

## Avaliação da Estratégia de Saúde da Família: relato de experiência do treinamento dos pesquisadores de campo



Vanessa Luzia Queiroz Silva<sup>1</sup>  
Aldaísa Cassanho Forster<sup>2</sup>  
Ana Gabriela Cecato<sup>3</sup>  
Daniela Maria Souto Marques<sup>4</sup>  
Bruno José Mendes Rezende<sup>4</sup>  
Isabela Ranieri Sillos<sup>4</sup>

Artigo Original

<sup>1</sup> Docente da Faculdade Atenas Passos

<sup>2</sup> Docente da Universidade de São Paulo

<sup>3</sup> Acadêmica de Medicina da UEMG

<sup>4</sup> Acadêmicos de Medicina da Faculdade Atenas Passos

Endereço para contato: [vanessaqueirozpsf@yahoo.com.br](mailto:vanessaqueirozpsf@yahoo.com.br)

### Resumo

*Este artigo trata do relato de experiência da equipe integrante de um estudo denominado "A qualidade da Atenção Primária a partir do Programa Mais Médicos: avaliação da Estratégia de Saúde da Família no município de Passos, MG, por usuários adultos". O mesmo enfatiza o processo de recrutamento, treinamento e realização de entrevistas, vivido pelos pesquisadores de campo e se propõe a prestar uma contribuição aos pesquisadores da área de avaliação de serviços de APS, especialmente aos que utilizam o instrumento de avaliação mencionado. O estudo tratou de diferentes etapas, iniciando-se pelo recrutamento de discentes do curso de medicina para pesquisadores de campo, além do treinamento dos mesmos, incluindo os temas: importância do estudo, seus objetivos, método, aspectos éticos e atribuições do pesquisador de campo e para cada discente recrutado foi disponibilizado um manual do pesquisador. Houve ainda o acompanhamento de dezenove entrevistas realizadas na área de abrangência de uma ESF. Como principais resultados atribuídos a este relato de experiência destaca-se que o treinamento dos pesquisadores de campo é uma estratégia básica para as pesquisas de inquérito domiciliar. Também é a garantia da qualidade, manutenção do rigor metodológico e se for adequadamente elaborado e replicado torna-se uma ferramenta indispensável para a redução de erros no desenvolvimento da pesquisa, evitando a perda de tempo e viabilizando o alcance dos seus objetivos.*

### Abstract

*This article deals with the experience report of the team that is part of a study entitled "The Quality of Primary Care from the More Medical Program: Evaluation of the Family Health Strategy in the city of Passos, MG, by adult users." It also emphasizes the recruitment, training and interviewing process experienced by field researchers and proposes to provide a contribution to researchers in the area of evaluation of PHC services, especially those using the evaluation tool mentioned. The study dealt with different stages, beginning with the recruitment of students of the medical course to field researchers, in addition to their training, including the following topics: study importance, objectives, method, ethical aspects and field researcher assignments and for each recruited student a researcher's manual was made available. There were also the follow-up of nineteen interviews carried out in the scope area of an FHT. The main results attributed to this experience report are that the training of field researchers is a basic strategy for household surveys. It is also the guarantee of the quality, maintenance of the methodological rigor and if it is properly elaborated and replicated becomes an indispensable tool for the reduction of errors in the development of the research, avoiding the loss of time and making possible the attainment of its objectives.*

### Introdução

No Brasil, a Atenção Básica (AB) representa o primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema de saúde. Ela sustenta-se no princípio da

integralidade, compreendida como a articulação de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde<sup>1,2</sup>.

O conceito desse campo de prática no restante do mundo é Atenção Primária à Saúde (APS) cuja noção inicial é atribuída ao Relatório Dawson, publicado em 1920 pelo Ministério da Saúde do Reino Unido<sup>3</sup> que ganhou força enquanto discurso de mudança nos sistemas de saúde e nos modelos assistenciais, na década de 1970, a partir da Conferência de Alma-Ata, em 1978<sup>4</sup>.

De acordo com as propostas de Alma-Ata, a Atenção Primária à Saúde é compreendida como função central do sistema nacional de saúde, integrando um processo permanente de assistência sanitária, que inclui prevenção, promoção, cura e reabilitação como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico, envolvendo a cooperação com outros setores para promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde<sup>5</sup>.

Nesse sentido, o conceito de APS defendido por Starfield<sup>6</sup>, como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, que se caracteriza pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais, vem sendo muito utilizado, inclusive pelo Ministério da Saúde brasileiro<sup>7</sup>.

Acredita-se que APS seja uma estratégia eficaz de melhoria dos resultados de saúde em virtude do aumento do acesso aos serviços básicos, pelo impacto resultante sob a justiça social e no processo de empoderamento das comunidades alvo. Entretanto, para serem efetivos, sistemas de APS devem ser baseados no conhecimento científico acumulado e utilizar métodos socialmente e culturalmente aceitos, que possam estar disponíveis para os indivíduos e as famílias na comunidade onde residam<sup>8</sup>.

Estudos sobre a efetividade da APS nos sistemas de saúde aumentaram muito a partir da década de 1990 com apresentação de evidências associadas à maior orientação e alinhamento conceitual dos serviços de APS e o aumento da efetividade dos sistemas de saúde, da promoção da equidade, da

satisfação dos usuários e da eficiência, mesmo em contextos de grandes iniquidades sociais e de desigualdades regionais<sup>9</sup>.

No Brasil, a mudança do modelo assistencial, orientado pela APS iniciou-se em meados dos anos 90, associado ao movimento de Reforma Sanitária, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e posteriormente do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, mais tarde elevado ao status de Estratégia<sup>10</sup>.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), desde sua origem foi adotada como modelo para a expansão, reorganização e fortalecimento da APS, como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS, mediante a ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das suas práticas e vem crescendo em número de equipes e cobertura populacional<sup>11</sup>.

Atualmente, existem 40.187 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que assistem 100,1 milhões de habitantes em 5.442 municípios brasileiros<sup>12</sup>.

Esse movimento de expansão da ESF, ocorrido principalmente a partir do início dos anos 2000 sofreu influências políticas nacionais e internacionais, filosóficas, empíricas e científicas, como resultados de estudos da temática APS, alavancados, principalmente, por Starfield<sup>3</sup>, que além de reunir publicações que comprovam a eficiência de sistemas de saúde baseados na APS, também organizou o conjunto de atributos próprios desse nível assistencial: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação (atributos essenciais) e os chamados atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural<sup>13</sup>.

Entretanto, diante da magnitude da ESF no sistema de saúde brasileiro, torna-se imprescindível uma produção rigorosa de conhecimento que possibilite avaliar a qualidade da atenção à saúde prestada à população, bem como a padronização dos serviços oferecidos pela ESF. Desse modo, é fundamental pesquisar a percepção do usuário<sup>14</sup>.

No Brasil, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo, desde 1998, estratégias para avaliação da ESF em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde e com instituições de ensino e pesquisa. Nessa perspectiva, realizaram-se pesquisas distintas e foi desenvolvido o Primary Care Assessment Tool (PCATool) que mede a presença e a extensão dos atributos da APS, além do grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde, para usuários adultos e para crianças, em diferentes modelos de APS com o objetivo de avaliar a satisfação ou a percepção do desempenho de serviços de APS e validado nos Estados Unidos da América<sup>15,16</sup>. No entanto, esses trabalhos não tiveram como alvo de interesse o treinamento para os pesquisadores de campo, que têm um papel importante na garantia da qualidade das avaliações.

Portanto, este artigo tem por objetivo descrever o relato de experiência da equipe integrante de um estudo denominado “A qualidade da Atenção Primária a partir do Programa Mais Médicos: avaliação da Estratégia de Saúde da Família no município de Passos, MG, por usuários adultos”. O mesmo enfatiza o processo de recrutamento, treinamento e realização de entrevistas, vivido pelos pesquisadores de campo e se propõe a prestar uma contribuição aos pesquisadores da área de avaliação de serviços de APS, especialmente aos que utilizam o instrumento PCATool-Brasil, versão usuários adultos.

### **Apresentação do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde PCATool- Primary Care Assessment Tool, versão usuários adultos**

É um instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde desenvolvido por Starfield<sup>16</sup> na Johns Hopkins Primary Care Policy Center (PCPC) para avaliar a qualidade dos serviços de APS, a partir da mensuração da presença e extensão de 04 atributos essenciais: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção e 03 atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural

da APS<sup>17</sup>.

Este possui como alicerce o modelo de avaliação de qualidade dos serviços de saúde apresentado por Donabedian, o qual considera a tríade: estrutura, processo e resultado<sup>16</sup>.

O mencionado instrumento foi adaptado à realidade brasileira, a partir de processos de tradução e tradução reversa, adaptação, debriefing e validação de conteúdo e de construto, além da análise de confiabilidade<sup>9</sup>, apresenta originalmente versões autoaplicáveis destinadas às crianças (PCATool versão Criança), aos adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto), a profissionais de saúde e, também, ao coordenador / gerente do serviço de saúde<sup>18</sup>.

Mesmo havendo outros instrumentos para avaliação da APS, o PCATool tem sido considerado o mais completo e adequado para mensurar os atributos necessários à APS<sup>9,19</sup>. Além disso, o mesmo foi referido como aquele que permite uma avaliação mais próxima da Saúde da Família, tendo inclusive uma publicação do MS a qual orienta sua utilização para avaliação dos equipamentos de saúde brasileiros baseados na APS<sup>20</sup>.

O PCATool-Brasil, versão usuários adultos contém oitenta e sete itens divididos em dez componentes, que possibilitam, por meio de escala Likert, construir escores de 1 a 4 para cada atributo essencial e derivado da APS: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1). Para fins de análise, as respostas marcadas em “não sei/não lembro” são consideradas com escore (valor=9). Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente<sup>18</sup>.

O Escore Essencial é obtido pela média entre os componentes dos atributos essenciais (primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade) e o grau de afiliação do usuário com o serviço. Alguns atributos são formados por mais de um componente, por exemplo, o atributo acesso de primeiro contato é formado pelo componente ‘acessibilidade’ e pelo

componente 'utilização'. Os valores dos escores são padronizados para uma escala variando de 0 a 10, sendo os valores iguais ou superiores a 6,6 considerados como Alto Escore, o que corresponde a respostas para as opções 3 ou 4 na escala original do instrumento. Nesse sentido, para transformar os escores em escala de 0 a 10 utiliza-se a seguinte fórmula padrão:

$$\text{Escore geral} = (\text{Escore obtido} - 1) \times 10/3$$

### **Método**

Trata-se de um relato de experiência, de abordagem qualitativa sobre as etapas de recrutamento, treinamento e realização de entrevistas, dos pesquisadores de campo de um estudo de inquérito, com base populacional, denominado "A qualidade da Atenção Primária a partir do Programa Mais Médicos: avaliação da Estratégia de Saúde da Família no município de Passos, MG, por usuários adultos", que utiliza-se de dois instrumentos para a coleta de dados, um questionário contendo dados sociodemográficos e o instrumento de avaliação da APS PCATool Brasil, versão usuários adultos. O estudo de que se trata esse relato de experiência possui amostra constituída por 461 pessoas, distribuídas proporcionalmente entre as dezenove ESF's existentes em Passos, MG. Destaca-se que a etapa de realização das entrevistas, que será relatada posteriormente neste artigo, ocorreu na área de abrangência de uma ESF, selecionada pela pesquisadora responsável, no domicílio de dezenove participantes do estudo.

Passos, MG, local de realização do estudo situa-se no sudoeste de Minas Gerais, possui população de 107.661 habitantes e APS constituída por 19 ESF's, 08 UBS's Tradicionais e 02 NASF's.

### **As etapas do recrutamento, treinamento e realização de entrevistas**

O recrutamento dos pesquisadores de campo se deu por meio de convite da pesquisadora responsável, aos discentes do primeiro e terceiro períodos do curso de graduação em Medicina de uma Instituição de

Ensino Superior de Passos, MG.

Destaca-se que no momento do convite, o curso de medicina possuía apenas o primeiro e terceiro períodos em funcionamento, por ser um curso novo na instituição, iniciado no primeiro semestre de 2016. Entretanto, todos os discentes recrutados já haviam tido contato com conteúdos relacionados à APS e ESF, por meio das disciplinas de Prática de Integração Ensino, Serviço e Comunidade, presentes na estrutura curricular do curso, do primeiro ao quarto período e possuem abordagem de conteúdos teóricos sobre a APS contextualizados com atividades práticas em Unidades da Estratégia de Saúde da Família.

O convite aos discentes foi feito mediante esclarecimentos sobre a natureza do estudo, objetivos, local e período de realização. Houve, portanto a manifestação de interesse de quatro discentes do primeiro período e três do terceiro, totalizando sete discentes. Desses, dois deixaram de participar da pesquisa, por motivos pessoais, um logo após o recrutamento e o outro, seguidamente à primeira reunião. Diante da saída dos mesmos, optou-se pela substituição de apenas um. Assim, participaram das próximas etapas do treinamento e realização de entrevistas, 06 discentes.

Logo após o recrutamento, os discentes foram convidados a participar do treinamento, que aconteceu na sala de aulas do primeiro período, após horário de aulas do curso de medicina.

O treinamento dos pesquisadores de campo foi realizado pela pesquisadora responsável, no período de 12 a 23 de junho de 2017, por meio de 04 encontros.

O primeiro encontro foi para apresentação do estudo e entrega dos materiais aos pesquisadores de campo. A apresentação teve como objetivo fornecer informações básicas do estudo, sem, entretanto, revelar detalhes sobre eventuais hipóteses a serem avaliadas na análise dos dados, evitando-se, assim, contaminação nos resultados.

Logo após a apresentação, a pesquisadora forneceu para cada pesquisador de campo uma bolsa contendo crachá, prancheta, caneta, régua, almofada para coleta de

impressão digital, um manual do pesquisador de campo e os impressos: Parecer Consubstanciado de aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa, Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e instrumentos de coleta de dados (Questionário sociodemográfico e PCATool Brasil-versão usuários adultos).

Os três encontros subsequentes trataram de orientar sobre a importância do estudo, seus objetivos, método, aspectos éticos, atribuições do pesquisador responsável e do pesquisador de campo, além de questões relativas ao correto preenchimento dos questionários e realização das entrevistas.

Para nortear os encontros, utilizou-se o manual do pesquisador de campo, elaborado pela pesquisadora responsável. Como o manual foi entregue aos discentes no primeiro encontro, os mesmos puderam se apropriar de informações relevantes e aproveitar os encontros subsequentes para esclarecer dúvidas e alinhar conceitos.

Nesses encontros, discutiu-se a importância das ações desenvolvidas pelos pesquisadores de campo, enfatizando-se as implicações de suas práticas na qualidade da pesquisa.

Nessa direção, destacou-se a importância do cumprimento de todas as atribuições descritas no manual, com ênfase em alguns aspectos, tais como: 1) manutenção de postura ética, descrição, humanização e privacidade; 2) responsabilidade pelo correto preenchimento dos questionários e pela guarda dos questionários em local seguro, evitando perdas e assegurando o sigilo das informações obtidas; 3) manutenção do manual do pesquisador de campo, em mãos, durante a coleta de dados; 4) comunicação frequente entre os pesquisadores de campo e a pesquisadora responsável.

Ao ser mencionado pelo pesquisador responsável, a importância da comunicação frequente com os pesquisadores de campo, em caso de dúvidas, problemas ou situações desconfortáveis, um dos discentes sugeriu a criação de um grupo no aplicativo de mensagens instantâneas smartphones. O grupo foi criado e utilizado para fins de

agendamento dos próximos treinamentos, esclarecimento de dúvidas e programação das entrevistas.

Após as discussões sobre as atribuições dos pesquisadores de campo, preenchimento e manejo dos questionários, tratou-se também da realização das entrevistas. Nessa lógica, frisou-se que quanto mais adequadas forem, menores serão as chances de ajustes posteriores, e que inadequações no preenchimento podem levar a erros de digitação e de análise dos dados.

Nesse sentido, foram apresentadas e discutidas as orientações gerais para a realização das entrevistas, sendo ressaltado que as mesmas estão descritas e detalhadas no manual do pesquisador de campo, para consulta, em caso de dúvidas que surgirem.

A quarta e última reunião destinou-se à organização da etapa de realização de entrevistas. Nesse encontro, a pesquisadora responsável apresentou o nome da ESF onde as entrevistas seriam realizadas e uma lista contendo os nomes e endereços das vinte e uma pessoas (dezenove que compunham a amostra e duas reservas, para casos de recusa) residentes na área de abrangência dessa ESF e selecionadas aleatoriamente para constituírem a amostra do estudo, a partir de sorteio obtido pelo programa Microsoft Excel.

Nessa perspectiva, elaborou-se o cronograma de entrevistas, conforme a disponibilidade de cada pesquisador de campo. De posse do cronograma, a pesquisadora responsável realizou o agendamento das entrevistas por meio de ligações telefônicas ou de visitas aos domicílios dos participantes.

Todas as dezenove entrevistas foram agendadas previamente, nas datas e horários de escolha dos participantes, dentro da disponibilidade dos pesquisadores de campo.

Após o agendamento das entrevistas, cada pesquisador recebeu uma lista com os dados dos participantes a serem entrevistados e a recomendação sobre a produção esperada, de no mínimo cinco entrevistas por semana.

### **Realização de entrevistas**

As entrevistas foram realizadas pelos pesquisadores de campo, no domicílio dos participantes, residentes na área de abrangência da ESF selecionada, nas datas e horários agendados.

No domicílio, os pesquisadores de campo se apresentaram aos sujeitos da pesquisa, explicaram a natureza da mesma, seus objetivos, e os convidou a participar do estudo.

Duas das dezenove pessoas sorteadas para compor a amostra dessa ESF, não foram entrevistadas, uma por não se encontrar no domicílio, na data e horário agendado e a outra por recusa, sendo essas substituídas por reservas, o que garantiu que as dezenove entrevistas programadas para essa ESF, fossem realizadas.

Para cada sujeito que concordou participar da pesquisa foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura e após sua concordância, solicitou-se sua assinatura ou impressão digital e procedeu-se a entrega de uma cópia do termo ao mesmo.

Em seguida, realizou-se a entrevista, iniciando pelo questionário sociodemográfico e passando em seguida ao instrumento de avaliação da Atenção Primária- PCATool Brasil, versão usuários adultos, com duração média de 34 minutos, cada entrevista.

Vale destacar que a pesquisadora responsável acompanhou cada pesquisador de campo na realização de duas entrevistas. O acompanhamento possibilitou destacar questões já apresentadas no treinamento teórico e proporcionar um aprendizado mais consistente. Dessa forma, os pesquisadores de campo puderam se sentir mais seguros na realização das entrevistas, reduzindo assim a ocorrência de erros e mantendo o rigor metodológico da pesquisa.

No acompanhamento dos pesquisadores de campo às entrevistas, a pesquisadora responsável teve a oportunidade de pontuar questões relativas ao uso do jaleco branco e crachá de identificação; forma de apresentar-se às pessoas, informando: nome, instituição responsável pela pesquisa, sua função

(pesquisador de campo); certificação de que a pessoa se enquadrava nos critérios de inclusão da pesquisa; preenchimento do questionário com caneta esferográfica de cor preta ou azul; incentivo ao participante a responder todas as questões, esclarecendo a importância de suas respostas completas para a pesquisa e revisão rápida dos questionários, antes de deixar o domicílio.

Outra ação realizada foi o acompanhamento pela pesquisadora de campo, do processo de conferência dos questionários. Essa conferência objetivou revisá-los juntamente com os pesquisadores de campo, ressaltando a importância do preenchimento adequado e destacando que os dados não preenchidos são considerados potencialmente irrecuperáveis.

### **Conclusão**

Este relato de experiência demonstrou, em relação ao treinamento dos pesquisadores de campo, ser uma estratégia básica para as pesquisas de inquérito domiciliar. Além disso, compreende-se sua relevância para a garantia da qualidade desses estudos, bem como para a manutenção do rigor metodológico, tão discutido recentemente, em relação às pesquisas de avaliação de serviços de saúde.

Infere-se também que o manual do pesquisador de campo, adequadamente elaborado e replicado torna-se uma ferramenta indispensável para a redução de erros no desenvolvimento da pesquisa, evitando a perda de tempo e viabilizando o alcance dos seus objetivos.

Ainda depreende-se que o acompanhamento dos pesquisadores de campo, pelo pesquisador responsável, nos momentos de realização das entrevistas reforça questões tratadas no treinamento, tais como, a adoção de uma postura ética e respeitosa no domicílio dos entrevistados, a maneira de se realizar as perguntas, com clareza, concentração, paciência e simpatia, entre outras.

Já sobre o acompanhamento da conferência dos questionários, destaca-se sua relevância para se identificar falhas antecipadamente, propondo assim as

mudanças necessárias, precocemente e obtenção de resultados satisfatórios.

Enfim, considera-se que todas as etapas ponderadas nesse relato de experiência, juntas, possibilitam aos pesquisadores de campo a aquisição de segurança nas abordagens, aos participantes, a conquista de confiança nos pesquisadores, e à pesquisa, confiabilidade de seus resultados.

### Referências Bibliográficas

1 BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, 2011.

2 ALENCAR, M. N.; COIMBRA, L. C.; MORAIS, A. P. P.; SILVA, A. A. M.; PINHEIRO, S. R. A.; QUEIROZ, R. C. S. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.19, p. 353-364, 2014.

3 STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002.

4 WORLD HEALTH Organization. Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Geneva: World Health Organization, 1978.

5 BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1998.

6 STARFIELD, B. Primary care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press, 1992.

7 BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, 2004.

8 CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. v.55, supl. 1, p. 63-69, 2010.

9 CASTRO, R. C. L.; KNAUTH, D. R.; HARZHEIM, E.; DUNCAN, B. B. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, 2012.

10 CONILL, E. M. 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. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl.1, p. S7-S27, 2008.

11 SOUZA, M.F.; HAMANN, E. M.; Programa Saúde da Família no Brasil: Uma agenda incompleta. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.14, supl. 1, p. 1325-1335, 2009.

12 BRASIL. Departamento de Atenção Básica (DAB). Histórico de cobertura da saúde da família. 2017. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)>. Acesso em: 15 jul. 2017.

13 SILVA, S. A.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 692-705, 2014.

14 PAES, N. A.; SILVA, C. S.; FIGUEIREDO, T. M. R. M.; CARDOSO, M. A. A.; LIMA, J. O. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. *Rev Panam Salud Pública*. v. 36, n. 2, p. 87-93, 2014.

15 CASSADY, C.; STARFIELD, B.; HURTADO, M.; BERK, R.; NANDA, J.; FRIEDENBERG, L. Measuring consumer experiences with primary care. *J Ambulatory Pediatric Assoc*, v.105, p. 998-1003, 2000.

16 SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J FamPract*, v. 50, p. 161-175, 2001.

17 PAULA, W. K. A. S.; SAMICO, I. C.; CAMINHA, M. F. C.; FILHO, M.; SILVA, S. L. Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. *RevEsc Enferm USP*, v. 50, n. 2, p. 331-340, 2016.

18 BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde- PrimaryCareAssessment Tool – PCATool-Brasil. Brasília, DF, 2010.

19 TOMASI, E.; FACCHINI, L. A.; OSORIO, A.; FASSA, A. G. Aplicativo para sistematizar informações no planejamento de ações de saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n. 6, p.800-806, 2003.

20 SALA, A.; LUPPI, C.G.; SIMÕES, O.; MARSIGLIA, R. G. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde soc*, p. 20, n. 4, p. 948-960, 2011.