Viacava et al., (2004), intitulada “Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro”. Da mesma forma, a proposta por Almeida, Macinko (2006) sobre “Validação de uma metodologia de avaliação rápida das

características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) a nível local”.

#### 3.4.4 Instrumento *Primary Care Assessment Tool - PCATool*

Existe uma vasta literatura nacional sobre a aplicabilidade das várias abordagens de avaliação em saúde citadas no contexto da atenção primária, mais especificamente, no âmbito da ESF. O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*PCATool –Primary Care Assessment Tool*) tem sido considerado por Malouin, Starfield, Sepulveda (2009) como capaz de avaliar os atributos da APS, bem como o desempenho das características estruturais e de processo da atenção primária.

Esse instrumento foi desenvolvido nos Estados Unidos, na *John Hopkins University*, no período de 1997 a 2001, por Barbara Starfield e colaboradores. (STARFIELD et al., 2000; STARFIELD, XU e SHI, 2001). Trata-se de um conjunto de instrumentos de avaliação da APS, contendo duas versões destinadas aos usuários, sendo uma às crianças (CASSADY et al., 2000) e outra aos adultos (SHI, STARFIELD, XU, 2001). Uma terceira destina-se aos profissionais de saúde e, também, ao coordenador/gerente do serviço de saúde. O *PCATool* mede a presença e a extensão dos 4 atributos essenciais e dos 3 atributos derivados da APS (HARZHEIM et al., 2010b).

Starfield, Shi (2002) desenvolveram esse instrumento na perspectiva da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (2005), o qual desenvolveu um modelo conceitual a partir das noções da Teoria Geral de Sistemas: *input-process-output*, para o entendimento da avaliação de qualidade. Tal modelo visa a mensuração dos aspectos relacionados à estrutura, processo e resultados ou desfecho. A estrutura inclui todos os aspectos que interferem na prestação do cuidado, como por exemplo, recursos físicos, humanos, materiais; inclui financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada. O processo é a soma de todas as ações envolvidas na saúde, que pode ser entendido aqui como as atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos; a análise pode ser compreendida tanto do ponto de vista técnico e/ou administrativo. O resultado corresponde ao produto final da assistência prestada, considerado por Donabedian como um dos mais importantes indicadores de qualidade.

Na realidade brasileira, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção Básica e do Departamento de Atenção Básica, publicou, em 2010, o Manual do instrumento

de avaliação da APS –*Primary Care Assessment Tool - PCATool*, o qual ficou denominado de **Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool - Brasil**. Ele apresenta versões originalmente validadas e auto aplicáveis destinadas às crianças (Instrumento -Brasil versão Criança), aos adultos maiores de 18 anos (Instrumento *PCATool*-Brasil Versão Adulto), aos profissionais de saúde e, também, ao coordenador/gerente do serviço de saúde (Instrumento *PCATool* versão Profissionais). Na adaptação desse instrumento para a realidade brasileira, cada versão original foi transformada em uma ferramenta aplicável por meio de entrevistadores e passou por um processo de tradução e tradução reversa, adaptação, de *briefing* e validação de conteúdo e de construto, além da análise de confiabilidade (HARZHEIM, et al., 2013c).

A primeira adaptação do instrumento, contudo, foi realizada por Macinko et al. (2004), em um estudo cujo objetivo era medir as características do sistema de atenção primária no município de Petrópolis no Estado do Rio de Janeiro, comparando o desempenho das unidades com ESF e a UBS tradicional, no qual foram utilizadas quatro versões, respectivamente, para gestores, profissionais, usuários e acompanhantes de crianças ou pessoas incapacitadas, com algumas modificações. De acordo com os autores, os destaques dos resultados encontrados na pesquisa foram que a metodologia aplicada é capaz de distinguir claramente a especificidade das duas modalidades de serviços de atenção básica no município, bem como disponibilizar um conjunto de informações que vão desde o limite das dimensões essenciais dos serviços ofertados, até os problemas que devem ser enfrentados pelos gestores e profissionais de saúde para melhorar a organização e a qualidade do nível de atenção no município.

A versão infantil desse instrumento também foi validada no Brasil, por meio de estudo seccional de validade e confiabilidade (conteúdos, construto e confiabilidade) no ano de 2002, e publicada em 2006. O instrumento foi aplicado aos cuidadores de crianças menores de dois anos, cadastrados em dois tipos de serviços públicos de APS, na região de Porto Alegre. Os resultados mostram que os itens referentes aos oito atributos da APS possuem validade e confiabilidade suficientes para a sua aplicação em outros estudos sobre a saúde infantil no Brasil (HARZHEM et al., 2006a).

Para a validação do Instrumento *PCATool* - Brasil Versão Adulto ao contexto brasileiro, foi realizado um estudo, entre 2006 e 2007, com o objetivo de traduzir e adaptar o instrumento, bem como avaliar sua fidedignidade. O estudo foi do tipo transversal de base populacional nas áreas adscritas da rede pública dos serviços de APS em Porto Alegre. O instrumento mostrou-se capaz de captar os principais atributos da APS e apresentou, de modo

geral, medidas de fidedignidade aceitáveis, diante da realidade na qual o instrumento foi aplicado. Portanto, os resultados indicam que a versão Brasileira constitui-se em instrumento nacional de avaliação da APS para usuários adultos (HARZHEM et al., 2013c).

A tradução, adaptação e avaliação da validade e fidedignidade do instrumento *PCATool*, versão profissional de saúde, também foi realizada entre 2006 e 2007, nos serviços públicos de APS em Porto Alegre, por meio de um estudo transversal com médicos e enfermeiros. O instrumento captou os principais atributos da APS e apresentou, de modo geral, medidas de fidedignidade aceitáveis, diante da realidade na qual o instrumento foi aplicado. Assim, o *PCATool* - Brasil pode ser considerado um instrumento válido e fidedigno para avaliar também a presença e extensão dos atributos da APS na experiência dos profissionais de saúde. Os autores desse estudo afirmam que esse é um importante instrumento para subsidiar gestores sobre a presença e extensão dos atributos da APS, e também pode ser utilizado tanto para identificação, monitoramento e avaliação dos atributos da APS nos serviços de saúde quanto para estudos comparativos (HAUSER et al., 2013).

Desse modo, o Instrumento *PCATool* versão Profissionais é recomendado para o uso em investigações acadêmicas, mas também como instrumento de avaliação e monitoramento da qualidade da APS no âmbito rotineiro das equipes de Saúde da Família, assim como pelos diversos níveis de gestão da APS no Brasil.

Segundo o manual desse instrumento da APS (BRASIL, 2010a), podem ser construídos escores por atributo, escore dos atributos essenciais, dos derivados e escore geral de APS.

No caso do presente estudo, trabalharemos a versão profissional de saúde, que é composta por blocos de perguntas que correspondem aos atributos essenciais, derivados, definidos como a força da relação entre o usuário e o serviço/profissional de saúde. O levantamento permite a construção de escores para cada dimensão e subdimensão. Cada atributo essencial é formado por duas subdimensões, onde uma expressa questão de estrutura, e a outra, questão de processo relacionada ao serviço de saúde avaliado (STARFIELD, 2002).

As respostas obtidas no instrumento são do tipo *Likert*, com intervalo de um a quatro para cada atributo. 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). A versão profissional validada do *PCATool* - Brasil contém 77 itens divididos em 8 componentes relacionados aos atributos da APS, sendo que 6 são atributos essenciais e 2 atributos derivados (BRASIL, 2010a, p: 73 ). Os referidos atributos estão descritos abaixo:

**Atributos essenciais**

1. Acesso de Primeiro Contato -Acessibilidade (A). Constituído por 9 itens (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8 e A9).
2. Longitudinalidade (B). Constituída por 13 itens (B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, B9, B10, B11, B12 e B13).
3. Coordenação -Integração de Cuidados (C). Constituído por 6 itens (C1, C2, C3, C4, C5 e C6);
4. Coordenação -Sistema de Informações (D). Constituído por 3 itens (D1, D2 e D3);
5. Integralidade -Serviços Disponíveis (E). Constituído por 22 itens (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21 e E22);
6. Integralidade -Serviços Prestados (F). Constituído por 15 itens (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, F11, F12, F13, F14 e F15).

**Atributos derivados**

7. Orientação Familiar (G). Constituído por 3 itens (G1, G2, G3);
8. Orientação Comunitária (H, Constituído por 6 itens (H1, H2, H3, H4, H5 e H6) (BRASIL, 2010a).

Encontramos, na literatura nacional, alguns estudos que já utilizaram o Instrumento *PCATool* versão Profissionais. Van Stralenet *al.*(2008) realizaram um estudo comparativo para medir a percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre APS na região Centro-Oeste do país, mais especificamente, no Estado de Goiás e Mato Grosso do Sul.

Elias et al. (2006) utilizaram o Instrumento *PCATool* para comparar as modalidades entre ESF e UBS nos diferentes estratos de exclusão social no município de São Paulo. Foram consideradas as dimensões da APS, identificando as convergências e divergências de opinião de usuários, profissionais de saúde e gestores por unidade de saúde. O instrumento também foi utilizado no estudo de Ibanez et. al. (2006) nos municípios do Estado de São Paulo com mais de 100 mil habitantes. Chomatas et al., (2013), também utilizaram a versão profissional do *PCATool* para avaliar a presença e extensão dos atributos da APS entre as unidades tradicionais e a ESF em Curitiba.



# **4. Metodologia**

---

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

Estudo transversal, exploratório com abordagem quantitativa. No delineamento de pesquisa transversal, a coleta de dados ocorre em um ponto delimitado do tempo, visando à situação, ao *status* do fenômeno, ou às relações entre o fenômeno no período escolhido. Esses tipos de estudos são indicados para verificar o funcionamento de práticas, programas, tratamentos e políticas, com análise de resultados, englobando a extensão das metas atingidas (POLIT, BECK, 2016). É o caso deste estudo proposto para avaliar o serviço de Atenção Primária à Saúde no Alto Rio Negro, Estado do Amazonas, na perspectiva dos profissionais de saúde.

Trata-se também de um estudo comparativo, da oferta do serviço de APS à população indígena e não indígena entre o Subsistema Especial de Saúde Indígena e os serviços municipais de saúde de São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro e Barcelos.

### **4.2 CENÁRIO DO ESTUDO**

O estudo foi desenvolvido em três municípios e no DSEI da região de saúde no entorno de Manaus, mais especificamente, São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro e Barcelos, inseridos na área de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro, apresentados no capítulo anterior.

A escolha da região do Alto Rio Negro para o desenvolvimento do estudo está ligada à sua importância no cenário da política indigenista; à grande concentração demográfica de população indígena ali residente; ser uma região de fronteira considerada de interesse da segurança nacional. Além disso, levar-se-á em conta a maior facilidade de acesso e conhecimento do pesquisador, que já trabalhou e desenvolveu estudos no Distrito Sanitário Especial Indígena e na APS dos municípios da região.

### 4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população desse estudo foi composta de enfermeiros e médicos que atuam no Distrito Sanitário Especial Indígena e na Atenção Primária à Saúde dos três municípios da região do Alto Rio Negro. A escolha desses profissionais de nível superior se justifica por serem considerados os prestadores de cuidados primários que compõem uma equipe mínima da Estratégia Saúde da Família.

A população total de acesso foi composta por 131 profissionais, correspondendo a 100% dos médicos e enfermeiros que atuam no DSEI e nos três municípios do Alto Rio Negro, tendo como referência o registro do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e confirmado com os gestores locais. Desses 116 participaram da pesquisa, sendo 84 enfermeiros e 32 médicos. Dentre os 15 profissionais não participantes, 5 se encontravam afastados por motivos de saúde e 10 por gozo de férias.

Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiros e médicos atuando há mais de 6 meses no DSEI e/ou na APS dos três municípios, possuir vínculo empregatício com as secretarias municipais de saúde e com a SESAI/DSEI. Como critério de exclusão: profissionais que se encontravam afastados das atividades no momento da coleta de dados com atestados médicos e/ou férias, não aceitarem participar do estudo, bem como os que não estavam inseridos na atenção primária.

### 4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de dois instrumentos. O primeiro (Apêndice A), construído especificamente para este estudo, é composto de 19 questões sobre as características sociodemográficas e de trabalho do conjunto dos profissionais participantes. Para essas características, foram definidas como variáveis independentes, o seguinte:

- **Pessoais:** idade, sexo, cor/raça, estado civil, profissão, tempo de formado e formação complementar;

- **Trabalho:** tipo de instituição, agente contratante, tipo de vínculo, forma de egresso na Saúde Indígena e na Atenção Básica municipal, tempo de atuação na Atenção Básica ou na Saúde Indígena, carga horária de trabalho e educação permanente .

O segundo instrumento é o *Primary Care Assessment Tool PCATool* - Brasil versão profissionais (Anexo A), que busca informações a respeito das características operacionais e

práticas - de estrutura e do processo de atenção - relacionadas à atenção primária na região do Alto Rio Negro (BRASIL, 2010a).

No *PCATool* ficaram definidas como variáveis dependentes: acesso (componentes de estrutura e processo), longitudinalidade (componente de estrutura e processo), coordenação (componentes de estrutura e processo), orientação familiar e orientação comunitária.

Esse segundo instrumento, conforme apresentado no capítulo anterior, no item 3.5, encontra-se validado no Brasil, foi aplicado em vários estudos e é recomendado para o uso em investigações acadêmicas, mas também como instrumento de avaliação e monitoramento da qualidade da APS no âmbito rotineiro das equipes de ESF, assim como pelos diversos níveis de gestão da APS no Brasil.

#### **4.5 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS**

Como procedimentos para a obtenção das informações, inicialmente, foram realizadas visitas a: Coordenação do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro e gestores municipais de Saúde.

Nessas visitas foram expostos os objetivos, procedimentos, termos de ética em pesquisa e solicitação de autorização da coleta de dados. Para tanto, foi solicitada uma listagem contendo os nomes dos profissionais de nível superior, médicos e enfermeiros, tanto os que atuam em área indígena, como na APS dos municípios, que constituíram a amostra de acesso, passível de participar do estudo. Na posse desses dados, foi mantido contato prévio com os profissionais para agendar o início da coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada no período de junho a agosto de 2015 pelo próprio pesquisador, mediante a aplicação do questionário dos dados sociodemográficos e de trabalho e o instrumento *PCATool*- Brasil – versão profissional. Para os profissionais de saúde que atuam em área indígena, os dados foram coletados nas sedes municipais, de forma a coincidir o dia da coleta dos dados com a rotina de trabalho na sede do DSEI, dispensando autorização da FUNAI para acesso à terra indígena.

Já os profissionais que atuam na APS municipal, a coleta de dados ocorreu nas Unidades de Saúde, previamente agendada, nos horários de funcionamento das mesmas, de forma a coincidir o dia da coleta dos dados com a rotina de atendimento da unidade.

## 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados, inicialmente, foi elaborada uma máscara de dados e posteriormente inserida no Programa SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 2.1 para *Windows*. Os dados coletados foram digitados no sistema de dupla digitação por pessoas diferentes, com validação e checagem da consistência do banco de dados. Foi utilizado o *software* estatístico R 3.0.2, com pacotes diversos.

Na análise dos dados sobre as características sociodemográficas e de trabalho dos profissionais, foram utilizadas medidas de tendência central como: média aritmética, desvio padrão, valores mínimos e máximos e quartis, bem como o cálculo de proporções, pela aplicação SPSS® versão 2.1.

Em relação à avaliação da APS, *PCATool-Brasil* – versão profissional, foram seguidas as orientações contidas no manual do instrumento de Avaliação da Atenção Primária (BRASIL, 2010). Descrito a seguir.

A avaliação dos itens que compõem cada um dos atributos da APS foi feita por meio de cruzamento de variáveis do *PCATool* e do tipo de instituição dos profissionais (DSEI e SEMSA), levando-se em conta a escala de *Likert*: “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) dos profissionais (DSEI e SEMSA). Quando a soma de respostas ‘9’ (“não sei / não lembro”) era menor que 50% do total de itens de um componente, o valor ‘9’ foi convertido para valor ‘2’ (“provavelmente não”). Essa transformação foi necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado (BRASIL, 2010). O teste qui-quadrado de Pearson foi utilizado para análise dos cruzamentos e, na impossibilidade da utilização desse teste, optou-se pelo teste de Máxima Verossimilhança.

Para o processamento e análise dos dados na Tabela de entrada no Programa SPSS® versão 2.1 para *Windows*, as respostas dos entrevistados foram validadas com a utilização da Escala *Likert* para os cinco valores, conforme recomenda o manual do instrumento (BRASIL, 2010). Entretanto, na avaliação e comparação das variáveis entre DSEI e SEMSA, a frequência das respostas foram organizadas com a seguinte adaptação: “Com certeza, sim/provavelmente, sim”, representada nas tabelas com o número 1 e “Com certeza, não /provavelmente, não”, com o número 2. Tal adaptação foi utilizada nos estudos de (LIMA, 2014; MELO, 2015; OLIVEIRA, SILVA et al,2014).

Para a avaliação da classificação da APS, obteve-se para cada questionário o escore de cada um dos atributos da APS, o escore essencial, escore derivado e o escore geral da APS, descrito a seguir:

O escore essencial foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais, dividido pelo número de componentes; ou seja, a soma dos componentes dos Atributos Essenciais / número de componentes  $(A + B + C + D + E + F) / 6$ .

O escore derivado das entrevistas foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem ao atributo derivado dividido pelo número do componente: componentes  $(G + H) / 2$ .

Já o escore geral foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais com os componentes que pertencem aos atributos derivados, dividido pelo número total de componentes. Exemplo: (Componentes dos Atributos Essenciais + Componentes dos Atributos Derivados) / número total de componentes.  $(A + B + C + D + E + F) + (G + H) / 8$ .

E na transformação dos escores nessa escala de 0 a 10, foi utilizada a seguinte fórmula:  $\{[\text{escore obtido} - 1] \times 10\} / 3$ .

Para esses valores de escores, foram calculadas as estatísticas: mediana, média e o respectivo desvio padrão, por tipo de instituição a qual pertencia o profissional, e essas duas instituições (DSEI e SEMSA) foram comparadas entre si. A comparação entre medianas desses escores foi feita por meio do teste de *Kruskal Wallis*, uma vez que os dados não possuíam distribuição normal (AGRESTI, FINLAY, 2012).

Para avaliação do grau de orientação à APS, fez-se a categorização dos escores em “Forte orientação para APS” e “Baixa orientação para APS”, considerando: Valores  $(\geq 6,6)$  - forte orientação para APS e Valores  $(< 6,6)$  - baixa orientação para APS, para cada uma das dimensões analisadas em cada questionário respondido. Em seguida, comparou-se a proporção do grau de orientação (forte/baixo) em relação à instituição a qual pertencia o profissional (DSEI e SEMSA), utilizando-se o teste qui-quadrado ou teste de máxima verossimilhança.

Finalmente, para se verificar o efeito conjunto das variáveis independentes no desfecho escore geral da “forte orientação da APS”, elaborou-se um modelo de regressão logística (Quadro 2).

O propósito foi buscar um modelo de regressão logística que permitisse estimar a chance de uma das características sociodemográficas e de trabalho do conjunto dos

profissionais que trabalha no DSEI e na SEMSA na região do Alto Rio Negro ter forte orientação à APS, em função das variáveis que se mostraram significativas no nível p-valor menor que 0,05 e que foram incluídas no modelo ajustado. A significância estatística entre os modelos ajustados foi avaliada pela análise da máxima verossimilhança e o teste de ajuste do modelo por *Hosmer and Lemeshow* (AGRESTI e FINLAY, 2012).

**Quadro 2** - Modelo de regressão logística, para se verificar o efeito conjunto das variáveis independentes no desfecho escore geral da ‘forte orientação da APS’, Alto Rio Negro, 2016.

(continua)

<b>Categorias</b>	<b>Alternativas</b>	<b>Códigos para Ajuste de regressão</b>	<b>Tipo de Variável</b>
Escore Geral	Alto ( $\geq 6,6$ )	1	Dependente
	Baixo ( $< 6,6$ )	0	
Sexo	Masculino	1	Independente
	Feminino	0	
Idade (anos)	$< 35$ anos	0	Independente
	$\geq 35$ anos	1	
Instituição do profissional	DSEI	1	Independente
	SEMSA	0	
Serviço	PSFI	1	Independente
	PSF	0	
Nacionalidade	Brasileira	1	Independente
	Outras	0	
Cor/raça	Indígena	1	Independente
	Outras	0	
Estado Civil	Solteiro	1	Independente
	Outros	0	
Profissão	Enfermeiro	1	Independente
	Médico	0	

(continuação)

Categorias	Alternativas	Códigos para Ajuste de regressão	Tipo de Variável
Formação Complementar	Sim	1	Independente
	Não	0	
Agente Contratante	Administração Direta	1	Independente
	ONG	0	
Forma de ingresso	Seleção Pública	1	Independente
	Outras Formas	0	
Tempo Médio de Atenção na AB ou Saúde Indígena	$\geq 4,7$ anos	1	Independente
	$< 4,7$ anos	0	
Tempo de formado	$\geq 5$ anos	1	Independente
	$< 5$ anos	0	

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

(conclusão)

#### 4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi submetido e aprovado no Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, seguindo as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sob número de parecer 1.084.040 (Anexo B).

No caso específico do presente estudo, a Coordenação do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro e os secretários municipais de saúde de São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro e Barcelos, foram apresentados ao projeto juntamente com a solicitação de autorização para coleta de dados (Apêndice B). Adicionalmente, por ocasião da entrada em campo, foi apresentado aos sujeitos da pesquisa o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (Apêndice C) desenvolvido para este estudo, o qual foi lido e explicado, pedindo-se a assinatura dos que concordaram em participar da investigação.



# **5. Resultados**

---

## 5 RESULTADOS

A apresentação dos resultados consiste inicialmente na caracterização dos sujeitos envolvidos na pesquisa, constituídos por profissionais de saúde atuantes no Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro e nas Secretarias de Saúde dos três municípios que compreendem a região do Alto Rio Negro. Na sequência, são apresentados os resultados da comparação dos atributos essenciais e derivados entre DSEI e SEMSA. A classificação dos atributos que possuem forte e baixa orientação para APS; comparar as respostas dos profissionais por instituição com relação os atributos que possuem forte orientação para APS; e finalmente, a avaliação do efeito conjunto das variáveis independentes que interferem na “forte orientação da APS” em ambos os serviços de saúde.

Os resultados são a seguir apresentados. Estão indicados em **negrito** as variáveis, os escores e medianas que se mostraram maiores frequências e diferenças estatisticamente significantes na comparação entre os dois tipos de serviços de saúde, dentro de cada estrato.

### 5.1 CARACTERÍSTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Do total de 131 profissionais constituintes da amostra de acesso, 116 (81,5%) participaram da pesquisa, sendo 84 enfermeiros (72,4%) e 32 médicos (27,6%). Dentre os 15 profissionais não participantes, 5 se encontravam afastados por motivos de saúde e 10 por gozo de férias.

Dentre os participantes, 87 (75%) eram do DSEI e 29 (25%) eram da SEMSA. Todos eles atuantes na Atenção Primária à Saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família Indígena ou não indígena.

A Tabela 7 descreve as características sociodemográficas dos profissionais envolvidos no estudo. A mediana de idade foi 35 anos, sendo 32 anos entre os profissionais do DSEI e 37 anos entre os da SEMSA. Pouco acima da metade era do sexo feminino 69 (59,5%). Esse resultado se repetiu tanto no DSEI 50 (57,5%) quanto na SEMSA 19 (65,5%).

Considerando todos os 116 profissionais participantes, 86 (74,1%) são brasileiros, seguidos de 26 (22,4%) cubanos, 3 (2,6%) peruanos e 1 (0,9%) venezuelano. Entre esses

profissionais de nacionalidade estrangeira, 100% deles trabalhavam na Estratégia Saúde da Família indígena e/ou não indígena por meio do Programa Mais Médico<sup>6</sup>.

Quanto à cor da pele, 49 (42,2%) deles se declararam de cor parda e 35 (30,2%) de cor branca, seguidos de 23 (19,8%) indígenas, sendo os demais percentuais pele amarela e negra. Entre os profissionais do DSEI, a maioria era parda com percentual de 40 (46%), seguida de branco com 23 (26,4%) e indígena com 18 (20,7%), e os demais estavam distribuídos entre amarela e negra; já entre os profissionais da SEMSA, a maioria se declarou branca 12 (41,4%), seguida de parda 9 (31,0%) e depois indígena 5 (17,2%); amarela e negra com os percentuais restantes.

Com respeito ao estado civil, 51 (44%) deles eram solteiros sendo 35 (40,2%) do DSEI e 16 (55,2%) da SEMSA. O segundo percentual mais alto encontrado nessa variável foram os que se declararam casados com 40 (34,5%), sendo 34 (39,1%) entre profissionais do DSEI e 6 (20,7%) entre os da SEMSA.

**Tabela 7** - Características sociodemográficas dos profissionais do DSEI e da SEMSA no Alto Rio Negro, 2016.

(continua)

Variáveis	INSTITUIÇÃO					
	DSEI		SEMSA		TOTAL	
	n = 87		n = 29		n = 116	
	n	%	n	%	n	%
<b>Tipo de Serviço</b>						
ESF	-	-	29	100	29	25
ESFI	87	100	-	-	87	75
<b>Sexo</b>						
Feminino	50	57,5	19	65,5	69	59,5
Masculino	37	42,5	10	34,5	47	40,5

<sup>6</sup>Programa criado pelo Governo Federal, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS). Como objetivos, reduzir as desigualdades regionais, levando esse profissional para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais; fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País e aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS, [...] (BRASIL, 2013)

(continuação)

Variáveis	INSTITUIÇÃO					
	DSEI		SEMSA		TOTAL	
	n= 87		n = 29		n = 116	
	n	%	n	%	n	%
<b>Nacionalidade</b>						
Brasileira	69	79,3	17	58,6	86	74,1
Cubana	17	19,5	9	31	26	22,4
Peruana	1	1,1	2	6,9	3	2,6
Venezuelana	-	-	1	3,4	1	0,9
<b>Cor da Pele</b>						
Amarela	2	2,3	1	3,4	3	2,6
Branca	23	26,4	12	41,4	35	30,2
Indígena	18	20,7	5	17,2	23	19,8
Negra	4	4,6	2	6,9	6	5,2
Parda	40	46	9	31	49	42,2
<b>Estado Civil</b>						
Casado(a)	34	39,1	6	20,7	40	34,5
Desquitado(a) Divorciado(a)	3	3,4	2	6,9	5	4,3
Separado	1	1,1	1	3,4	2	1,7
Solteiro(a)	35	40,2	16	55,2	51	44
União Consensual/Estável	14	16,1	4	13,8	18	15,5

**Fonte:** Elaborada pelo autor com dados coletados na pesquisa, 2016.

(conclusão)

A Tabela 8 apresenta informações sobre a formação e contratação desses profissionais participantes. A maior proporção era composta de enfermeiros, 84 (72,4%), e os demais eram médicos, 32 (27,6%). Essa proporção se repetiu tanto no DSEI, 67 (77%) e 20 (23%), respectivamente, quanto na SEMSA 17(58,6%) e 12 (41,4%).

Ainda, 75 (64,7%) afirmaram possuir formação complementar, sendo relativamente equivalentes no DSEI 56 (64,4%) e na SEMSA 19 (65,5%). Quanto a terem recebido educação permanente sob a responsabilidade das instituições vinculadas, (88 - 75,9%) afirmaram que sim, sendo maior proporção entre os profissionais do DSEI (69 - 79,3%) em relação aos da SEMSA (65,5%).

Quanto ao agente contratante, 70 (60,3%) eram contratados de Organizações Não Governamentais (ONG) e 46 (39,7%) da Administração Direta. No DSEI, a maioria era contratada por ONGs em regime CLT 70 (80,5%); os demais 17 (19,5%), pela administração

direta em contrato temporário por tempo de serviço. Já na SEMSA, todos os 29 (100%) eram contratados pela administração direta por contrato temporário de prestação de serviços.

Podemos observar que somente 29 (25,2%) profissionais ingressaram por meio de seleção pública; a maioria (74,8%) afirmou ter sido outra forma (indicação de amigos e familiares, entrevista, seleção de currículos). O mesmo ocorreu entre os profissionais do DSEI e da SEMSA, cuja outra forma de ingresso atingiu 69 (80,2%) e 17 (58,6%), respectivamente.

**Tabela 8** - Características de formação e contratação dos profissionais do DSEI e da SEMSA no Alto Rio Negro, 2016.

Variáveis	INSTITUIÇÃO					
	DSEI		SEMSA		TOTAL	
	n = 87		n = 29		n = 116	
	N	%	n	%	n	%
<b>Categoria Profissional</b>						
Enfermeiro	67	77	17	58,6	84	72,4
Médico	20	23	12	41,4	32	27,6
<b>Formação Complementar</b>						
Sim	56	64,4	19	65,5	75	64,7
Não	31	35,6	10	34,5	41	35,3
<b>Educação Permanente</b>						
Sim	69	79,3	19	65,5	88	75,9
Não	18	20,7	10	34,5	28	24,1
<b>Agente Contratante</b>						
Administração Direta	17	19,5	29	100	46	39,7
Organização Não Governamental (ONG)	70	80,5	-	-	70	60,3
<b>Forma de Ingresso</b>						
Outros	69	80,2	17	58,6	86	74,8
Seleção Pública	17	19,8	12	41,4	29	25,2

**Fonte:** Elaborada pelo autor com dados coletados na pesquisa, 2016

Outras informações sobre a atuação dos profissionais participantes da pesquisa são apresentadas na Tabela 9, em médias e medianas. Com relação ao tempo de formação profissional, a mediana foi de 5,1 anos. Os do DSEI, o valor mediano foi de 5,0 anos e os da SEMSA foi de 6,0 anos, portanto, sem diferença significativa.

Sobre o tempo de atuação desses profissionais na APS, a mediana dos profissionais da SEMSA foi de 3,0 anos, enquanto que os profissionais do DSEI não apresentaram resposta nesse item.

Já o período de atuação especificamente na saúde indígena, a mediana de anos foi de 1,5 anos para os profissionais do DSEI.

No que se refere ao tempo de atuação na região do Alto Rio Negro, a mediana total de anos foi de 1,3 anos, sendo para os profissionais do DSEI de 1,5 anos e da SEMSA de 1,2 anos. Não foi encontrada diferença significativa entre os dois grupos de profissionais.

E quanto ao tempo na Saúde Indígena na região do Alto Rio Negro, a mediana foi de 1,4 anos para os profissionais do DSEI. Os dados não representaram significância estatística entre os grupos.

A carga horária semanal no DSEI foi de 44 horas e na SEMSA de 40 horas.

**Tabela 9** - Valores medianos e médios das características do trabalho dos profissionais do DSEI e da SEMSA no Alto Rio Negro, 2016.

Variáveis**	INSTITUIÇÃO						P-valor
	DSEI		SEMSA		TOTAL		
	n = 87		n = 29		n = 116		
	Med*	Média	Med*	Média	Med*	Média	
Idade	32	34,5	37	37,4	35	35,2	0,05
Tempo de Formado	5,0	6,6	6,0	9,2	5,1	7,3	0,363
Tempo que atua na Atenção Primária	0,0	0,0	3,0	6,5	3,0	6,0	0,852
Tempo que atua na saúde indígena	1,5	2,6	0,0	0,0	1,5	2,6	0,416
Tempo que atua na região do Alto Rio Negro	1,5	1,6	1,2	2,1	1,3	2,0	0,627
Tempo na saúde indígena no Rio Negro	1,4	2,4	0,0	0,0	1,4	2,4	0,350
Carga horária semanal no DSEI**	44,0	44,0	-	-	44,0	44,0	-
Carga horária semanal na SEMSA**	-	-	40,0	40,0	40,0	40,0	-

**Fonte:** Elaborada pelo autor com dados coletados na pesquisa, 2016

\* Mediana

\*\*As variáveis referentes à “Tempo” utilizam a unidade de medida em “anos”, e as variáveis que se referem à carga horária utilizam a unidade de medida “horas”. Não foi possível aplicar testes estatísticos.

## 5.2 AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS ESSENCIAIS, ENTRE DSEI E SEMSA

Para a avaliação dos atributos essenciais e derivados entre o DSEI e a SEMSA, na perspectiva dos profissionais de saúde, utilizaram-se dois tipos de respostas, conforme já explicitado na metodologia, onde a frequência das respostas foi organizada com a seguinte adaptação: “Com certeza, sim/provavelmente, sim”, com o número 1\*; e “Com certeza,

não/provavelmente, não”; com o número 2\*. Assim, o número 1 significa “forte orientação para APS”, e o número 2, “baixa orientação para APS.

Os resultados são apresentados em conjunto, ou seja, para todos os profissionais, assim como comparativamente entre o DSEI e a SEMSA na Região do Alto Rio Negro, e com análise estatística de significância (valor p).

### 5.2.1 Atributo: Acesso de Primeiro Contato/Acessibilidade

Os resultados apresentados na Tabela 10 referem-se à avaliação das variáveis que compõem o atributo **Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade**. De forma geral, os profissionais do DSEI avaliam melhor o acesso quando comparado às respostas obtidas dos profissionais da SEMSA.

**Tabela 10** - Avaliação do atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade, segundo profissionais de saúde do DSEI e da SEMSA no Alto Rio Negro, 2016.

Variáveis	INSTITUIÇÃO				P-valor
	DSEI n= 87		SEMSA n= 29		
	1* n=%	2* n=%	1* n=%	2* n=%	
A1 – Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	85(97,7)	2(2,3)	-	29(100)	0,001
A2 – Seu serviço de saúde está aberto pelo menos em alguns dias da semana até as 20h.?	71(81,6)	16(18,4)	2(6,9)	27(93,1)	0,001
A3 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	86(98,9)	1(1,1)	29(100)	-	1
A4 – Quando seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam necessário?	55(63,2)	32(36,8)	4(13,8)	25(86,2)	0,001
A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado, existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	46(52,9)	41(47,1)	-	29(100)	0,001
A6 – Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	83(95,4)	4(4,6)	1(3,4)	28(96,6)	0,001
A7 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém do seu serviço o atende naquela noite?	84(96,6)	3(3,4)	1(3,4)	28(96,6)	0,001
A8 - É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão no seu serviço de saúde?	83(95,4)	4(4,6)	25(86,2)	4(13,8)	0,106
A9 – Em média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?	48(55,2)	39(44,8)	19(65,5)	10(34,5)	0,447

**Fonte:** Elaborada pelo autor com dados coletados na pesquisa, 2016.

Comparativamente, entre o DSEI e a SEMSA, somente três variáveis não obtiveram significância estatística: (A3, A8 e A9). Nesses quesitos, acima de 55% dos respondentes avaliaram pelo seu bom desempenho ao responderem *com certeza, sim/provavelmente sim*.

As demais variáveis (A1, A2, A4, A5, A6 e A7) apresentaram significância estatística entre os grupos ( $p \leq 0,001$ ). Destaque-se que, em todas o DSEI apresentou desempenho bastante superior à SEMSA, com maior proporção de respostas *com certeza, sim/provavelmente sim*. Algumas variáveis obtiveram valor zero ou próximo de zero de desempenho na SEMSA, segundo seus profissionais.

### 5.2.2 Atributo: Longitudinalidade

Na Tabela 11, são apresentados os resultados da avaliação do atributo Longitudinalidade, composto por 13 variáveis.

**Tabela 11** - Avaliação do atributo Longitudinalidade, segundo os profissionais do DSEI e da SEMSA no Alto Rio Negro, 2016.

(continua)

Variáveis	INSTITUIÇÃO				P-valor
	DSEI n= 87		SEMSA n= 29		
	1* (n=%)	2* (n=%)	1* (n=%)	2* (n=%)	
B1- No seu serviço de saúde, os pacientes são atendidos sempre pelo mesmo médico/enfermeiro?	25(28,7)	62(71,3)	19(65,5)	10(34,5)	0,001
B2 - Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?*	87(100)	-	29(100)	-	-
B3 - Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	85(97,7)	2(2,3)	29(100)	-	1
B4 - Se os pacientes têm um problema, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	49(56,3)	38(43,7)	5(17,2)	24(82,8)	0,001
B5 - Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	83(95,4)	4(4,6)	29(100)	-	0,571



(continuação)

Variáveis	INSTITUIÇÃO				P-valor
	DSEI		SEMSA		
	n= 87		n= 29		
	1*	2*	1*	2*	
	(n=%)	(n=%)	(n=%)	(n=%)	
B6 - Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	76(87,4)	11(12,6)	28(96,6)	1(3,4)	0,29
B7 - Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	80(92)	7(8)	27(93,1)	2(6,9)	1
B8 – Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	51(58,6)	36(41,4)	8(27,6)	21(72,4)	0,007
B9 – Você entende quais problemas são mais importantes para os pacientes que você atende?	71(81,6)	16(18,4)	26(89,7)	3(10,3)	0,395
B10 – Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	22(25,3)	65(74,7)	9(31)	20(69)	0,716
B11 – Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	52(59,8)	35(40,2)	5(17,2)	24(82,8)	0,001
B12 – Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldades de pegar por elas?	74(85,1)	13(14,9)	27(93,1)	2(6,9)	0,35
B13 – Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	41(47,1)	46(52,9)	15(51,7)	14(48,3)	0,83

**Fonte:** Elaborada pelo autor com dados coletados na pesquisa, 2016.

\*\* não foi possível aplicar teste estatístico porque ambas as instituições assinalaram em uma única alternativa.

(conclusão)

Nesse atributo, Longitudinalidade, a maioria das variáveis foi avaliada com bom desempenho (*Com certeza, sim/provavelmente sim*); algumas delas com frequência de (100%).

Comparativamente, a maioria das variáveis não apresentou significância estatística entre os grupos DSEI e SEMSA, com exceção da variável (B1), em que se obteve maior ocorrência para *Com certeza, não/provavelmente não*, junto aos profissionais do DSEI (62 - 71,3%), em comparação com (10 - 34,5%) profissionais da SEMSA, com ( $p \leq 0,001$ ).

Nas variáveis “B4 e B11” também houve associação significativa ( $p \leq 0,001$ ), sendo maior ocorrência para *Com certeza, não/provavelmente não*, junto aos profissionais da SEMSA, com média de (82,8%), em comparação à média (56%) dos profissionais do DSEI, que responderam o oposto.

Quando perguntados sobre “se o profissional sabe quem mora com cada um de seus pacientes” (B8), mais de (21 - 72,4%) dos profissionais da SEMSA assinalaram respostas

entre “com certeza, não” / “provavelmente, não”. Já entre os profissionais do DSEI, 51 (58,6%) deles assinalaram respostas entre “provavelmente, sim” / “com certeza, sim”. O teste de associação não indicou significância estatística ( $p \leq 0,007$ ).

Com relação ao quesito “se o profissional dedica aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre suas preocupações ou problemas” (B5), 100% dos profissionais da SEMSA assinalaram respostas entre “provavelmente, sim” / “com certeza, sim” e um pouco mais de 95% dos do DSEI assinalaram as mesmas respostas atribuídas pelo grupo da SEMSA. O teste de associação não indicou significância estatística entre as variáveis ( $p=0,571$ ).

As demais variáveis desse atributo não apresentaram significância estatística para a associação.

### 5.2.3 Atributo Coordenação/Integração do Cuidado

Os resultados da comparação das respostas dos profissionais do DSEI e SEMSA referentes ao atributo Coordenação/Integração do cuidado são apresentados na Tabela 12, segundo dados das respostas dos profissionais de saúde que participaram da pesquisa.

**Tabela 12** - Avaliação do atributo Coordenação - dimensão - Integração do Cuidado, segundo os profissionais de saúde do DSEI e da SEMSA no Alto Rio Negro, 2016

Variáveis	INSTITUIÇÃO				P-valor
	DSEI n=87		SEMSA n= 29		
	1* (n=%)	2* (n=%)	1* (n=%)	2* (n=%)	
C1- Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	53(60,9)	34(39,1)	17(58,6)	12(41,4)	1
C2 – Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	69(79,3)	18(20,7)	23(79,3)	6(20,7)	1
C3 - Alguém do seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	<b>87(100)</b>	-	<b>26(89,7)</b>	<b>3(10,3)</b>	<b>0,014</b>
C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	86(98,9)	1(1,1)	29(100)	-	1
C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	17(19,5)	70(80,5)	2(6,9)	27(93,1)	0,151
C6 - Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	76(87,4)	11(12,6)	26(89,7)	3(10,3)	1

**Fonte:** Elaborada pelo autor com dados coletados na pesquisa, 2016

No que se refere à coordenação dimensão - integração de cuidados, relacionado aos profissionais de saúde, verifica-se que as variáveis com melhor desempenho foram (C2, C3, C4 e C6) para respostas positivas, em ambos os serviços. Já a variável de pior desempenho foi a C5, de maior proporção de respostas “com certeza/provavelmente, sim”, sendo encontradas tanto para os profissionais do DSEI, (17 - 19,5%) quanto para os da SEMSA (2 - 6,9%).

Apenas uma das variáveis apresentou diferença significativa: (C3), com ( $p \leq 0,014$ ). As maiores frequências de respostas positivas foram encontradas junto aos profissionais do DSEI, em torno de (87 - 100%), ao assinalarem respostas entre “com certeza sim/provavelmente, sim” e em torno de (3 - 10,3%) dos da SEMSA, assinalando com certeza não/provavelmente, não”.

As demais variáveis desse atributo não apresentaram significância estatística para associação.

#### 5.2.4 Atributo: Coordenação/Sistema de informações

Os resultados da avaliação das variáveis do atributo coordenação – dimensão - sistemas de informações, a partir das respostas dos profissionais, bem como as análises estatísticas dos cruzamentos estão na Tabela 13.

**Tabela 13** - Avaliação da dimensão - sistemas de informações, segundo os profissionais de saúde do DSEI e da SEMSA no Alto Rio Negro, 2016

Variáveis	INSTITUIÇÃO				P-valor
	DSEI n=87		SEMSA n= 29		
	1* (n=%)	2* (n=%)	1* (n=%)	2* (n=%)	
D1 – Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado?	72(82,8)	15(17,2)	27(93,1)	2(6,9)	0,233
D2 - Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?	75(86,2)	12(13,8)	22(75,9)	7(24,1)	0,246
D3- Os prontuários dos pacientes estão disponíveis quando você os atende?	<b>54(62,1)</b>	<b>33(37,9)</b>	<b>29(100)</b>	-	<b>0,001</b>

**Fonte:** Elaborada pelo autor com dados coletados na pesquisa, 2016

Nesse atributo, a maioria dos profissionais do DSEI e SEMSA avaliou de forma positiva todas as variáveis descritas. Entre essas, foi encontrada associação significativa

( $p < 0,001$ ) para a variável (D3). Observando os resultados encontrados, verifica-se que (29 - 100%) profissionais da SEMSA assinalaram respostas entre “com certeza, sim/provavelmente, sim” e os do DSEI, em torno de (33 - 37,9%) responderam o oposto.

### 5.2.5 Atributo: Integralidade/Serviços Disponíveis

Os resultados a seguir, descritos na Tabela 14, referem-se à avaliação dos itens que compõem o atributo integralidade/serviços disponíveis.

**Tabela 14** - Avaliação do atributo Integralidade - dimensão - Serviços Disponíveis, segundo os profissionais de saúde do DSEI e da SEMSA, no Alto Rio Negro, 2016.

(continua)

Variáveis	INSTITUIÇÃO				P-valor
	DSEI n=87		SEMSA n=29		
	1* (n=%)	2* (n=%)	1* (n=%)	2* (n=%)	
E1 - Aconselhamento nutricional.	75(86,2)	12(13,8)	22(75,9)	7(24,1)	0,246
E2 - Imunização.	85(97,7)	2(2,3)	26(89,7)	3(10,3)	0,099
E3 - Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.	67(77)	20(23)	24(82,8)	5(17,2)	0,696
E4 - Avaliação da saúde bucal.	74(85,1)	13(14,9)	27(93,1)	2(6,9)	0,351
E5 - Tratamento Dentário.	73(83,9)	14(16,1)	27(93,1)	2(6,9)	0,351
E6 - Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	86(98,9)	1(1,1)	29(100)	-	1
E7 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas.	42(48,3)	45(51,7)	17(58,6)	12(41,4)	0,453
E8 - Aconselhamento para problemas de saúde mental.	40(46)	47(54)	21(72,4)	8(27,6)	0,024
E9 - Sutura de um corte que necessite de pontos.	<b>68(78,2)</b>	<b>19(21,8)</b>	<b>8(27,6)</b>	<b>21(72,4)</b>	<b>0,001</b>
E10 - Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	86(98,9)	1(1,1)	29(100)	-	1
E11 - Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos.	15(17,2)	72(82,8)	3(10,3)	26(89,7)	0,555
E12 - Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais.	<b>32(36,8)</b>	<b>55(63,2)</b>	<b>2(6,9)</b>	<b>27(93,1)</b>	<b>0,005</b>
E13 - Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido)	20(23)	67(77)	2(6,9)	27(93,1)	0,101
E14 - Remoção de verrugas	<b>6(6,9)</b>	<b>81(93,1)</b>	<b>24(82,8)</b>	<b>5(17,2)</b>	<b>0,001</b>
E15 - Exame preventivo para câncer de colo de útero.	86(98,9)	1(1,1)	29(100)	-	1

(continuação)

Variáveis	INSTITUIÇÃO				P-valor
	DSEI n=87		SEMSA n=29		
	1* (n=%)	2* (n=%)	1* (n=%)	2* (n=%)	
E16 - Aconselhamento sobre como parar de fumar	65(74,7)	22(25,3)	25(86,2)	4(13,8)	0,304
E17 - Cuidados pré-natais.**	87(100)	-	29(100)	-	-
E18 - Remoção de unha encravada.	38(43,7)	49(56,3)	4(13,8)	25(86,2)	0,007
E19 - Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões.	85(97,7)	2(2,3)	28(96,6)	1(3,4)	1
E20 - Aconselhamento sobre mudanças que acontecem com o envelhecimento.	83(95,4)	4(4,6)	29(100)	-	0,571
E21- Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativo, sonda, etc.	87(100)	-	28(96,6)	1(3,4)	0,25
E22 - Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite)	80(92)	7(8)	26(89,7)	3(10,3)	0,709

**Fonte:** Elaborada pelo autor com dados coletados na pesquisa, 2016

\*\* não foi possível aplicar teste estatístico porque ambas as instituições assinalaram em uma única alternativa.

(conclusão)

No geral, o atributo integralidade/serviços disponíveis foi bem avaliado em ambos os serviços de saúde.

Verifica-se que as variáveis com melhor frequência positiva dentro do grupo de profissionais do DSEI em relação ao grupo da SEMSA foram (E1, E2, E9, E19, E21, E22). E na (E9), a associação entre variáveis foi significativa ( $p < 0,001$ ).

Já nas variáveis (E3, E4, E5, E6, E7, E8, E10, E14, E15, E16, E17) e (E20), observou-se que os maiores percentuais de respostas foram atribuídos para as alternativas positivas “com certeza/provavelmente, sim” dentro do grupo de profissionais da SEMSA em relação ao grupo do DSEI.

Já para a variável (E9), a maioria dos profissionais do DSEI (68 - 78,2%) assinalou respostas “com certeza/provavelmente, sim”, dos profissionais da SEMSA, (21 - 72,4%) assinalaram respostas entre “com certeza/provavelmente, não”. O teste de associação entre essas variáveis foi  $p \leq 0,001$ . Outra variável que também apresentou significância estatística foi (E12).

Resultado semelhante, ou seja, o antagonismo nas repostas dos dois grupos foi encontrado para a variável (E14). Nessa variável, os percentuais foram de (24 - 82,8%) para os profissionais da SEMSA na resposta “com certeza/provavelmente, sim” e de (81 - 93,1%) para os profissionais do DSEI para a resposta “com certeza/ provavelmente, não”, com significância estatística para o teste de associação ( $p \leq 0,001$ ).

Nas variáveis (E11, E13, E18), no geral, a maioria dos profissionais assinalou repostas entre “com certeza/ provavelmente, não”. Sendo que entre os profissionais da SEMSA esses percentuais foram sempre maiores que os percentuais encontrados no grupo do DSEI. O teste de associação entre as variáveis, nos quatro itens descritos neste parágrafo, apresentou significância estatística.

As demais variáveis não apresentaram diferença significativa para o teste de associação.

### 5.2.6 Atributo: Integralidade/Serviços Prestados

A partir das repostas dos profissionais de saúde apresentamos, na Tabela 15, os resultados das análises estatísticas dos cruzamentos das variáveis desse atributo na região do Alto Rio Negro.

**Tabela 15** - Avaliação do atributo Integralidade - dimensão - Serviços Prestados, segundo os profissionais de saúde do DSEI e da SEMSA, no Alto Rio Negro, 2016

(continua)

Variáveis	INSTITUIÇÃO				P-valor
	DSEI n=87		SEMSA n=29		
	1* (n=%)	2* (n=%)	1* (n=%)	2* (n=%)	
F1 - Conselhos sobre alimentação saudável ou dormir suficientemente.	83(95,4)	4(4,6)	29(100)	-	0,571
F2 - Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.	74(85,1)	13(14,9)	24(82,8)	5(17,2)	0,771
F3 - Aconselhamento do uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar queda de altura.	50(57,5)	37(42,5)	17(58,6)	12(41,4)	1

(continuação)

Variáveis	INSTITUIÇÃO				P-valor
	DSEI n=87		SEMSA n=29		
	1*	2*	1*	2*	
	(n=%)	(n=%)	(n=%)	(n=%)	
F4 - Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	60(69)	27(31)	27(93,1)	2(6,9)	0,019
F5 - Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.	75(86,2)	12(13,8)	27(93,1)	2(6,9)	0,512
F6 - Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	<b>24(27,6)</b>	<b>63(72,4)</b>	<b>27(93,1)</b>	<b>2(6,9)</b>	<b>0,001</b>
F7 - Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.	81(93,1)	6(6,9)	29(100)	-	0,334
F8 - Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex. veneno, etc.), no lar, no trabalho, ou na vizinhança.	61(70,1)	26(29,9)	20(69)	9(31)	1
F9 - Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.	28(32,2)	59(67,8)	5(17,2)	24(82,8)	0,191
F10 - Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.	72(82,8)	15(17,2)	24(82,8)	5(17,2)	1
F11 - Como prevenir quedas.	75(86,2)	12(13,8)	27(93,1)	2(6,9)	0,512
F12- Prevenção de osteoporose em mulheres.	<b>50(57,5)</b>	<b>37(42,5)</b>	<b>25(86,2)</b>	<b>4(13,8)</b>	<b>0,001</b>
F13 - Cuidado de problemas comuns relativos à menstruação ou a menopausa.	69(79,3)	18(20,7)	29(100)	-	0,006
F14 - Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.	61(70,1)	26(29,9)	27(93,1)	2(6,9)	0,024
F15 - Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.	83(95,4)	4(4,6)	27(93,1)	2(6,9)	0,62

**Fonte:** Elaborada pelo autor com dados coletados na pesquisa, 2016.

(conclusão)

O resultado da comparação entre os dois serviços na perspectiva dos profissionais para esse atributo aponta que a SEMSA apresenta melhores frequências positivas em relação ao grupo de profissionais do DSEI.

Para as variáveis (F1, F3, F4, F5, F7, F11, F12, F13), e (F14), no geral, a maioria dos profissionais assinalou respostas entre “com certeza, sim/provavelmente, sim”, sendo que entre os profissionais da SEMSA, esses percentuais foram sempre maiores que os percentuais

encontrados no grupo do DSEI. O teste de associação entre as variáveis, nesses itens descritos neste parágrafo, apresentou significância estatística para as variáveis (F6 e F12).

Com relação à variável (F6), a maioria dos profissionais da SEMSA (27 - 93,1%) assinalou respostas entre “com certeza/provavelmente, sim” e a maioria dos profissionais do DSEI (63,4 - 72,4%) assinalou respostas negativas. O teste de associação apresentou significância estatística com  $p \leq 0,001$ .

Já a variável (F12), os profissionais da SEMSA responderam positivamente (25 - 86,2%), enquanto que os profissionais do DSEI responderam em torno de (50 - 57,5%) para a mesma afirmativa, mostrando diferença  $p \leq 0,001$ .

### 5.3 AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DERIVADOS, ENTRE DSEI E SEMSA

#### 5.3.1 Atributo: Orientação Familiar

Na Tabela 16, são apresentados os dados referentes ao cruzamento das variáveis do atributo orientação familiar encontradas na região do Alto Rio Negro, no serviço ofertado pelos profissionais de saúde do DSEI e da SEMSA.

**Tabela 16** - Avaliação do atributo Orientação Familiar, segundo os profissionais de saúde do DSEI e da SEMSA, no Alto Rio Negro, 2016.

Variáveis	INSTITUIÇÃO				P-valor
	DSEI n=87		SEMSA n=29		
	1* (n=%)	2* (n=%)	1* (n=%)	2* (n=%)	
G1 – Você pergunta aos pacientes quais suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	74(85,1)	13(14,9)	28(96,6)	1(3,4)	0,184
G2 – Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	74(85,1)	13(14,9)	29(100)	-	0,036
G3 – Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar? **	87(100)		29(100)	-	-

**Fonte:** Elaborada pelo autor com dados coletados na pesquisa, 2016

\*\*\* não foi possível aplicar teste estatístico porque ambas as instituições assinalaram em uma única alternativa.



Quanto à Orientação Familiar, os profissionais avaliaram positivamente o conjunto de variáveis, sendo que os maiores percentuais, média de 98%, foram observados para os profissionais da SEMSA, nas respostas “com certeza/provavelmente, sim”, não apresentando significância estatística para o teste de associação para cada uma delas.

### 5.3.2 Atributo: Orientação Comunitária

Na orientação Comunitária, apresentada na tabela 17, a maioria das variáveis que compõem este atributo não apresentou significância estatística na comparação entre os grupos DSEI e SEMSA. Apenas na variável (H6) - presença de usuários no Conselho *Local* de Saúde - observou-se uma polarização das respostas. Enquanto os profissionais do DSEI afirmaram que “provavelmente, sim” / “com certeza, sim”, os da SEMSA afirmaram que “provavelmente não/com certeza não”, sendo essa a única associação com significância estatística ( $p \leq 0,001$ ).

**Tabela 17** - Avaliação do atributo Orientação Comunitária, segundo os profissionais de saúde do DSEI e da SEMSA, no Alto Rio Negro, 2016.

Variáveis	INSTITUIÇÃO				P-valor
	DSEI n=87		SEMSA n=29		
	1* (n=%)	2* (n=%)	1* (n=%)	2* (n=%)	
H1 – Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	86(98,9)	1(1,1)	29(100)	-	1
H2 – Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	63(72,4)	24(27,6)	21(72,4)	8(27,6)	0,1880
H3 – Seu serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	74(85,1)	13(14,9)	22(75,9)	7(24,1)	0,395
H4 - Faz pesquisa com os pacientes para ver se os serviços satisfazendo as necessidades das pessoas?	3(14,9)	77(85,1)	4(13,8)	25(86,2)	1
H5 - Faz pesquisa na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	20(23)	67(77)	7(21,1)	22(75,9)	1
H6 - Presença de usuários no Conselho Local de Saúde?	<b>85(97,7)</b>	<b>2(2,3)</b>	<b>11(37,9)</b>	<b>18(62,1)</b>	<b>0,001</b>

**Fonte:** Elaborada pelo autor com dados coletados na pesquisa, 2016

Sobre visitas domiciliares (H1), a maioria dos profissionais dos dois grupos avaliados afirmou positivamente para essa questão. Quanto a conhecer adequadamente os problemas de saúde da comunidade (H2), mais de 70% dos profissionais, em ambos os grupos, também afirmaram que “provavelmente, sim” / “com certeza, sim”, o mesmo ocorrendo sobre a assertiva de que o serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde (H3).

Quanto a fazer pesquisa com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo as necessidades das pessoas (H4), e para identificar problemas de saúde que ele, profissional, deveria conhecer (H5), as respostas se inverteram. Nessas duas últimas, mais de 70% assinalaram que “provavelmente, não / com certeza, não” faziam pesquisa com esse propósito em ambos os serviços de saúde.

Com relação à variável (H6), a maioria dos profissionais do DSEI (85 - 97,7%) assinalou respostas entre “com certeza/provavelmente, sim” e os profissionais da SEMSA, (11- 37,9%) assinalaram a mesma resposta. O teste de associação apresentou significância estatística com  $p \leq 0,001$ .

#### **5.4 CLASSIFICAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA APS NO ALTO RIO NEGRO**

A Tabela 18 apresenta o resultado da classificação dos atributos dos dois grupos avaliados (DSEI e SEMSA). A comparação dos escores dos atributos, o escore geral e os escores essencial e derivado, entre os dois grupos de profissionais, evidenciou o predomínio dos valores mais elevados emitidos pelos profissionais do DSEI, como diferenças estatísticas em relação ao grupo da SEMSA, como maior discrepância nos atributos acesso de primeiro contato/acessibilidade e orientação comunitária. Já o atributo Coordenação - Sistema de Informações apresentou mediana mais elevada, quando comparada ao grupo do DSEI. No geral, observa-se que os serviços ofertados à população indígena e não indígena no Alto Rio Negro, apresenta forte orientação para APS na perspectiva dos profissionais de saúde envolvidos no estudo.

No atributo Acessibilidade foi onde se encontrou o menor escore mediano dentre todos os atributos. Este foi observado entre os da SEMSA, com valor de 2,6 abaixo do valor de corte 6,6, indicando baixo grau de orientação da APS nesse atributo. Este valor diferiu significativamente ( $p < 0,001$ ) do grupo de profissionais do DSEI que obteve mediana de 7,8, que por sua vez indica forte grau de orientação para esse atributo

No que se refere à Coordenação/Sistema de Informações o maior valor mediano foi para a SEMSA (8,9). Os resultados referentes ao Sistema de Informações, diferentemente da Integração do Cuidado, apresentaram diferença significativa entre os grupos ( $p \leq 0,001$ ), com a mediana dos escores obtidos com os profissionais do DSEI menor (6,7) que a dos profissionais da SEMSA (8,9), e ambas acima do valor de corte 6,6, indicando forte grau de orientação nesse atributo da APS.

Em relação aos atributos derivados, em “orientação comunitária” foi observada diferença significativa ( $p \leq 0,004$ ) entre os grupos do DSEI, que obtiveram mediana igual 6,1 e o grupo da SEMSA que obteve mediana igual a 5,6, ambos com baixo grau de orientação.

Com respeito ao Escore Essencial, que é a combinação dos atributos Acessibilidade + longitudinalidade+ integração dos cuidados + sistema de informações + serviços disponíveis + serviços prestados, foi possível verificar diferença significativa ( $p \leq 0,002$ ). Nesse escore, a maior mediana foi observada para o grupo do DSEI, com 7,1 contra 6,7 do grupo da SEMSA. Ainda, as medianas encontradas permitem inferir que o valor do Escore está acima do valor do ponto de corte de 6,6.

Para o Escore Derivado, que resulta da combinação entre orientação familiar + orientação comunitária, não foi encontrada diferença significativa entre os dois grupos ( $p=0,160$ ) os dois valores estão acima do ponto de corte que é 6,6, sendo a mediana do DSEI igual a 7,5 e a da SEMSA igual a 6,9.

Finalmente, para o Escore Geral, que resulta da combinação dos dois escores, encontrou-se diferença significativa ( $p < 0,003$ ) entre os dois grupos, sendo o maior valor encontrado para o grupo do DSEI, com mediana igual a 7,2, e o menor para o da SEMSA, com 6,7, ambos definidos com forte grau de orientação para APS, ainda que para o grupo da SEMSA, esse escore mediano seja limítrofe de 6,6, limite estabelecido como ponto de corte.

**Tabela 18** - Escore dos atributos Essenciais e Derivados classificados como Forte e Baixo Escore Geral de APS, segundo os profissionais de saúde do DSEI e da SEMSA, no Alto Rio Negro, 2016

ATRIBUTOS DA APS	INSTITUIÇÃO										P-valor
	DSEI (n=87)					SEMSA (n=29)					
	Menor Valor	Maior Valor	Mediana	Média	IC 95%	Menor Valor	Maior Valor	Mediana	Média	IC 95%	
<b>Essenciais</b>											
Acessibilidade*	3,7	10	7,8	7,6	[7,3 7,9]	1,1	6,7	2,6	2,7	[2,3 3,1]	0,001
Longitudinalidade	3,6	9,5	6,4	6,5	[6,2 6,8]	4,4	8,2	6,6	6,5	[6,1 6,9]i	0,828
Coordenação/Integração de Cuidados*	4,4	10	7,2	7,2	[7,0 6,8]	3,9	8,9	6,7	6,7	[6,2 7,1]	0,05
Coordenação/Sistema de Informações*	3,3	10	6,7	7,1	[6,7 7,4]	5,6	10	8,9	8,4	[7,9 8,8]	0,001
Integralidade/Serviços Disponíveis	4,7	9,4	6,8	6,9	[6,7 7,1]	5,1	8,3	6,9	6,9	[6,6 7,3]	0,629
Integralidade/Serviços Prestados	2,7	10	6,9	6,8	[6,4 7,1]	5,6	10	7,8	7,8	[7,3 8,3]	0,009
<b>Total Escore Essencial*</b>	<b>4,8</b>	<b>9,1</b>	<b>7,1</b>	<b>7</b>	<b>[6,8 7,2]</b>	<b>5,2</b>	<b>8,4</b>	<b>6,7</b>	<b>6,5</b>	<b>[6,2 6,7]</b>	<b>0,002</b>
<b>Derivados</b>											
Orientação Familiar	4,4	10	8,9	8,5	[8,2 8,8]	4,4	10	8,9	8,8	[8,3 9,3]	0,262
Orientação Comunitária*	3,3	10	6,1	6,4	[6,1 6,8]	3,3	8,3	5,6	5,3	[4,8 5,8]	0,004
<b>Total Escore Derivado</b>	<b>5,3</b>	<b>10</b>	<b>7,5</b>	<b>7,4</b>	<b>[7,2 7,7]</b>	<b>4,4</b>	<b>9,2</b>	<b>6,9</b>	<b>7,0</b>	<b>[6,7 7,4]</b>	<b>0,160</b>
<b>Escore Geral*</b>	<b>5</b>	<b>9,2</b>	<b>7,2</b>	<b>7,1</b>	<b>[6,9 7,3]</b>	<b>5,4</b>	<b>8,6</b>	<b>6,7</b>	<b>6,6</b>	<b>[6,4 6,9]</b>	<b>0,003</b>

Fonte: Elaborada pelo autor com dados coletados na pesquisa, 2016

\*Atributos que apresentaram diferença significativa para o teste de Kruskal-Wallis no nível de 0,05% de significância

## 5.5 ATRIBUTOS COM “FORTE ORIENTAÇÃO PARA APS” NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO ALTO RIO NEGRO

A comparação dos resultados entre as proporções dos atributos com escores maiores ou iguais ao ponto de corte (6,6) em relação à instituição a qual pertencia o profissional (DSEI e SEMSA), verificou que o acesso de primeiro contato/acessibilidade e Coordenação/Sistema de Informação apresentaram resultados semelhantes aos obtidos nas comparações medianas, em termos de significância estatística e desempenho por grupo, como podemos observar também o atributo orientação comunitária apresentados na Tabela 19.

**Tabela 19** - Comparação dos profissionais por instituição com relação aos atributos com forte orientação da APS ( $\geq 6,6$ ), nos serviços de saúde do DSEI e SEMSA, na Região do Alto Rio Negro, 2016.

Atributos	INSTITUIÇÃO						P-valor*
	DSEI		SEMSA		TOTAL		
	n=87		n=29		n=116		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Essenciais</b>							
Acessibilidade	64	73,6	1	3,4	65	56,0	0,001
Longitudinalidade	40	46,0	15	51,7	55	47,4	0,591
Coordenação/Integração do Cuidado	68	78,2	18	62,1	86	74,1	0,094
Coordenação/ Sistema de Informação	64	73,6	28	96,5	92	79,3	0,001
Integralidade/Serviços disponíveis	54	62,1	20	69,0	74	63,8	0,500
Integralidade/Serviços Prestados	52	59,8	23	79,3	75	64,7	0,049
<b>Total Escore Essencial</b>	60	69,0	15	51,7	75	64,7	0,096
<b>Derivados</b>							
Orientação Familiar	80	91,9	28	96,5	108	93,1	0,400
Orientação Comunitária	37	42,5	5	17,2	42	36,2	0,001
<b>Total Escore Derivado</b>	61	70,1	21	72,4	82	70,7	0,081
<b>Escore Geral</b>	63	72,4	16	55,1	79	68,1	0,090

Fonte: Elaborada pelo autor com dados coletados na pesquisa, 2016

## 5.6 VARIÁVEIS INDEPENDENTES QUE INTERFERE NA “FORTE ORIENTAÇÃO DA APS” NO DSEI E NA SEMSA

Após as análises de inclusão e exclusão de variáveis que apresentaram significância estatística, ajustou-se para as variáveis segundo a Tabela 20, a seguir apresentada.

**Tabela 20** - Ajuste das variáveis que apresentaram significância estatística para o escore geral da APS ( $\geq 6,6$ ) no Alto Rio Negro, 2016.

Parâmetros	Graus de Liberdade	Estimativa dos Parâmetros	Erro padrão	Estatística de Wald	p-valor
Intercepto	1	2,6786	0,9507	7,994	0,048
Instituição do Profissional	1	-2,2636	0,8548	7,0119	0,081
Nacionalidade	1	-1,6228	0,7863	4,2595	0,039
Agente Contratante	1	-4,3181	0,9992	18,6743	0,001

**Fonte:** Elaborada pelo autor com dados coletados na pesquisa, 2016.

O teste de ajuste do modelo *Hosmer and Lemeshow* resultou em  $p=0,9842$ , indicando bom ajuste.

Tendo sido utilizado no modelo de regressão logística o desfecho valores de escore geral que indicavam “forte orientação da APS” ( $\geq 6,6$ ), o ajuste apresentou significância para as variáveis “Instituição do Profissional” - ser do DSEI, “Nacionalidade” - ser Brasileiro e “Agente Contratante” - ser por meio da Administração Direta.

## **6. Discussão**

---

## 6 DISCUSSÃO

Esta seção tem por finalidade discutir os resultados obtidos com a análise das respostas dos profissionais do DSEI e SEMSA por meio do instrumento *Primary Care Assessment Tool PCATool* - Brasil (versão profissional), visando atingir os objetivos propostos para este estudo.

### 6.1 CARACTERÍSTICAS DOS PROFISSIONAIS

Participaram do estudo 116 profissionais de saúde de nível superior – enfermeiros e médicos, atuantes na APS da região do Alto Rio Negro, noroeste do Amazonas, o que equivale a 88,5% dos profissionais atuantes em 2015. A maioria é de enfermeiros (72,4%), o que pode estar relacionado à má distribuição de médicos entre áreas rurais e urbanas e entre capital e interior. Segundo Silveira e Pinheiro (2014), a Região Norte é a que possui a menor quantidade de médicos por habitantes no país: um médico por mil habitantes. Ainda, de acordo com os autores, o acesso a médicos nas capitais do Amazonas e do Pará chega a ser mais de dez vezes superior em relação ao interior desses estados.

Quanto ao perfil demográfico, observou-se predominância de profissionais do sexo feminino em todas as categorias: a mediana de idade foi 32 anos, independente da instituição a qual estivessem vinculados. A feminização encontrada entre os profissionais é compatível com os estudos realizados por (Cotta et al, 2006; Pinto, Menezes, Villa, 2010), que revelaram ser a feminização das profissões uma das tendências da área da saúde e, por conseguinte, dos profissionais das equipes de saúde da família.

A maioria dos profissionais possui formação complementar, o que demonstra uma tendência da busca pela melhoria da qualificação por meio de cursos de especialização e ou atualização na área da saúde. Cabe ressaltar que os profissionais médicos, em sua grande maioria, estão vinculados à estratégia do Ministério da Saúde por meio do Programa Mais Médicos (PMM), que tem entre os seus eixos de atuação a qualificação profissional.

A análise da contratação dos profissionais demonstra que a grande maioria dos profissionais do DSEI possui vínculo trabalhista com ONGs, sob o regime jurídico previsto na CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), submetendo-se a um regime de trabalho de 44



horas semanais. O tipo de contrato citado pelos componentes das equipes como temporário (assinado a cada doze meses) dificulta o estabelecimento de vínculo do profissional com o serviço e com a população atendida, característica indissociável do trabalho na Saúde Indígena. Ademais, desde a implantação do subsistema de saúde indígena em 1999, os recursos humanos vêm sendo apontados como um ponto crítico para efetivação do subsistema (OLIVEIRA, 2005). Esse tipo de contratação por meio de ONGs tem colocado os trabalhadores em situação de precarização e desvalorização do trabalho profissional, motivando ações trabalhistas, insegurança e rotatividade das equipes de saúde e dificultando a estruturação dos serviços e a efetivação do modelo de assistência voltado para essa população (OLIVEIRA, 2005).

Outro ponto a ser destacado é que, no âmbito do DSEI, a gestão de pessoal na maioria das vezes apresenta-se em descompasso com a gestão de material, sendo essa última de responsabilidade da SESAI, que, por sua vez, segue os trâmites legais da administração pública, pouco sensíveis à complexidade do trabalho em área indígena, acarretando situações como a inviabilização da presença dos profissionais em área indígena por falta de insumos básicos para os deslocamentos e para a atuação dos profissionais, no que tange a combustível, medicamentos etc., além das precárias condições de infraestrutura existentes nas comunidades, que seria responsabilidade da SESAI.

Já na SEMSA, todos os profissionais atuavam pela administração direta por contrato de prestação de serviço temporário. Essa é uma realidade encontrada por outros autores que investigaram as formas de contratação como (COSTA et al., 2013; COTTA et al., 2006; TOMASI et al., 2008). Esse quadro vai na contra mão da recomendação do Pacto pela Saúde 2006 sobre as responsabilidades municipais na Gestão do Trabalho, o qual orienta que: os municípios devem “adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores da saúde na sua esfera de gestão e de serviços, provendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme a legislação vigente e considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS-PCCS/SUS quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito da gestão local” (BRASIL, 2006). Portanto, cabe aos gestores municipais implementar políticas que assegurem os trabalhadores da saúde no PSF e conduzam à tão esperada superação da alta rotatividade desses profissionais.

No que se refere ao ingresso dos profissionais no DSEI e na SEMSA, observa-se que a grande maioria, em ambas as instituições, afirmou ter sido por indicação de amigos e familiares, convites, entrevista, seleção de currículos ou por simples ocupação de vagas

disponíveis. O mesmo ocorreu no estudo realizado por Tomasi et al. (2008), com profissionais da atenção primária à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Nesse estudo, os autores mostram que menos da metade dos trabalhadores ingressaram no SUS por concurso público. Essas formas de seleção não costumam obedecer aos critérios de publicidade e outros princípios da Administração Pública.

Segundo Tomasi et al. (2008), esse tipo de seleção pode levar à precarização do trabalho, pois a tendência é que a contratação ocorra por indicação política, dependendo de favorecimentos que não passam pela seleção das habilidades ou da formação destes profissionais; a classe trabalhadora fica à mercê dos gestores municipais e em condição vulnerável, o que pode dar margem a uma série de abusos, repercutindo na intimidação dos profissionais e na diminuição de seu espaço político e poder de negociação, ferindo direitos básicos.

Conhecer o perfil do profissional que atua junto à população indígena e não indígena que vive na região do Alto Rio Negro é relevante, pois pode contribuir para reorientar as instituições responsáveis pela formação desses profissionais, de modo que direcionem suas políticas de gestão para o atendimento à necessidade dessa população, levando em conta aspectos envolvidos na questão do pessoal que atua no setor saúde. Por outro lado, tal conhecimento ajuda essas instituições a repensarem sua atuação, iniciativa, competência e discernimento ao planejar as ações que levem em consideração as especificidades epidemiológicas, operacionais e culturais da população indígena do Alto Rio Negro.

## **6.2 AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA APS, ENTRE DSEI E SEMSA**

Nessa parte do estudo faremos a avaliação e comparação do desempenho dos atributos essenciais e derivados da APS, entre os serviços de saúde, buscando apreender a presença e extensão desses atributos em ambos os serviços de saúde.

### **6.2.1 Acesso de Primeiro Contato – Dimensão Acessibilidade**

A dimensão do acesso, utilizada para análise, parte da definição apresentada por STARFIED (2002). Segundo a autora, o acesso pode ser entendido como um ponto de entrada a cada atendimento a um novo problema/episódio de saúde. Esse ponto de entrada deve ser

considerado de fácil acesso na organização de serviços de saúde, de acordo com o nível de atenção, que pode ser denominado de “porta de entrada”. No instrumento utilizado para esse estudo, o *PCATool* – Brasil, versão profissional, o atributo Acesso de Primeiro Contato é dividido em dois componentes de análise: Acessibilidade (busca identificar se o serviço de saúde responde prontamente ao problema de saúde) e Utilização (identifica se usuário busca o serviço referenciado para sua demanda de saúde) (BRASIL, 2010a).

No que diz respeito ao uso dos serviços de atenção básica pelos usuários indígenas e não indígenas, os profissionais de saúde do DSEI e SEMSA foram questionados sobre o funcionamento e atendimento do serviço – dias e horários de funcionamento: (A1, A2, A3, A4). Quando comparadas as variáveis entre DSEI e SEMSA, observa-se que o DSEI apresentou melhor desempenho em quase todas as variáveis que compõem esse atributo (Tabela 4).

Embora os dados do DSEI tenham apresentado maiores frequências positivas, quando comparados aos da SEMSA, é conveniente ressaltar que a organização dos serviços da APS na Região do Alto Rio Negro apresenta diferenças importantes em relação ao DSEI e à SEMSA, bem como em outros locais onde o *PCATool* foi aplicado, com estruturas de APS padronizadas com o funcionamento e atendimento do serviço de saúde. No DSEI, embora o modelo assistencial proponha uma rede de serviços hierarquizados, com complexidade crescente e articulados com os outros níveis de atenção e com equipes de saúde permanentemente presentes nesses estabelecimentos, nem sempre isso ocorre. Dados do Relatório de Gestão (SESAI/DESEI, 2014) apontam diversos fatores que têm impossibilitado o funcionamento do sistema, como por exemplo, logística inadequada, insuficiência de recursos financeiros etc.

Já os serviços de saúde dos três municípios envolvidos no estudo possuem estruturas semelhantes, como as Unidades Básicas Saúde da Família, que funcionam de segunda a sexta-feira, de 7h às 17 horas, e os hospitais gerais e/ou Unidades Mistas, que atendem às demandas dos usuários nos horários em que as unidades não estão abertas. Não se observou, no período da pesquisa, iniciativas por parte dos gestores municipais para ampliar o acesso da população aos serviços de Atenção Básica.

Quando se questionou os profissionais do DSEI e SEMSA sobre o “aconselhamento rápido por telefone e se o paciente pode ligar para o serviço quando adoecer”, verificou-se maior frequência positiva entre os profissionais do DSEI (63,2%) em relação à SEMSA (13,8%).

Embora o DSEI tenha apresentado resultados positivos, o que se pode afirmar em nossa vivência no Alto Rio Negro, é que, no geral, o sistema de comunicação entre os dois serviços é ruim, tendo em vista que no DSEI existe uma deficiência na estrutura do sistema de comunicação.

A capacidade instalada de comunicação no território em estudo consiste em uma ampla rede pulverizada de radiofonia instalada, pertencente à Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro – FOIRN, que disponibiliza 2 horários específicos diariamente (manhã e tarde) para tratar de assuntos de saúde (chamadas de resgates de pacientes em situação de urgência e emergência, orientação sobre uso de medicamentos, em alguns casos, e notícias de pacientes encaminhados para outros pontos da atenção). Além desse sistema de comunicação, mais recentemente têm sido instalados telefones públicos em alguns pontos ao longo dos rios, por exemplo. Contudo, tais alternativas não conseguem obter uma cobertura de 100% das comunidades, seja por más condições climáticas ou pela pouca manutenção das radiofonias ou telefones públicos instalados, mas que ainda assim constituem alternativa de comunicação. Na SEMSA, quando existe telefone, este está disponível apenas ao serviço interno, sendo que o usuário não tem acesso ao mesmo.

Uma breve comparação entre os serviços de saúde em relação ao tempo para ser atendido pelo médico ou pelo enfermeiro, observa-se que em ambos os serviços esse tempo ultrapassa trinta minutos. Para Starfield (2002), o tempo de espera superior a trinta minutos compromete a acessibilidade organizacional.

De forma geral, os resultados encontrados nesse atributo convergem aos do estudo de Vieira (2010), quando avaliou o acesso e a utilização dos serviços de Atenção Primária a Saúde (APS) em população rural no município de Jequitinhonha, Minas Gerais. Apesar de se tratar de uma realidade bem distinta da do Alto Rio Negro, no caso, uma área rural do Sudeste, Vieira chama a atenção para deficiência no acesso da população rural por diversos motivos, dentre eles se destacam: a) disponibilidade de algumas ações de saúde; b) dificuldade de deslocamento das pessoas até os serviços; c) a falta de profissional para atendimento e as dificuldades de acesso geográfico às áreas urbanas. Por fim, a autora relata que os fatores geográficos e organizacionais dos serviços de saúde tiveram grande influência na ausência desse acesso.

A análise desse atributo “Acesso de Primeiro Contato/Acessibilidade” aponta para a necessidade de os gestores dos serviços de saúde exercer seu papel, no sentido de garantir a acessibilidade como um elemento fundamental para a presença da APS como ordenadora do cuidado em saúde no contexto dos serviços de saúde na região do Alto Rio Negro.

### 6.2.2 Longitudinalidade

Dentre os atributos da APS, o da longitudinalidade possui característica central desse nível assistencial, uma vez que se refere ao acompanhamento do paciente ao longo do tempo por profissionais da equipe de saúde vinculados à APS, para antigas e novas necessidades em saúde (STARFIELD, 2002; CUNHA e GIOVANELLA, 2011). É um dos atributos que apresenta a maior relação interpessoal entre profissional/paciente.

Ao se considerar cada variável que compõe o atributo longitudinalidade, dentro do instrumento utilizado nessa investigação, observou-se que a maioria delas não apresentou significância estatística entre os grupos de profissionais do DSEI e SEMSA.

Observa-se resultado positivo nas variáveis relacionadas à comunicação entre profissionais/paciente (B2 e B3), em ambos os serviços as respostas foram em média 100%. Os profissionais consideram que essas variáveis possuem relação interpessoal entre os profissionais/usuários e com isso facilitam a condução do processo de trabalho e comunicação nos espaços de saúde.

Segundo Cezar-Vaz et al. (2010), a comunicação/educação construída pela articulação de trabalhadores e clientes na Estratégia Saúde da Família representa um método para apreender as diferenças culturais e sociais dos indivíduos e famílias. Tais diferenças configuram-se em potencialidades para aquisição de conhecimentos, atitudes e habilidades, por parte dos enfermeiros, para o enfrentamento resolutivo dos processos de adoecimento dos clientes.

Para corroborar nosso argumento, citamos Machado et al. (2010), que explica que a comunicação na saúde, especialmente na AB, abre-se aos profissionais de saúde como um arsenal para sua valise de ferramentas a ser acionada no trabalho diário. É uma tecnologia leve essencial no reconhecimento e na efetivação do profissional e do usuário como protagonistas na coprodução de saúde e na humanização do SUS.

Também observamos resultados positivos na percepção dos profissionais de saúde nas variáveis relacionadas ao tempo dado pelos profissionais aos pacientes para falarem sobre seus problemas, deixá-los confortáveis, além de conhecer os problemas mais importantes para os pacientes (B5, B6, B7 e B9). Essas são características do processo de trabalho das equipes de APS, recomendadas na Portaria Nº 2.488/2011, do Ministério da Saúde, quando enfatiza o “fomento à autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde” (BRASIL, 2011). Desse modo, apresenta-se como relevante que os trabalhadores de saúde que atuam na atenção básica no Alto Rio Negro reconheçam, por meio dessa relação

interpessoal com a população indígena e não indígena, suas reais necessidades de saúde, tornando assim o atendimento mais dinâmico e comprometido, facilitando a maior resolutividade de suas demandas no contexto rionegrino.

Outra variável de longitudinalidade não menos importante que apresentou os resultados positivos em ambos os serviços de saúde, refere-se ao conhecimento dos profissionais de saúde sobre a dificuldade dos pacientes de conseguir medicamentos receitados (B12), o que favorece a continuidade da assistência, promovendo maior resolutividade e longitudinalidade no cuidado.

As variáveis (B10) e (B13), que questionam os profissionais sobre o histórico de saúde e os medicamentos que os pacientes estão utilizando, embora não tenham apresentado significância estatística entre as variáveis do atributo longitudinalidade, apresentaram resultados negativos abaixo de 50% entre os serviços. Tal resultado aponta a necessidade de os profissionais repensarem suas práticas para aumentar a adesão às medidas de proteção e promoção à saúde na construção de planos de responsabilização e de projetos de saúde.

Comparativamente, a variável (B1), que aborda a continuidade da relação de vínculo entre profissional e usuário através da observação do atendimento do paciente pelo mesmo médico/enfermeiro, obteve maior ocorrência de respostas negativas junto aos profissionais do DSEI em comparação com profissionais da SEMSA. Uma possível explicação para esse fato pode advir da forma como está organizado o regime de trabalho dos profissionais de saúde que atuam no DSEI. A cada 30 dias de trabalho em área indígena, esses profissionais são substituídos por outra equipe que permanecerá pelo mesmo período de tempo. Outra explicação seria a forma de contratação dos trabalhadores, por meio de organizações não-governamentais, com contratos de trabalho anuais, gerando, com isso, alta rotatividade de profissionais.

Medeiros et al. (2010) explicam que a rotatividade de enfermeiros e médicos na estratégia Saúde da Família é condicionada por motivos tanto objetivos quanto subjetivos, que oscilam entre vínculo precário na contratação, dificuldades de relacionamento político entre profissional e gestor, até questões como a realização profissional nas atividades desenvolvidas no âmbito dos serviços de saúde.

Para Anselmi, Angerami e Infante (1990), uma movimentação excessiva desses recursos humanos provoca desequilíbrios na composição do quadro de pessoal, acarreta custos e, em última análise, impõe efeitos indesejáveis, tanto na qualidade como na quantidade de serviços prestados. Desse modo, podemos inferir que a forma de organização do trabalho das equipes de saúde pode dificultar uma atenção à saúde longitudinalmente.

As variáveis (B4, B8) e (B11) também apresentaram maior ocorrência negativa, abaixo de 30% para profissionais da SEMSA em comparação aos profissionais DSEI, que responderam o oposto.

Quando desmembradas as variáveis, a pesquisa revela que existe dificuldade dos pacientes de manter contato por telefone com o profissional de sua preferência (B4), tanto no DSEI quanto na SEMSA. Para além desses aspectos, tem-se ainda a fragilidade do vínculo entre profissional e usuário, o que dificulta o estabelecimento de uma relação pessoal ao longo do tempo, a qual permitiria aos profissionais conhecer os pacientes e vice-versa, implicando, possivelmente, em menor número de consultas, pois muitos problemas poderiam ser resolvidos pelo telefone (STARFIELD, 2002).

As questões relacionadas ao conhecimento da família dos pacientes (B8) demonstram resultados satisfatórios. Em ambos os serviços, os profissionais utilizam o cadastro das famílias para facilitar o conhecimento da sua clientela. No DSEI, os profissionais utilizam um censo familiar, no qual as famílias são registradas por grupos familiares; essa ferramenta subsidia o trabalho das equipes no planejamento. Já na SEMSA, o cadastro familiar também é realizado, mas o modelo de atenção ainda está voltado para a doença. Tal resultado é contrário ao estabelecido pela Estratégia Saúde da Família na busca de criação de vínculo.

Segundo Ramos (2008), a atuação dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família deve ser focada no indivíduo e não na doença. O profissional deve buscar entender a experiência do paciente sobre a doença e como esta impacta sua vida, realizando uma abordagem compreensiva no manejo da enfermidade e de sua família.

Ainda, de acordo com esse autor, os profissionais devem levar em consideração o micro- contexto onde vive o paciente, ter consciência da influência do perfil social e cultural do profissional e da pessoa que está sendo cuidada. “O registro da história clínica e de vida de cada pessoa e/ou família são dados valiosos para o profissional de saúde, além de auxiliar no apoio à decisão clínica e à qualidade do cuidado prestado” (RAMOS, 2008).

Ainda foi possível observar, na variável (B11), que os profissionais possuem dificuldades em conhecer o trabalho e emprego dos seus pacientes. Porém, a disponibilidade do profissional de saúde para conversar com toda a família a respeito da saúde do seu paciente, ainda não se constitui uma realidade no âmbito dos serviços avaliados.

Apreende-se que o acompanhamento do usuário, ao longo do tempo, traduz uma relação de responsabilidade, vínculo e confiança na equipe de saúde, possibilitando diagnósticos mais precisos e tratamentos mais eficazes, promovendo maior resolutividade dos problemas de saúde da população.

### 6.2.3 Coordenação – Dimensão: Integração do Cuidado

O atributo Coordenação é dividido no instrumento *PCATool* em duas dimensões: Coordenação - Integração de Cuidados e Coordenação - Sistema de Informações. Segundo o Manual do *PCATool*, tal divisão foi realizada com o propósito de facilitar a compreensão dos resultados na íntegra (BRASIL, 2010a). Na análise desse atributo neste estudo, será levada em consideração essa divisão. Para isso, iniciamos as discussões pela dimensão - Integração do cuidado, que se refere à relação entre a Unidade Básica de Saúde e o serviço especializado.

A coordenação do cuidado deve ser entendida neste estudo como a articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção em saúde de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum. Para Starfield (2002), a coordenação é um estado de harmonia, fruto de um esforço em comum. Para tanto, tem como essência, a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento dessas para o atendimento e necessidades atuais.

Os resultados atribuídos ao cruzamento das variáveis da dimensão - Integração do cuidado serão desmembrados e analisados aqui de forma desagregada, segundo dados das respostas dos profissionais de saúde que participaram da pesquisa.

Quando os entrevistados foram questionados se tinham conhecimento de todas as consultas dos pacientes aos especialistas e/ou serviços especializados, obteve-se baixa frequência nas respostas. Tal resultado vai ao encontro das atribuições comuns a todos os profissionais da Equipe de Saúde da Família recomendadas na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde, quando a mesma ressalta que os profissionais devem “responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado, mesmo quando essa necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde”. (BRASIL, 2011).

Outra variável abordada refere-se à discussão dos profissionais com os usuários sobre os diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos (C2). A maioria, 79% dos profissionais em ambos os serviços, respondeu que “com certeza sim” fornecem essas informações aos usuários. Apesar de apresentar uma média elevada nas respostas, percebe-se, contudo, que os serviços precisam ser melhorados. A rede de assistência disponível na região apresenta baixa capacidade de resposta para os problemas de saúde, pouca articulação entre os municípios para a solução de problemas que requerem outros pontos de atenção à saúde indisponíveis nas redes municipais, como indicado nos serviços de especialidades disponíveis.



Em estudo realizado por Motta, Aguiar e Caldas (2011), as autoras explicam que a desarticulação da rede ou o desconhecimento dos serviços de apoio disponíveis, além de comprometer a resolutividade da Atenção Básica, desgasta os profissionais ao acrescentar às suas múltiplas incumbências a de contornar os problemas do sistema.

Quando indagado aos profissionais se no serviço de saúde existe alguém para marcação da consulta encaminhada (C3), os mesmos responderam positivamente. Vale ressaltar que embora tenham sido observadas diferenças nos resultados entre os serviços, nos municípios contemplados no estudo encontra-se implantado o Sistema de Regulação (SISREG), desenvolvido pelo Ministério da Saúde para gerenciamento dos complexos reguladores de estados e municípios, no nível da atenção básica até a alta complexidade (SEMSA - SGC, 2011). Dessa forma, existem profissionais em cada unidade que, via telefone, promovem a marcação das consultas encaminhadas. No DSEI, o processo também acontece de forma similar: as demandas das consultas são enviadas ao serviço social e, em articulação com as secretarias municipais de saúde, são inseridas no SISREG.

Corroborando nosso estudo, a pesquisa realizada por Almeida et al. (2010) investigou a integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos, observando as estratégias para descentralizar as discussões e a responsabilização pelas ações de regulação para os profissionais da Atenção Básica, compreendendo a unidade básica de saúde como a primeira instância regulatória.

Com relação ao fornecimento, por parte dos profissionais do DSEI e da SEMSA, de informação escrita para que o usuário leve ao especialista ou serviço especializado (C4), também se obteve considerável percentual de respostas afirmativas. É necessário registrar que com a implantação do SISREG na região do Alto Rio Negro, esse processo possui uma rotina sistematizada com protocolos estabelecidos onde constam além dos dados de identificação do usuário, os motivos para o encaminhamento e os detalhes da consulta marcada.

Essa realidade também foi encontrada nos estudos de Almeida et al (2010) e Carneiro et al. (2014). O fornecimento de informações escritas da atenção primária para outros serviços foi confirmado como prática pela maioria dos profissionais envolvidos em ambos os estudos. Dessa forma, o acesso mais frequente do usuário à atenção especializada acontece por meio de encaminhamentos dos serviços de Atenção Básica. A marcação é feita dentro do centro de saúde, com base na referência realizada pelo médico.

No que se refere ao sistema de Referência e Contrarreferência, foi questionado aos profissionais se recebem do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado (C5). Essa foi a variável de pior desempenho na proporção de respostas

em ambos os serviços, na qual se observou que, de modo geral, a prática de realizar Contrarreferência não tem sido uma rotina entre os serviços de saúde. Ao que parece, isso não se constitui em um dado exclusivo do cenário do Alto Rio Negro.

Em pesquisa realizada por Serra e Rodrigues (2010) sobre o sistema de referência e contrarreferências em apoio ao Programa/Estratégia Saúde da Família nos municípios de Duque de Caxias (RJ) e do Rio de Janeiro, os autores apontaram 7 (sete) problemas que podem estar relacionados à dificuldade de acesso dos pacientes e ao bom funcionamento dos sistemas de referência e contrarreferência: (1) limitada oferta de consultas e exames; (2) inexistência ou precariedade da contrarreferência; (3) má organização das atividades de regulação; (4) baixa utilização de protocolos clínicos para encaminhamentos; (5) precariedade em termos de sistemas de informação e comunicação; (6) significativa influência política na gestão das unidades; (7) grande diversidade na denominação das unidades de saúde e multiplicidade das grades de oferta de serviços. Entendemos que provavelmente esses problemas apontados pelos autores se aplicam à realidade do Alto Rio Negro. Agrega-se a estes pontos indicados por estes autores, a questão da dificuldade de entendimento dos usuários dos serviços de saúde em apresentar aos profissionais a contrarreferência, seja pela dificuldade linguística, seja pela descontinuidade da disponibilidade dos serviços de atendimentos médico ou de enfermagem.

Franco e Magalhães Júnior (2003) explicam que a integralidade das ações é promovida pela articulação entre os diversos níveis assistenciais, partindo da rede básica em direção às tecnologias necessárias para a produção do cuidado. Nesse contexto, a Contrarreferência configura-se como elemento fundamental para a equipe de Saúde da Família, que responde pelo cuidado e acompanhamento contínuo do usuário.

Outros autores que também contribuíram com nosso estudo foram Almeida et al. (2010), para quem a referência e contra-referência é um importante instrumento para integração dos serviços de saúde e que destaca que os fluxos de referência e contra-referência entre Atenção Básica e Especializada encontram-se formalmente implantados. No entanto, a maior parte dos gestores entrevistados afirmou que a Contra Referência não é comumente praticada.

Reconhecendo a importância desse fator, verificou-se fragilidade no processo de coordenação no âmbito da APS no Alto Rio Negro, onde a comunicação acaba ocorrendo unidirecionalmente, já que a maioria dos profissionais da ESF revelou não ter recebido do especialista ou do serviço especializado informações sobre o paciente encaminhado. Apesar deste problema, a variável (C6) que avalia o engajamento do profissional por meio de

conversa com os usuários sobre os resultados da consulta ao especialista, apresentou um resultado positivo. Esta ação aponta na direção de resgatar a integralidade do cuidado.

Para Carneiro et al. (2014), a lacuna da Contrarreferência persiste no contexto do SUS e estratégias de como superá-la necessitam ser estudadas. Considera-se, contudo, um avanço o fato de o profissional que encaminhou procurar saber o que aconteceu antes com o paciente. Isso mostra que o encaminhamento não se configurou apenas como uma transferência de responsabilidade. Ele foi necessário num determinado momento, mas a continuidade da assistência é de responsabilidade da equipe de Saúde da Família.

Desse modo, conclui-se que a contrarreferência é uma questão generalizada, não constituindo prerrogativa nos serviços estudados. Outras pesquisas evidenciaram esta fragilidade nos processos de contrarreferência da atenção secundária e terciária para com a atenção primária. (CARNEIRO et al.2014; FRANCO, MAGALHÃES JÚNIOR 2003, ALMEIDA et al. 2010).

#### **6.2.4 Coordenação – Dimensão: Sistema de informações**

Na subdivisão desse atributo, o instrumento *PCATool* – Brasil – Versão Profissional, refere-se à coordenação/sistema de informações e aos registros de saúde e consulta ao prontuário.

Ao se comparar os serviços estudados, verifica-se que tanto os profissionais do DSEI quanto da SEMSA assinalaram predominantemente respostas “com certeza/provavelmente, sim” quando indagados sobre solicitar dos pacientes registros médicos recebidos no passado (D1). Esse é um aspecto importante na coordenação do cuidado, pois segundo Carneiro et al. (2014), essa atitude dos profissionais auxilia na qualidade da informação em saúde e contribui para o conhecimento integral da atenção à saúde dos usuários sob sua responsabilidade. Ainda de acordo com os autores, é necessário que os profissionais estimulem os usuários a adotarem o hábito de levar seus registros de saúde aos serviços de atenção primária. Esse resultado também foi encontrado por Carneiro et al. (2014), no qual os profissionais destacaram a importância dessas práticas no processo de trabalho das equipes de saúde.

Na realidade estudada de ambos os serviços, verificou-se que a maioria dos profissionais permite aos pacientes examinar seus prontuários (D2). Dessa forma, fica evidente o direito do usuário de examinar seu prontuário, se assim for de seu interesse. É importante que os profissionais forneçam esses esclarecimentos. Além disso, esse ato pode

contribuir para a compreensão dos usuários sobre seu processo saúde-doença, acompanhando sua evolução e a participação dos diferentes profissionais na assistência.

A garantia do direito ao paciente de examinar seu prontuário está assegurada na Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, no Artigo 5º, inciso III, o qual estabelece:

O acesso da pessoa ao conteúdo do seu prontuário ou de pessoa por ele autorizada e a garantia de envio e fornecimento de cópia, em caso de encaminhamento a outro serviço ou mudança de domicílio (BRASIL, 2009).

O direito de o paciente examinar seu prontuário também vai ao encontro do que recomenda o código de ética do profissional de Enfermagem e Medicina. O Conselho Federal de Enfermagem estabelece as responsabilidades e deveres dos profissionais por meio da Resolução n. 311 de 17 de fevereiro de 2007 no Artigo 41: “Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

O conselho Federal de Medicina recomenda, no artigo 70 do código de ética médica, que tal prática seja vedada ao médico: “Negar ao paciente acesso ao seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

Na variável que busca saber se os prontuários dos pacientes estão disponíveis (D3), foi encontrada frequência mais alta de respostas positivas no DSEI em relação à SEMSA.

Uma das explicações pode estar relacionada ao processo de trabalho das equipes de saúde no âmbito do DSEI. No caso da região do Rio Negro, os profissionais vão ao encontro da demanda (usuários do sistema), indo de aldeia em aldeia, fazendo um tipo de atendimento voltado à demanda espontânea, tendo em vista que os mesmos devem fazer visitas a todas as aldeias existentes na área de abrangência do polo, que em sua grande maioria ultrapassa 30 aldeias, isso dificulta o transporte dos prontuários pelas equipes de saúde (ROCHA, 2007).

Para Pereira et al. (2008), o prontuário familiar permite melhor atenção à família, já que reúne o registro das informações de todas as ações realizadas pela equipe de Saúde da Família, tornando-se decisivo para a continuidade dos cuidados à saúde de seus usuários, além de promover a integração da equipe.

Para Ramos (2008), os registros ajudam a garantir a continuidade e a longitudinalidade do cuidado, auxiliam na comunicação e tomada de decisão em equipe e permitem um arquivo de dados-base das pessoas e famílias em seguimento, fornecendo eventualmente também dados para investigação científica ou prova para diligências legais.

### 6.2.5 Integralidade

Para fins deste texto, utilizaremos a conceituação de integralidade como princípio do SUS, conforme apresentada no Manual do instrumento de Avaliação da Atenção Primária (Brasil, 2010a), para quem a integralidade deve ser entendida como:

“...um conjunto de serviços disponíveis e prestados pela atenção primária, compondo ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitações adequadas ao contexto da APS, incluindo, caso seja necessário, os encaminhamentos para especialidades médicas, hospitais, e serviços terciários para tratamento definitivo de problemas específicos, ou para serviços de suporte fundamentais, tais como internação domiciliar e outros serviços comunitários” (BRASIL, 2010a, p:9).

O instrumento aplicado, *PCATool*, apresenta o atributo integralidade subdividido em duas dimensões: integralidade/serviços disponíveis e integralidade/serviços prestados, as quais são discutidas separadamente, a seguir.

#### 6.2.5.1 Dimensão - Serviços Disponíveis

Neste item, analisaremos a dimensão integralidade/serviços disponíveis, que consta de uma série de variáveis referentes a serviços que podem ou não estar disponíveis para o paciente no local onde o entrevistado lhe provê a atenção primária.

Foi possível verificar, em relação à integralidade dos serviços disponíveis, que as variáveis acolhimento nutricional, imunização, orientação caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões, inclusão em programas de suplementação alimentar (E1, E2, E19, E22) apresentaram maiores percentuais de respostas positivas “com certeza/provavelmente, sim”, dentro do grupo de profissionais do DSEI em relação ao grupo da SEMSA.

Embora os resultados tenham sido positivos a esse conjunto de variáveis no DSEI, Rocha (2007) explica que as ações de saúde realizadas pelas equipes no âmbito do DSEI apresentam fragilidade no que se refere à integralidade, por não levar em consideração as recomendações da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, quando a mesma sugere que as ações de saúde desenvolvidas no modelo de atenção à saúde indígena sejam socioculturalmente adaptadas, levando em consideração particularidades culturais, epidemiológicas e logísticas para o atendimento das comunidades indígenas (BRASIL, 2000).

Para ilustrar essa fragilidade da integralidade do cuidado no DSEI, recorremos ao estudo realizado por Garnelo (2011). A autora realizou uma análise das interações estabelecidas entre os Baniwa, grupo indígena do Alto Rio Negro, e equipes multidisciplinares de saúde que desenvolvem as ações de vacinação no DSEI do Alto Rio Negro. Ela demonstra a presença de importantes desencontros entre as premissas que regem as rotinas e atividades dos profissionais de saúde, baseadas no conhecimento biomédico, e as interpretações nativas sobre o sentido das atividades preventivas de vacinação. Ainda, de acordo com a autora, o regime de campanha adotado para empreender a vacinação - marcada pelo ritmo acelerado das viagens e curta permanência das equipes de saúde nas aldeias, devido à dificuldade de manter a cadeia de frio e conservar os imunobiológicos na ausência de energia elétrica em algumas aldeias é interpretado pela população indígena como uma descortesia, pois a rápida passagem dos profissionais pelas aldeias é incongruente com as regras indígenas de hospitalidade, o que gera conflitos e tensões entre nativos e profissionais de saúde e compromete a adesão às ações de vacinação (GARNELO, 2011).

Nessa perspectiva, Teixeira (2001) esclarece que os profissionais da equipe de saúde, aqui incluindo o médico e o enfermeiro, realizam uma assistência voltada, a princípio, para os aspectos epidemiológicos, ou seja, de redução de morbimortalidade nos ciclos de vida recomendada pelo Ministério da Saúde, mas que ainda não consegue, em seu todo, visualizar seus usuários como sujeitos sociais, pois não foi preparada acadêmica e nem socialmente para tal. Podemos inferir que, no momento, em sua maioria, tal modelo de assistência voltado para a população indígena e não indígena do Alto Rio Negro tende a reproduzir a prática médica que trata de patologias e não de cidadãos.

Já dentro do grupo de profissionais da SEMSA, maiores percentuais de respostas positivas “com certeza/provavelmente, sim”, em relação ao grupo do DSEI, foram observados nas variáveis: verificação da participação da família em programas sociais, avaliação saúde bucal, tratamento dentário, planejamento familiar, aconselhamento e teste anti-HIV, exame do câncer do colo uterino, aconselhamento para parar de fumar, aconselhamento de mudanças na velhice (E3, E4, E5, E6, E10, E15, E16 e E20).

Tal explicação para esse conjunto de variáveis positivas da SEMSA em relação ao DSEI pode estar relacionada a falhas no desenvolvimento dessas ações no âmbito do DSEI Alto Rio Negro, como por exemplo, as do serviço de odontologia que, no período de 2013 a 2014, não atingiu as metas pactuadas no Plano Distrital. O relatório de gestão do DSEI (2014) apresenta um conjunto de justificativas para o não cumprimento das metas, tais como:

“os grandes entraves burocráticos para aquisição de materiais e equipamentos [...], constantes afastamentos dos cirurgiões-dentistas por problemas de saúde [...], as condições climáticas e geográficas da região [...] fatores culturais [...].

Ainda, de acordo com o relatório de gestão do DSEI (2014, p.84), existem outros fatores que têm dificultado a disponibilidade dos serviços de saúde à população indígena no território distrital, tais como:

“falta de serviço de manutenção de motores, equipamentos, falta de contratos para aquisição de medicamentos, greve de barqueiros por [...] atraso nos pagamentos dos funcionários, falta de equipamentos e insumos, falta de estrutura física para as equipes nos polos-base [...]”

Linard et.al. (2011) ressaltam a importância da implementação das ações no âmbito do serviço de saúde para satisfazer as demandas e necessidades da população nos diferentes níveis de atenção à saúde, promovendo medidas e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos necessários para cada caso, em todos os níveis de complexidade. Nessa perspectiva, Arce e Sousa (2013) esclarecem que a integralidade do cuidado pode ser adquirida a partir do reconhecimento da multidimensionalidade envolvida nos processos de cuidado no âmbito da Saúde da Família, devendo ser concretizada no cotidiano do trabalho dos profissionais da saúde com os usuários, tal como deve acontecer junto à população indígena do Alto Rio Negro.

Dentro do conjunto das variáveis que compõem a dimensão - Serviços disponíveis, destacamos aqui as que apresentaram diferença significativa, dentro do grupo de profissionais entrevistados do DSEI e SEMSA. As variáveis corresponderam à realização de sutura (E9), identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (E12), colocação de tala (ex: para tornozelo torcido) (E13), remoção de verrugas (E14), orientação sobre cuidado no domicílio para alguém da família (E21). Verifica-se, a partir desses dados, que serviços básicos não são disponibilizados por ambos serviços de saúde para a população rionegrina, indicando, assim, que a integralidade da atenção à saúde, em determinados momentos, não promove resolubilidade em sua totalidade, especialmente no que tange às especificidades da ESF quanto à prestação de serviços de menor complexidade. Assis et al. (2010) e Marques, Lima (2007) ressaltam a importância de entender a integralidade das ações como um direito que o usuário possui de ser atendido em todas as suas necessidades, desde a realização de consulta, acesso a exames, consumo de medicamentos, até a realização de procedimentos.

Nas variáveis descritas acima, verificou-se o antagonismo nas repostas dos dois grupos em relação à remoção de verrugas. Nessa variável, os percentuais foram positivos para os profissionais da SEMSA e negativo para o DSEI. Já para a variável realização de sutura (E9),

as respostas foram positivas para os profissionais do DSEI e negativas para a maioria dos profissionais da SEMSA.

Os achados descritos podem estar relacionados com a organização do processo de trabalho das equipes de saúde no DSEI. Rocha (2007), em estudo etnográfico sobre as práticas sanitárias naquela realidade, observou que a organização do trabalho ali instituída leva os enfermeiros e os técnicos de enfermagem a privilegiar o aspecto burocrático-administrativo das rotinas e o atendimento à demanda espontânea dos usuários doentes. Nesse último caso, também foi observada a tendência a desenvolver tarefas para as quais não estão habilitados, tais como a atenção curativa a doenças diversas, oriunda de demanda espontânea, incluindo aí sutura. Tal situação, ligada à carência de profissionais médicos, é naturalizada no cotidiano das equipes e justificada por se tratar de área indígena, deixando subentendido que ali o exercício profissional pode comportar ações interditas em outros contextos institucionais. O que é uma distorção passa a ser visto como corriqueiro e natural para a área indígena.

Os achados de campo são coerentes com a posição de Nascimento e Nascimento (2005), para quem a ação programática constitui uma ferramenta útil e coerente com o modelo de vigilância à saúde, mas tem limites quando colocada em prática porque, como utiliza apenas a epidemiologia para lidar com os determinantes do processo saúde-doença, deixando de lado a subjetividade e a individualidade dos usuários e sua contribuição para a definição de problemas de saúde, dificulta o acesso do cidadão aos serviços de saúde, comprometendo a integralidade do cuidado.

Contudo, ressaltamos que efetivar a integralidade em todo o sistema de saúde extrapola o desejo individual. A organização tecnológica, que tem como eixo norteador a integralidade da atenção, é uma decisão política que deve ser institucionalizada e incorporada pelos profissionais de saúde.

Portanto, os dados revelam que no âmbito das práticas sanitárias do Alto Rio Negro faz-se necessário fortalecer as ações de saúde disponíveis à população indígena e não indígena com intuito de efetivar a integralidade do cuidado, tendo em vista que autores como Almeida et al (2001) consideram a integralidade para além da atuação da organização contínua do processo de atendimento nos níveis de complexidade da atenção. Entende-se que o processo de trabalho, no âmbito da saúde pública, deve refletir a compreensão de uma prática sanitária integralizadora, pois as ações neste setor requerem o envolvimento das diversas áreas do conhecimento e de serviços para dar conta do conceito ampliado de saúde.



### 6.2.5.2 Dimensão - Serviços Prestados

Analisa-se, agora, se as variáveis da dimensão - serviços prestados - do atributo integralidade, apresentadas no instrumento do *PCATool*, são abordadas pelos profissionais do Alto Rio Negro durante suas consultas.

Durante as entrevistas, notou-se que a maioria dos profissionais da SEMSA afirmou positivamente ter abordado essas variáveis, como no caso dos conselhos sobre alimentação saudável (F1), aconselhamento sobre uso de cinto de segurança (F3), maneira de lidar com conflitos familiares (F4), conselho a respeito de exercícios físicos (F5), discutir os medicamentos que os pacientes estão tomando (F7), recomendações de como prever quedas (F11) e cuidados com problemas comuns relativo à menstruação ou a menopausa (F13); enquanto que os profissionais do DSEI apresentaram menor frequência afirmativa para essas mesmas variáveis. Logo, pode-se dizer que a prática de atenção básica a saúde na SEMSA e no DSEI do Alto Rio Negro ainda precisa ser unificada na produção em saúde.

Essa alta frequência positiva na SEMSA pode ser ocasionada, segundo os profissionais de saúde, pelo fato de algumas dessas atividades não se aplicar à realidade do DSEI, como por exemplo, o aconselhamento do uso de cinto de segurança, uma vez que o transporte na área indígena é por via fluvial. Outra explicação pode estar relacionada à falta do diálogo entre os profissionais de saúde com os próprios usuários, portanto, de acordo com um estudo de Assis et al. (2010), o trabalho em equipe no PSF deve ser cada vez mais presente junto aos seus usuários, já que dessa forma aumenta a oferta de serviço, amplia as possibilidades do cuidado (ações e saberes) e compete para maior integralidade no processo de trabalho.

Já o DSEI apresentou maior frequência positiva nas respostas dos profissionais quando comparado à SEMSA nas variáveis que abordam seus pacientes em relação à segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança (F2), possíveis exposições a substâncias perigosas (ex. veneno) no lar ou no trabalho e na vizinhança (F8), mudanças de crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária (F15). No geral, a maioria dos profissionais assinalou respostas entre “com certeza/provavelmente, sim”. Porém, entre os profissionais da SEMSA esses percentuais foram sempre menores. Tais diferenças, encontradas nas variáveis, podem estar relacionadas às especificidades da população atendida pelos profissionais em área indígena e no perímetro urbano e periurbano, bem como pela oferta de serviços disponibilizados nas residências é menor.

Os resultados obtidos nesse conjunto de variáveis positivas descritas acima nos serviços de saúde mostram que a Integralidade pode ser exercida por qualquer profissional de

saúde, desde que apresente preocupações e realize ações que irão além de um problema específico que é apresentado (PIRES et.al., 2007). Tal premissa só é possível a partir da compreensão do princípio de integralidade, pela qual todos os profissionais que trabalham com seres humanos necessitam aprimorar seu entendimento holístico-ecológico, seja na produção do conhecimento ou na prestação de serviços, resgatando a importância da participação nos contextos onde se constrói a vida de cada cidadão (MACHADO et.al., 2007).

Quando indagados se perguntam ao paciente se tem uma arma de fogo e orientam como guardá-la com segurança (F9), relativamente a maioria dos profissionais da SEMSA e do DSEI assinalou respostas “com certeza/provavelmente, não”. Com esse resultado, podemos inferir o pouco conhecimento dos profissionais de saúde a respeito dos modos de vida da população adscrita (autocuidado e a organização social das famílias rionegrinas) e uma tendência de baixa atenção às práticas de educação e promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos, tendo em vista que a atenção à saúde no Alto Rio Negro é marcada pelo modelo assistencial-curativo, com atendimento fragmentado das ações de saúde (Rocha, 2007).

Comparativamente, entre o DSEI e a SEMSA, as variáveis correspondentes, teste de sangue para verificar os níveis de colesterol (F6), prevenção de osteoporose em mulheres (F12) e maneira de lidar com os problemas de comportamento das crianças (F14), apresentaram significância entre as variáveis.

Considerando essa diferença encontrada entre os dois serviços de saúde, atenção especial deve ser dada à população indígena e não indígena que vive em áreas rurais e urbanas dos pequenos municípios e distantes dos centros urbanos e, conseqüentemente, dos serviços públicos de saúde, restando a elas a construção de estratégias para chegar aos serviços e receber um atendimento de qualidade que respeite sua cultura e atenda às suas necessidades.

Outra possível justificativa para os achados descritos acima pode ser obtida nos dados do estudo de Lionard, Castro e Cruz (2011), que já destacavam que dentre os princípios e diretrizes do SUS, o da integralidade pode ser o menos aplicável na trajetória do Sistema e de suas práticas. Contudo, a análise da integralidade da atenção deve aparecer como sendo necessária para o processo de consolidação do sistema de saúde no Brasil, o que desafia gestores, profissionais de saúde, professores e sociedade civil a questionar sobre integralidade na perspectiva de um princípio que acolha a transversalidade com os demais princípios do SUS e com reflexos concretos na qualidade da assistência.

Fica claro que, embora o DSEI e SEMSA tenham apresentados valores positivos para os serviços disponíveis mencionados, há necessidade da intersetorialidade, atribuindo à

integralidade um caráter transversal, como Brito et al.(2013) propõem, já que tais orientações acabam não acontecendo no contato inicial do usuário com o sistema ou com a equipe de saúde.

Por fim, os dados encontrados na integralidade/serviços prestados na atenção básica no Alto Rio Negro carecem ser melhor investigados, tendo em vista que a integralidade não deve ser foco privilegiado da atenção primária, pois ela não se materializa apenas em um serviço, mas sim, deve ser o objetivo de toda a rede. Nesse sentido, Starfield (2002) afirma que a integralidade sugere que as unidades de atenção primária devam fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde. Machado et. al.,2007, destacam as ações de educação em saúde como estratégia articulada entre a concepção da realidade do contexto de saúde e a busca de possibilidades de atitudes geradoras de mudanças a partir de cada profissional de saúde, do trabalho em equipe e dos diversos serviços que procuram uma transformação no quadro da saúde da população.

## **6.3 AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DERIVADOS DA APS**

### **6.3.1 Orientação Familiar**

Apresentaremos, a partir daqui, os dados referentes ao cruzamento desmembrado das variáveis que compõem o atributo Orientação Familiar nos serviços de APS no Alto Rio Negro.

Para Starfield (2002), a orientação familiar implica em considerar a família como o sujeito da atenção. A centralidade do cuidado está voltada ao conhecimento da equipe interdisciplinar e dos membros da família sobre seus problemas de saúde e sua potencialidade em solucioná-los por meio de instrumentos de abordagem familiar.

Analisando a pergunta a qual se refere aos profissionais sobre as ideias e opiniões dos pacientes ao planejar o tratamento (G1), verificou-se que as respostas foram afirmativas quando comparado os serviços, com destaque para a SEMSA. Tal afirmativa pressupõe que no contexto da mudança de modelo assistencial, a expectativa é que, nessa relação, esteja inclusa a percepção do paciente em seus aspectos biopsicossociais, além de uma conduta profissional que promova a autonomia do sujeito (CAPRARA, 2004).

Portanto, em uma boa reação profissional-paciente também se espera que haja coparticipação do paciente na terapêutica, mas essa conduta participativa depende, entre

outros aspectos, da percepção do profissional a respeito dessa relação e de sua disposição para o diálogo. Esses resultados sugerem que os profissionais entrevistados do DSEI e da SEMSA aprimorem essa capacidade de escuta dos usuários indígenas e não indígenas na perspectiva de mudança do modelo assistencial

Quando perguntado aos profissionais se solicitavam informações sobre doenças e problemas presentes nas famílias (G2), em média 95% dos entrevistados afirmaram que sim, corroborando as características inerentes da APS, quando enfatiza ser essencial o conhecimento dos contextos familiares que dizem respeito à origem e ao cuidado das doenças (ARAÚJO et al., 2014). Os dados demonstram que a atenção primária no Alto Rio Negro, nesse atributo, integra cuidados familiares, mostrando a potencialidade das características da APS.

Na opinião de todos os profissionais (100%) vinculados ao DSEI e SEMSA há disposição em atender membros das famílias dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar (G3). Isso afirma a importância do médico e do enfermeiro que atuam na ABS no Alto Rio Negro se envolver com a família, para que haja formação de vínculo. Isso fará com que adquiram uma visão ampla dos problemas, necessidades e prioridades da família, facilitando o desenvolvimento de um adequado plano de cuidado centrado na família rionegrina.

Embora os profissionais de ambos os serviços avaliassem positivamente esse atributo, o estudo realizado por Silva, Giovanella e Mainbourg (2014), buscando examinar como o contexto familiar é considerado nas práticas de saúde dos profissionais às famílias na cidade de Manaus, vai ao encontro dos dados do nosso estudo, tendo em vista que segundo as autoras as práticas centralizadas de assistir a família, ainda são algo distante no cotidiano das equipes naquele contexto.

### **6.3.2 Orientação Comunitária**

Segundo Starfield (2002) a qualificação das ações dos serviços de APS deve-se levar em consideração algumas características importantes entre elas a orientação comunitária. Ainda segundo a mesma autora, a noção de orientação comunitária deve ser aqui entendida como o conhecimento das características de saúde da comunidade por meio de dados epidemiológicos, dos recursos e espaços destinados à cultura, lazer e outras atividades inerentes à forma de vida da população, pois esses fornecem elementos importantes para

conhecer e intervir nas necessidades de saúde, extrapolando assim, o modelo baseado apenas nas interações com os pacientes ou com suas famílias.

Quanto ao resultado da orientação comunitária, os profissionais foram indagados se alguém do serviço fazia visita domiciliar (H1), e os dados mostram resultados positivos em ambos os serviços de saúde, tendo em vista que essa é uma das atribuições comuns a todos os membros das equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família, recomendado na Portaria Nº 2488/2011 do Ministério da Saúde.

No campo da saúde indígena, a visita domiciliar também tem sido recomendada pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas como uma das principais atividades a serem desenvolvidas pelo agente indígena de saúde. Rocha (2007), que abordou o âmbito do DSEI Rio Negro, aponta para a necessidade de discutir a qualidade dessa visita, tendo em vista que no período do seu estudo, a finalidade da visita para os profissionais de saúde daquele distrito seria a procura de pessoas doentes.

Ainda, de acordo com esse autor, essa concepção restrita e mecânica da visita domiciliar impossibilita o profissional que atua no DSEI de cumprir as premissas orientadoras da inserção dela no conjunto de cuidados primários de saúde que orientam o PSF. Limitada à busca de doentes, ela não viabiliza ações de promoção e de educação em saúde. Para os profissionais não indígenas ouvidos por Rocha (2007), ela poderia operar como forma de reconhecimento do contexto da vida da população indígena da área de abrangência do Polo-Base, favorecendo a identificação das relações familiares dos grupos indígenas e o reconhecimento das linhas de poder político nas comunidades com quem interagem, mas tal potencialidade permanece não aproveitada no modelo de ação adotado pelas equipes. Além disso, a visita domiciliar também poderia contribuir para instituir práticas de atenção diferenciada, na medida em que favorecesse uma interação mais efetiva entre a população indígena e os profissionais de saúde, o que igualmente não ocorre (ROCHA, 2007).

No âmbito da ESF, Sakata et al (2007) realizaram um estudo sobre a concepção da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. Os dados revelaram que os profissionais consideram as visitas atividades potenciais para se utilizar tecnologias leves e proporcionar novos modos de se cuidar na saúde, mais humanos e acolhedores, envolvendo efetividade e laços de confiança entre os profissionais, os usuários, a família e a comunidade.

Por fim, a visita domiciliar ganha um papel fundamental na efetivação da orientação comunitária no âmbito da ESF, sendo vista como uma ação que facilita a vigilância à saúde e o acompanhamento das famílias da comunidade em um determinado território.

Outra variável igualmente importante no atributo orientação comunitária refere-se ao conhecimento dos serviços de saúde sobre os reais problemas de saúde de uma comunidade (H2). Segundo os sujeitos envolvidos no estudo, tanto no DSEI como na SEMSA, reconhecem os problemas das comunidades das quais possuem responsabilidade sanitária. Esse reconhecimento do profissional/ serviço de saúde é de suma importância, pois incorpora as bases conceituais presentes na Vigilância à Saúde, que incluem o planejamento e a programação da oferta de serviços a partir do enfoque epidemiológico, cultural e social, possibilitando assim, as intervenções sobre os mesmos com estratégias de promoção para a saúde (COSTA, CARBONE, 2004).

Ao serem questionados se os serviços de saúde escutam a opinião da comunidade para melhoria dos serviços de saúde (H3), os profissionais do DSEI e da SEMSA afirmaram que escutam a comunidade. Esse aspecto da escuta das comunidades vai ao encontro da proposta da ESF que prevê a participação de toda a comunidade, em parceria com a Equipe de Saúde da Família, na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades, no acompanhamento da avaliação de todo o trabalho. (BRASIL, 2006).

Embora os profissionais do DSEI respondessem de forma positiva à pergunta descrita acima, Athias e Machado (2001), analisando o processo de distritalização sanitária, chamam a atenção para a necessidade de aprimorar o sistema de informação em saúde no âmbito da saúde indígena, para que o mesmo fosse capaz de subsidiar abordagem de planejamento coerente com as necessidades em saúde destes povos, algo que, segundo esses autores, não ocorre a contento.

Quanto ao resultado sobre a realização de pesquisa sobre a satisfação do usuário (H4) verificou-se que as respostas foram negativas para ambos os serviços. Esse resultado nos mostra que os princípios básicos da ESF não estão sendo totalmente seguidos. Para Brandão et al. (2013), a satisfação dos usuários nos serviços públicos de saúde podem ser um indicador relevante na concepção de uma nova forma de cuidado. Ainda, de acordo com esses autores, esse indicador também serve para avaliar as atividades desses serviços, além de fortalecer o controle social e a inclusão dos usuários nos processos de planejamento.

Já para Moimaz (2010), a participação do usuário na avaliação tem sido valorizada por constituir-se um indicador sensível da qualidade do serviço prestado e por estar associada à maior adequação no uso do serviço.

A realização de pesquisas na comunidade para identificação de problemas (H5) também apresentou respostas negativas na percepção dos profissionais. Salienta-se a importância de ouvir a população, pois normalmente os profissionais de saúde agem como

conhecedores do que a população precisa e de que forma devem agir, realizando intervenções como se apenas o saber técnico e objetivo fossem suficientes para a efetividade do cuidado. Os problemas ou as necessidades de saúde da população também devem ser considerados a partir dos determinantes sociais de saúde (FLEURY-TEIXEIRA, 2009).

No que diz respeito à presença dos usuários nos Conselhos de Saúde (H6), verificou-se maior frequência positiva nas respostas dos profissionais do DSEI. Isso sinaliza uma pequena participação da população nas decisões e, também, que esta não está presente em mecanismos de participação social. Isso fica evidente nas respostas negativas dos profissionais da SEMSA. Pode-se supor que os serviços não divulgam aos usuários esta possibilidade de participação e, conseqüentemente, não estejam utilizando esta estratégia de vinculação entre serviço e comunidade. Portanto, torna-se preocupante, pois a implantação de estratégias para o controle social são as referências para os trabalhos das equipes do PSF na efetivação do SUS.

No campo da saúde indígena, as instâncias de controle social inseridas no subsistema são os conselhos locais indígenas, os conselhos distritais de saúde indígena (CONDISI) e o fórum de seus presidentes (FPCONDISI), além das conferências nacionais de saúde indígena (CNSI). Existe também a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), cuja finalidade é de assessorar o plenário do Conselho Nacional de Saúde, o mais alto colegiado deliberativo do SUS.

Apesar dos resultados positivos apresentados pelos profissionais do DSEI em relação à participação dos usuários nos Conselhos, Garnelo, Sampaio (2003) ponderam sobre a efetividade dessa participação, já que para os autores, as sociedades indígenas não partilham a ideia de democracia representativa do tipo grega; entre os indígenas, a noção de representatividade não contempla a delegação de autoridade e a possibilidade de decidir pelos representados.

No âmbito da Estratégia Saúde da Família, uma das atribuições comuns a todos os membros da equipe é incentivar a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde. Essa é uma das formas de manifestação do controle social exercida pelo usuário. Essa participação favorece na definição e planejamento de ações para definir que tipo de assistência será prestada, relacionada com o processo saúde-doença daquela localidade, buscando estratégias que possam reverter os riscos de adoecer e fortalecer a qualidade de vida (FRACILLI; BERTOLOZZI, 2001).

A análise realizada por Martins et al. (2013) confirma algumas conclusões tiradas a partir da coleta de dados dessa pesquisa e reforça a tese de que a participação social e a atuação dos CLS ainda se encontram em estado incipiente nas unidades de saúde da família.

Portanto, para realizar a orientação comunitária na ESF, recorreremos às contribuições de Nogueira et al. (2011). Para esses autores, os profissionais de saúde precisam estar articulados em diversos pontos de apoio como: a medicina clínica, a epidemiologia e as ciências sociais, além da realização de pesquisas e participação dos usuários nos serviços em busca da caracterização da comunidade, conhecimento dos problemas de saúde da população, adaptação dos programas a partir das necessidades dos indivíduos e avaliação das mudanças cabíveis.

#### **6.4 CLASSIFICAÇÃO DOS ATRIBUTOS COM “FORTE E BAIXA ORIENTAÇÃO PARA APS” NO ALTO RIO NEGRO**

A partir daqui, empreenderemos a análise do desempenho dos dois grupos (DSEI e SEMSA) em relação à classificação do Escore Médio da APS por atributos Essenciais, Derivados e escore geral, que possui forte e baixa orientação para APS nos serviços de saúde ofertados à população indígena e não indígena na região do Alto Rio Negro.

O grau de orientação para a APS, aferido pela aplicação do *PCATool*, foi obtido a partir da categorização dos escores em “Forte orientação para APS”, considerando: Valores  $\geq 6,6$  e “Baixa orientação para APS”, Valores  $< 6,6$ , para cada uma das dimensões analisadas, em cada questionário respondido (BRASIL, 2010a).

Analisando os dados por atributos, observou-se que, na avaliação dos profissionais de saúde envolvidos no estudo, o “**acesso de primeiro contato - acessibilidade**” - foi o que apresentou o menor escore mediano para SEMSA, dentre todos os atributos quando comparados os serviços de saúde. Já o DSEI obteve a mediana acima do ponto de corte estabelecido no *PCATool*, indicando forte grau de orientação para esse atributo.

A baixa orientação para APS nesse atributo, conforme já comentado, está relacionada ao horário de funcionamento das unidades; no que diz respeito à comunicação com a unidade e seus profissionais, isso tem relação com a organização e estrutura dos serviços de saúde dos municípios do Alto Rio Negro, onde as unidades da ESF funcionam em horário comercial nos dias úteis da semana e muitas unidades de saúde não possuem telefone e nem outra forma de comunicação entre serviço e comunidade.

Isso reflete a indisponibilidade dos profissionais para o atendimento ao usuário pelo menos alguns dias da semana até as 20 horas e finais de semana, principalmente no que diz respeito ao aconselhamento rápido pelo telefone e à procura dos usuários para atendimento



em eventos agudos quando as unidades estão fechadas a noite. Esse resultado é similar a alguns estudos que utilizaram o *PCATool* para avaliação da APS em várias regiões do país, na perspectiva dos profissionais de saúde, descritos abaixo.

Entre os estudos nacionais (Castro et al, 2012; Chomatas, et al., 2013; Kolling, 2008; Silva et al., 2014; Van Stralen et al., 2008; Vitoria et al. 2013) em que os resultados evidenciaram baixo escore para o atributo acesso, na perspectiva dos profissionais de saúde. Podemos dizer que, em seu conjunto, essas análises apontam para a relação entre carência estrutural e organizacional dos serviços de saúde existentes nos municípios. Outra carência refere-se às formas de comunicação entre usuário e serviço e entre usuário e profissionais.

A literatura internacional que utilizou o mesmo instrumento mostra que este atributo também apresentou baixo escore em outros países, como no caso do estudo realizado por Rodríguez-Villamizar, Acosta-Ramírez e Ruiz-Rodríguez (2013) para avaliar o desempenho dos serviços públicos de saúde em seis municípios do departamento de Santander, Colômbia, em relação ao desenvolvimento dos atributos da Atenção Primária à Saúde. Os sujeitos envolvidos no estudo eram usuários, profissionais e gestores. Os dados obtidos mostram que os profissionais de saúde avaliaram o acesso aos serviços de saúde como de baixo índice de desempenho. Esse resultado é evidenciado por fatores relacionados à estrutura do sistema e ao modelo de APS desenvolvido naquela realidade.

Já o acesso no DSEI foi avaliado pelos profissionais de saúde como forte grau de orientação para APS. Esse resultado pode estar relacionado à organização dos serviços no interior das aldeias, como descrito no relatório de gestão do DSEI de 2014, que informa a existência dos polos-base que atuam como referência intermediária, recebendo pacientes encaminhados pelos agentes indígenas de saúde e, quando necessário, referenciando-os para os níveis de maior complexidade na sede municipal. Os profissionais de saúde que ali trabalham permanecem 30 dias seguidos em área indígena e após esse período são substituídos por outra equipe, que permanecerá em área pelo mesmo tempo. A permanência desses profissionais em área garante o acesso dos pacientes ao serviço de saúde 24 horas, quando os mesmos julgarem necessário (SESAI/DESEI Alto Rio Negro, 2012).

Apesar dessa avaliação positiva, o Relatório de Monitoramento das Ações de Atenção e Vigilância à Saúde do DSEI Alto Rio Negro de 2014 aponta indicadores que refletem, de maneira geral, as dificuldades no acesso da população aos serviços de saúde no âmbito do território distrital.

O acesso da população indígena às ações de atenção básica está referido no relatório pela média anual de atendimento médico e de enfermagem por Polo-Base, por habitante e por

ano, que apontou o índice entre 0,64 e 0,75 consultas médicas durante o ano de 2013 e 2014. Já as consultas de enfermagem, essa média foi de 1,71 e 1,98 consultas para o mesmo período, não alcançando, assim, o número mínimo de atendimento pactuado no Plano Distrital, que era de 0,8 consultas médicas e 3 consultas de enfermagem.

Os resultados encontrados sobre o escore elevado do acesso ao DSEI divergem de outros da literatura nacional que, de modo geral, apontam para a dificuldade de acesso aos serviços de saúde no contexto brasileiro. Travassos; Viacava (2007) analisaram o acesso aos serviços de saúde e sua utilização por idosos residentes em áreas rurais no Brasil em 2003, a partir dos dados dos suplementos sobre Acesso e Utilização de Serviços de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Os dados evidenciaram que as barreiras de acesso eram maiores na área rural em comparação à urbana. De modo geral, observa-se menor acesso e conseqüente menor utilização de serviços de saúde pelas populações rurais, seja pela menor disponibilidade dos serviços, pelas grandes distâncias a serem percorridas ou pelas dificuldades de transporte (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

Outros estudos, como Vieira (2010) e Kassouf, (2005), também apontam na direção da dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde, principalmente quando se compara área urbana e rural. Para Souza et al. (2008), essa dificuldade está relacionada há vários fatores como: as más condições das estradas de acesso ao meio rural, a presença de barreiras geográficas, a escassez de transporte para a locomoção da equipe de saúde às localidades rurais, a falta de pontos de apoio adequados para o atendimento dos usuários em suas localidades, tal como podem ser encontrados na região do Alto Rio Negro.

Os possíveis fatores que causaram melhor acesso no DSEI, em relação a outras áreas rurais, podem estar relacionados à existência de uma política de saúde específica para essa população, a qual garante a organização do serviço de saúde no interior das terras indígenas, cuja infraestrutura consta de Postos de Saúde e Polos-Base utilizados como ponto de assistência, transporte para locomoção de pacientes e equipes de saúde, presença permanente de profissionais e, com isso, maior disponibilidade da oferta dos serviços de saúde.

Cunha e Giovanella (2011) consideram a **Longitudinalidade** como o acompanhamento ao longo do tempo, no qual está implícita uma relação terapêutica caracterizada por responsabilidade por parte dos profissionais de saúde e por confiança por parte do usuário. Quando da análise individual do atributo longitudinalidade, o presente estudo revela baixo escore no DSEI em relação ao serviço oferecido pela SEMSA, embora ambos apresentem baixa orientação para APS, sugerindo que os profissionais que atuam na

atenção básica no Alto Rio Negro apresentam dificuldades de perceberem a vinculação dos usuários aos serviços, bem como de reconhecer melhor sua população eletiva.

É possível ainda que esse resultado esteja relacionado à alta rotatividade dos profissionais de saúde, pouca comunicação entre profissionais e usuários, pouco conhecimento dos profissionais sobre a família e situação laboral dos usuários encontrada na região do Alto Rio Negro. Esse resultado também foi encontrado em outros estudos que comparam as unidades com ESF e as unidades tradicionais (IBAÑEZ et al, 2006; ELIAS et al, 2006).

Para Starfield (2002), a **Coordenação** é um estado de harmonia fruto de um esforço em comum. Para tanto, tem como essência a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento dessas para o atendimento a necessidades atuais. Na comparação entre DSEI e SEMSA, o atributo **Coordenação/Sistema de Informação** apresentou escores elevados no DSEI e SEMSA, ainda que com melhor desempenho da SEMSA, em contraposição à **Coordenação/ integração do cuidado**, em que o DSEI apresentou melhor escore, evidenciando que, nesse atributo, ambos os serviços apresentam forte orientação para APS e que existem condições favoráveis, no tocante à existência de registro e de disponibilidade das informações, para o desenvolvimento da coordenação implantada na região do Alto Rio Negro.

No que diz respeito ao atributo **Integralidade**, Conill (2004) é enfática em afirmar que a avaliação desse atributo observa um conjunto amplo de ações ofertadas num sistema de saúde e essa só terá efetividade na medida da sua utilização com equidade.

Referente à dimensão **Integralidade/Serviços Disponíveis**, é possível observar que tanto o DSEI quanto a SEMSA apresentam o valor do escore acima do ponto de corte (< 6,6), demonstrando com isso forte orientação da APS nesse atributo. Contudo, das vinte e duas variáveis analisadas nesse atributo, cinco apresentaram significância estatísticas quando comparadas às respostas dos profissionais de saúde por instituição. Nota-se que, em ambas as instituições, a identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos e remoção de unhas encravadas apresentam médias inferiores a 40%. Já o aconselhamento para problemas de saúde mental e remoção de verrugas apresentam uma média de 70%, sendo maior para SEMSA; o contrário ocorre para a variável sutura de um corte, que necessita de pontos, em que o DSEI apresenta maior média. O escore geral do DSEI e da SEMSA não mostrou diferença estatisticamente significativa entre os serviços disponíveis por essas instituições na Região do Alto Rio Negro.

Segundo Castro et al. (2012), a dimensão “integralidade dos **serviços prestados**” avalia o processo – isto é, o desempenho de atividades pelo profissional. A comparação entre os serviços oferecidos pelo DSEI e SEMSA não mostraram grande diferença do resultado anterior: seu alto escore indica forte orientação para APS. Destaca-se que, dentre os serviços prestados, a maioria das variáveis receberam avaliação positiva dos profissionais, o que contribui para o alto escore do atributo.

Contudo, os mesmos dados evidenciam uma realidade preocupante quanto ao manejo dos cuidados à família, mulher e criança pelos profissionais do DSEI, em que a frequência das respostas, quando comparada aos profissionais da SEMSA, foi da ordem de 50%. Esse componente avaliou se os profissionais que atendem a população indígena e não indígena no Alto Rio Negro abordam aspectos importantes, como a maneira de lidar com conflitos de família, testes de sangue para verificar os níveis de colesterol, prevenção de osteoporose em mulheres e maneira de lidar com problemas de comportamento das crianças.

Esse resultado indica a necessidade de uma melhor qualificação dos profissionais em relação aos cuidados no manejo das condições mais comuns e de grande impacto na saúde da população indígena rionegrina.

Em geral, a literatura aponta resultados positivos, na visão dos profissionais, para a integralidade, tanto na forma de “serviços disponíveis” como “serviços prestados”, em estudo de natureza comparativa entre os serviços de saúde na atenção básica (CASTRO et al., 2012; CHOMATAS, 2009; IBAÑEZ et al., 2006; VAN STRALEN et al., 2008; KOLLING, 2008).

A comparação do escore **Essencial**, que é a combinação dos atributos Acessibilidade + longitudinalidade + integração dos cuidados + sistema de informações + serviços disponíveis + serviços prestados, entre o DSEI e SEMSA, evidenciou a predominância dos valores mais elevados emitidos pelo grupo de profissionais do DSEI, com diferença notável em relação ao grupo de profissionais da SEMSA. Esse resultado pode ter sido influenciado pelo baixo valor do escore atribuído ao acesso em relação aos demais atributos. Na avaliação geral desse escore, ambas as instituições obtiveram valores acima do ponto de corte de 6,6, apontando a presença e extensão dos atributos da APS no contexto rionegrino.

A **Orientação Familiar** foi outro atributo avaliado nesse estudo, referindo-se ao reconhecimento do profissional acerca das ideias e opiniões dos pacientes sobre o plano de cuidado/tratamento e sobre as necessidades de saúde da família como um todo. Os dados encontrados sugerem que essas características estão presentes no processo de trabalho dos profissionais de saúde do Alto Rio Negro, uma vez que foi avaliado com alto escore, independentemente a quais instituições os profissionais estavam vinculados.

Castro et al. (2012) encontraram, em estudo dessa natureza em serviços públicos de Porto Alegre, altos valores atribuídos a esse atributo por profissionais de saúde, o que também é evidenciado por outros estudos como (Chomatas et al, 2013; Dias,2013) realizados no âmbito da atenção básica. O alto desempenho encontrado nesses estudos pode ser atribuído aos princípios incorporados na construção da APS no município, como a territorialização, a vigilância à saúde e a responsabilização sanitária, presentes nos modelos de atenção à saúde nos municípios.

Sobre a análise do atributo **orientação comunitária**, que visa obter o conhecimento do profissional acerca das necessidades de saúde da comunidade e a sua abordagem comunitária, os resultados se mostraram mais sensíveis na identificação das diferenças entre os serviços, como indica a diferença estatística significativa encontrada no escore geral. Na visão dos profissionais, esse atributo foi avaliado com baixo escore, em ambas as instituições, não alcançando o ponto de corte mínimo ( $\geq 6,6$ ), o que representa baixa orientação para APS nesse atributo.

Esse resultado pode estar influenciado pela alta frequência negativa atribuída pelos profissionais do DSEI e SEMSA nas variáveis relacionadas à ausência de pesquisa feita para ver a satisfação dos usuários, bem como para identificar os problemas de saúde mais comuns no território de atuação do profissional.

Outro fator que pode ter contribuído para esse resultado foi a diferença significativa apresentada no teste estatístico quando comparadas as respostas dos profissionais por instituição na variável que aborda a participação comunitária e o controle social nas ações e serviços de saúde de ambas as instituições, sendo a maior frequência positiva nas respostas dos profissionais do DSEI do que dos profissionais da SEMSA.

A dificuldade no enfoque familiar apresentada nesse estudo também foi observada em outras pesquisas no âmbito da atenção básica que utilizaram o *PCATool – Brasil versão profissional*, onde os valores encontrados foram caracterizados como de baixo escore para esse atributo (ELIAS et al., 2006; IBAÑEZ et al., 2006, VAN STRALEN et al., 2008). O contrário foi observado no estudo realizado por Chomatas (2009), no qual foi atribuído alto escore ao enfoque familiar, quando o mesmo utilizou a mesma metodologia para avaliar esse atributo, no âmbito da Atenção Primária na rede básica de saúde no município de Curitiba. Tal resultado foi atribuído aos motivos já citados anteriormente.

Em ambas as instituições, o escore derivado, que é a soma dos atributos (orientação comunitária e orientação familiar), obteve altos valores, evidenciando que, na perspectiva dos

profissionais que atuam na atenção básica no Alto Rio Negro, a extensão da APS se faz presente nesses serviços de saúde.

Na avaliação do escore geral, levou-se em consideração o descrito na metodologia, em que o escore geral é medido pela soma do escore médio do atributo essencial e derivado, dividido pelo número total de componentes. Dessa forma, fica evidente que todos os atributos do DSEI se mostram com mediana de 7,1, enquanto na SEMSA o escore geral é 6,7, ou seja, os pressupostos da APS estão presentes nas rotinas de ambas as instituições.

Ao avaliar as instituições isoladamente, nota-se que o DSEI obteve média superior a 6,6 em 6 dos 8 atributos estudados (Acesso de Primeiro Contato/Acessibilidade, Coordenação – Integração do Cuidado e Sistema de Informação, Integralidade – Serviços Disponíveis e Serviços Prestados, Orientação Familiar). Esse resultado indica que os profissionais que atuam no DSEI Alto Rio Negro reconhecem que as ações de saúde naquela realidade apresentam forte orientação para APS.

No que se refere à SEMSA, os atributos que obtiveram média superior a 6,6 foram cinco dos oito atributos (Coordenação – Integração do Cuidado e Sistema de Informação, Integralidade – Serviços Disponíveis e Serviços Prestados, Orientação Familiar). As maiores médias foram encontradas no atributo “Coordenação – Sistema de Informação”, “Integralidade – Serviços Prestados”, “Orientação Familiar”. Esse resultado permite afirmar que, embora haja uma forte orientação para APS no âmbito dos serviços municipais, o acesso e a orientação comunitária ainda se encontram aquém do esperado para serem considerados como Atenção Primária à Saúde.

Dessa forma, as dimensões da atenção básica propostas por Starfield (2002), que se revestem de especial importância para a análise das potencialidades quando avaliadas isoladamente por instituição, conseguem alcançar valores satisfatórios no campo da APS na região do Alto Rio.

## **6.5 COMPARAÇÃO DOS ATRIBUTOS COM “FORTE ORIENTAÇÃO PARA APS” NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO ALTO RIO NEGRO**

Como descrito nos objetivos específicos, esta parte do estudo busca realizar a comparação dos profissionais por instituição, com relação aos atributos que possuem forte orientação para APS. Para isso, comparou-se a proporção do forte grau de orientação obtida nos escore médios dos atributos da APS em relação à instituição a qual pertenciam o

profissional (DSEI e SEMSA) e, posteriormente, utilizou-se o teste de qui-quadrado ou teste de máxima verossimilhança, conforme descrito na metodologia.

A análise da comparação entre as proporções de escores maiores ou iguais ao ponto de corte (6,6), obtidos nos atributos, evidenciou semelhanças nas medianas emitidas pelo grupo de profissionais, com diferença estatística em relação aos atributos Acesso de Primeiro Contato/Acessibilidade e Coordenação/Sistema de Informação.

Esse resultado emitido pelos profissionais de saúde, especificamente em relação ao acesso de primeiro contato/acessibilidade, sugere boa capacidade de entendimento dos profissionais sobre a definição de acesso. Corroborando nosso estudo, Travassos e Martins (2004) afirmam que esse é um conceito complexo, geralmente empregado de forma imprecisa e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto. Esse resultado e suas causas já foram analisados anteriormente nesse estudo, mas as convergências na avaliação fortalecem a necessidade de mudanças no modelo de atenção à saúde desenvolvido no âmbito da APS do Alto Rio Negro.

Outros estudos apontaram a insuficiência dessa dimensão em outros contextos. Nesses casos, apresentou-se concordância entre os grupos de profissionais para uma baixa avaliação nos escores atribuídos ao acesso, já citados anteriormente (ELIAS et al, 2006; IBÁÑEZ et al, 2006; VAN STRALEN et al, 2008).

Estudos de avaliação com outras metodologias encontraram dificuldades relacionadas ao acesso, na perspectiva dos profissionais de saúde.

Barbosa (2013) analisou o acesso da atenção primária à saúde na perspectiva de profissionais de equipes de saúde da família. Os dados revelaram que, no contexto estudado, os profissionais tiveram certa dificuldade de analisar as próprias produções de saúde e demonstraram em seus depoimentos, muitas vezes, um despreparo para lidar com as questões com as quais se deparam no cotidiano do serviço de saúde, principalmente no que tange à capacidade de elaborar e de propor dispositivos e caminhos que sejam mais efetivos para lidar com as demandas que chegam via porta de entrada da APS.

Santos (2012) analisou o acesso aos serviços de saúde na perspectiva dos usuários e profissionais de saúde no município de Manhuaçu – MG, utilizando metodologia com abordagem qualitativa. Os dados revelaram que os profissionais possuem conhecimento das demandas dos usuários, mas parecem ter dificuldades tecnológicas para saná-las, até porque tais demandas exigem a articulação com outros setores da sociedade. Os dados evidenciaram, ainda, que o acesso aos serviços de saúde naquela realidade dá-se principalmente pelas seguintes dimensões: contexto econômico, social e geográfico, demandas social, cultural e

biológica, dentre outras, acolhimento e vínculo com o serviço, serviços ofertados e crenças, tal como ocorre na oferta de serviços da atenção primária à saúde no contexto rionegrino.

Para Starfield (2002), diante das dificuldades para se acessar a primeira atenção, esta será postergada, talvez a ponto de afetar adversamente o diagnóstico e o manejo do problema de saúde.

Esses resultados tornam evidente que, na região do Alto Rio Negro, é necessário que se desenvolvam processos de trabalho visando a facilitação do acesso, no sentido de instituir os princípios doutrinários da atenção primária em suas práticas, a partir do desenvolvimento efetivo do funcionamento dos serviços de saúde, especialmente na SEMSA.

Já na Coordenação/Sistema de Informação, notou-se que as respostas positivas ocorreram com maior frequência entre os profissionais da SEMSA. Esse resultado, obtido nas respostas dos profissionais, pode ter sido influenciado pela variável relacionada à presença dos prontuários durante o atendimento dos profissionais de saúde. Como dito anteriormente, no DSEI os profissionais apresentam dificuldades nos registros, transporte dos prontuários e, conseqüentemente, na disponibilidade desses prontuários durante o atendimento dos pacientes, tendo em vista as características peculiares do processo de trabalho realizado pelas equipes de saúde no território do DSEI.

Esse resultado permite afirmar que, embora haja um maior reconhecimento por parte dos profissionais da SEMSA quanto à Coordenação - Sistema de Informação, esses ainda se encontram aquém do esperado para serem considerados como Atenção Primária à Saúde.

Starfield (2002) é enfática em afirmar a importância das informações sobre o paciente e que essas se revertem em elemento estrutural para a coordenação do cuidado. Ainda de acordo com a autora, a continuidade da atenção deve ser alcançada pela manutenção dos profissionais ou por canais de comunicação efetivos da disponibilização das informações como, por exemplo, um prontuário preciso e completo a respeito do paciente, seja na forma tradicional, computadorizada ou por registros feitos pelos próprios pacientes.

Para Almeida, Macinko e Oliveira (2003), o aprimoramento desse atributo é considerado um dos grandes desafios da implantação da APS, pois na maioria dos estudos, esse tem sido apontado com escore baixo. Entretanto, sabe-se que a coordenação das informações facilita o reconhecimento do histórico de saúde do paciente, o que favorece a continuidade e a implantação de tratamentos e prevenção de agravos.



## 6.6 VARIÁVEIS INDEPENDENTES QUE INTERFEREM NA “FORTE ORIENTAÇÃO DA APS NO DSEI E NA SEMSA

Finalmente, buscou-se avaliar o efeito conjunto das variáveis independentes que interferem na orientação da APS em ambos os serviços de saúde. Foi elaborado um modelo de regressão logística que permitiu estimar a chance de um profissional que trabalha, vinculado à SEMSA e/ou ao DSEI do Alto Rio Negro, ter forte orientação à APS, em função das variáveis que se mostraram significativas no nível de  $p=0,05$  e que foram incluídas no modelo ajustado.

Dentro do conjunto das variáveis selecionadas, a análise apresentou significância estatística para três delas: “Instituição do Profissional”: ser do DSEI; “Nacionalidade”: ser Brasileiro e “Agente Contratante”: atuar por meio da Administração Direta.

Esse resultado apresentou destaque para os profissionais do DSEI, reforçando a informação em relação à avaliação positiva que aparece em todo o estudo. O escore médio dos atributos com forte orientação para APS, classificado pelos profissionais do DSEI, foi na sua grande maioria, superior ao dos profissionais da SEMSA.

Infere-se que tal resultado se deve à forma como as ações e serviços da APS encontram-se organizados no âmbito do território do DSEI. Nesse modelo, o regime de trabalho dos profissionais está organizado de forma a permanecerem permanentemente em área indígena. Outro fator que pode ajudar a explicar esse resultado é o contingente de profissionais vinculado ao DSEI, que é superior ao quadro de profissionais vinculados às secretarias municipais de saúde da região. Vale ressaltar, também, que nessa região ainda não foram realizados estudos sobre o perfil dos profissionais que atuam na APS.

Revendo a literatura, não foi possível identificar estudos relacionados à atenção básica, em especial pela Estratégia Saúde da Família, que apresentem em suas variáveis a nacionalidade dos sujeitos envolvidos. Neste estudo, contudo, quando aplicado o modelo de regressão logística, o componente ser brasileiro foi uma variável importante para que os profissionais entrevistados pudessem atribuir um valor de alto escore indicando que os serviços no Alto Rio Negro possuem forte orientação para APS.

Deve-se considerar que a maioria dos profissionais envolvidos no estudo é de enfermeiros(as), e uma minoria de médicos(as). Desse contingente, 74,1% se autodeclararam brasileiros. Considera-se, ainda, que os profissionais de nacionalidade estrangeira eram minoria e que estavam vinculados ao Programa Mais Médicos do Governo Federal, com tempo de atuação inferior a 1,5 anos na região.

Em relação ao Agente Contratante por meio da Administração Direta, deve-se considerar que nesse estudo isso ocorreu, em sua maioria, por contratos temporários pelos municípios, o que não é suficiente para garantir a estabilidade do vínculo. Segundo Machado e Vieira (2000), os contratos temporários têm se configurado como alternativa muito frequente na administração direta, por exemplo, para a contratação de profissionais de nível superior. No entanto, esta realidade representa uma minoria dos profissionais envolvidos no estudo, que possuem o contrato temporário (pela administração pública ou por contrato de serviço), sugerindo maior flexibilidade de vínculos trabalhistas em municípios da região do Alto Rio Negro.

Pierantoni (2001) afirma que o vínculo estável proporciona maiores garantias ao trabalhador e, possivelmente, maior autonomia na realização das atividades. A flexibilização das relações laborais favorece a proliferação de formas e vínculos não estáveis com o Estado e formas diferenciadas de remuneração. Por outro lado, essa modalidade atende a uma demanda por quadros qualificados, com uma capacidade de adaptação crescente às mudanças tecnológicas dos processos.

# **7. Considerações Finais**

---

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo caracteriza-se por ser a primeira iniciativa de uma avaliação comparativa da Atenção Primária nos serviços de saúde ofertados à população indígena e não indígena pelo Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) e Secretarias Municipais de Saúde (SEMSA) em uma mesma região de saúde, na perspectiva dos profissionais de saúde. A partir daí, levantamos algumas considerações, dos resultados encontrados em nossa análise.

Em relação aos escores dos oito Atributos Essenciais e Derivados que compõem a APS, tanto o DSEI quanto a SEMSA obtiveram a média geral considerada como alta ( $\geq 6,6$ ) em seis deles. Já nos atributos de longitudinalidade (6,4) e orientação comunitária (6,1) o DSEI apresentou valores abaixo do ponto de corte que é de ( $< 6,6$ ), limite estabelecido para baixa orientação da APS. Na SEMSA, houve baixo escore para os atributos acessibilidade (2,6) e orientação comunitária (6,1).

Constata-se, portanto, que o atributo Orientação Comunitária apresentou baixo escore em ambos os serviços de saúde. Nesse sentido, faz-se necessário estimular a população a participar no controle e execução das ações de saúde ali ofertadas, uma vez que a mesma pode atuar no planejamento, avaliação e monitoramento dessas ações que efetivamente atendam às reais necessidades da população rionegrina.

Embora em algumas medianas dos atributos da APS não tenha sido observado um valor adequado em ambos os serviços, ressalta-se que o escore total essencial, escore total derivado e escore geral apresentaram-se com forte orientação para APS no DSEI e na SEMSA, ou seja, como fonte regular de cuidado para as populações indígena e não indígena que vivem no território estudado.

Contudo, ainda existem falhas na prestação de serviço relacionado ao funcionamento das unidades e à comunicação entre usuário, profissionais e serviço de saúde; carência na estrutura dos serviços; rotatividade dos profissionais, atenção centrada na doença; descontinuidade de contrar- referência; ausência de prontuários durante os atendimentos; indisponibilidade de algum tipo de avaliação (auditiva, visual, etc), os quais sem uma intervenção adequada podem comprometer o alto escore geral encontrado nesta pesquisa.

Um aspecto a se destacar neste estudo se deve ao fato de que os atributos da APS, em ambos os serviços (DSEI e SEMSA), foram avaliados na perspectiva dos profissionais de saúde. A literatura consultada para este estudo ressalta que os profissionais tendem a avaliar

os serviços de saúde de maneira mais favorável do que quando são avaliados pelos usuários; assim sendo, é possível que uma abordagem ampliada do processo avaliativo dos atributos da APS registre escores mais baixos com a inserção de outros atores sociais. Nesse sentido, estudos que avaliem a APS na perspectiva dos usuários serão muito bem-vindos, inclusive para poder correlacionar situações concordantes e conflitantes entre os diferentes atores sociais.

Nosso trabalho demonstra que, faz-se necessária a realização de estudos mais amplos, com diferentes abordagens metodológicas, a fim de indicar outras variáveis capazes de avaliar os serviços da APS em diferentes contextos amazônicos. De outro modo, é importante assinalar que o instrumento ora utilizado - *PCATool*, na versão profissionais - apresenta-se como uma ferramenta útil e de fácil aplicação, uma vez que utiliza a estratégia de entrevistar informantes-chave para avaliação da extensão da APS desenvolvida pelos serviços de saúde.

Nossa vivência como pesquisador, professor e profissional do serviço na APS e saúde indígena, favorece a constatação de que, no contexto brasileiro, esses dois campos precisam ser explorados nas múltiplas perspectivas - usuário, profissional e gestor - e em diferentes níveis da gestão federativa, cuja literatura é escassa quando se trata de estudos que se referem ao modelo de atenção à saúde indígena, bem como sua articulação com os serviços municipais de saúde em um mesmo território. Essa necessidade se justifica pela recente história no cenário brasileiro da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e da política Nacional de Atenção Básica.

A trajetória da PNASPI vem demonstrando que houve avanços na extensão de cobertura e no financiamento do setor, por meio da expedição de Portarias que fortalecem sua articulação com o SUS, mas também entraves que permanecem até dos dias atuais como a baixa efetividade e pouca resolutividade das ações sanitárias realizadas nos DSEI. Pouco avanço teve em relação à qualificação das equipes multiprofissionais e redução na alta rotatividade dos profissionais.

Já a PNAB avançou significativamente no cenário nacional. Em termos de cobertura, ampliou o nível de assistência à saúde, com a implantação de diversos programas já citados anteriormente, instituiu a avaliação da qualidade por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Todos esses avanços, sob forte condução federal, na figura do Ministério da Saúde, principalmente por meio da expedição de Portarias e de regulamentação financeira, que refletem as decisões negociadas nas arenas decisórias do SUS.

Embora essas duas políticas tenham obtido ganhos consideráveis ao longo de suas trajetórias, é imprescindível sua valorização financeira e estrutural, que possibilitem garantir a

presença e extensão dos atributos da APS em uma base sólida, com condições de assumir a coordenação dos cuidados em um sistema público de saúde, garantindo às populações indígena e não indígena o direito à saúde.

Apesar das evidências de grandes estudos, já apresentados no capítulo de revisão da literatura, de que sistemas orientados à APS têm melhores indicadores de saúde, ainda existem poucas evidências de estudos em nível individual que relacionem a efetividade dos atributos da APS em grupos populacionais vulneráveis com a melhor qualidade da atenção, aqui, no caso, a população indígena. É necessária a realização de estudos de avaliação que definam claramente quais atributos estão sendo avaliados e qual sua real efetividade, que possibilite avaliar a relação entre as características de estrutura e processo da APS e os desfechos de interesse, em nosso caso, a saúde indígena.

Em síntese, acreditamos que o estudo ora desenvolvido possa contribuir no apoio à melhoria e à inovação do processo de trabalho no DSEI e nas três secretarias de saúde, orientando, assim, os gestores e profissionais de saúde a organizar seus serviços e ofertar ações de saúde em função das necessidades da população rionegrina, garantindo o acesso equânime, integral e de qualidade na região do Alto Rio Negro.

Como recomendações, destacamos alguns aspectos importantes que, a nosso ver, irá contribuir para a organização de um serviço de saúde com forte orientação para APS:

- Implantar no DSEI e nos municípios protocolo de atendimento que regularize e normatize a demanda programada nos polos-base nas Unidades de Saúde de forma a garantir que todas as equipes de saúde atendam as populações indígena e não indígena que vivem nessa região.
- Assegurar que as equipes de saúde, de ambos os serviços, independentemente do horário de funcionamento, se responsabilizem pelo atendimento de sua população adscrita, visando fortalecer o vínculo usuário, profissional, usuário.
- Sensibilizar os profissionais de saúde para a garantia da continuidade da assistência oferecida, por meio da utilização de prontuários durante o atendimento dos usuários, seja no espaço físico da unidade de saúde e polo-base, seja no ambiente comunitário ou domiciliar.
- Enfatizar a necessidade da implementação de um sistema de comunicação ininterrupto no território distrital, garantindo assim, o acesso da população aos serviços de saúde.

- Estimular ações que aumentem e fortaleçam o vínculo da população à Unidade de Saúde/ Polo-Base e com a equipe, com o objetivo de as usuárias identificarem o serviço como referência para os cuidados de saúde.
- Compor grupos técnicos de profissionais para elaborar estratégias de monitoramento e avaliação sistemática, capaz de revelar as reais necessidades de populações etnicamente diferenciadas.
- Aprimorar o sistema de informação em saúde no âmbito da saúde indígena, para que o mesmo seja capaz de subsidiar abordagem de planejamento coerente com as necessidades em saúde desses povos.
- Implementar as diretrizes da Política Nacional de Humanização, buscando adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo uma ambiência acolhedora e confortável.
- Inserir, de forma efetiva, na rotina do DSEI e da SEMSA, serviços que garantam a Integralidade, tais como: respostas a perguntas sobre teste de sangue para verificar os níveis de colesterol, orientar como guardar arma de fogo, prevenção de osteoporose em mulheres, identificação de problemas auditivos ou visuais, aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas, aconselhamento para problemas de saúde mental, remoção de verrugas e unhas encravadas, colocação de tala (ex.: para tornozelo torcido), dentre outras igualmente importantes.

# Conclusão

---



## 8 CONCLUSÃO

Tendo em vista os objetivos desta pesquisa, buscou-se avaliar a Atenção Primária nos serviços de saúde ofertados às populações indígena e não indígena pelo Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) e pelas Secretarias Municipais de Saúde (SEMSA) de uma mesma região de saúde, na perspectiva dos profissionais de saúde.

O perfil dos profissionais que atuam na APS no Alto Rio Negro se caracterizou pela predominância do sexo feminino, média de idade de 35 anos e grande maioria de enfermeiros (as). A maioria deles possui formação complementar e média de 1,5 anos de experiência na APS e/ou na saúde indígena, tendo predominantemente ONG como agente contratante, em regime CLT. Seu ingresso no trabalho se deu por meio de indicação de amigos, familiares, seleção de currículos. Esse perfil geral obtido não se difere dos demais estudos que avaliaram a APS no cenário brasileiro.

De forma geral, tanto no DSEI quanto nas SEMSA, os atributos avaliados - essenciais e derivados - apontam resultados positivos, mas também limites e possibilidades de trabalho dos profissionais na região do Alto Rio Negro.

Dentre os oito atributos, ambos DSEI e SEMSA obtiveram média dos escores gerais considerada como alta ( $\geq 6,6$ ), em seis deles, denotando forte orientação para a APS. Já no atributo Longitudinalidade e Orientação Comunitária, o DSEI apresentou baixo escore ( $< 6,6$ ), assim como a SEMSA, para os atributos Acessibilidade e Orientação Comunitária.

Obteve-se semelhanças nas medianas na maioria dos atributos com forte orientação para APS, com diferença estatística em relação aos atributos Acesso de Primeiro Contato/Acessibilidade e Coordenação/Sistema de Informação. Em relação ao atributo Acesso, os dados foram positivos aos profissionais do DSEI no que se refere ao horário de funcionamento e a comunicação com os usuários. Já no atributo Coordenação/Sistema de Informação, as respostas positivas ocorreram com maior frequência entre os profissionais da SEMSA, por disponibilidade dos prontuários durante o atendimento.

Por fim, algumas variáveis independentes que compõem as características dos profissionais são indicativas para os serviços terem forte orientação à APS, entre elas: ser brasileiro, trabalhar no DSEI e ser contratado por meio da administração direta. Deve-se considerar que a maioria dos profissionais envolvidos no estudo é de enfermeiros (as), brasileiros, vinculados ao DSEI.

As conclusões desta pesquisa apontam para que as instituições busquem estratégias que garantam um modelo de gestão e de um processo de trabalho fortemente orientados pelos atributos da APS na perspectiva da qualidade dos serviços ofertados à população rionegrina.

# Referências

---

## 9 REFERÊNCIAS

AGRESTI, A. (2012), *Categorical Data Analysis*, Second Edition, New York: John Wiley & Sons.

ALMEIDA, C; MACINKO, J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema de Saúde (SUS) em nível local. In: **Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

ALMEIDA, E. S. A; CHIORO, A; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: **Acadêmica**. Edusp, 2001. p. 13-49.

ALMEIDA, P.F de et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.

ALMEIDA, P.F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1727-42, 2008.

ANSEMI, M.L; ANGERAMI, E. L.; INFANTE, A. M. A rotatividade dos enfermeiros de um Hospital-Escola. **Educ. Med. Salud**, v. 24, n. 4, p. 452-461, 1990.

ARAÚJO, J.P et al. Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 5, p. 440-6, 2014.

ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F. de. Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. **Rev. Saúde Soc.** v. 22, n.1, pp.109-123, 2013.

ASSIS, M.M.A et al. **Produção do cuidado no programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Edufba, 2010.

ATHIAS, R; MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Cad Saúde Pública**, v. 17, n. 2, p. 425-31, 2001.

AZEVEDO, M. Censos demográficos e os índios: dificuldades para reconhecer e contar. In: Ricardo, CA, (Org). **Povos Indígenas no Brasil 1996/2000**. São Paulo: Instituto Socioambiental, p.79-83. 2000.

BARBOSA, SP. **Acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios de uma Região de Saúde de Minas Gerais** [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

BASTA PC, ORELLANA JDY, ARANTES R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: Garnelo, L.; Pontes, AL, (Orgs). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI. p. 60-107. 2012.

BODSTEIN, R et al. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 11, p. 725-31, 2006.

BRANDÃO, A.L.R.B.S; GIOVANELLA, L; CAMPOS, CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1. 2013.

BRITO, M.J M. et al. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 4, p. 603-10, 2013.

BUCHILLET, D. **Bibliografia crítica da saúde indígena no Brasil (1844-2006)**. Editorial Abya Yala, 2007.

CAMPOS, G.W.S. Comentário: reforma da Secretaria de Estado de São Paulo durante os anos 70 e o Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. de Saúde Pública**, v. 40,n.1, p.34-36, 2006.

CAPRARA, A; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 139-46, 2004.

CARNEIRO, M.S.Melo et al. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do *PCATool* a profissionais e usuários. **Saúde debate**, v. 38, p. 279-295, 2014. Número especial.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B. L. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In.: ANDRADE, S. M; SOARES, D. A; CORDONI JR, L (Orgs). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL e NESCO, 2001.

CASSADY, C E. et al. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, v. 105, n. Supplement 3, p. 998-1003, 2000.

CASTRO, R.C.L de et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**. v. 28, n. 9 , p. 1772-1784, 2012.

CEZAR-VAZ, M. R et al. Conhecimento clínico do enfermeiro na atenção primária à saúde: aplicação de uma matriz filosófica de análise. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 17, 2010.

CHAVES, M.B.G; CARDOSO, A.M; ALMEIDA, C. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas Implementation of indigenous people's health policy in Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 295-305, 2006.

CHOMATAS, E et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 294-303, 2013.

COIMBRA JR, C.E.A; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 125-32, 2000.

COIMBRA JR, C.EA; SANTOS, R.V; ESCOBAR, A.L. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2003.

CONFALONIERI, U.E.C. O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. **Cad. Saúde Pública**, v. 5, n. 4, p. 441-450, 1989.

CONILL EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 24, p. S7-27. 2008. Supplement 1.

CONILL, EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**. vol. 20, n.5, p. 1417- 1423, 2004.

CONTANDRIOPOULOS, ANDRÉ-PIERRE et al. A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: Hartz, Zulmira, (Org). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-47.

COSTA SM; et al Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.8, n.27, p.90-96, 2013.

COSTA, D. C. Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. **Cad.Saúde Pública**, v. 3, n. 4, p. 388-401, 1987.

COSTA, EMA. Escutando o paciente. **COSTA, EMA; CARBONE, MH Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, p. 23-8, 2004.

COTTA, R .M.M et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

CUNHA, EM da; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1029-1042, 2011. Supplement 1.

DASSOW, Paul L. Measuring performance in primary care: What patient outcome indicators do physicians value?. **The Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 20, n. 1, p. 1-8, 2007.

DIAS, LKAP. **Assistência em saúde: uma visão dos usuários e profissionais da atenção básica – Cuiabá – MT**. 2013. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

ELIAS, P.E et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.

ERTHAL, R.M.C. A Formação do Agente de Saúde Indígena Tikuna no Alto Solimões. Uma avaliação crítica. In: Coimbra Jr, CEA, Santos, RV, Escobar, AL, (Orgs). **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil**; RJ: Ed FIOCRUZ, 2003. p.197-216.

FACCHINI, L.A et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 669-81, 2006.

FACCHINI, LA, et al., Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cad Saúde Pública**. v. 24, p.S159 – 72. 2008. Supplement 1.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006.

FELISBERTO, E. et al. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 9, p. 2091-2102, 2008.

FEUERWERKER, L; MERHY, E.E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panamericana de Salud Pública**, v. 24, n. 3, p. 180-188, 2008.

FLEURY-TEIXEIRA, P. A conceptual introduction to the social determinants of health. **Saude em Debate**, v. 33, n. 83, p. 380-7, 2009.

FRACOLLI, L.A; BERTOLOZZI, M.R. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. **Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde**. Manual de Enfermagem: Programa Saúde da Família. São Paulo: Ministério da Saúde, p. 4-8, 2001.

FRANCO, T. B., MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E (Org). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, v.2, p. 125-133. 2003.

GARNELO, et al. Formação técnica de agente comunitário indígena de saúde: uma experiência em construção no rio negro. **Trab . Educ. Saúde**, v. 7 n. 2, p. 373-385, 2009.

GARNELO, L, BRANDÃO, LC. Avaliação Preliminar do Processo de Distritalização Sanitária Indígena no Estado do Amazonas. In: Coimbra Jr. CEA; Santos, RV; Escobar, AL, (Orgs). **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil**. Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro; p.235-257, 2003.

GARNELO, L. Aspectos socioculturais de vacinação em área indígena. **Hist. ciênc. saúde-Manguinhos**, v. 18, n. 1, p. 175-190, 2011.

GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GarneLO, L, Pontes, A, (Orgs). **Saúde Indígena: uma introdução ao Tema**; Brasília: Ed. MEC-SECADI, p.18-58, 2012.

GARNELO, L; MACEDO, G; BRANDÃO, L.C. Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil. In: **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

GARNELO, L; SAMPAIO, S. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na região norte do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 311-317, 2003.

GENÉ-BADIA, Joan et al. Personalised care, access, quality and team coordination are the main dimensions of family medicine output. **Family practice**, v. 24, n. 1, p. 41-47, 2007.

GIOVANELLA, L et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc saúde coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-94, 2009.

HARZHEIM E, et al., Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – *Primary Care Assessment Tool – PCATool*, 2010b.

HARZHEIM, E et al. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (*PCATool*-Brasil) for child health services. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, 2006a.

HARZHEIM, E et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *PCATool*-Brasil adultos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 274-284, 2013c.

HAUSER, L et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (*PCATool*) no Brasil: versão profissionais de saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 244-255, 2013.

IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.

KASSOUF, A.L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Rev.de Econ Sociol Rural**, v. 43, n. 1, p. 29-44, 2005.

KOLLING J. **Orientação à atenção primária à saúde das equipes de saúde da família nos municípios do projeto telessaúde RS: estudo de linha de base**. 2008. Dissertação (Mestrado Profissional em Epidemiologia) - Curso de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.

LIMA, R.T; SILVA, E.P. Avaliação na Práxis da Saúde: Histórico, Enfoques Teóricos e Fortalecimento da Institucionalização. **Rev Bras Ciênc da Saúde**, v. 15, n. 1, p. 103-114, 2011.

LIMA, SCS. **Orientação familiar e comunitária na estratégia saúde da família da regional norte de Teresina/Pi: avaliação a partir do usuário adulto**. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

LINARD, A.G; CASTRO, M.M; CRUZ, A.K.L. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 3, p. 546, 2011.

LINDÓRIO R. **Indígenas do Brasil**. São Paulo: Departamento de Assuntos Indígenas da Associação de Missões Transculturais Brasileiras, 2010.



MACHADO, E. P; HADDAD, J.G. V; ZOBOLI, E. L. C. P. A comunicação como tecnologia leve para humanizar a relação enfermeiro-usuário na Atenção Básica. **Rev Bioethikos**, v. 4, n. 4, p. 447-52, 2010.

MACHADO, M.H. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final. In: **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final**. Ministério da Saúde, 2007.

MACINKO, J., et al. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. **The International journal of health planning and management**, v. 19, n. 4, p. 303-317, 2004.

MACINKO, J; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M.F.M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. **Journal of epidemiology and community health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.

MAGALHÃES, E. **O Estado e a Saúde Indígena. A experiência do Distrito Sanitário Yanomami**. 2001. Dissertação (Mestrado Programa de Pós-Graduação em Política Social) – Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília; Brasília.

MALOUIN, RA, STARFIELD, B, SEPULVEDA, MJ. Evaluating the Tools Used To Assess the Medical Home. **ManagCare**. v.18, n.6, p. 44-8, 2009:

MARQUES, G.Q; DA SILVA LIMA, M.A.D. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rer Latino-americana de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 13-19, 2007.

MARQUES, IMSF. **A Política de Atenção à Saúde Indígena: Implementação do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá - Mato Grosso**, 2003. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz; Rio de Janeiro.

MARTINS, C.S. et al. Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 437-445, 2013.

MEDEIROS, C.R.G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, 2010. Supplement 1.

MELO, MM. **Avaliação da atenção primária à saúde sob a ótica das internações por condições sensíveis e da qualidade dos serviços em população infantil**. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

MENDES EV, organizador. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec/ Rio de Janeiro: ABRASCO; 1999.

MENDES, E. V. Agora mais que nunca: uma revisão bibliográfica Sobre Atenção Primária à Saúde. **Belo Horizonte:[sn]**, 2009.

MOIMAZ, S.A.S et al . Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis: Rev de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, 2010.

- MOTTA, L.B; AGUIAR, A. C; CALDAS, C.P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cade Saúde Pública**, v. 27, n. 4, p. 779-786, 2011.
- NASCIMENTO, M.S; NASCIMENTO, M. A. A: Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde *versus* as ações programáticas em saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.10 n.2, p. 333-345, 2005.
- NOGUEIRA, J.A. et al. Family focus and community orientation in tuberculosis control. **Ver Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 2, p. 207-216, 2011.
- NORONHA, JC, LEVCOVITZ, E. AIS - SUDS - SUS: Os Caminhos do Direito à Saúde. In: Reinaldo G, Ricardo T, (Orgs). **Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994, p. 73-111.
- NOVAES, HM. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.
- OLIVEIRA e SILVA CS. et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.19, n.1, p. 4407-4415, 2014.
- OLIVEIRA, LSS. Um panorama sobre Recursos Humanos em saúde indígena. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 02, n. 8, p. 103-108, 2005.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE; ATUN, Rifat. **What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004. Disponível em <http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>, acessado 12 de setembro de 2014).
- PEREIRA NOM et al., Demography, Territory, and Identity of Indigenous Peoples in Brazil: The Xavante Indians and the 2000 **Brazilian National Census**. Human Organization, v. 68, n.2, p. 166 – 180, 2009.
- PEREIRA, A. T. S. et al. O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. S123-S133, 2008. Supplement 1.
- PEZZUTI J, CHAVES RP. Ethnography and natural resources management by the Deni Indians, Amazonas, Brazil. **Acta Amazonica**, v, 39, n.1, p.121-138, 2009.
- PICCINI, RX, et al., Effectiveness of antenatal and well-baby care in primary health services from Brazilian South and Northeast regions. **Rev Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.7, n.1, p.75-82, 2007.
- PIERANTONI, C R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p. 341-360, 2001.
- PINTO E.S.G, MENEZES R.M.P, VILLA T.C.S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev Esc Enferm USP**. v.44, n.3, p.657-64. 2010.

PIRES, V. M. M. M.; RODRIGUES, V. P.; NASCIMENTO, M. A. A. Sentidos da Integralidade do Cuidado na Saúde da Família. **Rev. Enferm. UERJ**. v. 18, n. 4, pp. 622-7, 2010.

POLIT, DF.; BECK, CT. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem-: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. Artmed Editora, 2016.

RAMOS, VA. Consulta em 7 Passos. Lisboa: VFBM Comunicação Ltda, 2008, p 126

ROCHA, ESC. **Uma etnografia das práticas sanitárias no Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro: noroeste do Amazonas**, 2007. Dissertação (Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia) – Instituto de Ciências Humanas e Letras. Universidade Federal do Amazonas, Manaus.

RODRÍGUEZ-VILLAMIZAR, LA; ACOSTA-RAMÍREZ, N; RUIZ-RODRÍGUEZ, M. Evaluación del desempeño de servicios de Atención Primaria en Salud: experiencia en municipios rurales en Santander, Colombia. **Rev. Salud Pública**. v.15, n.2, p. 183-195, 2013.

SAKATA KN, et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Rev Bras Enferm**; v 60, p.659-664, 2007. Supplement 6.

SANTOS, RV, et al., Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: Giovanella, L, et al, (Orgs). **Política e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2012, p.911-93.

SANTOS, TMMG, et al., Tendências da produção científica sobre avaliação em saúde no Brasil. **Rev. Rene**. v.11, n.3, p. 171-179. 2010.

SANTOS, TV C. **Acesso aos serviços de saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

SERRA, CG; RODRIGUES, PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciêñ Saúde Coletiva**, v.15, p. 3579-3586, 2010. Supplement 3.

SHI, Leiyu; STARFIELD, Barbara; XU, Jiahong. Validating the adult primary care assessment tool. **Journal of Family Practice**, v. 50, n. 2, p. 161-161, 2001.

SILVA JUNIOR, AG. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

SILVA, A.S. et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde. **Rer. Esc. Enferm.USP.**, v.48, p.126-32, 2014. Número especial.

SILVA, NC; GIOVANELLA, L; MAINBOURG, EMT. A família nas práticas das equipes de Saúde da Família/The family in the practices of Family Health teams/La familia en las prácticas de los equipos de Salud de la Familia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 274, 2014.

SILVEIRA, RP; PINHEIRO, R. Entendendo a Necessidade de médicos no Interior da amazônia – Brasil. **Rev Bras Educ Médica**. v.38, n.4, p. 451 – 459 ; 2014.

SOUSA, R.P; LUCAS, H; AZEVEDO, M. **Modelo de Monitoramento e Avaliação da Saúde Indígena**. [Relatório de pesquisa]. São Paulo, Consórcio Intitute Developm Studies – IDS, Saúde Sem Limite - SSL e Centro Brasileiro de Análise e planejamento – Cebrap, 2009.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cade Saúde Pública**, v. 24, p. S100-S110, 2008. Supplement 1.

STARFIELD B, SHI L, MACINKO J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **Milbank Quarterly**. v.83, n.3, p.457–502, 2005.

STARFIELD B, SHI L. Manual for the Primary Care Assessment Tools. Baltimore: hJohns Hopkins University; 2002.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasil. Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B, XU, J, SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, v.50, n. 2, p.61-75, 2001.

TEIXEIRA, M.J.O. O Programa Saúde da Família, o Serviço Social e o canto do rouxinol. In: BRAVO, M.I.S. e PEREIRA, P.A.P. (Orgs). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

TOMASI E, et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**. v.24 p.193-201, 2008. Supplement 1.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cade Saúde Pública**, v. 23, n.10: p. 2490-2502, 2007.

VAN STRALEN, C.J, et al., Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, p. S148-58, 2008. Supplement 1.

VARGA, ID, VIANA, RL. Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão: Crônicas de um Desastre Anunciado. **Rev de Direito Sanitário**: v.9, n.3, p. 133-149, 2009.

VIACAVA, et al., Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciêns Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p. 711-724, 2004.

VIEIRA, ER. **Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

VITORIA AM, et al. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v.8, n.29, p.285-93, 2013

**REFERÊNCIAS CONSULTADAS**

BRASIL, Decreto n. 3.156 de 27 de agosto de 1999a. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nº 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 28 de agosto de 1999 a. Seção 1 - Edição Extra, p.37, 1999.

BRASIL, Decreto n. 7.336 de 19 de outubro de 2010b. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências (obs. Cria a Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI dentro da estrutura do Ministério da Saúde, cabendo ao MS gerenciar diretamente a atenção à saúde dos indígenas. **Diário Oficial da União**. Brasília, 20 de outubro de 2010, Seção I, p.40, 2010.

BRASIL, Lei n. 9.836 de 23 de setembro de 1999c. Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial da União**. Brasília, 20 de setembro de 1999c. Seção I.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2ª ed. Brasília: 2002b. 40p.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. [Produto do trabalho da Comissão instituída pela Portaria Nº 676 GM/MS de 03 de junho de 2003, publicada no **Diário Oficial** em 04 de junho de 2003].

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool PCATool***- Brasil. Brasília; 2010a. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde: As cartas de promoção da saúde. Brasília: 2002a. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família. Documento Técnico. Brasília (DF), 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no. 382, de 10 de março de 2005. Institui o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNASS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 11 de março de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.163 de 14 de setembro de 1999b. Dispõem sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências. **Diário oficial da União**, 15 de setembro de 1999b, Seção I, p.33, 1999. Legislação Federal.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1.645, de 02 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**, Brasília Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645\\_01\\_10\\_2015.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html). Acesso em 10 de outubro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 de outubro de 2009, Seção I, p.80. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2009/01\\_set\\_carta.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2009/01_set_carta.pdf). Acesso em 15 de junho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), **Diário oficial da União**, Brasília 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil: **uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006**. Brasília, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família: documento técnico**; 2005b. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008a: 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Inter federativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015**, 3. ed. – Brasília, 2015. 156 p. : il. – (Serie Articulação Inter federativa ; v. 1)

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Basica. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**, (org) Neto, M, M C. Brasília, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN – 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Brasília (DF): COFEN, 2007**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/categoria/legislacao/resolucoes>. Acesso em 12 de maio de 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM Nº 1931/2009. Aprova o Código de Ética Médica. **Brasília (DF): CRF, 2009**. Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=20670:resolucao-cfm-no-19312009-&catid=9:codigo-de-etica-medica-atual&Itemid=122](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20670:resolucao-cfm-no-19312009-&catid=9:codigo-de-etica-medica-atual&Itemid=122). Acesso em 12 maio de 2016.

DO DESEMPENHO, PROADESS-Projeto de Avaliação. do Sistema de Saúde, 2012, Disponível em: [www.proadess. ict.fiocruz. br/index. php](http://www.proadess.ict.fiocruz.br/index.php), Acessado em 24 set. 2014. PRODANOV, Cleber Cristiano. **Metodologia do trabalho científico**.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Departamento de Saúde Indígena. **Normas e rotinas para a organização da rede de atenção à saúde indígena (proposta para discussão)** Brasília, 2000. 16p.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro. **Orientações para o desenvolvimento do trabalho do agente Indígena de Saúde do Alto Rio Negro**. São Gabriel da Cachoeira, 2006.

I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde; 1986, Brasília.

HEALTH COUNCIL OF THE NETHERLANDS. European primary care. **Draft report presented to the conference Shaping the EU Health Community, The Hague, 7-9 Sep. 2004**. 98p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Acesso e utilização de serviços de saúde 2010: Brasil**. Disponível em [www.ibge.gov.br/catálogos/indicadores](http://www.ibge.gov.br/catálogos/indicadores). Acessado em 20 de março de 2014).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)**. Washington, D.C: OPAS, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; Organização Mundial de Saúde. **Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde**. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 12 set. 2014.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – **Informe sobre lasaludenel mundo: forjemos el futuro**. Ginebra, Organización Mundial de laSalud, 2003. Disponível em [http://www.who.int/whr/2003/en/overview\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2003/en/overview_es.pdf); acessado 17 de agosto de 2014.

SANTA ISABEL DO RIO NEGRO . Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Plurianual de Saúde 2010 – 2013**. 2010.

SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro. **Plano Distrital de Saúde para 2012 a 2015**. São Gabriel da Cachoeira, 2012.

SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro. **Relatório de Monitoramento das Ações de Atenção e Vigilância a Saúde, Convênio: 797492/2013**. São Gabriel da Cachoeira, 2014.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA ISABEL DO RIO NEGRO. **Plano Plurianual de Saúde 2010 a 2013**. Santa Isabel do Rio Negro, 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA. **Plano Plurianual de Saúde 2010 a 2013**. São Gabriel da Cachoeira, 2011.


# Apêndices

---



## APÊNDICES

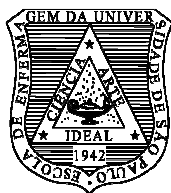
## APÊNDICE –A

	UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NA SAÚDE DO ADULTO	<b>Nº Questionário</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>QUESTIONÁRIO I – ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DE SAÚDE ( MÉDICOS E ENFERMEIROS)</b>		
<b>BLOCO 1. INFORMAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE</b>		
1.1 Instituição principal: _____ 1.2 Data de aplicação do questionário <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> 1.3 Tipo de serviço de saúde ESFI <input type="checkbox"/> ESF <input type="checkbox"/>		
<b>BLOCO 2. IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO</b>		
1. <b>Sexo:</b> 1. <input type="checkbox"/> Masculino 2. <input type="checkbox"/> Feminino 2. <b>Ano de Nascimento:</b> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <b>Naturalidade:</b> _____ Cód. da UF: <input type="text"/> <input type="text"/>  4. <b>Cor da pele:</b> 1. <input type="checkbox"/> Negra 2. <input type="checkbox"/> Branca 3. <input type="checkbox"/> Amarela 4. <input type="checkbox"/> Parda 5. <input type="checkbox"/> Indígena  5. <b>Estado Civil:</b> 1. <input type="checkbox"/> Solteiro (a) 5. <input type="checkbox"/> Viúvo (a) 2. <input type="checkbox"/> Casado (a) 6. <input type="checkbox"/> União consensual/estável 3. <input type="checkbox"/> Desquitado (a) Divorciado (a) 7. <input type="checkbox"/> Contrato consensual 4. <input type="checkbox"/> Separado (a)		
<b>BLOCO 3. FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL</b>		
6. <b>Modalidade Profissional</b> 1. <input type="checkbox"/> Enfermeiro (a) 2. <input type="checkbox"/> Médico (a)  7. <b>Quanto tempo de formado:</b> _____ anos _____ meses		

**8. Você possui formação complementar?**1.  Sim2.  Não (vá para o item 10)**9. Possui quais destes processos de formação? (admite-se mais de uma resposta)**1  Especialização em Medicina de Família e Comunidade9  Mestrado em Medicina de Família e Comunidade2  Especialização em Saúde da Família10  Mestrado em Saúde da Família3  Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva11  Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva4  Possui outra especialização?12  Possui outro mestrado?5  Residência em Medicina de Família e Comunidade13  Doutorado em Medicina de Família e Comunidade6  Residência em Saúde da Família14  Doutorado em Saúde da Família7  Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva15  Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva8  Possui outra residência?16  Possui outro doutorado?**BLOCO 4. VÍNCULO****10. Qual é seu agente contratante? (Poderá escolher somente uma opção)**1.  Administração direta6.  Entidade Filantrópica2.  Fundação pública7.  Organização não governamental (ONG)3.  Consórcios intermunicipal8.  Cooperativa4.  Organização social (OS)9.  Outros5.  Organização social civil de interesse público (SCIP)10.  Não sabe/não respondeu**11. Qual é seu tipo de Vínculo? (Poderá escolher somente uma opção)**1.  Servidor público estatutário4.  Empregado público CLT2.  Fundação pública5.  Autônomo3.  Contrato temporário por prestação de serviço6.  Outros**12. Qual a forma de ingresso na Saúde Indígena/Atenção Básica do município? (Poderá escolher somente uma opção)**

1. <input type="checkbox"/> Concurso público	3. <input type="checkbox"/> Outros
2. <input type="checkbox"/> Seleção publica	4. <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu
<b>13. Quanto tempo o (a) senhor (a) atua na Saúde Indígena e ou na Atenção Básica municipal?</b>	
<input type="text"/> <input type="text"/> anos <input type="text"/> <input type="text"/> meses	
<b>14. Quanto tempo o (a) senhor (a) atua na Saúde Indígena e ou na Atenção Básica municipal na região do Alto Rio Negro?</b>	
<input type="text"/> <input type="text"/> anos <input type="text"/> <input type="text"/> meses	
<b>15. Neste serviço de saúde qual sua carga horária semanal? (favor estimar)</b>	
<input type="text"/> <input type="text"/> horas	
<b>BLOCO 5. EDUCAÇÃO PERMANENTE</b>	
<b>16. Você participa de ações de educação permanente para qualificação das ações desenvolvidas organizadas pela SESAI/gestão municipal</b>	
1. <input type="checkbox"/> Sim      2. <input type="checkbox"/> Não      3. <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu	

## APÊNDICE B



## UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto - PROESA



São Paulo, -----/-----/ -----

Assunto: Solicito autorização para pesquisa de pós-graduação

Prezado (a) Senhor(a)

A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP) em parceria com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas (EEM – UFAM) está realizando o curso de “Doutorado Interinstitucional – DINTER da CAPES em Enfermagem na Saúde do Adulto”, tendo como objetivo desenvolver a capacidade de produção científica no Amazonas, tomando como objeto de reflexão a enfermagem na saúde do adulto. Dentre os projetos de tese apresentados à Coordenação do Curso está a proposta de desenvolver a pesquisa: **“Atenção Primária à Saúde indígena e não indígena no Alto Rio Negro, Amazonas, na perspectiva dos profissionais de saúde”** e tem como objetivo: Avaliar atributos essenciais e derivados da Atenção Primária (APS) na região do Alto Rio Negro, no Distrito Sanitário Especial Indígena e no município, na perspectiva dos profissionais de saúde, estando o seu município como de interesse nesta avaliação. Diante disto, para que o trabalho possa ser efetivado dentro do esperado, vimos solicitar autorização de V. S<sup>a</sup>. para a realização dessa pesquisa nesse município, ressaltando que a pesquisa implica em entrevistas com profissionais de saúde (médicos (a) e enfermeiros (a) que atuam na Saúde do índio e na Estratégia Saúde da Família. Ressaltamos também que nem os entrevistados ou o município sofrerão qualquer tipo de constrangimento ou sanção por participar, ou não, da pesquisa. Informamos ainda que o doutorando ficará responsável pela referida pesquisa, ficando à disposição para dar todas as informações/explicações necessárias para que todo o processo ocorra de acordo com o aprovado pelo Comitê de Ética da EE – USP e com o termo de anuência emitido por esse município. Sem mais para o momento, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários pelo fone (092) 99962-1907 ou 98202-0435.

---

Esron Soares Carvalho Rocha  
Doutorando

---

Rúbia Aparecida Lacerda  
Professora/pesquisadora EEUSP

**APÊNDICE C****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nome do Participante: \_\_\_\_\_

Prezado profissional da saúde

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar da pesquisa **“Atenção Primária à Saúde indígena e não indígena no Alto Rio Negro, Amazonas, na perspectiva dos profissionais de saúde”**, sob a responsabilidade e orientação da Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rúbia Aparecida Lacerda, professora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), e com a participação do doutorando do curso de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da EEUSP e EEMUFAM, Esron Soares Carvalho Rocha.

Esta pesquisa tem como objetivo principal avaliar a Atenção Primária à Saúde no Alto Rio Negro, na perspectiva dos profissionais de saúde, dos serviços de saúde ofertada à população indígena e não indígena pelo Distrito Sanitário Especial Indígena e Secretarias Municipais de Saúde, com a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade das ações de saúde em função das necessidades dessa população.

Esta participação compreenderá responder um questionário, aplicado diretamente pelo pesquisador, contendo 77 questões referentes à APS. Sua participação ocorrerá de forma voluntária e somente nesta condição, podendo desistir a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer tipo de prejuízo. Embora toda pesquisa com seres humanos possa envolver riscos, no caso desta participação, por se tratar de respostas a um questionário, acreditamos que eles sejam mínimos. Nesse sentido, buscar-se-á aplicar as questões da forma mais clara e objetiva possível, evitando sentimentos de vergonha, desconforto ou exaustão, utilizando atitudes como pausa imediata da entrevista e, se necessário, encaminhamento para atendimento médico e ou apoio emocional e psicológico, sem acrescentar custos ao entrevistado.

Esclarecemos, também, que os dados coletados serão utilizados em caráter científico, sigiloso, garantindo o anonimato dos participantes.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Rua Terezina, 495 - Adrianópolis, Manaus,

AM, CEP 69057-070 ou pelo telefone (92) 3305-5100/ (92) 3305-5112. E também procurar informação no Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo por meio do endereço eletrônico: edipesq@usp.br e ou telefone 3061-7548

#### Consentimento Pós-Informação

Eu, \_\_\_\_\_, fui

suficientemente esclarecido (a) dos objetivos da pesquisa e ferida, assim como a garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, liberdade de tirar meu consentimento a qual quer momento, não serei identificado(a) quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto.

Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

\_\_\_\_\_ Data: / /

Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_ Data: / /

Assinatura do Pesquisador

I m p r e s s ã o .
--

# **Anexos**

---

## ANEXOS

## ANEXO A

Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde -  
 Primary Care Assessment Tool - PCATool-Brasil - MINISTÉRIO DA SAÚDE /  
 Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica  
**ANEXO - A**

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Profissionais					
A- ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE					
Por favor, indique a melhor opção	com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
A1 - Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A3 - Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A4 - Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgarem ser necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A5 - Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecerem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A6. Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A7 - Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A8 - É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A9 - Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar atriagem ou o acolhimento)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>



**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
**PCA Tool - Brasil versão Profissionais**  
**B - LONGITUDINALIDADE**

Por favor, indique a melhor opção	com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
B1 - No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2 - Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3 - Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B4 - Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B5 - Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B6 - Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B7 - Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B8 - Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B9 - Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B10 - Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B11 - Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B12 - Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B13 - Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
**PCATool - Brasil versão Profissionais**  
**C - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS**

Por favor, indique a melhor opção	com certeza, sim	Provavel mente, sim	Provavel- mente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 - Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2 - Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3 - Alguém de seu serviço desaiude ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4 - Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5 - Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6 - Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Profissionais

## D - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES

Por favor, indique a melhor opção	com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
D1 - Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2 - Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3 - Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Profissionais**

**E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS**

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde?

(Repetir essa frase a cada 3-4 itens)

Por favor, indique a melhor opção	com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	com certeza, não	Não sei/ não lembro
E1 - Aconselhamento nutricional.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E2 - Imunizações.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E3 - Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E4 - Avaliação da saúde bucal.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E5 - Tratamento dentário.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E6 - Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E8 - Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9 - Sutura de um corte que necessite de pontos.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E10 - Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E11 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E12 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E13 - Colocação de tala (ex: paratomozele torcido).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Profissionais  
E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS**

**Se um paciente em necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (Repetir essa frase a cada 3-4 itens)**

Por favor, indique a melhor opção	com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	com certeza, não	Não sei/ não lembro
E14 - Remoção de verrugas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E15 - Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolaou).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E16 - Aconselhamento sobre comoparar de fumar.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E17 - Cuidados pré-natais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E18 - Remoção de unha encravada.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E19 - Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E20 - Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E21 - Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E22 - Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool- Brasil versão Profissionais**

**F - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS**

**Pergunte: Você atende p acientes (leia as alternativas):**

- de todas as idades  
 somente crianças e adolescentes (menores de 18 anos)  
 somente adultos

*Conforme a resposta acima, oriente o entrevistado da seguinte forma:*

Se você atende todas as idades, por favor responda todas as perguntas desta seção (F1 a F15). Se você atende apenas crianças, por favor não responda as perguntas F4 a F13. Se você atende apenas adultos, por favor não responda as perguntas F14 a F15.

Perguntas F1 - F3 se aplicam a todas faixas etárias

**Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis?** (repeita esta pergunta a cada 3 itens)

Por favor, indique a melhor opção	com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
F1 - Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2 - Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3 - Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Perguntas F4 - F13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima).

**Entrevistador pergunte: "Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes?"**

F4 - Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F5 - Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>



Por favor, indique a melhor opção	com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
F6 - Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F7 - Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F8 - Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F9 - Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F10 - Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F11 - Como prevenir quedas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F12 - Prevenção de osteoporose em mulheres.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F13 - Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

As perguntas F14 - F15 se aplicam apenas a crianças.

**Entrevistador pergunte:** "Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?"

Por favor, indique a melhor opção	com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
F14 - Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F15 - Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

PCATool - Brasil versão Profissionais

**G - ORIENTAÇÃO FAMILIAR**

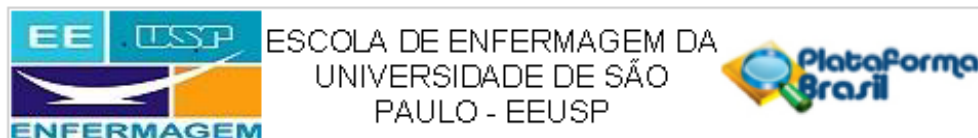
Por favor, indique a melhor opção	com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
G1 - Você pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2 - Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3 - Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>



**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
**PCATool - Brasil versão Profissionais**  
**H - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA.**

Por favor, indique a melhor opção	com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
H1 - Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2 - Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3 - Seu serviço de saúde ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?</b>					
H4 - Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5 - Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6 - Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

## ANEXO B



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atenção Básica à Saúde dos povos indígenas no alto Rio Negro, Amazonas: avaliação na perspectiva dos profissionais de saúde

Pesquisador: Esron Soares Carvalho Rocha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 45281115.1.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.084.040

Data da Relatoria: 26/05/2015

#### Apresentação do Projeto:

Estudo transversal prospectivo, exploratório com abordagem quantitativa. Será desenvolvido nos municípios de São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro e Barcelos, na Região do Alto Rio Negro, localizada no extremo noroeste do estado do Amazonas.

A população total de acesso à pesquisa é composta por 131 profissionais. O Subsistema de Saúde Indígena possui 21 médicos e 66 enfermeiros vinculados à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).

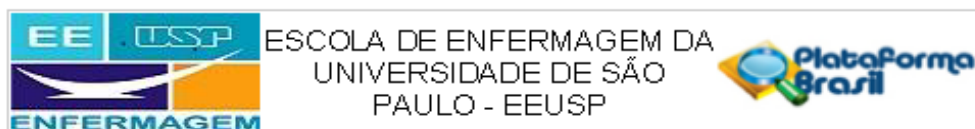
O sistema municipal de São Gabriel da Cachoeira possui 11 médicos e 13 enfermeiros; em Santa Isabel do Rio Negro são 04 médicos e 06 enfermeiros; e no município de Barcelos, 4 médicos e 06 enfermeiros.

A coleta de dados será realizado na sede dos municípios, previamente agendada. Portanto, não será coletado dados em terras indígenas.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Av. Dr. Evéas de Carvalho Aguiar, 419  
 Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000  
 UF: SP Município: SÃO PAULO  
 Telefone: (11)3051-7548 Fax: (11)3051-7548 E-mail: edpesq@usp.br



Continuação do Parecer: 1.034.040

Avaliar atributos essenciais e derivados da Atenção Primária (APS) ofertada à população do Alto Rio Negro, no sistema do município e no subsistema especial de saúde indígena, na perspectiva dos profissionais de saúde.

Objetivo Secundário:

- a) Identificar os escores dos atributos da APS - essenciais e derivados -, dos referidos sistemas de saúde do Alto Rio Negro.
- b) Comparar os escores obtidos dos atributos da APS entre esses sistemas.
- c) Relacionar, por meio de classificação em alto/baixo escores, os atributos da APS que favorecem e desfavorecem a APS ofertada nesses sistemas.
- d) Verificar a existência de fatores interferentes nos escores gera(t)is da APS obtidos nesses sistemas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

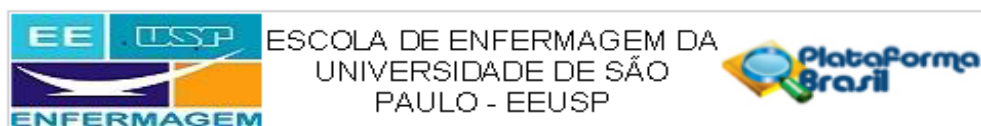
Riscos:

Embora toda pesquisa com seres humanos possa envolver riscos, no caso desta participação, por se tratar de respostas a um questionário, acreditamos que eles sejam mínimos. Nesse sentido, buscar-se-á aplicar as questões da forma mais clara e objetiva possível, evitando sentimentos de vergonha, desconforto ou exaustão, utilizando atitudes como pausa imediata da entrevista e, se necessário, encaminhamento para atendimento médico e ou apoio emocional e psicológico, sem acrescentar custos ao entrevistado.

Benefícios:

A presente proposta vai ao encontro das prioridades da Agenda Nacional de Pesquisa em Saúde, quando esta aponta a necessidade de estudos sobre as práticas de atenção à saúde de indígenas, no nível local, analisando as relações entre profissionais de saúde, incluindo a equipe de saúde indígena.

Endereço: Av. Dr. Evéas de Carvalho Aguiar, 419  
 Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000  
 UF: SP Município: SÃO PAULO  
 Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edpesq@usp.br



Continuação do Parecer: 1.084.040

Destaca-se que o modelo de atenção à saúde deverá estar voltado para a proteção, promoção e recuperação da saúde. A rede de serviços de saúde nas terras indígenas, deve garantir o acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população. Desse modo, é indispensável, a adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e a adequação da capacidade do Sistema, tomando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social.

Em síntese, acreditamos que este estudo possa contribuir no apoio à melhoria e à inovação do processo de trabalho nas Unidades de Saúde orientando, assim, os gestores, profissionais de saúde organizar o serviço e ofertar ações de saúde em função das necessidades da população ronegrina, garantindo o acesso equânime, integral e de qualidade na região do Alto Rio Negro.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem delineada, clara, com objetivos adequados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados estão corretos.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil.

Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Endereço: Av. Dr. Euzébio de Carvalho Aguiar, 419  
 Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000  
 UF: SP Município: SÃO PAULO  
 Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edpesq@usp.br