

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRO REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIA À PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA MULHER EM
TRÊS MUNICÍPIOS RIBEIRINHOS AMAZÔNICOS

Bolsista: Vanessa Cristina Lina Teixeira, FAPEAM

Colaboradores: Iuri Matias Oliveira Schreiner e Ricardo Gonçalves Martins

MANAUS

2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRO REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIA À PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

RELATÓRIO FINAL

PIB –S/0065/2012

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA MULHER EM
TRÊS MUNICÍPIOS RIBEIRINHOS AMAZÔNICOS

Bolsista: Vanessa Cristina Lina Teixeira, FAPEAM

Colaboradores: Iuri Matias Oliveira Schreiner e Ricardo Gonçalves Martins

Orientadora: Prof^ª Mcs Rosana Pimentel Correia

Co-orientadora: Prof^ª Mcs Celsa da Silva Moura

MANAUS

2013

SUMÁRIO

RESUMO	4
1. INTRODUÇÃO	5
2. OBJETIVOS	5
2.1 Objetivo Geral	5
2.2. Objetivo Específico	5
3. REVISÃO BIBLIOGRAFICA	6
3.1 Atenção Primária à Saúde no Brasil	6
3.2 Avaliação da Atenção Primária à Saúde	7
4. MATERIAL E METODO	8
4.1. Caracterização do Objeto	8
4.2. Tipo de Estudo	8
4.3. Dados Primários	8
4.4. Amostra dos Usuários	9
4.5. Coleta de Dados	9
4.6. Análise dos Dados	9
4.6.1. Análise Estatística dos Resultados	10
4.6.1.1. Teste de Shapiro-Wilk de Normalidade	10
4.6.1.2. Teste de Diferença de Médias em Grandes Amostras de Populações Independentes	10
4.7. Considerações Éticas	10
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	10
6. CONCLUSÃO	16
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17

RESUMO

Diante da consciência dos papéis das mulheres na sociedade, principalmente como agente motivador dos cuidados à saúde na família, vê-se a premência de melhor orientar o sistema de saúde a fim de amparar as mulheres de acordo com suas necessidades no que se refere ao aumento da capacidade de resposta, o acesso e a abrangência dos serviços de saúde a elas oferecidos. Assim, destaca-se a missão da Atenção Primária à Saúde no cuidado dessas mulheres, pois se sabe que é o nível de atenção que consegue melhor atuar nos Determinantes Sociais de Saúde (DSS), na promoção, proteção e prevenção de agravos à saúde através de ações como o acompanhamento pré-natal, rastreamento para detecção precoce das lesões que poderão vir a se caracterizar um câncer do colo uterino, através do exame Papanicolau. Neste sentido, entende-se que para a qualificação da Atenção Primária à Saúde os processos avaliativos são importantes mecanismos, uma vez que a emissão de opinião sobre os efeitos de um conjunto de estruturas, organizadas em um dado contexto e momento é essencial na busca de resolução da situação problema. Os objetivos desta pesquisa foi avaliar a Atenção Primária à Saúde da Mulher em idade reprodutiva nos municípios de Silves, Itapiranga e Urucurituba, considerando os 10 componentes relacionados aos atributos da atenção primária a saúde determinados pelo Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool) - Versão adulto e comparar a Atenção Primária à Saúde da Mulher entre os três municípios com base nos escores definidos pelo PCATool. Trata-se de uma pesquisa transversal, de caráter exploratório e abordagem quantitativa. Para coleta de dados utilizou-se questionário validado no Brasil denominado de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, versão adulto. O instrumento foi aplicado às mulheres em idade reprodutiva de 15 a 44 anos de idade residentes nos municípios. Foram atribuídos escores às oito dimensões da APS distribuídos nos 10 domínios do instrumento PCATool - adulto. Nos resultados observaram-se apenas dois domínios (Acesso de Primeiro Contato – Utilização e Coordenação – Sistema de informação) dos dez avaliados, apresentaram valores satisfatórios (maiores 6,6) para as mulheres dos três municípios que utilizavam as Unidades Básicas de Saúde como fonte regular de atenção à saúde. Sendo que para o município de Silves o domínio “Coordenação Sistema de Informação” também foi avaliado como satisfatório. A comparação dos escores essenciais médios entre municípios indica que não houve diferença significativa. Sendo a maior diferença registrada entre os municípios de Itapiranga e Urucurituba (3,75) e a menor entre os municípios de Silves e Urucurituba (1,35). Este estudo demonstrou os limites e desafios da Atenção Primária a Saúde da Mulher nestes municípios, reforçando a importância de processos avaliativos como instrumentos de melhor gerenciamento das políticas públicas em saúde.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Avaliação em Saúde e Saúde da Mulher.

1. INTRODUÇÃO

O Programa Federal Território da Cidadania (2008) está embasado no Território-Processo, no sentido de contemplar um conjunto de municípios com características econômicas e ambientais comuns e identidade social e cultural, buscando um envolvimento da sociedade civil na gestão do Território, tendo como eixos estratégicos ações na área de educação, saúde, cultura e documentação pessoal. (BRASIL, 2008)

Neste sentido o Programa Saúde e Cidadania, do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Amazonas, trabalha em três municípios do Território da Cidadania Manaus e Entorno, os municípios de Silves, Itapiranga e Urucurituba, pois são os que apresentam, segundo dados do IBGE (2010), os piores indicadores de incidência de pobreza e desigualdade social. (BRASIL, 2008)

O Programa Saúde e Cidadania busca a construção de uma rede social de promoção da saúde através da atuação em eixos estratégicos, definidos devido sua importância epidemiológica na perspectiva amazônica. Um destes eixos é a Saúde da Mulher, pois mesmo o Brasil sendo um dos primeiros países a utilizar o exame Papanicolau para detecção do câncer do colo uterino, pesquisas recentes demonstram que este câncer ainda é um problema de saúde pública. Estas pesquisas também sugerem que as adoções de medidas de promoção da saúde, de organização dos programas de rastreamento para detecção precoce das lesões são importantes instrumentos para redução dos casos. (CORRÊA & VILLELA, 2008; NOBRE & NETO, 2009;)

Estas ações, assim como o acompanhamento pré-natal, são de competência da Atenção Primária a Saúde (APS), que deve ser a coordenadora do acesso aos cuidados, de forma articulada com os serviços e ações. Para atingir seus objetivos, os processos avaliativos são importantes mecanismos, pois emitem uma opinião sobre os efeitos de um conjunto de estruturas, organizadas em um dado contexto e momento, na busca de resolução da situação problema. Ao realizar uma avaliação da Atenção Primária a Saúde da Mulher nestes municípios permite-se a análise do contexto em que este nível de atenção está inserido, refletindo sobre seus vários fatores e/ou atores envolvidos. (HARTZ & SILVA, 2005)

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar a Atenção Primária a Saúde da Mulher em idade reprodutiva nos municípios de Silves, Itapiranga e Urucurituba.

2.2. Objetivos específicos

- Avaliar a atenção primária a saúde da Mulher em idade Reprodutiva dos três municípios, considerando os 10 componentes relacionados aos atributos da atenção primária a saúde determinados pelo PCATool Versão adulto.
- Comparar a atenção primária a saúde da Mulher entre os três municípios com base nos escores definidos pelo PCATool Versão adulto.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1. A Atenção Primária à Saúde no Brasil

Em 1978, na Conferência Mundial de Alma Ata discutiu-se as diretrizes para a implantação da Atenção Primária a Saúde (APS), como estratégia principal para o alcance do objetivo de saúde para todos no ano 2000, como descrito no trecho da sua declaração:

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.” (OMS, 1978)

No Brasil, até a década de 70 tem-se a organização da APS norteadas pela criação dos Centros de Saúde, pela implantação de programas como o de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento para o financiamento de Unidades Básicas de Saúde (UBS) em municípios de pequeno porte. E, para os grandes centros foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde que resultou no Plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária que visava maior participação e menor centralização. Esse Plano na década de 80 culminou no programa de Ações Integradas de Saúde (AIS). (LUPPI *et al*, 2011)

É nesse contexto de AIS que surge em 1983 o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que a partir de então deixa de abordar a saúde da mulher exclusivamente na relação materno-infantil e busca assistir a mulher em todas as etapas da vida. Esse Programa destaca a epidemiologia, prevenção e tratamento de doenças ginecológicas incluindo as sexualmente transmissíveis (DST) e a assistência às mulheres vítimas de violência. (MS, 2012)

Sabe-se que a sistematização APS por Starfield (1992) é a adotada pelo Ministério da Saúde. De acordo com Starfield pode-se conceituar quatro atributos essenciais dos serviços de APS. Primeiro, *acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde* pelo qual tem-se “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.” (STARFIELD, 2001; MS - Manual PCATool, 2010).

O Segundo, *longitudinalidade* que preza pela “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.” (MS - Manual PCATool, 2010).

O Terceiro, *integralidade* que abrange o “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.” (MS - Manual PCATool, 2010)

Por fim, o quarto, *coordenação da atenção* que “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.”(MS - Manual PCATool, 2010)

Além dos quatro atributos essenciais tem-se três atributos derivados que qualificam as ações dos serviços de APS (STARFIELD, 2001) a saber: *atenção à saúde centrada na família (orientação familiar)* “direcionada 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” (MS - Manual PCATool, 2010); *orientação comunitária* caracterizada pelo “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”(MS - Manual PCATool, 2010); *competência cultural* que reza pela “adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.” (MS - Manual PCATool, 2010).

3.2. Avaliação da Atenção Primária à Saúde

Segundo Pinheiro *et al* (2008) o processo de incorporação da avaliação no cotidiano do Sistema Único de Saúde , principalmente na Atenção básica é um instrumento de construção de práticas e saberes que identificarão as “*as demandas , perspectivas e limites a serem superados.*” O resultado destes processos avaliativos colaboram para a implantação de programas e melhor direcionamento dos recursos da saúde.

Szwarcwald *et al* (2006) afirma que questionários usados para avaliar serviços de saúde, principalmente aqueles que captam a experiência do usuário, são ideais para medir a qualidade dos serviços prestados e para basear decisões que abordam necessidades. Portanto, avaliação tem um papel norteador no planejamento e execução de ações. Além disso, possibilita o diagnóstico situacional da população avaliada quanto a aspectos econômicos, socioculturais e quanto à utilização dos serviços de saúde, permitindo assim, possíveis comparações regionais.

Destacam-se, na literatura nacional e internacional dois instrumentos de cunho quantitativo: AMQ (Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família) e o PCATool (Primary Care Assessment Tool). O AMQ é um instrumento auto-

avaliativo da Estratégia Saúde da Família que foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde. Este possui cinco dimensões (Desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família, Coodenação Técnica das Equipes, Unidades Saúde da Família, Consolidação do modelo de atenção e Atenção à saúde) e 25 subdimensões. O PCATool é um instrumento que fora desenvolvido por Starfield (1992) que tem por objetivo de avaliar o grau de orientação à APS por meio de seus atributos. Sendo assim, esse instrumento possui versões que podem ser aplicadas ao profissional de saúde ou ao usuário que ao final convergem para o somatório dos escores de atributos que resulta no escore geral (cálculo baseado na escala tipo Likert) caracterizando assim a orientação desse serviço. (BRASIL,2005; HARZHEIM *et al*, 2010)

No Brasil, foi aplicado o instrumento PCATool em alguns estudos de avaliação da APS. Estes estudos mostram que o PCATool com relação os demais instrumentos quantitativos é a estratégia mais eficaz de se medir e comparar a APS em âmbito local, regional, estadual e até mundial. Por isso foi escolhido como metodologia para o presente estudo, que abrange três municípios do estado do Amazonas, dentro das especificidades loco regionais. (Almeida, Macinko, 2006; Chomatas, 2009;Cunha, 2006;)

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1. Caracterização do Objeto:

Em 2008, o Governo Federal criou o Programa “Território da Cidadania” que tem como objetivo geral a superação da pobreza e a geração de trabalho e renda nestes municípios a partir da universalização de programas básicos de cidadania e ampliação da participação social. (BRASIL, 2008).

No Estado do Amazonas são seis Territórios da Cidadania, sendo o Território Manaus e entorno composto por 13 municípios. O Programa Saúde e Cidadania escolheu atuar nos municípios de Silves, Itapiranga e Urucurituba, e este projeto avaliou a Atenção Primária à Saúde da Mulher, considerando que estes municípios apresentam as carências das cidades ribeirinhas amazônicas, como: deficiências de infraestrutura e dificuldade de estabelecimento de recursos humanos, principalmente profissionais médicos, que dificulta uma APS eficiente.

4.2. Tipo de Estudo:

Este será um estudo do tipo transversal, de caráter exploratório e abordagem quantitativa.

4.3. Dados Primários:

Foi utilizado o Instrumento PCATool (2010) Versão Adulto , para avaliar a Atenção Primária a Saúde da Mulher nos Três municípios. A versão adulto deste instrumento foi validada para o Brasil e é composta por 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS.(1. Grau de Afiliação com Serviço de Saúde ; 2. Acesso de Primeiro Contato – Utilização; 3. Acesso de Primeiro Contato/Acessibilidade; 4. Longitudinalidade; 5. Coordenação/Integração de Cuidados ;6.

Coordenação/Sistema de Informações; 7. Integralidade /Serviços Disponíveis; 8. Integralidade/ Serviços Prestados; 9. Orientação Familiar; 10. Orientação Comunitária).

4.4. Amostra de usuários:

Para determinação da amostra de mulheres, admitiu-se a população total de mulheres de cada município separadamente, com base nos dados do Censo IBGE 2010 e considerou-se o número de mulheres em idade reprodutiva como estimativa de prevalência (π). Usou-se como base no cálculo da equação da população finita, e definiu-se a amostra com base na equação da População finita, como vemos no quadro a seguir:

Municípios	População Total de Mulheres IBGE, 2010	Número de Mulheres em idade reprodutiva (15 a 44 anos) IBGE, 2010	π prevalência % convertida à fração	Nível de confiança	Erro absoluto	Amostra de usuários
Itapiranga	3912	1797	45%(0,45)	95%	5%	315
Silves	3946	1652	42%(0,42)	95%	5%	306
Urucurituba	8308	3689	44%(0,44)	95%	5%	344

QUADRO 1: Amostra de usuários

4.5. Coleta de Dados:

A coleta dos dados foi realizada no período setembro a dezembro de 2012, pelos acadêmicos com a supervisão das professoras coordenadoras do projeto, durante as viagens para os três municípios dentro do cronograma do Programa Saúde e Cidadania. Para a aplicação dos questionários a amostra foi não probabilística por conveniência, sendo então de pessoas ao alcance do pesquisador, dispostas a responder a um questionário, de mulheres de 15 a 44 anos, fora dos espaços dos serviços de saúde. Para aleatorização da amostra as entrevistas foram realizadas durante os encontros de mulheres dos municípios e nas Feiras da Saúde, previstos nas atividades de Promoção da Saúde do Programa. Estes encontros contaram com a participação de mulheres de todos os bairros da cidade, inclusive as comunidades ribeirinhas da zona rural dos municípios. Neste encontros as entrevistas foram por livre-demanda, as mulheres que chegaram e aceitaram responder foram entrevistadas e participaram da pesquisa.

4.6. Análise dos dados:

A análise dos dados respeitou as determinações do Manual do PCATool versão Adulto, que define a atribuição de escores para as 10 dimensões de análise e o cálculo dos escores segundo a escala Likert, esta escala permite ao sujeito da pesquisa, quando questionado, a indicação de mais ou menos acordo dentre cinco respostas possíveis.

Assim, após a configuração dos dados em uma escala de 0 a 10, foram realizados cálculos dos escores por município, assim como, cálculos comparativos entre os municípios.

É importante destacar que a amostra foi submetida a testes estatísticos para verificar o padrão de distribuição das observações, testes estes descritos abaixo.

4.6.1. Análise estatística dos resultados

4.6.1.1. Teste de Shapiro-Wilk de Normalidade

O teste Shapiro-Wilk, proposto em 1965, testa duas hipóteses

$$\begin{cases} \mathcal{H}_0 : \text{A amostra provém de uma população gaussiana} \\ \mathcal{H}_1 : \text{A amostra não provém de uma população gaussiana} \end{cases}$$

segundo a fórmula estatística:

$$W = \frac{b^2}{\sum_{i=1}^n (x^{(i)} - \bar{x})^2},$$

Decidindo rejeitar H_0 , ao nível de significância α se $W < W\alpha$ (o valor crítico da estatística W de Shapiro-Wilk).

4.6.1.2. Teste de Diferença de Médias em Grandes Amostras de Populações Independentes

O teste para diferença de médias em grandes amostras de populações independentes admite que as variáveis de interesse envolvidas no estudo tenham distribuição gaussiana. E então, testa as hipóteses: H_0 , denominada hipótese nula representando a homogeneidade das populações e H_1 , hipótese alternativa que representa a diferença entre as médias populacionais.

Com distribuição aproximadamente gaussiana padrão $N(0, 1)$, sob H_0 . Neste caso, a hipótese nula é rejeitada se o valor absoluto da estatística Z for maior que $z(1 - \alpha/2)$, o quantil de ordem $(1 - \alpha/2)$ da distribuição $N(0, 1)$ com α ($0, 1$) sendo a probabilidade de cometer o erro de rejeitar H_0 sendo a hipótese verdadeira. α também é conhecido como nível de significância do teste e é estabelecido previamente pelo pesquisador do estudo. Assim, será estabelecido $\alpha = 0.05$, ou seja, o erro de tomar a decisão de rejeitar a hipótese de homogeneidade entre as médias populacionais sendo ela verdadeira terá probabilidade igual a 5%.

4.7. Considerações éticas

Todos os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos e a relevância social da pesquisa, cabendo a cada um incluir-se ou ausentar-se, como assim julgar. Cada sujeito da pesquisa assinou um termo de consentimento livre e esclarecido. Este Projeto foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da UFAM segundo o Parecer número 88.975 de 04/09/2012, respeitando o disposto na resolução n.º 196 / 96, do conselho nacional de saúde.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A tabela abaixo sintetiza o quantitativo da coleta de dados com relação ao total de instrumentos e respectivos municípios onde foram aplicados. Ponderando-se ainda o quantitativo de questionários os quais as usuárias entrevistadas referenciam quanto à utilização e vínculo a APS do seu município (objetivo da pesquisa em questão) e quando referenciam outro serviço que não a APS do município.

MUNICÍPIO	REFERENCIARAM A APS DO MUNICIPIO	REFERENCIARAM OUTRO SERVIÇO QUE NÃO A APS DO MUNICIPIO*	TOTAL DE INSTRUMENTOS APLICADOS**
SILVES	246	63	309
ITAPIRANGA	271	49	320
URUCURITUBA	340	35	375

*Refere-se ao quantitativo de instrumentos os quais as usuárias utilizam o serviço de outro município ou se utilizam o serviço de saúde do município não possui grau de filiação com a APS. O grau de filiação foi definido de acordo com as orientações presentes no questionário considerando as três questões iniciais do PCATool referentes à utilização e vínculo de determinado serviço referenciado pela usuária entrevistada.

**Refere-se ao numero de instrumentos não descartados pela equipe quando em algum erro de aplicação. Refere-se aos dados tabulados.

Segundo o Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - Primary Care Assessment Tool PCATool - Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010) os atributos da APS podem ser avaliados separadamente, apesar de estarem intimamente inter-relacionados. Neste sentido, os serviços da atenção básica e a prática assistencial individual ou coletiva só se configuram como “ideal”, do ponto de vista biopsicossocial, quando consegue satisfazer todos os atributos da APS. Assim, a avaliação desse nível de atenção se configura como peça chave na identificação da presença e extensão dos atributos e o quão perto o serviço tem conseguido chegar próximo a esse “ideal”.

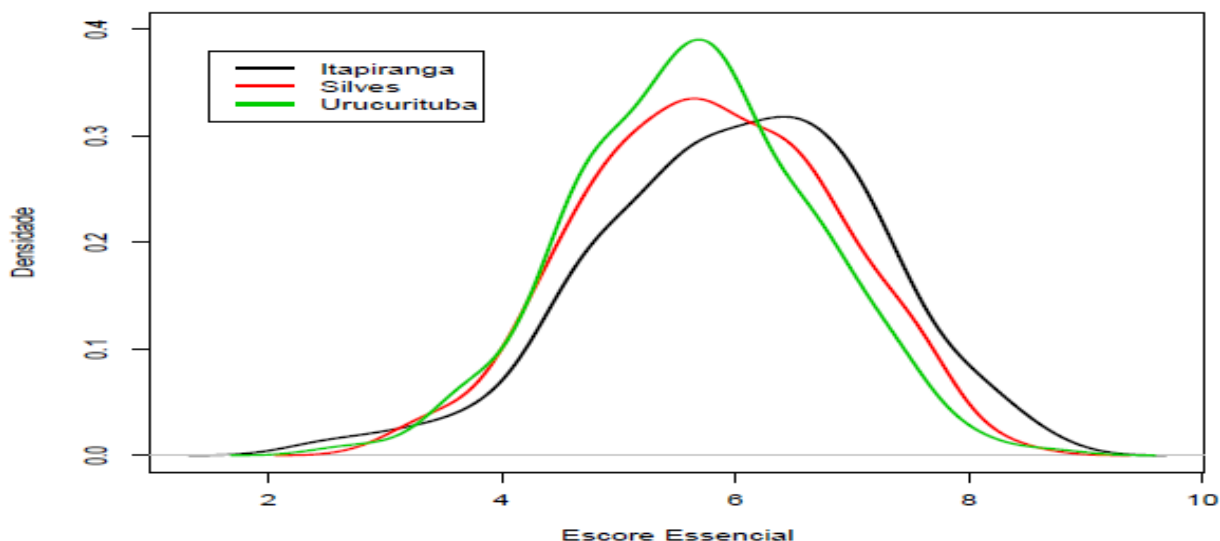


FIGURA 1: Densidade do Escore Essencial por Município

A Figura 1 apresenta o comportamento das densidades dos escores essenciais nos municípios de Itapiranga, Silves e Urucurituba, cujos escores médios (desvios-padrão) são 6.0 (1.17), 5.8 (1.06) e 5.6 (1.02), respectivamente.

Como os tamanhos amostrais são relativamente grandes, ou seja, há uma grande quantidade de questionários aplicados em cada município e, de acordo com a Figura 1, as densidades empíricas convergem em distribuição para uma gaussiana. Então utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk para a hipótese de que os escores essenciais dos municípios têm

distribuição gaussiana. Os testes tiveram como estatísticas (p-valor) dadas por 0.9905 (0.08) para Itapiranga; 0.9944 (0.50) para Silves e 0.9982 (0.99) para Urucurituba evidenciando a um nível de significância de 95% que os escores essenciais destes municípios seguem uma distribuição gaussiana. Com as evidências obtidas do teste de Shapiro-Wilk este estudo requer a comparação dos escores médios entre os municípios. Portanto, são realizados os testes para diferença de médias utilizando a distribuição gaussiana.

Na comparação entre os escores por domínio em cada município (Itapiranga, Silves e Urucurituba) geraram os resultados apresentados na Tabela 2.

A comparação dos escores essenciais médios entre municípios estão apresentados na Tabela 1. Os valores em negrito significam que o valor absoluto da estatística de teste foi inferior ao quantil teórico da distribuição $N(0, 1)$, $z_{0.975} = 1.96$, neste caso as evidências indicam que não houve diferença significativa entre os escores médios nas duas tabelas.

Tabela 1: Estatística de teste na comparação dos escores essenciais médios entre os municípios de Itapiranga, Silves e Urucurituba.

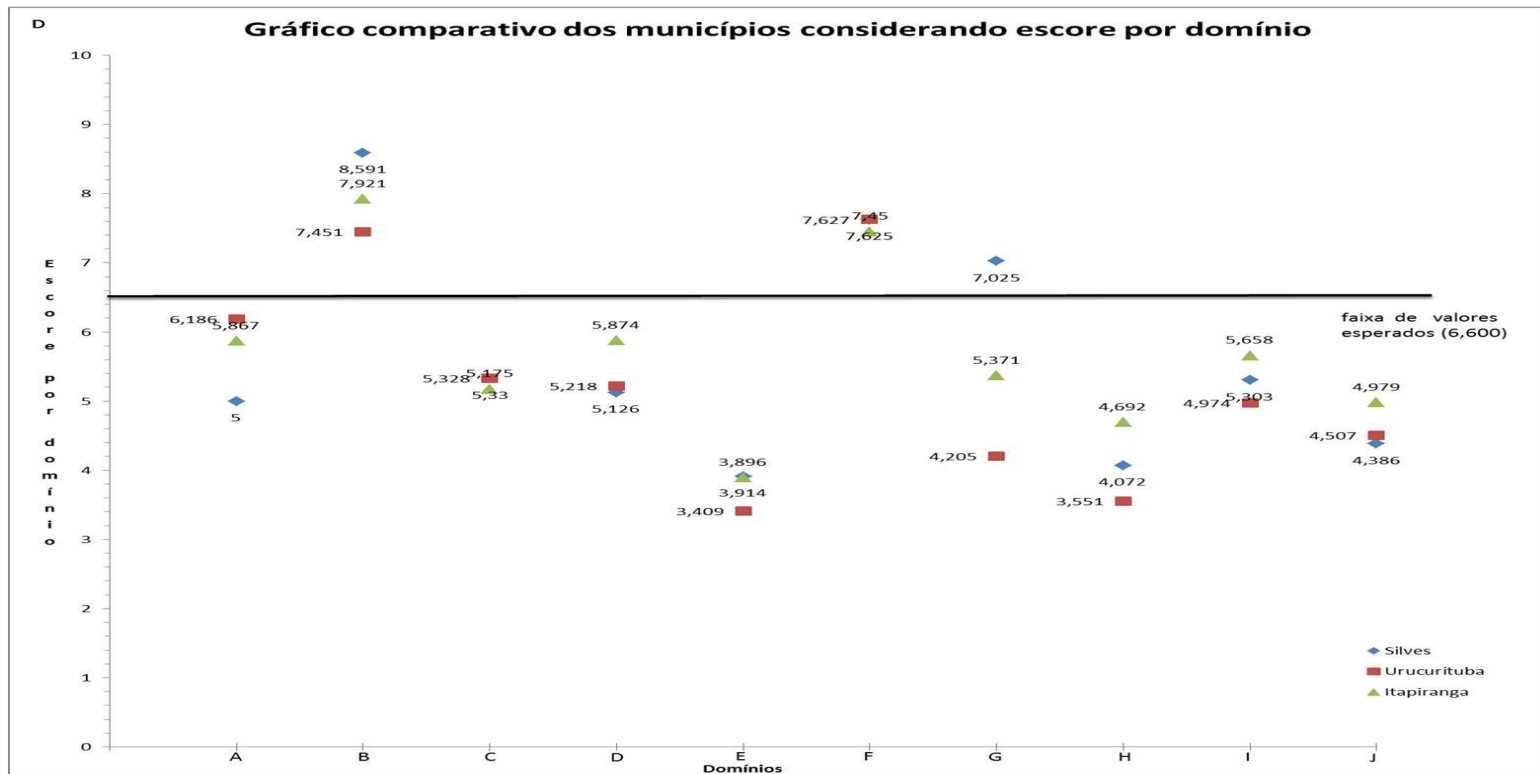
Itapiranga com Silves	2.34
Itapiranga com Urucurituba	3.75
Silves com Urucurituba	1.35

Note que a diferença significativa evidenciada no teste de diferença de médias na Tabela 1 entre Itapiranga e Urucurituba que pode ser observada na Figura 1.

Tabela 2: Estatística de teste na comparação dos escores médios por domínio para os municípios de Itapiranga, Silves e Urucurituba.

Itapiranga									
Z	B	C	D	E	F	G	H	I	J
A	-9.25	3.78	-0.04	7.65	-7.08	2.38	4.91	0.79	3.65
B		17.71	11.98	20.61	2.34	13.79	14.75	9.27	13.20
C			-6.03	6.94	-14.45	-1.44	2.70	-2.30	1.07
D				10.96	-9.10	3.28	6.12	0.98	4.53
E					-17.68	-6.56	-1.78	-5.88	-3.17
F						11.12	12.50	7.29	11.00
G							3.30	-1.24	1.87
H								-3.71	-1.19
I									-4.02
Silves									
Z	B	C	D	E	F	G	H	I	J
A	-15.62	-1.63	-0.59	1.62	-10.81	-0.12	3.70	-1.09	2.54
B		21.59	21.05	20.71	4.77	21.05	21.30	13.58	20.84
C			1.67	4.52	-13.51	2.38	6.95	0.13	5.60
D				2.97	-13.73	0.60	5.48	-0.79	4.09
E					-14.51	-2.31	2.55	-2.77	1.15
F						13.95	15.72	9.13	14.98
G							4.85	-1.21	3.45
H								-4.70	-1.39
I									-5.47
Urucurituba									
Z	B	C	D	E	F	G	H	I	J
A	-6.39	5.86	6.08	17.13	-7.49	11.53	13.98	5.63	8.83
B		13.72	13.37	23.98	-0.89	18.13	19.99	11.21	14.97
C			1.08	18.79	-15.57	9.37	12.45	2.01	5.67
D				14.87	-15.02	7.49	10.70	1.31	4.51
E					-26.11	-5.36	-0.37	-7.98	-6.50
F						19.79	21.51	12.28	16.33
G							3.88	-3.88	-1.77
H								-6.69	-5.10
I									-7.59

Para o escore dos atributos, assim como para os escores essenciais e gerais foi considerado alto escore maiores ou iguais a 6,6, que representa respostas maiores ou iguais a 3 na Escala Likert, escala utilizada pelo questionário para o cálculo dos escores. (OLIVEIRA, 2007)



O domínio “A” do instrumento PCATool corresponde ao Grau de Filiação que foi definido de acordo com as orientações presentes no questionário e considerou-se as três questões iniciais referentes à utilização e vínculo ao serviço, eleito por ela para os cuidados de sua saúde e também de sua família. O Gráfico comparativo dos municípios evidenciou baixo escore por domínio em todos os municípios (abaixo do valor mínimo esperado: 6,6). Com destaque neste domínio o município de Silves é o mais distante, 1,6 unidades abaixo do valor esperado. As causas que podem ser apontadas para isso, possivelmente, são: a falta de vínculo com o serviço, uma particularidade da realidade no interior do Amazonas devido a grande rotatividade de médicos e outros profissionais de saúde, contribuindo para a fragilização da APS (SUSAM, 2009). O vínculo se configura pelas relações de confiança mútua, respeito, aceitação e confidencialidade da relação profissional de saúde - usuário, fundamental à adesão ao tratamento (Bordin, 1994; Sousa, 2009)

Ao analisar as questões de vínculo, acesso e utilização dos serviços de saúde, no interior do Amazonas, foi possível evidenciar as dificuldades impostas pelo isolamento geográfico, realidade de municípios e comunidades ribeirinhas nos quais, muitas vezes, o acesso depende da via fluvial. Portanto, ao planejar saúde para essas regiões têm-se que considerar essas peculiaridades, afinal, como descreve Scherer:

“... a lógica temporal é aliada a uma racionalidade espacial e regida por relações sociais particulares. As preocupações da vida cotidiana dos ribeirinhos são determinadas pelas cheias/vazantes dos rios, pelo

sol, e pela chuva, pelos dias e noites. O tempo é definido pela natureza e pela cultura, pelos mitos e tradições.” (SCHERER, 2004)

Com relação ao domínio B, Acesso de Primeiro Contato – Utilização, considerado a “porta de entrada” do sistema, que se configura como um elemento estrutural fundamental no uso do serviço (CUNHA & GIOVANELLA, 2011). Espera-se avaliar, neste domínio, se o médico/enfermeiro é o primeiro a ser procurado para uma consulta de revisão; se o serviço referido é o primeiro local que a entrevistada procuraria caso possuía um problema de saúde e se este serviço faz a referência à média e alta complexidade. Na avaliação em questão todos os municípios ficaram com escore acima do valor de referência 6,6 com destaque para Silves com escore de 8,591, maior nota obtida em todas as observações. Esses valores podem sugerir uma boa organização do acesso à rede de atenção à saúde, com início na APS. Entretanto, o valor pode ser questionado, dado que a APS, na maioria dos municípios, é o único serviço ofertado ao usuário, e a média e a alta complexidade se concentra na capital Manaus.

O domínio C, Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade, busca captar a capacidade do serviço de saúde em atender seus usuários com agilidade quando eles têm doença aguda, agudização de um problema crônico, dúvidas sobre saúde e/ou tratamentos, inclusive por telefone ou fora do horário habitual de funcionamento da unidade de saúde. O domínio verifica ainda se é fácil marcar horário para uma consulta médica, de revisão ou check-up, e também o tempo de aguardo na sala de espera. Para este domínio os três municípios, de maneira homogênea, se afastam do valor ideal em média 1,255 unidades, demonstrando uma ineficiência da acessibilidade.

No domínio D, Longitudinalidade, o município de Itapiranga é o que mais se aproxima do valor ideal, distanciando apenas em 0,760 unidades, enquanto os municípios de Urucurituba e Silves se afastam em, aproximadamente, 1,428 unidades. Este atributo está intimamente relacionado com a continuidade do cuidado, que é subdividida em três tipos segundo Haggerty *et al.* (2003): continuidade informacional que diz respeito à referência e contra-referência, não apenas da condição clínica do paciente como também das preferências, valores e contexto do paciente; continuidade gerencial, fundamental nas doenças complexas ou crônicas que envolvem diferentes atores e serviços de saúde; continuidade relacional, as relações terapêuticas entre o usuário e profissionais da saúde que oferece, a segurança de continuidade do cuidado.

Neste domínio, uma questão em destaque é se o mesmo médico ou enfermeiro atende a usuária todas as vezes, e a maioria das respostas foi “Com certeza não”, reforçando a questão já mencionada da dificuldade de fixar profissionais da saúde, principalmente o médico, em municípios do interior do estado, fragilizando o estabelecimento de vínculo e laços de confiança, preciosos à relação médico-paciente.

Outra questão em destaque é se há tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas e se ela se sente confortável para se expressar em consulta. Tais perguntas remetem à empatia descrita por vários autores como Da Costa & De Azevedo (2010) refletindo a sensibilização do médico frente às experiências vividas e revividas pelo paciente. Estes autores para melhor caracterizar a empatia citam a frase de Ambroise Paré: *“curar ocasionalmente, aliviar frequentemente e consolar sempre”*. Para Halpern (2001) a empatia, na relação médico-paciente é ferramenta essencial no estabelecimento do elo de confiança que permite o paciente se sentir mais seguro para relatar seus problemas, sintomas e dúvidas.

Por fim, neste domínio, é questionado há um “médico/enfermeiro” que é responsável pela sua saúde, que a conhece mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde. Dessa forma, busca-se avaliar se o médico ou enfermeiro tem uma abordagem baseada no modelo biomédico ou no modelo

biopsicossocial, que considera os Determinantes Sociais em Saúde no processo saúde-doença (DE MARCO, 2006).

O domínio E, Coordenação – Integração do Cuidado, é o que apresenta menores valores. Silves e Itapiranga se distanciam em aproximadas 3,695 unidades do valor ideal e o município de Urucurituba registra o menor valor, distanciando 3,191 unidades. Este domínio aborda questões relacionadas às consultas com especialistas, no período em que a paciente foi acompanhada pelo serviço de saúde, médico ou enfermeiro de referência, objetivando avaliar referência e contra-referência na rede de atenção à saúde. O baixo escore para esse domínio se deve a duas razões: o grande número de respostas negativas, muitas mulheres nunca foram consultadas por um especialista; e a deficiência dos mecanismos de referência e contra-referência, principalmente a contra-referência. A referência e contra-referência está ligada, principalmente, aos atributos Coordenação e Integralidade da APS que referem-se à articulação entre os níveis de assistência, sejam eles na esfera pública e/ou na privada. Esta coordenação dos cuidados busca atenção integral ao paciente, por meio de ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco e agravos, assistência aos danos e reabilitação. (HORTALE, 2004; CAMPOS, 2003).

De maneira homogênea os valores do domínio F, Coordenação - Sistema de Informação, se encontram acima do valor mínimo esperado com distanciamento positivo médio de 0,967 unidades. A Coordenação compreende a continuidade do atendimento pelo profissional de referência e/ou por meio de prontuários médicos, requer o reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado na atenção holística ao paciente. Segundo Gérvas (2006) os fatores que impactam sobre a Coordenação são: o papel dos médicos generalistas de gerenciar o caminho terapêutico do usuário; o maior prestígio e reconhecimento profissional; e o aumento dos recursos e serviços destinados a esse nível de atenção, caracterizado por comportar grande resolubilidade das questões da saúde.

No domínio G, Integralidade – Serviços Disponíveis, apenas o município de Silves está acima do valor mínimo esperado distanciando em 0,425 unidades positivamente, enquanto os outros municípios estão abaixo do valor esperado, Itapiranga 1,229 unidades e Urucurituba 2,395 unidades. O domínio é composto por 22 itens que devem compor os serviços prestados pela APS, por exemplo: vacinas; tratamento dentário; planejamento familiar; orientações sobre métodos anticoncepcionais; tratamento e/ou aconselhamento para o uso prejudicial de drogas; aconselhamento para problemas de saúde mental; cuidados pré-natais; exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau); e aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento. Esses serviços se associam à prevenção de doenças e promoção da saúde com equidade e qualidade. (PAIM & ALMEIDA FILHO, 1998)

Para o domínio H, Integralidade - Serviços Prestados, os municípios estiveram abaixo do esperado: Silves 1,908 unidades, Itapiranga 2,528 unidades e, o mais distante, Urucurituba 3,049 unidades. Este domínio engloba esclarecimentos durante as consultas, entre eles: alimentação saudável, qualidade do sono; segurança no lar; armazenamento de medicamentos com segurança; prática de exercícios físicos apropriados para a paciente; possíveis exposições a substâncias nocivas à saúde; porte e armazenamento de arma de fogo; e prevenção de osteoporose .

No domínio I, Orientação Familiar, os municípios distanciaram negativamente do valor mínimo esperado: Itapiranga 0,942 unidades, Silves 1,297 unidades e Urucurituba 1,626 unidades. O domínio aborda três pontos: o planejamento participativo no tratamento e cuidado à saúde; o conhecimento do genograma da usuária; e a participação ativa do médico no cotidiano familiar. Oliveira *et al.* (2010) em seu estudo concluiu que a

orientação familiar é peça chave no prognóstico terapêutico, bem como nos resultados esperados e na redução do tempo da terapia.

Todos os municípios, no domínio J, Orientação Comunitária, ficaram abaixo do valor mínimo esperado: Itapiranga 1,621 unidades, Urucurituba 2,093 unidades e Silves 2,214 unidades. Este domínio é composto por questões que abrangem a atuação dos profissionais na comunidade, o conhecimento do serviço de saúde sobre o perfil epidemiológico das áreas de abrangência, além da participação comunitária e da avaliação do serviço pela comunidade. Neste contexto Curto *et al.* escreve:

“Os profissionais de saúde devem incorporar ao processo de trabalho ações voltadas para a sensibilização e participação da sociedade organizada, e é preciso que internalizem a necessidade da participação dos usuários nas discussões locais de controle da doença, pois, dessa forma, torna-se possível avaliar não só o serviço prestado, como também levantar as necessidades de saúde da população local.” (CURTO *et al.*, 2010)

Por fim, em uma visão geral, o município que mais apresentou valores acima do esperado foi o município de Silves nos domínios B, F e G, em contrapartida os municípios de Itapiranga e Urucurituba apresentaram apenas 2 valores acima, domínios B e F. De maneira comparativa entre os municípios os menores valores comparados foram apresentados pelo município de Urucurituba, 5 domínios, e os maiores valores obtidos pelos municípios de Silves e Itapiranga, 4 domínios cada.

6. CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que o PCATool versão adulto foi um instrumento que conseguiu captar os limites e desafios da Atenção Primária a Saúde da Mulher em municípios amazônicos, reforçando a importância de processos avaliativos como instrumentos de melhor gerenciamento das políticas públicas em saúde.

Por fim, cabe ressaltar que o estudo conseguiu traçar um panorama da Atenção Primária a Saúde destes municípios e demonstrou a problemática da prática assistencial e da dificuldade de interlocução do usuário e os serviços de saúde. Estes resultados apresentados aos gestores buscam fomentar uma discussão pautada na evidência científica que sistemas de saúde com APS estruturadas são mais efetivos na promoção da saúde e na prevenção das doenças.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2006.
2. Bordin, E.S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: new directions. In Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (Eds.), *The working alliance, theory, research, and practice*, Florida: Irving B. Weiner. pp 13-37.
3. BRASIL, MS - Pacto pela Saúde – Política Nacional de Atenção Básica. Volume 4. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021. Acesso em: 16/08/2012.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z. Garantindo saúde nos municípios/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de saúde. 3ª Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família: Documento técnico. Brasília, Ministério da Saúde, 2005. Acesso em: 17/08/2012.
6. 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 / Secretaria de Atenção em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.80 p.
7. BRASIL.Territórios da Cidadania permitem voz e vez aos que mais precisam de oportunidades. *Revista Brasileira Saúde da Família*. v.18.p. 14-25.2008.
8. CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Cien Saude Colet**, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.
9. Chomatas VER. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre. UFRGS, 2009.
10. Correa, D.A.D ; Villela, W V. O controle do câncer do colo do útero: desafios para implementação de ações programáticas no Amazonas, Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2008, vol.8, n.4, pp. 491-497.
11. Cunha CRH. Percepção da Qualidade da Atenção à Saúde Infantil pelos Médicos e Enfermeiros: Comparação entre o Programa de Saúde da Família e o modelo tradicional. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre. UFRGS, 2006.
12. DA COSTA, Fabrício Donizete; DE AZEVEDO, Renata Cruz Soares. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo.**Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 2, p. 261-269, 2010.

13. DA CUNHA, Elenice Machado; GIOVANELLA, Ligia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1029-1042, 2011.
14. DE MARCO, Mario Alfredo. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Rev Bras Educ Med [serial na Internet]**, p. 60-72, 2006.
15. GÉRVAS, Juan; RICO, Ana. Innovación en la Unión Europea (UE-15) sobre la coordinación entre atención primaria y especializada. **Medicina clínica**, v. 126, n. 17, p. 658-661, 2006.
16. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ [periódico da Internet]* 2003; 327: [cerca de 3 p.]. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/327/7425/1219.full> . Acesso em: 04/08/2013.
17. Halpern J. *From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice*. New York:Oxford University Press; 2001.
18. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Alvarez-Dardet C, Stein AT: Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. *Cad Saude Pública* 2006, 22:1649-1659.
19. HARZHEIM, E. et al. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool-Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
20. Hortale VA. Fórum: a integralidade na perspectiva da formação, das práticas e da avaliação em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1398-9.
21. LUPPI, C. G.; CAMPAGNONI, M.A.; SIMOES, O. ; PINHO, W.P. . Atenção Primária à Saude. In: Nelson Ibanes, Paulo Eduardo Mangeon Elias, Paulo Henrique d'ângelo Seixas. (org.). Política e gestão pública em saúde. 1ed. São Paulo: Hucitec/São Paulo, 2011, v. 1, p. 332-353.
22. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Políticas de Assistência à Mulher. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-da-mulher> . Acesso em 16/08/2012.
23. OLIVEIRA, Cristiane Moço Canhetti de et al . Familiar counseling and its effects on childhood stuttering. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v. 15, n. 1, 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342010000100019&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Aug. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342010000100019>.
24. OLIVEIRA, Mônica Maria Celestina de. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agragada. 2007.
25. PAIM, J.S. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
26. PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas. **Rev saúde pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

27. PINHEIRO R, SILVA Jr. A, MATTOS R. Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2008.
28. PRIMO, W. Q. S. P.; GARRAFA, Volnei. Análise ética da revelação do diagnóstico e tratamento em pacientes com câncer genital ou mamário. **Rev Assoc Med Bras**, v. 56, n. 4, p. 397-402, 2010.
29. SCHERER, Elenise. Mosaico terra-água: A vulnerabilidade social ribeirinha na Amazônia–Brasil. In: VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, Coimbra. 2004. p. 16-18.
30. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM); Departamento de Atenção Básica e Ações Estratégicas: Plano Preliminar de Ação para a Redução da Mortalidade Infantil do Estado do Amazonas. Manaus, AM: SUSAM, 2009.]
31. SOLLA, Jorge José Santos Pereira. "Protege" no sistema de saúde municipal. **Rev.Bras. Saúde Mater. Infantil.** , Recife, v.5, n. 4, dezembro de 2005. Disponível a partir do <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292005000400013&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 04/08/2013.
32. SOUSA, Jorge Alberto Carrulo de. Aliança terapêutica em contextos de saúde: sua relação com a adesão terapêutica e com as crenças dos utentes face aos médicos e medicina. 2009.
33. STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.
34. STARFIELD, B. Primary Care: Concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press 1992.
35. SZWARCOWALD, C.L.; MENDONÇA, M.H.M, ANDRADE, C.L.T; Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):643-655, 2006.