



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**EDUARDA MARIA DUARTE RODRIGUES**

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS  
USUÁRIOS ADULTOS DO MUNICÍPIO DE JUAZEIRO DO NORTE-CEARÁ**

**FORTALEZA-CE**

**2018**

**EDUARDA MARIA DUARTE RODRIGUES**

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS  
USUÁRIOS ADULTOS DO MUNICÍPIO DE JUAZEIRO DO NORTE-CEARÁ**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Enfermagem no Processo de Cuidar na Promoção da Saúde.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Marta Maria Coelho Damasceno

**Coorientador:** Prof. Dr. Roberto Wagner Júnior Freire Freitas

**FORTALEZA-CE**

**2018**

Rodrigues, Eduarda Maria Duarte.

Avaliação da Atenção Primária à Saúde na Perspectiva dos Usuários Adultos do Município de Juazeiro do Norte-Ceará/ Eduarda Maria Duarte Rodrigues. – 2018.

187 f.: il. enc.; 30 cm.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2018.

Área de concentração: Enfermagem.

Orientação: Profa. Dra. Marta Maria Coelho Damasceno.

1. Avaliação em Saúde. 2. Atenção Primária em Saúde. 3. Serviços Básicos de Saúde. 4. *Primary Care Assessment Tool* e Adulto.

**EDUARDA MARIA DUARTE RODRIGUES**

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS  
USUÁRIOS ADULTOS DO MUNICÍPIO DE JUAZEIRO DO NORTE-CEARÁ**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem. Linha de Pesquisa: Enfermagem no Processo de Cuidar na Promoção da Saúde.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2018

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Marta Maria Coelho Damasceno (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Patrícia Freire de Vasconcelos (Membro Efetivo)  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira -UNILAB

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer (Membro Efetivo)  
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Tatiana Monteiro Fiuza (Membro Efetivo)  
Universidade Federal do Ceará-UFC

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Ana Maria Parente Garcia Alencar (Membro Efetivo)  
Universidade Regional do Cariri - URCA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto (Membro Suplente)  
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Maria Lucia Zanetti (Membro Suplente)  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP-Universidade São Paulo (USP)

### **Dedico à realização deste sonho**

Aos meus pais, **Eduardo Pereira Rodrigues** (*In memoriam*) e **Maria Duarte Rodrigues** por ter me dado vida, dedicação, amor e sabedoria e que sempre me ensinaram o valor do estudo, da seriedade, tolerância e persistência para lutar pelas coisas em que se acredita.

Aos meus filhos, **Luís Eduardo Rodrigues Pereira, Priscilla Maria Rodrigues Pereira e Bárbara Greyce Rodrigues Pereira**, e netos, **Jessica Câmara Rodrigues Pereira, Maria Luiza Câmara Rodrigues Pereira, Lucas Aguiar Rodrigues e Gabriel Rodrigues Pereira Sobreira**, meus grandes e eternos amores. Em vocês busquei a força e a esperança para ir até o fim deste novo desafio em busca de mais conhecimento e realização profissional.

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Primeiramente, ao meu **Deus**, agradeço por me guiar e iluminar em toda a minha trajetória de vida, pela saúde, sabedoria e amor, dando-me a força para superar certos momentos de maior dificuldade e assim alcançar meus objetivos.

A minha mãe, **Maria Duarte Rodrigues**, por ter me dado vida, dedicação, amor, sabedoria e ter me ensinado a persistir na luta pelas causas em que acredito. Minha guerreira, minha eterna gratidão.

A minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dra. **Marta Maria Coelho Damasceno**, pela sua orientação, incentivo, conhecimento, experiência científica, paciência, amizade, pela confiança no meu estudo, pela liberdade intelectual que me consentiu aprender por meio de experiências e dedicação, chegando à realização deste novo sonho possível. Valeu a pena nosso convívio!

Ao meu Coorientador, Prof. Dr. **Roberto Wagner Junior Freire Freitas**, pela sua paciência, conhecimento e experiência no campo da Saúde Coletiva, que muito me auxiliou ou na consecução desta tese. Meu eterno obrigado.

Aos meus irmãos, **Maria Amélia Duarte Rodrigues, Maria Antonieta Duarte Rodrigues, Reinaldo Duarte Rodrigues e Carlos Duarte Rodrigues**, por sempre entenderem meu distanciamento da vivência junto a eles, sempre muito salutar. Amo vocês.

À minha irmã, Maria **Isabel Duarte Rodrigues**, em especial, pela paciência de novamente ler meus escritos até que se transformasse em uma obra quase completa. Amo-te.

Ao meu eterno Reitor, **Prof. Dr. Plácido Cidade Nuvens**, pelas palavras sábias que muitas vezes acalmaram e deram soluções às dificuldades do cotidiano acadêmico e profissional.

Ao Reitor da Universidade Regional do Cariri, **Professor Dr. José Patrício Melo**, que não mediu esforços institucionais, necessários para a concretização deste novo desafio profissional e conquista para a Universidade.

Aos amigos, **Gláucia Margarida Bezerra Bispo, Milena Costa, Camila Almeida e José Ivo Ferreira**, pelo companheirismo, por estarem sempre dispostos a ajudar, a apoiar quando precisei e por tornarem a jornada bem mais leve e interessante.

A minha amiga do coração, Enf. **Simone Pereira Silva**, pelo apoio na realização das entrevistas, pois sem ela teria sido quase impossível concluir o planejamento da coleta de dados. Só tenho que dizer obrigado, amiga.

À amiga **Edna Alves**, pela amizade, colaboração e paciência nos momentos da digitação e formatação. Minha eterna gratidão.

Ao eterno professor, escritor e amigo **Prof. Dr. Vianney Mesquita**, da UFC, pelas correções gramaticais realizadas que muito contribuíram para a melhor apresentação deste novo sonho científico.

À **Universidade Regional do Cariri**, por haver buscado a parceria com a Universidade Federal do Ceará para a realização deste DINTER. Meu muito obrigado.

À **Universidade Federal do Ceará**, seu corpo docente e direção, que ensinaram esta conquista, oferecendo um ambiente criativo, amigável e de aprofundamento de conhecimentos científicos importantes para a minha missão de docente. Minha gratidão.

À **Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico**, pela concessão de bolsas de pesquisa, ajuda que muito contribuiu para a realização deste ensaio.

À **Prefeitura do Município de Juazeiro do Norte-CE**, e aos profissionais de saúde, em especial aos enfermeiros e gestores, pela cooperação imensa em autorizar a realização deste estudo nas Unidades Básicas de Saúde do Município, demonstrando o compromisso com a ciência e na formação dos profissionais e com os usuários atendidos pelo Município.

Aos **usuários** que participaram deste estudo, oferecendo seu tempo, paciência e conhecimento, que contribuíram para o alcance dos resultados desta pesquisa, que, por certo, subsidiarão na melhoria da qualidade da assistência prestados aos usuários do Município. Minha eterna gratidão.

Aos membros da **Banca**, por terem acatado o convite e assim poderem socializar seus conhecimentos e experiências, que muito contribuirá para o engrandecimento desta obra.

A todos os **funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará**, pelas orientações administrativas nos momentos de dúvidas. Muito Obrigada.

As seis novas **amigas do Doutorado**, por fazerem parte deste importante momento de minha vida acadêmica. Agradeço pelos bons momentos vividos com vocês.

Registro meus agradecimentos a todos os **amigos e amigas da URCA-Iguatu**, que vivenciaram mais este sonho, contribuindo, direta ou indiretamente, para que realizasse mais este estudo. Muito obrigada.

A todos o meu respeito e carinho para sempre.

Eduarda Maria Duarte Rodrigues

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas graças a Deus, não sou o que era antes” (MARTIN LUTHER KING).

“Tentarei, tentarei e tentarei de novo. Cada obstáculo considerarei como um mero atraso em relação ao meu objetivo e um desafio à minha profissão... Até onde o fôlego me acompanhar, persistirei. Pois agora conheço um dos maiores princípios do êxito: se persisto o bastante vencerei. Eu persistirei” (PATRICK KAVANAGH, poeta e escritor irlandês (1905 -1967)

“Todos os nossos sonhos podem se tornar realidade se tivermos a coragem de perseguí-los”. (WALT DISNEY)

## RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) instituiu a saúde como direito humano fundamental e essencial para a organização da assistência à saúde, orientando-se pelos atributos do acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade, enfoque familiar e orientação comunitária. Evidências científicas têm apontado os benefícios da APS. Entretanto, se constata grande heterogeneidade na assistência, o que reflete nos resultados em saúde. Por consequência, as pesquisas que avaliam a qualidade desse programa têm sido consideradas essenciais para identificar como os cuidados são oferecidos, bem como as prioridades e os problemas do provedor de saúde. A literatura confirma a escassez de estudos que buscam avaliar os atributos da APS, principalmente no cenário nordestino, e na perspectiva dos usuários do serviço de saúde. Objetivou-se avaliar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde, na perspectiva dos usuários adultos do Município de Juazeiro do Norte-CE. Trata-se de estudo avaliativo, analítico, quantitativo e transversal, realizado em 14 Unidades Básicas de Saúde da cidade de Juazeiro do Norte-CE. A coleta de dados ocorreu no período compreendido entre outubro de 2016 a junho de 2017. Foram empregados dois instrumentos de coleta de dados: um para a caracterização das variáveis sociodemográficas dos usuários; outro, denominado de *Primary Health Care Assessment Tool* (PCATool), para avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde. O cálculo do tamanho da amostra foi fixado  $P$  em 50%, com nível de significância de 5% ( $\alpha=0,05$ ) e erro amostral relativo de 8%. Posteriormente, esses valores foram aplicados na fórmula para populações infinitas ( $n=115,613$ ), alcançando a amostra de tamanho “ $n$ ” igual à 600 usuários, com acréscimo de 10% a fim de prevenir perdas e/ou desistências, alcançando-se o montante de 660, obtendo-se 47,14 usuários, arredondada para 48 usuários por UBS. Na análise, utilizou-se o processo de dupla digitação, descrição e consolidação dos dados, por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS), versão 23.0. Os resultados mostraram a prevalência de usuários adultos do sexo feminino, jovens, com baixa escolaridade e renda. Esses participantes atribuíram a pior avaliação ao atributo “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade”, com média de 3,3 ( $\pm 1,4$ ), seguido de Orientação Comunitária, com média de 3,8 ( $\pm 2,3$ ). Outrossim, o atributo “Acessibilidade” foi o que recebeu o menor escore, ao passo que o atributo “Coordenação Integração de Cuidados” foi o mais bem avaliado. Ocorreu uma diferença significativa entre os Distritos de Saúde, sendo o IV (zona rural) e o VII (zona urbana) aqueles que obtiveram, respectivamente, a pior e a melhor avaliação. O Escore Essencial (EE) alcançou a média de 6,6 e ao Escore Geral (EG) foi atribuída pontuação de

6,4. Esse valor do Escore Geral representa que as Unidades Básicas de Saúde de Juazeiro do Norte não são provedoras de APS, na perspectiva dos usuários de serviços de saúde. Destaca-se a necessidade de que se promova uma discussão entre os agentes da APS do Município, para potencializar os atributos bem avaliados, assim como para traçar medidas de intervenção a fim de melhorar aqueles que receberam baixos escores.

**Palavras-chave:** Avaliação em Saúde. Atenção Primária em Saúde. Serviços Básicos de Saúde. *Primary Care Assessment Tool* e Adulto.

## ABSTRACT

The Primary Health Care (PHC) instituted health as a fundamental and essential for the organization of health care, guided by the attributes of first access contact, longitudinality, coordination and integrality, family focus and community orientation. Scientific evidences have pointed to the benefits of PHC. However, there is a great heterogeneity in care, which results in health outcomes. In turn, as research to get the quality of program that has been important for the identification they are being provided, they also have as priority the problems of the health provider. The literature confirms a shortage of studies that seek the attributes of PHC, specially in the northeastern scenario and from the perspective of public health users. The presence and attributes of Primary Health Care, from the perspective of the adult users of the Municipality of Juazeiro do Norte-CE, were analyzed. This is an evaluative, quantitative and cross-sectional carried out 14 Basic Health Units of the city of Juazeiro do Norte-CE. Data collection took place in the total period from October 2016 to June 2017. Two data collections instruments were used: one to characterize the sociodemographic variable of the users; and another one, called *Primary Health Care Assessment Tool* (PCATool), to evaluate the quality of Primary Health Care. The dose size calculation was set at 50%, with significance of 5% ( $\alpha=0,05$ ) and relative sample error of 8%. Subsequently, the values were applied in the formula of infinite populations ( $n=115, 613$ ), reaching a sample of “equal” size to 600 users, with a 10% increase to avoid losses and/or withdrawals, reaching the amount of 660, obtaining 47.14 users, rounded to 48 users per UBS. In the analysis, the process of doubling typing, description and data consolidation is used, through the SPSS (Statistical Package for Social Sciences), version 3.0. The results showed a prevalence of female adults, young, with low schooling and income. These participants attributed the worst evaluation to the attribute First Contact Access - Accessibility, with an average of 3,3 ( $\pm 1,4$ ), followed by Community Orientation, with an average of 3,8 ( $\pm 2,3$ ). Also, the attribute “Accessibility” was the one that received the lowest score, while the attribute “Coordination Integration of Care” was the best evaluated. There was a significant difference between the Health Districts, being the IV (rural area) and the VII (urban area) those who obtained, respectively, the worst and the best evaluation. The essential score (GS) reached the minimum average of 6.6 and the General Score (GS) was assigned score of 6.4. This value of the General Score represents that the Basic Health Units of Juazeiro do Norte are not providers of Primary Health Care, from the perspective of the users of health services. It is important to stress the need to promote

between the PHC agents of municipality, to enhance the well-evaluated attributes, as well as to design intervention measures to improve those that received low scores.

**Key words:** Health evaluation. Primary health care. Basic health services. *Primary Care Assessment Tool* and adult.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b>	Mapa da Região do Cariri – PDR Governo do Ceará.....	56
<b>Quadro 1</b>	Municípios de referência da Macro Região de Juazeiro do Norte.....	57

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Caracterização sociodemográficas dos usuários adultos, por Distrito de Saúde, atendidos nas UBS. Juazeiro do Norte-CE, 2017.....	71
<b>Tabela 2</b> - Distribuição de frequências das respostas dos usuários adultos das UBS aos itens que compõem o atributo Grau de Afiliação com Serviço de Saúde, Juazeiro do Norte-CE, 2017.....	72
<b>Tabela 3</b> - Distribuição de frequências das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato – Utilização. Juazeiro do Norte – CE, 2017.....	73
<b>Tabela 4</b> - Distribuição de frequências das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade. Juazeiro do Norte – CE, 2017.....	74
<b>Tabela 5</b> - Distribuição de frequências das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Longitudinalidade. Juazeiro do Norte – CE, 2017.....	75
<b>Tabela 6</b> - Distribuição de frequências das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Coordenação – Integração de Cuidados. Juazeiro do Norte – CE, 2017.....	76
<b>Tabela 7</b> - Distribuição de frequências das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Coordenação – Sistema de Informações, Juazeiro do Norte – CE, 2017.....	77
<b>Tabela 8</b> - Distribuição de frequências das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Integralidade – Serviços Disponíveis. Juazeiro do Norte – CE, 2017.....	78
<b>Tabela 9</b> - Distribuição de frequências das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Integralidade – Serviços Prestados, Juazeiro do Norte – CE, 2017.....	79
<b>Tabela 10</b> - Distribuição de frequências das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Orientação Familiar. Juazeiro do Norte – CE, 2017	80
<b>Tabela 11</b> - Distribuição de frequências das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Orientação Comunitária. Juazeiro do Norte – CE, 2017.....	80

<b>Tabela 12</b> - Distribuição dos valores mínimos, máximos, média, desvio-padrão e grau de orientação dos atributos da APS na perspectiva se usuários adultos, Juazeiro do Norte-CE, 2017.....	81
<b>Tabela 13</b> - Apresentação das médias dos escores Essencial e Geral dos atributos da Atenção Primária em Saúde, na visão dos usuários das unidades básicas de saúde. Juazeiro do Norte - CE, 2017.....	82
<b>Tabela 14</b> – Relação entre os Distritos de Saúde de atendimento e os Atributos da APS na visão dos usuários adultos das UBS. Juazeiro do Norte – CE, 2017.....	84
<b>Tabela 15</b> - Relação entre o sexo do respondente e os atributos da APS na visão dos usuários adultos das UBS. Juazeiro do Norte – CE, 2017.....	85
<b>Tabela 16</b> - Relação entre a escolaridade dos respondentes e os atributos da APS na percepção dos usuários adultos das UBS, de Juazeiro do Norte - CE, 2017.....	86
<b>Tabela 17</b> - Relação entre a renda dos respondentes e os atributos da APS na avaliação dos usuários adultos das UBS de Juazeiro do Norte - CE, 2017.....	87
<b>Tabela 18</b> - Relação entre a Zona Urbana e Rural de atendimento e os atributos da APS, na óptica dos usuários adultos das UBS de Juazeiro do Norte - CE, 2017.....	88

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ABS</b>	Atenção Básica de Saúde
<b>ACS</b>	Agentes Comunitários de Saúde
<b>AMQ</b>	Avaliação para a Melhoria da Qualidade
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>BDTD</b>	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
<b>CEBES</b>	Centro de Estudos Brasileiro de Saúde
<b>CEP</b>	Comitê de Ética e Pesquisa
<b>CNDSS</b>	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
<b>CONASEMS</b>	Conselho Nacional de Secretários de Saúde dos Municípios
<b>DAB</b>	Departamento de Atenção Básica
<b>DCNT</b>	Doenças crônicas não transmissíveis
<b>DINTER</b>	Doutorado Interinstitucional
<b>ED</b>	Escore Derivado
<b>EE</b>	Escore Essencial
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>eSF</b>	equipe Saúde da Família
<b>FIOCRUZ</b>	Fundação Oswaldo Cruz
<b>IAP</b>	Institutos de Aposentadoria e Pensões
<b>IBECS</b>	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>INSS</b>	Instituto Nacional de Seguro Social
<b>IPECE</b>	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
<b>LILACS</b>	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
<b>NASF</b>	Núcleo Ampliado à Saúde da Família
<b>NOAS</b>	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
<b>NOB</b>	Normas Operacionais Básicas
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>PACS</b>	Programa Agentes Comunitários de Saúde
<b>PCATool</b>	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
<b>PDR</b>	Plano de Desenvolvimento Regional

<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PMAQ</b>	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PNAD</b>	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
<b>PNH</b>	Política Nacional de Humanização
<b>PROESF</b>	Projeto de Expansão e Cobertura da Saúde da Família
<b>PSE</b>	Programa de Saúde Escolar
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>RAS</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>SCIELO</b>	Biblioteca Científica Eletrônica Virtual
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>SILOS</b>	Sistemas Locais de Saúde
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences
<b>SUAS</b>	Sistema Único de Assistência Social
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UBS</b>	Unidades Básicas de Saúde
<b>UFC</b>	Universidade Federal do Ceará
<b>UFCA</b>	Universidade Federal do Cariri
<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para a Infância
<b>URCA</b>	Universidade Regional do Cariri

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>26</b>
2.1 Objetivo Geral.....	26
2.2 Objetivos Específicos.....	26
<b>3 REVISÃO TEMÁTICA.....</b>	<b>27</b>
3.1 Atenção Primária: conceitos e evolução .....	27
3.1.1 Atenção Primária no Brasil.....	33
3.2 Avaliação em Saúde da Atenção Primária no Brasil.....	38
3.2.1 Origem e Conceitos.....	38
3.2.2 A Institucionalização da Cultura da Avaliação na Atenção Primária em Saúde.....	43
3.3 Instrumento de Avaliação da Atenção Primária de Saúde: estudos sobre PACTool...	48
<b>4 MÉTODOS.....</b>	<b>55</b>
4.1 Tipo de Estudo.....	55
4.2 Local e Período do Estudo.....	56
4.3 População e Amostra.....	58
4.3.1 Plano amostral.....	59
4.3.2 Estratificação da amostra .....	60
4.4 Coleta de Dados .....	60
4.4.1 Descrição do instrumento de coleta de dados .....	60
4.4.2 Etapas da coleta de dados .....	63
4.5 Análise dos Dados.....	63
4.6 Aspectos Éticos.....	69
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>70</b>
5.1 Caracterização dos Participantes do Estudo .....	70
5.2 Distribuição de frequência das respostas de usuários adultos das UBS quanto ao Grau de Afiliação e Atributos da APS.....	71
5.3 Associação entre os Atributos da APS e Distritos de Saúde, Variáveis Sociodemográficas (sexo, escolaridade e renda), e Zona de Atuação das UBS.....	82
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>89</b>
6.1 Avaliação do Grau de Afiliação e Atributos da Atenção Primária à Saúde .....	90
6.1.1 Atributo “Acesso de Primeiro Contato”.....	92

6.1.2 Atributo “Longitudinalidade” .....	103
6.1.3 Atributo “Coordenação” .....	107
6.1.4 Atributo “Integralidade” .....	110
6.1.5 Atributo “Orientação Familiar” .....	116
6.1.6 Atributo “Orientação Comunitária” .....	119
6.2 Valores Mínimos, Máximos, Média, Desvio-Padrão e Grau de Orientação dos Atributos da APS .....	123
6.3 Escore Essencial e Escore Geral .....	124
6.4 Relação entre os Atributos da APS e as Variáveis Sociodemográficas, Distritos de Saúde e Zona de Atuação das Unidades de Saúde.....	125
<b>7 CONCLUSÕES .....</b>	<b>129</b>
<b>8 CONTRIBUIÇÕES, LIMITES, RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO E PREOCUPAÇÕES DA AUTORA .....</b>	<b>130</b>
8.1 Contribuições .....	130
8.2 Limites do Estudo .....	130
8.3 Recomendações do Estudo .....	131
8.4 Preocupações da Autora .....	132
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>133</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>160</b>
Apêndice A - Questionário para levantamento dos dados sociodemográficos e econômicos .....	161
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre Esclarecido – Usuários.....	162
<b>ANEXOS.....</b>	<b>164</b>
Anexo A - Formulário de Coleta de Dados - Instrumento de Avaliação da Atenção Primária PCATool - Brasil Versão Adulto.....	165
Anexo B - Base Conceitual dos Atributos da Atenção Primária em Saúde segundo Bárbara Starfield.....	182
Anexo C - Parecer Consubstanciado do CEP.....	184

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objeto a avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), focalizando as percepções dos usuários adultos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Juazeiro do Norte-Ceará.

Sabe-se que a atenção à saúde, ainda na atualidade, está motivada no modelo flexneriano, sendo predominante o foco na cura pela visão exclusiva da Biologia, excluindo-se os demais determinantes sociais do processo saúde-doença e assim voltando a visão às práticas individuais e coletivas que não alcançam a dimensão integral da pessoa. A reflexão acerca da atenção integral à saúde do indivíduo e de sua família se faz presente há décadas, como meio de impulsionar mudanças nos sistemas de saúde, ressaltando-se, além do Relatório de Dawson, em 1920, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), que passou a conceber a saúde como um direito humano fundamental (DECLARAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS, 1948).

O desenho ideológico da APS, no entanto, foi edificado na I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, ocorrida em Alma Ata (1978), no Cazaquistão, trazendo conquistas relevantes para o sistema de saúde, ao declará-la como um direito humano fundamental, devendo ser uma meta social e política a ser perseguida por todos os países. Nesse evento, foram apontadas as desigualdades socioeconômicas como a razão dos problemas concernentes à higidez, indicando, como solução, a universalidade da atenção à saúde da pessoa, de sua família e da comunidade. Com amparo nesse ideário, vários países, como Canadá, Cuba, Inglaterra e Espanha, reorganizaram seus sistemas de saúde, orientados para a atenção primária, focando no cuidado de fácil acesso, integral, igualitário e de alcance universal da população (MENDES, 2015).

Essa reorganização convergiu para práticas que projetavam uma proposta voltada à APS como prioridade para o cuidado integral das necessidades e demandas de saúde da população, distanciando-se de uma prática clínica individualista, curativa e excludente, vigente em prol de uma prática primária, conectada com a realidade vivenciada pelas pessoas, sua família e a comunidade (BRASIL, 2011a; 2011b).

O Brasil buscou aproximação dessa proposta mundial com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, representando a conquista mais relevante para as mudanças que ocorreriam nos serviços de saúde. Neste sentido, é de bom alvitre reconhecer-se que o SUS, como política de Estado, é fruto de um histórico de lutas sociais e de reforma sanitária, pela redemocratização do país e pelo direito à

saúde para grande parcela da população excluída da mesma (BRASIL, 1988; PAIVA, TEIXEIRA, 2014; MARANHÃO; MATOS, 2018).

Na concepção de Bárbara Starfield (2002), a APS representa o primeiro nível de atenção de um sistema de saúde, distinguindo-se pela ocorrência de quatro atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e três derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural), princípios que devem dar sustentação teórica e metodológica no atendimento à dimensão total da atenção primária.

O construto teórico de Barbara Starfield (2002), que agencia a necessidade de reflexão sobre a sua ideia, operacionalização e espaços de atuação que garantam a qualidade das ações prestadas pelos serviços de saúde e de processos avaliativos. Para isto, é mister a participação dos diversos agentes institucionais e da sociedade, envolvidos na reorganização do sistema de saúde, visando a elaborar metodologias e meios para as ações, a fim de avaliar a APS.

Cabe enfatizar o fato de que se elegeu obedecer à linguagem da APS, que teve maior visibilidade no mundo acadêmico e sanitário após a Conferência de Alma-Ata, em 1978, sendo acatada por Barbara Starfield e em outros documentos internacionais de saúde. Assim, a escolha se fundamenta no conceito de atenção primária à saúde, que se baseia nomeadamente na dimensão tecnológica, focando as qualidades específicas da APS, os titulados atributos essenciais e derivados. Nessa perspectiva, faz-se, principalmente, imperativo o desenvolvimento de tecnologia apropriada nacionalmente para os serviços de atenção primária, com a utilização desses atributos, uma vez que a sua existência e extensão agregam-se aos melhores desfechos (STARFIELD, 2002; PINTO; ROCHA, 2016).

Igualmente, é reconhecido o fato de que a melhoria alcançada pelo sistema de saúde brasileiro, em busca de uma atenção integral de qualidade, decorre do empenho de muitos estados e municípios, na tentativa de extrapolar o modelo de saúde centralizado na doença, visando a incorporar mudanças na reorganização do trabalho da APS.

Nesse contexto, vale destacar que o Estado do Ceará, de 1979 a 1986, já realizava o embrião do que seria o Programa Agentes Comunitários de Saúde, criado pelo MS em 1991, no município de Jucás (CE), inserido no sertão cearense, onde grassavam as desigualdades sociais da população. Posteriormente, essa proposta foi expandida para quatorze outros municípios, dentre estes, Quixadá e Sobral, que investiram na APS, implantando, em 1991, o Programa Agente Comunitário, e, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), inclusive estimulando, à época, a aplicação dos atributos elencados por Barbara Starfield (GUEDES; SANTOS; DI LORENZO, 2011; ÁVILA, 2011).

O êxito desse programa motivou o Ministério da Saúde a expandir o PSF em 1994, tendo, entre seus objetivos, a redução da morbimortalidade materna e infantil, principalmente na região Nordeste. Em 2006, o Programa Saúde da Família foi transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo o desafio de provocar transformações nas práticas dos serviços, no ideário e no comportamento dos profissionais, gestores e cidadãos brasileiros, de maneira que os mesmos percebessem a pessoa não apenas como portadora de uma doença, mas como um ser social e político (BRASIL, 2010a).

Em virtude da necessidade de universalizar a atenção à saúde, o Ministério da Saúde do Brasil, mesmo que de maneira tímida, vem ampliando a cobertura da população com o incremento do número de equipes de saúde da família (ESF). Assim, o M.S, no quadrimestre de 2018, dentro de um teto de 103.044, tem implantadas 42.855 ESF, tendo uma cobertura de apenas 41,5% da população. Dentro desse período, o Nordeste possuía 15.713 ESF, atingindo uma cobertura de 55% do teto de 28.453. Já no Estado do Ceará, foram implantadas 2.458 equipes, com uma cobertura de 54,8% do teto de 4.458 ESF. Finalmente, nesse contexto, o município de Juazeiro do Norte detém 72 equipes implantadas, alcançando uma cobertura de 53,7% do planejado de 134 ESF (BRASIL, 2018).

Se, por um lado, a ampliação da cobertura populacional pela ESF trouxe melhoria para a qualidade do atendimento na APS, de outra parte, esse aumento revelou importantes fragilidades pertinentes aos processos de mudança, dentre os quais se mencionaram: baixa cobertura populacional, deficiente formação de vínculos com a comunidade, insuficiente abordagem familiar e comunitária, lógica da produção quantitativa de procedimentos, processos de trabalhos por demanda espontânea e alta rotatividade de profissionais de saúde. Adicione-se a estes acontecimentos a existência de uma enorme heterogeneidade na implantação e a falta de consenso sobre o modelo ideal para atender as particularidades da realidade brasileira, o que interfere nos níveis de qualidade de assistência recebida, justificando, assim, a necessidade de institucionalizar a cultura da avaliação na APS, por meio de um instrumento que permita pesquisar a qualidade da assistência prestada pelas unidades básicas de saúde (VIACAVA et al., 2012).

Nessa direção, várias são as propostas de ações, atividades e experiências desenvolvidas no interior da Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica do M.S, fixada em decurso amplo de fortalecimento da institucionalização da cultura da avaliação nas quatro esferas de governo – União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Dentre essas propostas, encontra-se, desde 2006, a Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) da Estratégia Saúde da Família (ESF), dirigida a gestores municipais de saúde,

coordenação e equipe de profissionais da ESF, visando a identificar os estádios de desenvolvimento da qualidade da atenção prestada pelo sistema de saúde. Posteriormente, por meio da Portaria nº 2.488/2011 GM/MS, foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que estimula a prática da avaliação de estrutura e resultados da qualidade do atendimento como parâmetro para o financiamento e metodologias autoavaliativas de trabalho dos profissionais e gestores do sistema de saúde, viabilizando mudanças na micropolítica do processo de trabalho em saúde (BRASIL, 2011a; 2011b).

Dentro dessa ampliação de propostas para institucionalizar a cultura da avaliação na APS o MS investe nas mudanças na micropolítica do processo de trabalho, ao criar o Projeto QualificaSUS, visando à concretização dos princípios do SUS na prática da APS. O Estado do Ceará, mais uma vez, é precursor ao implementar esse projeto (QualificaAPSUS), que tem entre seus objetivos subsidiar a reorganização do modelo de atenção, a partir da reestruturação da APS nos municípios e, conseqüentemente, da consolidação das implantações/implementações das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (CEARÁ, 2016). Esse projeto tem, entre seus objetivos, a capacitação das equipes multiprofissionais, no acesso ao conhecimento, habilidades e atitudes necessárias, que os credenciem para realizar os atributos essenciais e derivados da APS (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural) (MENDES, 2011), objeto deste estudo que, por certo, contribuirá para alcançar melhores resultados sanitários e econômicos no SUS do Município de Juazeiro do Norte (CE).

Para Hartz (2002), a avaliação deve estar associada ao sistema da instituição, de modo a influenciar um modelo dirigido para a ação, em que estejam conectadas as atividades de análise e gestão e, de tal modo, transformando o espaço da ESF em um grande indutor para a concretização deste desafio. É de se reconhecer, pois, que é função basal do MS ser o responsável por institucionalizar a avaliação nas quatro esferas de governo, dentro de construtos e de metodologia avaliativa sistemática com abordagem formativa e orientadora das práticas. Nesse sentido, o Ministério da Saúde está em sintonia com as propostas do plano internacional, pela institucionalização da avaliação que vem sendo praticada em vários países, como Estados Unidos, Inglaterra, Canadá e França (ALVES et al., 2010).

Avaliação é entendida neste estudo com base em Minayo (2005) e Tenório e Lopes (2010), que a proclamam relevante por ser um instrumento para a transformação da sociedade, promovendo a ampliação da autonomia e cidadania dos usuários através da sua

participação política, desde o planejamento até a execução e avaliação dos cuidados recebidos pelos profissionais e serviços de saúde.

Todavia, transcorridas quase três décadas de implantação da ESF no Brasil, a literatura evidencia a escassez de estudos avaliativos acerca do reflexo das ações dessa estratégia sobre a qualidade do atendimento.

Apesar dessa lacuna, a maioria dos estudos brasileiros referentes à avaliação da APS partiu do interesse do Ministério da Saúde, buscando subsídios científicos que colaborassem para a continuidade e ampliação da ESF. Além da carência de estudos, é apontado o fato de que há predominância das avaliações direcionadas à implantação da ESF, para tratamento das doenças e agravos e para a avaliação do impacto da estratégia sobre a qualidade da assistência prestada, mediante o emprego de indicadores provenientes de fatores como renda, educação, saneamento básico, dados de morbimortalidade, entre outros (FRACOLLI et al., 2014).

A opção pela avaliação dos atributos à Atenção Primária através do instrumento *Primary Health Care Assessment Tool* (PCATool) – Brasil versão adulto, deu-se pelo fato de este ser o mais adequado à consecução dos objetivos deste estudo. Além disso, as literaturas nacional e estrangeira ratificaram o seu uso (MALOUIN; STARFIELD; SEPULVEDA, 2009; LANDSBERG; SOUZA NETO; SOUZA, 2010; CHOMATAS et al., 2013; HARZHEIM et al., 2010), validando assim o seu emprego (BRASIL, 2010b).

Recentemente, o Ministério da Saúde começou a utilizar o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool, criado por Starfield (2002), sob fundamento dos atributos essenciais e derivados da APS. A utilização desse instrumento decorre do fato de sua validação no Brasil, em 2010, expresso em três versões autoaplicáveis: infantil, profissionais de saúde e adultos (FERRER 2013; OLIVEIRA et al., 2013).

Acerca da avaliação da APS no Brasil, utilizando o PCATool, a literatura apresenta estudos desenvolvidos nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul (SILVA; BAITELLO; FRACOLLI, 2015; FERREIRA et al., 2016; OLIVEIRA, 2012). No Nordeste, as pesquisas ainda são escassas e pouco representativas, evidenciando uma lacuna no conhecimento sobre o assunto (LIMA et al., 2015; CARNEIRO et al., 2014; SILVA et al., 2018). Nos estudos desenvolvidos na região Nordeste, encontram-se pesquisas avaliativas em Fortaleza (ROLIM, 2016; SILVA et al., 2018).

O município de Juazeiro do Norte (CE) foi escolhido por apresentar uma lacuna em pesquisas avaliativas envolvendo como objeto a avaliação dos atributos da APS na visão dos usuários adultos, sendo este o primeiro estudo a respeito.

Por outro lado, os dados epidemiológicos do município chamaram a nossa atenção, justificando a necessidade de uma avaliação dos atributos da APS, visando fornecer subsídios ao diagnóstico de alguns dos problemas que estejam contribuindo para este quadro. Entre estes, se destacam os óbitos evitáveis no ano de 2015 em crianças por ações da APS como: atenção à gestante (15; 15,8%); atenção ao parto com mortalidade de cinco casos (5,3%); atenção ao recém-nascido - 51 casos (53,7%); ações de diagnóstico e tratamento que causaram a morte de nove usuários (9,5%) e ações de promoção à saúde com dois casos (2,1%), totalizando 82 óbitos por causas evitáveis (86,3%). Acrescente-se a isso os óbitos maternos em 2015, na Macrorregião Cariri, de três gestantes (2%) e de doenças transmissíveis elevadas, principalmente a dengue com 1351 óbitos, AIDS, com nove, *Leishmaniose tegumentar*, com 22, tuberculose, com 120, hanseníase, com 103, e sífilis, com 46 casos (CEARÁ, 2017).

A participação no Doutorado Interinstitucional entre a Universidade Federal do Ceará e a Universidade Regional do Cariri (DINTER), permitiu não somente o acesso à novos conhecimentos e experiências, mas também ao mais alto nível na hierarquia de formação para o ensino, pesquisa e extensão, o que favorecerá a socialização do objeto desta investigação na comunidade acadêmica e órgão público, esperando que seus resultados possam contribuir com a saúde do município e a inclusão de novas estratégias para a melhoria do cuidado na APS, bem como no processo de formação de graduação em Enfermagem da URCA, em especial, voltados ao fortalecimento de teorias e práticas da APS.

Igualmente, destaca-se que a motivação para esta pesquisa emana do perfil profissional da pesquisadora, que há mais de duas décadas tem atuado na área de avaliação e auditoria dos serviços de saúde da APS e hospitais, constatando, ao longo desse período, dificuldades na avaliação da atenção primária pelo corpo de auditores. Ao conhecer o instrumento PCATool, durante as disciplinas do DINTER, percebi que a aplicação desta ferramenta na avaliação ia ao encontro do meu antigo interesse em realizar a avaliação da atenção primária à saúde dentro de uma nova perspectiva do cuidado, centrado no usuário, na família e na comunidade, além de monitorar as atividades das unidades de saúde e, conseqüentemente, poder consolidar o controle social e a participação/inclusão dos usuários nos processos de planejamento, melhorando assim a qualidade da atenção à saúde dos usuários do SUS.

Destarte, é relevante avaliar a APS sob o prisma dos usuários adultos, pela possibilidade de acesso ao conhecimento destes indivíduos sobre as ações de saúde recebidas e disponíveis na APS do município. Ademais, essa ação poderá subsidiar as práticas dos

gestores do município de Juazeiro do Norte, no sentido da tomada de decisões concernentes aos investimentos em determinadas áreas, favorecer a aproximação dos usuários aos serviços e propiciar o empoderamento do cidadão.

Por fim, o resultado desta tese se incorpora como relevante para o estado do Ceará, a região do Cariri e, em especial, para o município de Juazeiro do Norte, em função da prática de avaliação da APS, ampliando e socializando o conhecimento acerca da avaliação da Atenção Primária em Saúde, fornecendo subsídios à formação de profissionais e qualificação dos serviços do município.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde, na perspectiva dos usuários adultos do Município de Juazeiro do Norte-Ceará.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Calcular os escores dos atributos da APS no Município de Juazeiro do Norte-CE, tanto os essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade), quanto os derivados (orientação familiar e comunitária).
- Calcular o Escore Essencial e Geral da APS de Juazeiro do Norte-CE.
- Apresentar as médias dos escores dos atributos, assim como o escore essencial e geral da Atenção Primária à Saúde entre os sete distritos de saúde de Juazeiro do Norte-CE.
- Relacionar os escores dos atributos com as características sociodemográficas dos usuários adultos acompanhados nas unidades básica de saúde de Juazeiro do Norte-CE.

### **3 REVISÃO TEMÁTICA**

Neste capítulo da pesquisa, são abordadas as bases conceituais e a evolução histórica da Atenção Primária à Saúde, abrangendo as concepções de APS no Brasil, conceitos sobre avaliação em saúde na APS e, por fim, estudos sobre o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde-PCATool, oportunidade em que serão descritos os quatro atributos essenciais e dois derivados dos serviços de saúde, conforme marco conceitual de Starfield (2002): acesso de primeiro contato da pessoa ao sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção; e os derivados: orientação familiar e comunitária.

#### **3.1 Atenção Primária: conceitos e evolução**

O primórdio do nascimento das bases conceituais sobre APS foi assinalado no Relatório Dawson, resultante do debate de transformações no sistema de assistência social depois da Primeira Guerra Mundial, elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido, em 1920, que já orientava o seguimento dos princípios da regionalização e hierarquização, na assistência preventiva e curativa, sob uma base geográfica definida. Acrescenta-se que o acompanhamento dos usuários deveria ser realizado por médicos generalistas, com a participação da Enfermagem, apoio de médicos especialistas e o atendimento distribuído em distritos sanitários, dentre outros (MATTOS, 2004; STARFIELD, 2002).

As ideias desse relatório foram utilizadas na introdução de mudanças do modelo inglês, apontado como de alto custo, em razão da crescente prática médica, focada unicamente na visão biológica, que não proporcionava respostas para a solução de problemas provocados pelos vários determinantes sociais do processo saúde-doença. Esse novo modelo pedia soluções de enfrentamento ao reducionismo, centrado na doença, que não atendia as necessidades individuais das pessoas. A rejeição das propostas pelas corporações médicas concorreu para a inviabilização, por 30 anos, desse projeto. Somente em 1950, a Inglaterra conseguiu programar a Medicina Geral como o seu Sistema de Saúde, tendo como ideia norteadora a busca precoce de usuários em domicílio, promovendo o cuidado e traçando, assim, os primeiros passos para prevenção e promoção da saúde (MARSIGLIA, 2012; LUPPI et al., 2011; STARFIELD, 2002).

Esse modelo, sugerido por Dawson, além de ter sido seguido pela Inglaterra, foi, posteriormente, utilizado por Cuba e Canadá, no final dos anos de 1920 (LAVRAS, 2011).

Nos anos de 1950, os países do bloco comunista, como a China, aderiram às propostas da APS, citando-se como exemplo os “médicos pés descalços”. (DUARTE, 2014; GIOVANELLA, 2012).

Como feito de enfrentamento ao modelo flexneriano, o movimento de Medicina Comunitária em 1960, nos EUA, promoveu grande mobilização popular e intelectual, visando à racionalização dos serviços, com foco na hierarquização, regionalização, inclusão de novas profissões de saúde e incentivo à participação popular. Foram criados centros comunitários de saúde para atender a população dos EEUU, excluída do direito à saúde (OSMO; SCHRAIBER, 2015).

Na América Latina, esse movimento da Medicina Comunitária foi implantado, inicialmente, no Brasil, na Colômbia e no Chile, sob o patrocínio de fundações estadunidenses, com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (SILVA JUNIOR et al., 2008; NUNES, 2015).

No Brasil, o combate às iniquidades em saúde ocorreu pela transformação da Atenção Básica de Saúde (ABS) em condição de reorganização do sistema de saúde. A adoção da expressão ABS foi o modo de contrapor-se à ideologia da APS seletiva, destinada às populações de baixa renda, por meio de ações de reduzida complexidade e de baixo custo, assumidas por muitos países e organismos internacionais, como o Banco Mundial, como um meio de enfrentamento ao processo de exclusão social e econômica causado pela ampliação do neocapitalismo global (STARFIELD, 2002; OPAS/OMS, 2011; LAVRAS, 2011).

Desde o ano de 1960, houve a ampliação de projetos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), incorporando os serviços básicos, considerados “alternativos” ao modelo campanhista, centralizado em doenças dentro de um processo de comando centralizado e verticalizado, com a aplicação elevada de recursos, tudo em sintonia com o receituário da lógica mercantilista da assistência médica. Essas características consolidaram o ambiente hospitalar como espaço hegemônico para a assistência curativas e de formação da prática médica (OMS, 2008).

Nos anos de 1970 ocorreu a disseminação da ideologia da Atenção Primária à Saúde, semelhante à Medicina Comunitária, impulsionada historicamente pelos movimentos sociais e sanitaristas, em repúdio às desigualdades socioeconômicas, em virtude do crescimento progressivo da urbanização, causado pelo êxodo rural e aumento populacional (MOTA; SCHRAIBER, 2011).

Ressalta-se o fato de que, desde 1977, a Assembleia Mundial de Saúde incentivou o incremento da cobertura da atenção primária, mediante a colaboração técnica aos governos

membros e instigando a cooperação entre os países na conquista de um ambiente saudável e um desenvolvimento humano sustentável, de modo que a saúde dos povos das Américas seja acesso universal (PAHO, 2004).

A Declaração de Alma-Ata, em 1978, assinala que os cuidados primários são a maneira de as populações excluídas do direito à saúde no mundo terem acesso a uma assistência de qualidade, recebendo os cuidados essenciais de saúde abalizados em procedimentos práticos, tendo como sustentáculo métodos com rigor científico e socialmente admissíveis, possibilitando acesso universal as pessoas, famílias e comunidades, por meio de sua participação como sujeito, tendo um custo apropriado às posses da comunidade e do País, de maneira que suporte ser sustentada durante cada etapa de seu desenvolvimento (OMS/OPAS, 1978).

Nessa Conferência, foram expressas três respostas orientadoras para os sistemas de saúde do mundo: 1) a tecnologia adequada às necessidades dos usuários, como crítica ao modelo biológico, tecnicista, centrado na doença; 2) a crítica à medicina elitizada, de superespecialização dos trabalhadores da saúde e a prática de campanhas; e 3) a saúde como um instrumento relevante para a promoção do desenvolvimento socioeconômico (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Após a Conferência de Alma-Ata, a saúde passou a ser compreendida por alguns governos como um direito social e humano, em que os cuidados primários são incluídos como aspecto basilar do processo hierarquizado de atenção em saúde e, conseqüentemente, o entendimento da Atenção Primária à Saúde como estratégia de organização do sistema de saúde de vários países, incentivado pelo Banco Mundial como órgão financiador dessas políticas (BRASIL, 2011c).

Com amparo nos postulados da Conferência de Alma-Ata, em 1978, a Assembleia Mundial de Saúde definiu a Atenção Primária à Saúde, indicando que esta deve ser entendida pelos países como parte integral de seu sistema de saúde, sendo função essencial na busca do desenvolvimento socioeconômico universal de toda a comunidade. Foi eleito tal sistema como o primeiro nível de contato dos usuários, família e comunidade, criando maior vínculo, ao possibilitar aos profissionais de saúde estarem mais próximos do ambiente físico, social e cultural de onde vivem e trabalham, constituindo a primeira etapa de um processo sistêmico e dinâmico à saúde (OMS/OPAS, 1978).

Estudo internacional revela que países com maior orientação para APS e fundamentando a repartição dos recursos de acordo com a necessidade de saúde, em substituição à demanda motivada pelo mercado da saúde, alcançam melhores graus de

qualidade do que outros (STARFIELD, 2002). Nesse sentido, países da Europa, Cuba, Canadá e Nova Zelândia, que desenvolvem a APS, contrariam os desafios da fragmentação das ações de saúde, da superespecialização e o predomínio de complexas tecnologias médicas e de elevado custo, abrindo espaço para questionamentos sobre a real necessidade de consumo de determinados serviços (BRASIL, 2011c).

Barbara Starfield aponta a evidência do reflexo positivo da Atenção Primária à Saúde na saúde das populações, em decorrência da oferta de métodos inovadores para a avaliação em saúde dos cuidados prestados pelos serviços e profissionais da Atenção Primária à Saúde. Atribui à Atenção Primária à Saúde como a porta de entrada do sistema de saúde, focando o usuário como um ser holístico e não somente na enfermidade (STARFIELD, 2002).

Dentre 29 artigos pesquisados por Sumar e Fausto (2014), 19 utilizaram o conceito de APS ampliado, que abrange a atenção individual e coletiva com esteio na promoção, prevenção, proteção e reabilitação para manter a saúde, realizada por meio de uma equipe multiprofissional, seguindo um processo de trabalho democrático e participativo, empregando tecnologia de baixa densidade, com embasamento em problemas referidos pelos usuários de um território delimitado.

Nessa realidade, alguns artigos estavam lastreados no conceito de Starfield sobre Atenção Primária e na Política Nacional de Atenção Básica (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2011c; ALMEIDA et al., 2010; ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; ASSIS et al., 2012; GOMES; SILVA, 2011; GOMES et al., 2011; HEIMANN et al., 2011; LAVRAS, 2011; MARSIGLIA, 2012; TRAD; CASTELLANOS; GUIMARÃES, 2012).

Nos anos de 1980, foi criado o Sistema Local de Saúde (SILOS), fundado em um modelo “distritalizado” e hierarquizado, que fazia parte dos discursos da saúde comunitária e das iniciativas referentes à reforma do sistema de saúde em países em desenvolvimento. Os SILOS surgiram como resposta às crises econômico-sociais dos países latino-americanos e periféricos, que exigiam sistemas de saúde com maior aproximação ao modelo de Estado de Bem-Estar Social, que requeria mudanças no modo de assistir grandes parcelas de populações excluídas de bens e serviços de saúde (SILVA; BAPTISTA, 2014).

De acordo com a Política de Atenção Básica (PNAB), conceito de Atenção Primária à Saúde, preconizado pela OMS e praticado por vários países, foi adaptado para o perfil epidemiológico, social, econômico e cultural do Brasil.

Atenção Primária é concebida como um conjunto de ações individuais e coletivas que tem como sustentáculos os princípios doutrinários de universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade, responsabilização,

equidade e participação popular, aliando-se o acolhimento mais humanizado, utilizando-se de tecnologias apropriadas, de elevada complexidade e de baixa densidade tecnológica, em busca da solução de problemas e necessidades detectados em seu território definido, traduzindo-se ao final como a porta preferencial dos usuários, família e comunidade ao sistema de saúde, visando à promoção de sua saúde, prevenção e tratamento de doenças, redução de danos e sofrimentos que possam estar afetando a sua qualidade de vida (LAVRAS, 2011).

Igualmente, Starfield (2002), ao definir a APS como o primeiro nível de assistência do sistema saúde, incorpora várias características, como continuidade, integralidade, coordenação da assistência no contexto do sistema, atenção centrada na família, comunidade e harmonia cultural das ações profissionais com os valores culturais da comunidade e os da APS. Essa aceção da APS norteia as estratégias de avaliação dos serviços de saúde, objeto deste estudo.

Neste contexto, a identificação dos atributos é extraordinária para determinar se um serviço é realmente orientado para APS, ocorrência confirmada, nacional e internacionalmente, pela associação entre os melhores resultados de saúde e maior presença e extensão dos atributos da APS. Também, empiricamente, é assinalado que o uso dos atributos enseja se observar a associação entre estes e a efetividade da atenção à população, tudo promovido pela ampliação da cobertura pela ESF (STARFIELD, 2002).

Por entender que a Atenção Primária à Saúde é a solução mais adequada dos sistemas de saúde para a concretização da tão almejada igualdade de acesso e cuidados entre os usuários, em 2005, a OPAS propôs uma visão ampliada de Atenção Primária à Saúde, incluindo a abordagem integral, intersetorial e de responsabilidade dos governos, que deveriam apostar na prevenção e promoção da saúde (OPAS/OMS, 2011).

A Atenção Primária à Saúde no Brasil foi designada de Atenção Básica de Saúde (ABS), porém, neste estudo, adota-se a expressão APS por considerá-la sinônima e, também, por ter sido abraçada internacionalmente e mencionada em diversos documentos e pesquisas de avaliação em saúde, inclusive em vários documentos do Ministério da Saúde entre estes na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012a). Igualmente, os alicerces das aceções de Starfield (2002), que baseiam o instrumento PCATool aplicado neste estudo, também utilizam a dicção APS. Este nível de atenção promove influência positiva no cuidado à população, por servir como o primeiro contato e porta de entrada ao sistema de saúde, com a escuta, corresponsabilidade, vínculo com a clientela adstrita territorialmente, cuidado integral e maior proximidade das necessidades de pessoas, famílias e comunidades (STARFIELD, 2002).

Nessa linguagem, o Ministério da Saúde adotou o conceito de Atenção Primária de Saúde, que tem entre seus objetivos a concretização, seja formal e, principalmente, na prática, da integralidade das ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, assumindo a orientação da organização do sistema de saúde no Brasil. Para este alvo, urge processos de trabalhos interdisciplinares, democráticos e participativos, aplicando tecnologias complexas e de baixa densidade. Abraça a dimensão coletiva, em vez de individual, percebendo o usuário como sujeito/ agente político de sua história de vida e saúde, a fim de melhorar a resolubilidade das necessidades e problemas referidos e vivenciados por esses cidadãos (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Acrescente-se, ainda, o fato de que APS é constituída por conjuntos interdependentes de atributos estruturantes do sistema de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural (OPAS/OMS, 2011).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde dos Municípios (CONASEMS) considera que a divergência quanto à terminologia utilizada internacionalmente (APS) sobre Atenção Básica de Saúde representa uma questão menor ante os avanços históricos de constituição do SUS (BRÊTAS JUNIOR, 2011). A carência de clareza conceitual da APS faz com que esta seja comparada à opinião de postos de saúde com estrutura problemática, cuidados simples, programas limitativos e de uma prática predominantemente preventiva com base em doenças, sendo a promoção da saúde esquecida (OPAS/OMS, 2011).

Enfim, a filosofia que perpassa toda a concepção de sistema de saúde guarda o sentido de que um país somente poderá concretizar os postulados da APS quando o seu sistema de saúde levar para a prática os princípios de igualdade, responsabilidade compartilhada com os usuários e famílias, a cooperação internacional e a apreensão de saúde como qualidade vida e não somente ausência de doença. Com base nos princípios da Conferência de Alma Ata, defende-se a abordagem social e política da APS, desconstituindo aspectos característicos das doenças e fazendo políticas de desenvolvimento inclusivas, enérgicas, transparentes e amparadas por compromissos financeiros e de legislação, para se alcançar uma assistência mais igualitária em saúde (MENDES, 2012). Com efeito, a materialização dos princípios doutrinários da APS, visando à qualidade da assistência prestada pela equipe Saúde da Família, poderá ser alcançada com a aplicação de processos avaliativos que tenham embasamento em instrumentos de avaliação da APS, já validados no Brasil, como o PCATool.

### 3.1.1 Atenção Primária no Brasil

Os debates sobre Atenção Primária à Saúde e suas estratégias de acesso universal, de igualdade e de cuidados primários, dentre outros, ainda na contemporaneidade, provocam reflexões, incluindo os caminhos da Política Nacional de Saúde.

No Brasil, a Saúde Pública foi evocada como função estatal nos anos de 1930, com fulcro nas determinações normativas de prevenção de doenças com a prática de campanhas sanitárias e ações profiláticas nas áreas rurais. Na zona urbana, concentravam-se as ações curativas e individuais por meio da assistência médica, implementadas pelas caixas e institutos de aposentadoria e pensões (IAP), estabelecidos nos anos de 1920 e 1930, visando a assegurar socialmente aos trabalhadores portadores de carteira profissional, devidamente assinada (GIOVANNELA et al., 2009).

No final dos anos de 1940, já era percebido que havia maior investimento na assistência médica-privatista em detrimento da saúde pública. Até 1953, as ações de saúde eram desempenhadas pelo Ministério da Educação e Saúde, sob a direção do Instituto Oswaldo Cruz e Escola Nacional de Saúde Pública. Nesse período, houve o desmembramento em dois ministérios: o da Saúde e da Educação e Cultura. Com tal separação, o Ministério da Saúde passou por várias reformulações. Assim, nos anos de 1960, ocorreu a separação da assistência médica, em relação à saúde pública, por evidenciar um modelo assistencial com ações desordenadas e contingentes, incapazes de enfrentar os problemas e necessidades da população brasileira (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Esse modelo hegemônico baseava-se no papel financiador do Estado, por via do órgão arrecadador e de financiamento da previdência social, tendo a rede privada como o grande prestador de serviços e o setor internacional o fornecedor de insumos, equipamentos e medicamentos. Nesse sentido, foram ampliadas as desigualdades sociais que motivaram os sanitaristas e a academia a discutirem um planejamento de saúde, tendo por base as metas aliadas ao crescimento econômico e de sugestões para a Política Nacional de Saúde (PEREIRA, 2014).

A dívida social e a luta pela democratização das políticas de saúde passaram a ser incorporadas centralmente pelos movimentos reformistas decorrentes das cobranças da sociedade por maior inclusão social e diminuição das evidentes e históricas desigualdades sociais, econômicas e epidemiológicas, que influenciaram o direito à saúde, a universalização e ampliação da cidadania (IPEA, 2010).

Destaca-se o fato de que, em meados de 1970, o Brasil já buscava um modelo de proteção social, semelhante aos movimentos que apareceram na realidade internacional, com maior abrangência e de caráter universal. O modelo da época centrava-se no atendimento individual, oneroso e somente para os usuários abraçados pela Previdência Social, ou seja, apenas a classe trabalhadora com vínculo empregatício (GIOVANELLA et al., 2009).

No âmbito de crise econômica e previdenciária dos anos de 1970, bem como do enfraquecimento do regime civil-militar, começaram as discussões sobre a necessária ampliação da cobertura assistencial e da constituição de serviços básicos, a fim de acalmar as grandes mobilizações sociais pelo acesso ao direito à saúde, reivindicando a criação de políticas sociais e econômicas capazes de garantir o acesso universal, integral e igualitário, com a participação popular na tomada de decisão (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A vitória da Reforma Sanitária surgiu na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, no momento em que se estabeleceu a criação de uma rede básica de serviços públicos, descentralizados, fortalecendo a municipalização da saúde, a fim de promover o acesso universal à saúde pela população, coberta ou não pela previdência social, recusando as ideias conservadoras e a lógica do mercado da saúde, cujo sustentáculo era a produção de assistência médica privada (BRASIL, 2006a; VASCONCELLOS, 2007).

A busca por justiça social, com maior redistribuição de riquezas, foi materializada no momento em que a Constituição Federal de 1988 garantiu a saúde como direito humano e social, culminando com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (FLEURY, 2009; BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; IPEA, 2010).

O arcabouço jurídico de confirmação dos ideais contidos na CF/88 foi estabelecido nas leis: n<sup>os</sup> 8142/90 e 8080/90, Emendas Constitucionais de números 12, 20, 26, 29, 31 e 34, o Decreto n<sup>o</sup> 99.438/90, nas Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1992, 1993 e 1996 e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) do ano 2001 e 2002, e, em 2006, a Portaria n<sup>o</sup> 399/2006, que estabeleceu o acordo Inter Federativo articulado em três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão; Portaria GM/MS n<sup>o</sup> 1.097/2006, que define a elaboração da Pactuação Integrada da Assistência, a Portaria n<sup>o</sup> 2.488/2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica de 2012 e a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de n<sup>o</sup> 2.436/2017, dentre outras, que regulamentam a saúde brasileira (BRASIL, 1988, 1990a, 1990b, 1990c, 2006a, 2006b; 2011a, BRASIL, 2017).

O SUS configura, juntamente com o Sistema de Previdência Social (INSS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), (Lei n<sup>o</sup> 12.435 de 6 de julho de 2011), o tripé

da seguridade social, garantido na Constituição Cidadã de 1988 (BRASIL, 1988; 1990a; 2011c).

É reconhecido o fato de que, apesar dos obstáculos que o SUS ultrapassou durante seu estabelecimento nestes 27 anos, ele evidencia avanços. Dentre estes, a crescente ênfase na Atenção Primária, especificando-se: em 1991, a criação do Programa de Agentes Comunitários (PACS), ocorrida inicialmente no Ceará, e, posteriormente, acatado pelo MS, em 1994, com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), tendo entre seus ideais a aproximação a comunidade - serviços de saúde). O PSF passou a ser a base da agenda política, recebendo estímulos financeiros, institucionais, de capacitação e formação de profissionais de saúde para atuar em parceria com o usuário, família e comunidade, na solução de problemas e necessidades vivenciadas pelos cidadãos (CALDEIRA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2010).

Inclusive, em 2003, por meio do Projeto de Expansão e Cobertura da Saúde da Família (PROESF), foi ampliada a ESF para os municípios de mais de 100 mil habitantes, incentivando-os com apoio financeiro, determinando a ESF como porta de entrada prioritária para o Sistema de Saúde; também fortalecer a capacidade técnica das secretarias estaduais de saúde, por meio do monitoramento, avaliação e educação continuada dos profissionais da ESF (COSTA; SILVA, 2011).

Na expansão da cobertura das ESF, segundo Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2013, o SUS acolhia à época 72% da população, 56% cadastradas em alguma equipe de saúde e 60% recebem cuidados da APS (STOPA et al., 2017).

A transformação do PSF em 2006, por meio da Portaria nº 648/GM/MS, que estabeleceu a Política Nacional da Atenção Básica em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), visou ao reforço às prioridades e princípios organizativos do SUS, fundamentando-se em um perfil epidemiológico, modelos inovadores de atenção à saúde e a influência mundial centradas na APS (BRASIL, 2006c; SORATTO et al., 2015; COSTA et al., 2009). Essa conversão reafirmou a responsabilidade do Governo com a APS, tendo uma visão ampla de saúde, abraçando a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, realizada por meio de um processo de trabalho interdisciplinar, democrático e participativo, com suporte nos princípios estabelecidos na Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990b). Nessa Política, foram incluídos os princípios e atributos em conformidade com a concepção abrangente de atenção primária, em harmonia com as práticas renovadas de APS nas Américas, conforme estabelecido pela OPAS e OMS (OPAS/OMS, 2011).

Nessa contínua busca pela atenção integral à pessoa e à família, perante agenciamento, na atualidade, de complexas necessidades de saúde e a fragmentação do SUS, foi estabelecida pelo Ministério da Saúde a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que instituiu arranjos organizativos, por meio da ampliação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do Sistema Único, e cuja finalidade é garantir à pessoa, à família e à comunidade ações e serviços, dentro de uma configuração de eficácia continuada, integral e humanizada, como suporte técnico logístico e da gestão (BRASIL, 2010a; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A Política Nacional de Atenção Básica, além de ser instrumento para a resolução dos problemas de saúde, veio subsidiar a coordenação do cuidado em todos os níveis, como uma Rede de Atenção à Saúde, visando a alcançar o atendimento integral das necessidades da pessoa e da família (BRASIL, 2011a).

Na edição da segunda PNAB, mediante a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, foi efetuada 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”, elaborada com maior participação e discussão pela sociedade e profissionais, mediante consulta pública ao documento antes de sua publicação. De modo geral, manteve os arranjos organizativos do documento anterior, incluindo as portarias de implantação do Núcleo Ampliado à Saúde da Família (NASF); as ESF ribeirinhas, unidades fluviais, ESF Bucal no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, os consultórios de rua e o Programa de Saúde Escolar (PSE), e, por fim, estabeleceu apoio financeiro para a avaliação da qualidade, por intermédio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b, p. 01-24).

A terceira edição da PNAB, com a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, recebeu críticas de setores como do Conselho Nacional de Saúde, movimentos sociais e entidades acadêmicas, pela falta de abertura de debates mais aprofundados e por isso sem legitimação para ser efetivada. Agregou ao seu texto, entretanto, temas importantes, já contemplados em portarias, programas, manuais e cadernos do MS, relacionados à atenção básica (BRASIL, 2017). Deve-se enfatizar, todavia, o fato de que esses temas continuam muito no plano discursivo e conceitual, sem indicadores de sua efetividade no ambiente da APS.

Entende-se oportuno, mesmo que brevemente, afirmar que a Portaria nº 2.436/2017 promove a ampliação do déficit financeiro, redução dos ACS (Agentes Comunitários de Saúde) e conseqüente aumento de áreas de vulnerabilidade social; fim da

carga horária de 20 e 30 horas, término das oito de horas para educação permanente dos profissionais, dentre outras (BRASIL, 2017).

De tal modo, a decisão política do M.S. em efetivar sistemas *loco* regionais de saúde articulados em redes se expressa em seguida, pela aprovação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que estabelece nova regulamentação da Lei nº 8.080, fortalecendo o aperfeiçoamento das redes de atenção nas regiões de saúde, e, por conseguinte, concebendo a constituição das redes para mais à frente da expectativa da organização dos serviços (BRASIL, 2011d; BRASIL, 1990b). Nessa visão conceitual, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS dão ensejo à interligação dos serviços de saúde organizados, dentro de um desenho que privilegie os distintos níveis de atenção, de densidade e complexidade tecnológica, em um território definido, com suporte na coordenação da Atenção Primária em Saúde, com vistas à concretização dos atributos do primeiro contato, acessibilidade e integralidade da atenção aos usuários (SILVA, 2011). Com efeito, a ampliação do sistema de RAS poderá se transformar em uma vigorosa medida para o fim e ou redução da fragmentação do sistema, conforme demonstrado por alguns países, como a Espanha e o Canadá, que focaram no acesso universal, e as diretrizes organizativas da regionalização, abraçando o modelo de coordenação de redes como estratégia, com distintas maneiras organizacionais, mas centralizadas no cuidado integral, e conseguiram influenciar mais sobre o processo de fragmentação da assistência (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; SHIMIZU, 2013).

Observa-se que o Brasil denota, nos últimos anos, a ampliação dos progressos no acesso e oferta de serviços de saúde de atenção primária. Dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), em 2012, informam que a ESF teve em 2012 uma cobertura de 54% da população por meio de 33.000 equipes, e, conseqüentemente, assistindo 124 milhões de brasileiros (MALTA et al., 2016). O aumento de cobertura da população, entretanto, não é um indicador de qualidade.

Nesse sentido, Harzheim et al (2006) expressam que é a ESF que realmente representa uma estratégia essencial para a implantação da APS, porém, a existência formal de uma política pública em saúde não garante que será aplicada com a qualidade que solicita o direito à saúde por parte do cidadão. Portanto, há necessidade de a União e os estados (e, até mesmo os municípios, mesmo que sejam responsáveis suplementarmente), manterem, continuamente, um sistema de avaliação da atenção primária em saúde, para controlar a qualidade dos serviços prestados, monitoramento dos financiamentos, no planejamento e tomada de decisões adequadas a cada realidade.

É reconhecido o fato de que a organização do sistema de saúde, desde a atenção primária, é uma das prioridades do SUS, que passa por processos de reorganização por meio da implantação da ESF, a impulsionar modos de pensar e agir que fundamentam o modelo de atenção à saúde de pessoas, famílias e comunidade.

## **3.2 Avaliação em Saúde da Atenção Primária no Brasil**

### **3.2.1 Origem e Conceitos**

Os avaliadores são desafiados a compreender e explicar fenômenos (...). Aprender esta complexidade não requer um privilégio de apenas uma forma de conhecer e valorizar, mas sim um levantamento de todas as nossas formas de entendimento em um quadro que contemple a diversidade e respeite a diferença. (GREENE; BENJAMIN; GOODYEAR, 2001, p. 35).

A avaliação é uma atividade bastante antiga na história da humanidade, porém, somente após a Segunda Guerra Mundial surgiu como avaliação de programas públicos em virtude da percepção da necessidade de controlar a aplicação dos recursos desses programas públicos, começando o desenvolvimento de várias metodologias que analisassem as vantagens e os custos (KANTORSKI et al., 2009; PINTO-JUNIOR et al., 2015).

Na atualidade, assume caráter polissêmico, quando de sua definição, abraçando várias realidades e diversificados referenciais teóricos de análise. Minayo, Assis e Souza (2005) assinalam que a aplicação de avaliações de programas e projetos sociais é atual. Essa recente prática aconteceu após a Segunda Guerra Mundial, nos países centrais, a fim de monitorar e controlar enormes investimentos em políticas de bem-estar social, para minimizar as sequelas sociais, econômicas e de saúde, deixadas por esse conflito sobre a população.

Vários autores manifestaram a importância do cultivo da avaliação no momento da tomada de decisão pelos profissionais, gestores e acadêmicos (TANAKA; TAMAKI, 2012; STEIN, 2013; ALMEIDA; MACINKO, 2006; PINTO-JUNIOR et al., 2015). Para o incremento dessa cultura, os países desenvolvidos colocaram em prática a inclusão da avaliação como política governamental.

Desde 1960, a prática institucionalizada de avaliação de programas ocorreu, principalmente, nos Estados Unidos da América, como um instrumento de controle de projetos sociais (RAMOS; SCHABBACH, 2012). A crise econômica do segundo pós-guerra e o papel do Estado como responsável pelo financiamento da saúde justificava a necessidade de controle dos custos pelo sistema de saúde sobre a qualidade da assistência prestada.

Por isso, a avaliação é privilegiada por países como Estados Unidos, Austrália, Canadá, França, dentre outros, que criaram organizações destinadas a avaliar as novas tecnologias médicas. Foram ampliados os eventos científicos, a produção de artigos e demais produtos sobre a temática da avaliação. Esta geração de enfoques sobre a avaliação representa, ao mesmo tempo, a necessidade de sua implementação, mas, também, de considerá-la atividade complexa que necessita de investimentos na formação do capital humano do sistema de saúde (SAMICO et al., 2010; BROUSSELLE et al., 2011).

Desse processo avaliativo, brota, necessariamente, um julgamento de valor, ou seja, de aprovação ou desaprovação no que se relaciona a uma política ou programa de saúde, em especial, tendo como fundamento, explícito ou não, o valor de justiça. Por isso, entende-se que não há como se realizar uma avaliação somente baseada em um modelo apenas instrumental, na expectativa de alcançar um enfoque técnico. Portanto, a avaliação também representa um ato político, de vontade do avaliador, não sendo possível a sua neutralidade (POCHO, 2011).

Acredita-se que conceituar avaliação não é uma tarefa simples ante a polissemia do termo, ora pelo uso objetivo de parâmetros normativos e avaliativos, ora sob a influência da subjetividade do avaliador, além do momento histórico, dos espaços físicos e sociais em que se dá a avaliação, que pode contribuir para a geração de tipos de avaliação, distintos e de resultados, também, diferenciados (FERNANDES; RIBEIRO; MOREIRA, 2011).

Por isso, é importante expressar a noção de que o processo avaliativo da atenção primária em saúde diligencia a aplicação de instrumentos de análise e avaliação elaborada em bases conceituais e metodológicas explícitas e validadas, na tentativa de evitar ao máximo a subjetividade do avaliador.

De tal modo, avaliar é realizar julgamentos sobre as ações de determinados programas e projetos, visando a auxiliar na tomada de decisões. Nessa apreciação, podem ser utilizados os parâmetros constantes nos atos normativos (avaliação de normas) ou aplicar os procedimentos científicos (pesquisa avaliativa), ou se empregar os dois métodos ao mesmo tempo. Ela incorpora teorias, conhecimentos e instrumentos de várias ciências, requerendo conhecimentos especializados e de processos de trabalhos específicos (CARVALHO et al., 2012; RAMOS; SCHABBACH, 2012). Já as pesquisas avaliativas seguem os critérios do método científico, orientando-se por uma pergunta norteadora.

Entendemos que a tarefa de avaliar é necessária, conduzindo a negociação por parte dos diversos agentes sociais quanto ao objeto e objetivos desta. A ausência desta premissa poderá afetar a viabilidade de qualquer ação que objetive a tomada de decisão no

âmbito de um contexto de busca pela equidade e efetividade dos serviços de saúde (CARVALHO et al., 2012).

A avaliação em saúde é realizada, gradualmente, nas últimas três décadas, inclusive o interesse pelo objeto da avaliação em saúde ultrapassa o ambiente acadêmico, tornando-se alvo do Ministério da Saúde, ante as exigências de organismos internacionais, que financiam determinados projetos, e pela responsabilidade do Estado com a oferta de saúde de qualidade (TENÓRIO; LOPES, 2010).

Esse crescente interesse pela avaliação em saúde decorre da ampliação de políticas públicas sociais, estabelecidas na Constituição Federal de 1988, que acolheu vários direitos civis dos cidadãos brasileiros, até então excluídos. Esse crescimento do expediente da avaliação como subsídio dos sistemas de controle e gestão do Estado fortalece cientificamente a ação estatal nas decisões políticas (BRASIL, 1988; CRUZ, 2011).

Figueiró, Frias e Navarro (2010) acentuaram que, na área das políticas públicas, a avaliação é o centro das atenções do Ministério da Saúde, entretanto, se configuram ainda muito esporádicas, por meio de pesquisas específicas e produção de dados estatísticos, sem a regular aplicação da análise desses dados na tomada de decisão dos gestores e profissionais de saúde (RAMOS; SCHABBACH, 2012). Nesse sentido, os princípios e valores preconizados pelo SUS para a reforma do sistema de saúde exigem uma percepção diferenciada do processo saúde-doença e justificam um procedimento permanente e sistemático de avaliação das políticas públicas (CARVALHO et al., 2012).

A pesquisa avaliativa focaliza a análise da existência, cobertura e efeitos de programas e políticas públicas, voltados para a intervenção e o lugar onde ocorrem as ações de saúde, capazes de ensejar informações científicas válidas e socialmente legítimas, permitindo aos avaliadores envolvidos a possibilidade de elaborarem, individual ou coletivamente, uma análise aplicável à prática de saúde (MAGALHÃES; BODSTEIN, 2009; CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Desde 2005, Minayo, Assis e Souza proclamam por uma visão social da avaliação em saúde, ensinando que a avaliação de projetos e programas sociais tem relevância por ser um instrumento para a transformação da sociedade e, conseqüentemente, promovendo a ampliação da cidadania e incorporação dos direitos humanos, entre os quais a saúde (TENÓRIO; LOPES, 2010). Nesse sentido, avaliar implica julgar o merecimento e estado de determinada ação, em busca de melhores práticas em saúde, originando, de tal modo, mais conhecimento, que estejam em concordância com as demandas surgidas, seguindo novas bases conceituais e sugestões de intervenções indutoras de transformações da realidade

estudada. Assim, a avaliação adquire o esboço de um atributo político voltado para as mudanças sociais (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

Do mesmo modo, a avaliação abandona a doutrina simplesmente disciplinar e teórica, transmitida ao interlocutor, seguindo um novo modelo dialógico e de aprendizagem. Neste novo construto de avaliação, ocorre o diálogo ao conhecimento constituído de modo partilhado entre todos os agentes políticos abrangidos na avaliação, até a participação de usuários (AKERMAN; FURTADO, 2015).

A avaliação em saúde, dentro do enfoque participativo, pode contribuir para a conquista da cidadania pelo empoderamento dos usuários, seja individual ou coletivamente, sendo, portanto, imprescindível à participação destes na discussão dos resultados da avaliação (SÁ; MOYSÉS, 2009a).

Igualmente, registra-se o fato de que os agentes avaliadores devem fazer uso ético dos achados, impedindo o mau emprego dos resultados, concorrendo, assim, para a melhoria da qualidade de vida humana (CAMPOS; RODRIGUES; MORETTI-PIRES, 2012; SÁ; MOYSÉS, 2009a).

A tomada de decisão é um dos aspectos importantes para a existência humana e tem na avaliação um elemento norteador para o surgimento de mais conhecimentos (SÁ; MOYSÉS, 2009b; CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Apesar de a avaliação ser percebida pelos acadêmicos e gestores como imprescindível para a qualidade da oferta de serviços, ainda existem grandes desafios para a realização desta. Entre estes conflitos, se sobressaem diferenças ideológicas, a influência da subjetividade dos diversos avaliadores envolvidos, o problema na determinação de parâmetros/indicadores de qualidade em saúde e as dificuldades na definição dos elementos do cuidado, métodos e fontes apropriadas (DONABEDIAN, 2005; STARFIELD; SHI, 2009).

Na diversidade de formulações conceituais e metodológicas para avaliação em saúde, esta pesquisa adota como referencial teórico o modelo proposto por Donabedian (2005), que categoriza tridimensionalmente a avaliação em três dimensões: estrutura, processo e resultados. A estrutura (capacidade) define os recursos organizativos da atenção à saúde, as instalações físicas, equipamentos, material de consumo/insumos, modalidades de financiamento e o perfil de qualificação dos recursos humanos. Já a dimensão do processo (desempenho) concentra seu foco nas fases de trabalho para a execução do cuidado ofertado, assim como a percepção do usuário sobre a qualidade do cuidado recebido. Por fim, o aspecto dos resultados (concretização das dimensões de estrutura e do processo), em que são avaliados os influxos da assistência prestada sobre o real estado de saúde dos usuários: a

satisfação das pessoas e a mudança de comportamento, dentre outros (DONABEDIAN, 2005; STARFIELD; SHI, 2009). Cada um desses dados possui aspectos diferentes do processo avaliativo, alterados conforme o tempo e o lugar em que se encontram.

Neste contexto, os elementos estruturais (inclusos nas questões do grau de afiliação e dos atributos acesso de primeiro contato –acessibilidade e integralidade-serviços disponíveis) são importantes na solução de problemas da APS, como: acessibilidade, essencial para a proximidade dos serviços com a população assistida, os horários e dias de atendimento, atendimento de consultas não agendadas; os diversos serviços disponíveis, para os usuários, família e comunidade; o conhecimento da população, a ser atendida, pela existência de uma atualizada territorialização e a continuidade do atendimento pela relação interpessoal do profissional com o usuário, individual ou coletivamente, ou por meio dos registros em prontuários. Já a dimensão processual (evidenciados nos atributos acesso de primeiro contato-utilização, longitudinalidade, coordenação- sistema de informação, orientação familiar e comunitária) é voltada para a utilização de serviços pela população, constando de consultas para novos problemas, acompanhamento de um problema antigo e o reconhecimento das necessidades dos usuários e comunidade como fundamento para o diagnóstico e o tratamento.

O estudo da estrutura, isto é, equipe de profissionais, preparação, experiência e recursos financeiros, têm sido pouco considerado pelos autores que abordam o campo da saúde pública. Nesse aspecto, no PCATool são avaliados 30% dos atributos da APS (acessibilidade, coordenação – sistema de informação e integralidade e o grau de afiliação), sendo, portanto, a dimensão que menos informação oferece sobre a qualidade da atenção à saúde (PORTELA, 2000).

É preciso destacar que o modelo de avaliação da qualidade é predominantemente direcionado à atenção prestada pelo médico. No processo de validação no Brasil, foram incluídos outros profissionais, faltando, porém, a inclusão dos agentes comunitários de saúde, essenciais para a ampliação do acesso universal e para a atenção integral aos usuários, princípios importantes para a consolidação da APS.

Na dimensão avaliação de processo, análise da competência dos profissionais, tratamento dos problemas de saúde por meio de métodos de observação direta e registros médicos no prontuário do usuário são incluídos 70% dos atributos “Acesso de Primeiro Contato – Utilização, Longitudinalidade, Coordenação – Integração de Cuidados, Integralidade – Serviços prestados e Orientação Familiar e Comunitária”, que agenciam a interação de profissional de saúde e usuário (família e comunidade assistida).

Já a avaliação dos resultados analisa o estado de saúde do usuário das UBS, tendo em vista que o estado de saúde é constituído pelos diversos determinantes e condicionantes socioculturais, políticos e físicos, dentre outros. Neste estudo, a avaliação da presença e extensão dos atributos da APS permite determinar as mudanças, na situação de saúde da população (DONABEDIAN, 1980).

De acordo com Starfield (2002), a APS requer maior abrangência da avaliação, relativamente às três dimensões de Donabedian (2005), ou seja, estrutura, processo e resultados. Por isso, passa da simples avaliação da satisfação do usuário para uma mensuração mais abrangente, envolvendo os sete atributos da APS (FIGUEIREDO et al., 2013).

Portanto, esta pesquisa, tendo como suporte teórico os ensinamentos sobre os atributos da APS inventariados por Starfield, que tem como embasamento a proposta de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, de Donabedian, objetivando avaliar a presença e extensão dos atributos da APS, na perspectiva dos usuários adultos do Município de Juazeiro do Norte-CE, utilizando o instrumento PCATool, possibilita, assim, o ajustamento da oferta e das relações entre os distintos procedimentos realizados pelos serviços da Atenção Primária em Saúde, em especial, contribuindo para melhor tomada de decisão e deliberações de estratégias de planejamento e execução pelos profissionais e pela gestão, na busca de oferecer uma atenção integral ao usuário.

Enfim, acredita-se que, com a instituição da cultura de avaliação em saúde, em decorrência de sua importância na formulação de novas políticas públicas, estas sejam definitivas e inseparáveis de uma prática participativa, formativa e de ingerência, que seja geradora de transformações sociais e de saúde (VERDI; FINKLER, 2014).

### 3.2.2 A Institucionalização da Cultura da Avaliação na Atenção Primária à Saúde

Avaliação é uma possibilidade de transcender o cotidiano para nos levar de volta a ele, com ações concretas e que possuam um significado e uma construção coletiva. (TANAKA; MELO 2000).

Com base neste enunciado, entende-se que a área de saúde pede respostas efetivas de todos os agentes políticos envolvidos do atendimento, ante a complexidade do processo saúde-doença das populações que vivem no território adstrito da APS. Por isso é relevante a necessidade de uma sistemática avaliação das ações realizadas, de modo a superar os diversos desafios conceituais e metodológicos, para que o projeto se concretize eficazmente, uma vez que cada usuário, profissional de saúde, gestores e acadêmicos possuem objetivos e visões

diferenciados em relação aos serviços (DAMACENO, 2015). Também, perante a ampliação da cobertura populacional pela ESF e seus serviços, cresce igualmente o imperativo de produzir conhecimento científico sobre a atenção primária, sendo a avaliação dos serviços de saúde importante meio para o aprofundamento de tal saber (HARZHEIM et al., 2005).

No Brasil, é recente a cultura pela instituição de uma política de avaliação referente à gestão do sistema saúde. O movimento da inclusão de monitoramento e avaliação teve início nos anos de 2000, com a implementação da descentralização das ações de saúde da União para os estados, Distrito Federal e municípios, incentivada pelas mudanças desencadeadas pela implantação do SUS (BRASIL, 2010a).

A elaboração e a inclusão de inúmeros programas, projetos e políticas de saúde solicitam conhecimento sobre a execução do planejado, se os resultados estão em consonância com o esperado. Nesse sentido, uma avaliação requer como bases o diagnóstico da situação observada, o planejamento das ações e aplicação adequada dos resultados por parte do gestor (SANTOS et al., 2011; CRUZ, 2011; CRUZ; REIS, 2011).

Há no cotidiano dos gestores de saúde a predominância de avaliações normativas, em vez das avaliativas. As pesquisas avaliativas são de maior interesse para os pesquisadores, que ora se articulam com a gestão e noutros momentos em dar respostas à sociedade civil, fornecendo informações sobre as alterações em programas e políticas públicas, no sentido de aprimoramento do processo de tomada de decisão pelos governantes, gestores, profissionais e usuários (CRUZ; REIS, 2011).

Consoante anotam os autores Cruz e Reis (2011), no processo de institucionalizar a cultura da avaliação na Atenção Primária em Saúde, é observada a dominância da avaliação normativa, incluindo suas vertentes formativa e somatória. A normativa abarca o julgamento sobre uma operação, levando em conta os recursos empregados, organização, serviços e bens produzidos e os efeitos alcançados. Na constituição da avaliação normativa, encontra-se a avaliação formativa (proativa), desenvolvida durante a implementação de um programa, por meio de informações que subsidiem as decisões da necessidade de alterar objetivos ainda com o programa em andamento. Na avaliação somativa, a avaliação se aplica durante e ao final de um programa, para medir seus efeitos e influências e prestar contas dos recursos financiados e ou aplicados pelo Ministério da Saúde (COHEN; FRANCO, 2008).

Como a Lei nº 8.041/90, do SUS, estabelece entre seus princípios filosóficos a participação do usuário, surge para os avaliadores a necessidade do reconhecimento teórico e prático da inclusão dos diversos agentes políticos na avaliação dos resultados das políticas públicas e programas implementados (BRASIL, 1990d). Este tipo de avaliação é concebido

por Dubois, Champagne e Bilodeau (2011) como a quarta geração, suplantando as práticas avaliativas de cunho simplesmente prescritivo, com a participação quase sempre por avaliadores especializados e externos aos serviços, o que enseja medo, expectativas e dificuldade na aprendizagem dos profissionais de saúde e gestores acerca da importância da prática da cultura da avaliação por todos os que compõem a equipe de saúde, inclusive os usuários, em que este traz para o interior da avaliação a óptica da realidade onde acontece a oferta de serviços e bens de saúde. Deste modo, esta favorece uma atitude dialógica entre os diversos agentes sociais envolvidos, contribuindo para mudanças, aprendizado, trocas de conhecimentos e práticas, dentro de uma visão avaliativa compartilhada.

Em 2001 e 2002, o Ministério da Saúde, objetivando a melhoria dos procedimentos avaliativos da Atenção Primária de Saúde, realizou uma avaliação normativa da implantação do PSF, focalizando os elementos de estrutura física das unidades de saúde e gestão e o processo de trabalho das equipes de saúde. Os resultados desse estudo indicaram deficiência de equipamentos, medicamentos e insumos, assim como a precariedade dos vínculos trabalhistas, o que ocasionava elevada rotatividade dos profissionais, comprometendo, conseqüentemente, a qualidade dos serviços prestados à comunidade, assim como afetava a assistência integral e o vínculo com o usuário (BRASIL, 2004).

A preocupação do Ministério da Saúde com a avaliação da Atenção Primária foi destacada quando formada a Comissão de Avaliação da Atenção Básica, em 2003, pela Portaria nº GM 676/2003, e na criação de uma Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica, no plano federal, visando a produzir pactos sobre conceitos e objetivos da atenção básica. Registre-se o fato de que, nesse relatório final da coordenação, é revelada a incipiência dos processos de avaliação, além da desconexão das suas medidas relativamente à realidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2003).

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é um dos importantes meios para o acompanhamento e avaliação da Atenção Básica, pelos profissionais e gestores, durante o planejamento e na tomada de decisão. É, contudo, alvo de críticas, pelo fato de ser utilizado muito mais como um instrumento de alimentação de um banco de dados, necessário para o repasse de verbas pelo Ministério da Saúde para estados e municípios (VASCONCELOS; BOSI; PONTES, 2008; TANAKA; TAMAKI, 2012).

A avaliação da qualidade do atendimento pelos serviços de saúde requer novas práticas pelos serviços prestados à comunidade, em especial, no cotidiano da APS, em que o SUS mantém uma dinâmica permanentemente de formulação de um sistema de saúde, em

sintonia com os problemas e necessidades vivenciados pelas pessoas, família e comunidade (STARFIELD, 2002; MOTTA; BATISTA, 2015).

O Ministério da Saúde, empenhado no fortalecimento da Política de Monitorização e Avaliação da Atenção Básica, orienta a participação espontânea dos gestores municipais e demais agentes envolvidos por meio de um instrumento de autoavaliação, visando a diagnosticar e fundamentar as estratégias de solução dos problemas.

Basicamente, o Ministério da Saúde empregou o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Pacto de Indicadores da Atenção Básica como as principais ferramentas de acompanhamento e avaliação da Atenção Básica (AB). Posteriormente, instituiu a proposta de autoavaliação das Equipes de Saúde da Família por meio da Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) (BRASIL, 2009).

Nesse fortalecimento da avaliação da atenção primária, o Ministério da Saúde estabeleceu, pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), desenvolvido por meio de um processo de negociação e pactuação entre as quatro esferas de governo, a gestão do SUS, adotando as diretrizes da AMQ em que as apreciações são alicerçadas em aspectos normativos da Política Nacional de Atenção Básica, que estimula a prática da qualidade do atendimento como fator para o financiamento e metodologias de trabalho dos profissionais e gestores do sistema de saúde. Essa Portaria estabelece incentivo financeiro para a promoção da qualidade da assistência, por meio do Piso de Atenção Básica Variável. Esse programa é composto por quatro etapas: 1) adesão e centralização; 2) desenvolvimento; 3) avaliação externa; e 4) recontratualização (BRASIL, 2011e).

O PMAQ intenta induzir nas equipes de Saúde da Família a necessidade de articulação entre a educação permanente e os incentivos de apoio dos serviços, visando a ampliar as opções para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores diuturnamente (BRASIL, 2013a). Enfim, o PMAQ é uma importante estratégia da gestão, podendo promover alterações na micropolítica do trabalho em saúde (OLIVEIRA NETO, 2011; MERHY; ONOCKO, 2002; FRANCO, 2006) no âmbito dos serviços. Ressalta-se que o ambiente da micropolítica do trabalho na ESF, social e subjetivamente constituída, refere-se ao contexto e ao ambiente onde ocorrem o protagonismo cotidiano dos profissionais de saúde e a relação com usuários dos serviços de saúde (MERHY, 2007).

Para institucionalizar a avaliação pelos serviços de saúde, é imprescindível a formação da capacidade técnica, nos níveis do sistema de saúde, em busca da concretude de uma efetiva associação das ações de monitoramento e avaliação como subsidiárias ao

planejamento e à gestão, concorrendo, assim, para à formulação de políticas públicas, sustentação ao processo decisório e de capacitação dos sujeitos participantes (CARVALHO et al., 2012; FELISBERTO, 2006).

Nessa locução, o Ministério da Saúde, ao tentar institucionalizar a avaliação da atenção primária em saúde, em especial, como um dos expedientes da gestão, colaborará para a superação da lógica de que avaliar significa um aspecto negativo e punitivo. Pelo contrário, a avaliação tem potencial para formação dos agentes políticos comprometidos com a realização de programas e projetos de saúde. Portanto, ao levantar as informações sobre a estrutura e processos de trabalho da APS, assim como indicar os dados referentes ao contexto social e político em que as ações dos programas e projetos estão inseridas, os sujeitos poderão intervir e transformar a realidade aprendida desde a visão crítica de avaliador.

Com efeito, a avaliação pode ser concebida como instrumento de melhoria da qualidade da atenção à saúde oferecida, desde que esteja em sintonia com os princípios do SUS. De tal modo, a avaliação tem potencialidade para instituir uma cultura democrática de participação de todos os agentes políticos, inclusive os usuários, no processo de tomada de decisão, assim como abrir espaço para a formação técnica e política para profissionais e gestores de saúde, avaliadores e usuários. Acreditamos, assim, que avaliar a APS é o caminho para a solidificação do sistema universal, equitativo, integral e de qualidade.

Destaca-se, entre os diversos estudos focalizando a temática da avaliação na APS, o realizado por Vasconcelos, Bosi e Pontes (2008), junto aos técnicos e gestores da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, tendo como pergunta norteadora as concepções destes participantes sobre as práticas de avaliação e monitoramento, obtendo como resultado o distanciamento entre os objetivos e finalidades da avaliação e as práticas dos serviços de saúde; nesse sentido, sendo incapaz de mobilizar os serviços e muito menos de utilizar como um importante instrumento de tomada de decisão pelos gestores, profissionais e na formulação de novas políticas de saúde. Deste modo, é perceptível o fato de que avaliação dentro de várias abordagens, sejam elas quantitativas, qualitativas e participativas de programas e políticas, privilegia a diversidade de percepções conceituais e organizativas do sistema de saúde local (BOSI; MERCADO-MARTINEZ, 2010).

As diversidades conceituais e de abordagens da avaliação realizada na Atenção Primária enseja conflitos referentes às expectativas de direitos dos usuários, que solicitam uma assistência integral de qualidade e avanços de novos saberes e tecnologias em saúde, em virtude de o modelo de sistema de saúde não responder adequadamente às necessidades da população. Esse modelo fragmentado e “biologicista” compromete o direito constitucional à

saúde. Para tanto, é imperioso que as decisões, tanto dos gestores e planejadores, como dos profissionais, se baseiem em conhecimentos científicos sólidos (LANGDON, 2014).

Para o Ministério da Saúde, a avaliação é muito importante para a gestão do sistema de saúde, devendo perpassar a óptica de participação apenas de avaliadores externos e incluir como uma cultura da organização interna de todos os agentes que compõem o SUS. Entende que o seu objeto - avaliação da atenção primária em saúde - é dinâmico, e, em cada momento histórico, denota necessidades e demandas diferenciadas e por isso agencia novos valores e parâmetros de avaliação para o diagnóstico da situação de saúde. Esse processo avaliativo contribui para a formação e a aprendizagem, auxiliando, também, na reorientação das políticas e práticas, extrapolando a tradicional abordagem punitiva e burocrática (BRASIL, 2005).

Ante a relevância da ESF como estratégia estruturante da APS, avaliá-la requer um conjunto de esforços coletivos e sistemáticos. Conhecer dentro do aspecto de heterogeneidade da ESF a maior ou menor orientação à APS de cada unidade de saúde e equipe avaliada enseja a produção de mais conhecimento sobre a verdadeira e também legítima realidade de como vivem a pessoa, a família e a comunidade (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Ressalta-se o fato de que, nos estudos sobre avaliação, o objetivo fundamental para o seu desenvolvimento é a produção de um conhecimento reconhecido pela comunidade científica, profissionais de saúde, gestores e usuários, e que subsidiará a tomada de decisão e a criação de propostas que fortaleçam a qualidade da atenção pela ESF (FRACOLLI et al., 2014; SILVA; BAITILO; FRACOLLI, 2015).

Evidencia-se, também, a ideia de que, mesmo se observando o interesse do Ministério da Saúde em focalizar o debate sobre a avaliação da atenção primária e criar instrumentos anteriormente citados, a cultura da avaliação em saúde ainda está embrionária e pouco desenvolvida pelos profissionais de saúde e gestores, no âmbito da sua prática. Além do mais, os meios em curso não utilizam como auxílio ao planejamento e à tomada de decisão (FELISBERTO, 2006; TANAKA; TAMAKI, 2012).

### **3.3 Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: estudos sobre PCATool**

Considerando a realidade política contemporânea do Brasil, em que são evidenciados o aprofundamento da crise do Sistema de Saúde e a inclusão da Atenção Primária entre as agendas prioritárias do Ministério da Saúde, observa-se o crescimento da

importância de produção científica sobre a avaliação da qualidade dos serviços, programas e políticas públicas, com o uso de instrumentos eficazes como o PCATool. Nesse sentido, optou-se neste estudo pela aplicação do instrumento *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*, por privilegiar os atributos da APS propostos por Starfield (2002).

O PCATool é um instrumento criado e validado na John Hopkins University, de 1997 a 2001, sistematizado por Starfield (2002), para avaliar a presença e extensão dos quatro atributos essenciais e três derivados (BRASIL, 2010b). Para a autora os atributos essenciais da APS são - acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação; e são três os derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. O atributo competência cultural não foi analisado neste estudo, porquanto ainda não foi validado no Brasil, tanto na versão usuário adulto como a de criança (HARZHEIM et al., 2010).

De acordo com Starfield (2002), a APS requer maior abrangência da avaliação, relativamente às três dimensões de Donabedian (2005), ou seja, estrutura, processo e resultados. Por isso, passa da simples avaliação da satisfação do usuário para uma mensuração mais abrangente, envolvendo os sete atributos da APS (FIGUEIREDO et al., 2013).

Este instrumento foi submetido à validação e utilizado por diversos países, como aponta a pesquisa desenvolvida na Catalunha - Espanha, pelos pesquisadores Berra et al (2011), objetivando investigar a validade e confiabilidade do instrumento de avaliação Pcat, versão curta infantil, demonstrou que o instrumento tem validade e confiabilidade para aplicação de processos avaliativos dos cuidados primários. Este resultado estimulou outros países a aplicarem o instrumento-PCAT na avaliação de seus sistemas de saúde, entre os quais são mencionados Hong Kong, Taiwan e Canadá (WONG et al., 2010; TSAI et al., 2010; RESSEL et al., 2009; PASARÍN et al., 2007; HAGGERTY et al., 2008).

Também, foi aplicado em muitos países, como Coreia do Sul, Argentina, Uruguai e China, que estão em decurso de mudanças profundas e amplas do sistema de saúde, que têm o dever de exercer as funções sociais e valores essenciais da APS (PIZZANELLI et al., 2011; BERRA et al., 2013; JEON, 2011; XIAOLIN et al., 2015; RIVERA; FELLÓ; BERRA, 2013).

Em revisão sistemática, o PCATool foi mostrado como o instrumento com maior potencial de desempenho na avaliação dos atributos de APS e na sua capacidade de mensurar as dimensões de estrutura e processo (MALOUIN; STARFIELD; SEPULVEDA, 2009; LANDSBERG; SOUZA NETO; SOUZA, 2010).

A avaliação em saúde, realizada com o apoio de meios científicos e socialmente legítimos, permite que profissionais, gestores, acadêmicos e usuários possam julgar, tomar

decisões e agir individual ou coletivamente, em sintonia com a realidade (CHOMATAS et al, 2013).

O PCATool versão original, para ser aplicado ao contexto brasileiro, foi empregado por via de uma entrevista estruturada, passando por um processo de tradução e de tradução reversa, validação de conteúdo, conceitos e análise de confiabilidade, por meio de uma equipe de pesquisadores da atenção primária da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (HARZHEIM et al., 2013a).

Estudos focalizando a avaliação da APS demonstram que, quanto maior o grau de empenho do sistema saúde com os princípios da APS, maiores serão a redução dos custos e a melhora da qualidade, por se traduzirem em mais equitativos, mesmo em ambientes de grandes desigualdades socioeconômicas, promovendo mais satisfação das pessoas atendidas pelos serviços de saúde (HARZHEIM; STEIN; ALVAREZ-DARDET, 2004).

Na América Latina, além do Brasil, dois países já estudaram o PCATool. Na Argentina, foi realizado um estudo com usuários com idades acima de 17 anos, objetivando analisar a validação e o nível de confiabilidade do instrumento, concluindo que o seu Pcat - AE tem confiabilidade adequada e equivalência com a versão criada por Starfield (BERRA, et al, 2013). No Uruguai, Pizzanelli et al (2011), em revisão de literatura sobre a validação do instrumento de Avaliação dos Atributos da Atenção Primária, concluíram a aplicação em trabalhos a serem realizados no País com UR-PCAT PE, o que permitirá no mesmo momento da entrevista a comparação entre os variados serviços de saúde e áreas geográficas, assinalando que a avaliação da APS por meio do instrumento se harmoniza aos atributos da APS estabelecidos na I Conferência de Alma Ata.

No Brasil, a ESF, como estratégia para a reorganização do modelo assistencial, constituída por um contexto heterogêneo de situações de saúde, sendo utilizada a aplicação do PCATool, permitirá verificar a presença e extensão dos atributos da APS pela equipe, favorecendo a produção científica e de validade social do conhecimento encontrado. Também, a aplicação do PCATool permitirá proceder-se à comparação com os outros modelos organizativos tradicionais da atenção primária, que ainda prestam assistência, além da ESF.

Diversas reformas dos cuidados primários, muitas vezes, não estão alicerçadas em evidências, ficando os avanços necessários atrelados aos ideais políticos ou de grupos corporativos. Decisões políticas no campo da saúde, entretanto, requerem cada vez mais a busca de evidências científicas para alcançar resultados positivos (FRACOLLI et al., 2014). Com base nestes conceitos, foi criado o *Primary Care Evaluation (PCATool)*, que tem como objetivo proporcionar uma abordagem estruturada, baseada nos ditames do Sistema de Saúde,

financiamento, acessibilidade, integralidade, coordenação e continuidade (STARFIELD; SHI; XU; 2001).

A literatura nacional possuía até 2001 reduzidas publicações de trabalhos enfocando a aplicação do PCATool, sendo que todos utilizam a versão elaborada por Starfield, Shi e Xu (2001). Após 16 anos, todavia, essa situação foi transformada, haja vista resultados de estudos de revisão integrativa, realizados no período de 2000 a 2016 pelos investigadores D'Avila et al (2017), pesquisando sobre o uso do PCATool, como instrumento de avaliação da APS, indicando que, dentre os 43 artigos internacionais e nacionais estudados, 19 (45,2%) foram realizados pelo Brasil, e nos 24 restantes foram publicados por outros países: quatro pela China, quatro pelo Canadá, três na Argentina, dois pelo Estados Unidos, dois por Hong Kong e um por país, como Paraguai, Uruguai, Colômbia, Coreia do Sul, Espanha, Taiwan, Tibet, Japão e África do Sul.

Chomatas (2009), em 2008, avaliou a presença e extensão dos atributos da APS, da rede de Curitiba, comparando as unidades tradicionais e a ESF, aplicando o instrumento de PCATool - Brasil. Nos achados, a ESF superou em escores da unidade tradicional, principalmente, nos atributos integralidade dos serviços, orientação familiar, comunitária, longitudinalidade e acessibilidade, com obtenção de escores médios. O atributo "Coordenação" não exprimiu diferença operacional significativa (FERRER, 2013). Na análise dos profissionais de saúde, os resultados demonstraram que a ESF denota maior presença e extensão dos atributos da APS.

Ferrer, em sua tese sobre Avaliação da Atenção Primária em Saúde prestada a crianças e adolescentes na região oeste do Município de São Paulo, destaca a diversidade de modelos de avaliação, quando revisa o emprego da avaliação de desempenho da APS, no plano nacional, no período de quatro anos (2004 a 2007), obtendo como resultados o predomínio em grande parte das avaliações, objetivando a comparação entre o desempenho do modelo tradicional e a ESF, indicando como resultados os desafios, na consolidação dos princípios da integralidade e acesso. Nesse estudo, a autora levantou 15 trabalhos com vários instrumentos de avaliação, tendo encontrado oito referentes ao instrumento de avaliação - PCATool, com aplicação nas Regiões Sudeste (6), Sul (1) e Centro Oeste (1) (FERRER, 2013).

Os achados de estudo de Paula et al (2017) demonstraram a importância da qualificação profissional para a concretização dos atributos dos APS. Sugerem que o assunto tem caráter universal, no entanto a literatura ainda indica importantes vazios sobre o conhecimento na atenção primária.

Estudo transversal realizado no Município de Porto Alegre, no período 2006-2007, com uma amostra de 2.404 pessoas, objetivando tradução, adaptação e avaliação da validade e da fidedignidade do PCATool-Brasil versão usuários adultos, constatou que o PCATool é “[...] válido e fidedigno para a mensuração da qualidade dos serviços de saúde de APS a partir da experiência desses usuários”. (HARZHEIM et al., 2013b, p.283). E, por fim, sinaliza que o PCATool exige avaliação prévia de “[...] equivalência com a versão original e a caracterização das suas propriedades psicométricas, uma vez que versões muito distintas proporcionam dificuldades na comparação de resultados entre estudos em âmbito nacional ou internacional”. (HARZHEIM, 2013b, p.284).

Mesmo havendo diferenças regionais e o amplo número de itens, entretanto, o PCATool-Brasil pode ser considerado instrumento válido e fidedigno para avaliar a presença e extensão dos atributos da APS na experiência dos usuários adultos dos serviços de APS. Consolida-se, com efeito, como importante instrumento para avaliar serviços de saúde, subsidiando gestores sobre a presença e extensão dos atributos da APS (HARZHEIM et al., 2013b).

O uso do PCATool, em pesquisa de Paes et al (2014), objetivando identificar a satisfação dos usuários hipertensos da APS nas cidades de Campina Grande e João Pessoa, concluíram que “[...] a metodologia usada apresentou potencial para a avaliação do controle da hipertensão arterial pela APS” dos municípios estudados. Denotaram “[...] viabilidade de aplicação e uso fácil”. (2014, p.92). Sugerem os autores que este seja utilizado como instrumento preferencial para avaliar a satisfação dos usuários hipertensos.

Leão e Caldeira (2011), no ensaio efetivado na cidade de Montes Claros, Minas Gerais, iniciada em 2010, com 350 famílias entrevistadas por meio do questionário do PCATool, versão infantil, visando a verificar a associação entre os atributos da APS e a qualificação profissional promovida pela Residência Médica de Família e Comunidade e pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família, tiveram como sujeitos os profissionais e usuários que cuidavam de crianças. Concluíram que o uso do PCATool permitiu obter os melhores resultados da participação do usuário na ESF que cuida de suas crianças.

A literatura indica que a aplicação do PCATool demonstrou que a implementação da ESF teve papel relevante na redução da mortalidade infantil, sobre o índice de internações por condições sensíveis à APS; sobre a qualidade da assistência pré-natal e puericultura, além da melhoria de acesso da população vulnerável aos serviços (HARZHEIM et al., 2013a).

As pesquisas internacionais apontam maior frequência do emprego do instrumento PCATool, indicando aspectos abordados pela importância dos *PCATool* e

destacando a relevância do País no processo de avaliação da coordenação e da continuidade do cuidado (LEÃO; CALDEIRA, 2011). Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisa no Canadá (HAGGERTY et al., 2008; WEI et al., 2015; BERRA et al., 2013; JEON, 2011; BERTERRETICHE; SOLLAZZO, 2012).

Na Coreia do Sul, foi realizado em 2011 um experimento de adaptação do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCat KC) à realidade do País, com o objetivo de validar o documento criado por Starfield (EUA) junto àquela Nação. Após introduzir e eliminar alguns itens do PCATool original, concluíram que a aplicação do seu Pcat KC (versão coreana) pode fornecer pistas relacionadas às expectativas para a atenção primária à saúde na população coreana em comparação com os usuários dos Estados Unidos. Igualmente, concluíram que o PCAT KC é meio confiável válido para avaliação da qualidade dos cuidados de saúde primários na Coreia. Inclusive recomendam o seu uso no processo para avaliação de qualquer aspecto da atenção (JEON, 2011).

Enfim, pesquisa realizada por Ferrer e Grisi (2016) - sobre abordagem metodológica de Revisão Sistemática da Literatura no período de 2000 a 2014, realizada nas bases de dados Medline/PubMed, LILACS, IBECs, SciELO e BDTD - apontou que no Brasil a aplicação do PCATool se concentra nas regiões Centro Oeste, Sudeste e Sul, estando em andamento pesquisas na região Nordeste, havendo, portanto, a necessidade de mais estudos sobre a avaliação dos atributos da atenção primária por meio da aplicação do PCATool (ALMEIDA; MACINKO (2006); VAN STRALEN et al (2008); LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA (2011); IBAÑEZ, et al (2006); MACINKO; ALMEIDA; SÁ (2007); OLIVEIRA (2012).

Finalmente, foi efetuada revisão integrativa abrangendo artigos publicados na América do Sul, no período de 2010 a 2016, por meio de busca nas Bases de Dados da Lilacs, Medline e Benf, nos idiomas português e espanhol, por parte de Silva, Rodrigues e Almeida (2017), no Município de Iguatu-CE, sobre avaliação dos atributos da APS na visão dos usuários adultos, por meio do uso do PCATool, visando a sua abordagem metodológica, objetivos, resultados e conclusões. Dentre algumas das considerações, as autoras destacaram que o objeto da revisão é relativamente recente e que muito das pesquisas realizadas favorece a exposição de novas realidades e expande boas práticas da gestão do SUS, importantes para a saúde coletiva. Ressaltaram vazios na averiguação relacionados à insuficiente produção científica, dando ensejo à imperatividade de um aumento de estudos sobre a temática, em razão da necessidade de um empenho maior no incremento de investigações que ensejem

maior conhecimento sobre o assunto desta revisão, em especial, nas regiões Centro-Oeste e Norte, de maneira a reduzir os desequilíbrios regionais.

A avaliação da atenção primária na visão do usuário é essencial como grau de qualidade da atenção recebida. Os resultados das investigações podem revelar a aceitação ou recusa dos gestores e serviços em atender as perspectivas e necessidades dos usuários, estabelecendo-se, com efeito, um instrumento importante para a investigação, gerência e planejamento dos serviços de saúde, permitindo a organização de uma atenção mais harmonizada às necessidades e demandas dos usuários.

## 4 MÉTODOS

Esta seção delinea o caminho metodológico, tendo as etapas da pesquisa realizada, conforme se segue.

### 4.1 Tipo de Estudo

Este é um estudo avaliativo, analítico, quantitativo e transversal.

Estudos avaliativos pressupõem a mensuração das variáveis predeterminadas e tem como objetivo avaliar e interpretar as informações e opiniões na perspectiva dos usuários dos serviços de saúde, adultos. São estudos de baixo custo, com rápido retorno dos resultados e de fácil exequibilidade, visando a proceder a classificações e análises (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010), assim como, o influxo destas sobre a qualidade (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2006).

Estudos analíticos são apropriados para examinar a existência de associação entre variáveis de um estudo. Requerem para avaliar programas, políticas e práticas a inclusão de diferentes disciplinas no sentido da ampliação de conhecimentos sobre APS e seus atributos (HARTZ, 2006).

A opção pelo estudo quantitativo permitiu investigar a presença e extensão dos atributos da APS, no Município de Juazeiro do Norte, por meio da aplicação do instrumento PCATool, a mensuração dos seis atributos da Atenção Primária de Starfield e a quantificação dos escores de cada atributo. (BRASIL, 2010b). O método quantitativo foi recomendado por Starfield e colaboradores no processo de criação do instrumento PCATool (STARFIELD et al., 2000) para concretização dos dados e apresentação dos resultados. Nesse sentido, a análise de dados é objetiva, passível de quantificação, pela mensuração por meio das variáveis preestabelecidas pelo PCATool (BRASIL, 2010b; GIL, 2010).

A opção pelo estudo transversal deu-se por serem apropriados para esta investigação avaliativa por permitir descrever o fenômeno, ou as relações entre o fenômeno em um determinado tempo. São estudos rápidos e de baixo custo porque não precisa esperar pelo desfecho (HULLEY et al., 2015). O delineamento transversal, também, permite que um grupo fosse examinado em um determinado momento no tempo, sem período de acompanhamento. As possíveis relações de causa e efeito são inferidas a partir de associações entre as variáveis do estudo (SIMÕES; MAIA, 2012; HULLEY et al., 2015).

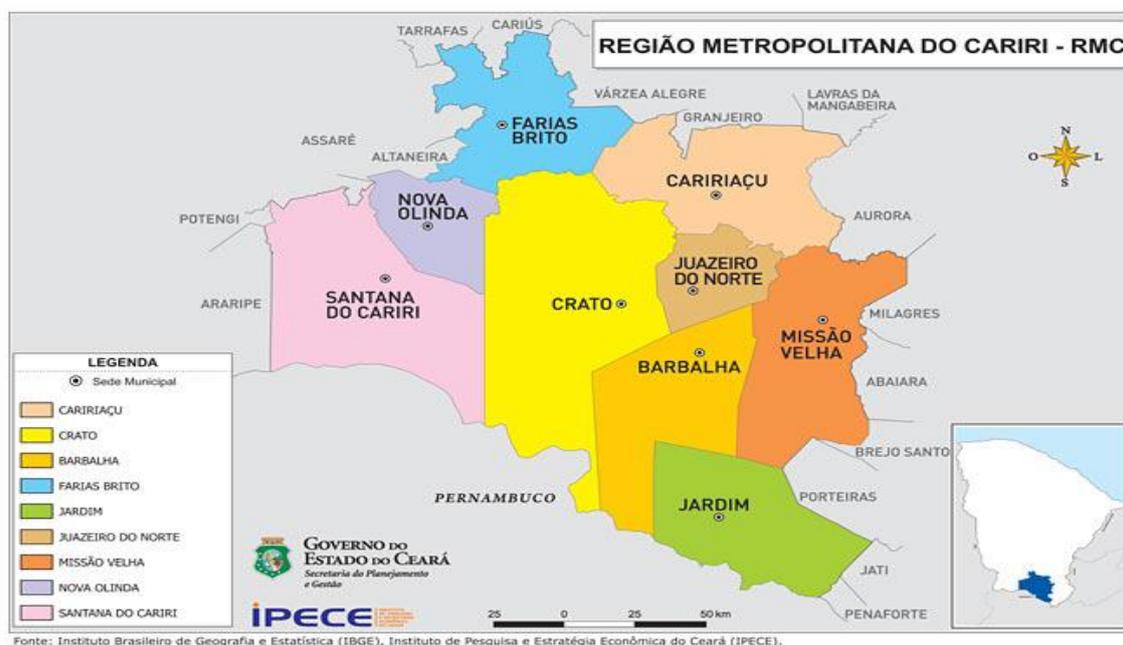
## 4.2 Local e Período do Estudo

Este estudo foi realizado no Município de Juazeiro do Norte, no período de abril de 2015 a junho de 2018. A escolha deste município da Região do Cariri ocorreu, pois essa região representar a terceira população do Estado do Ceará, depois da capital de Fortaleza e de Caucaia, com uma população, estimada para 2015, de 266.022 mil habitantes, sendo uma das menores áreas geográficas do Estado do Ceará, com um total de 248 km<sup>2</sup>, com uma concentração populacional na zona urbana de 96,07% e na zona rural, 3,93% (IBGE, 2015).

A Região do Cariri tem um polo universitário com aproximadamente 100 cursos de graduação e 62 cursos de cursos de especializações, realizadas por 10 instituições de ensino superior, sendo três universidades públicas e sete privadas (IPEA, 2010). Inclusive com a instalação da Universidade Regional do Cariri – URCA, que ali possui um *campus*, fazendo parte da parceria com a Universidade Federal do Ceará (UFC), *Campus* de Rodolfo Teófilo, em Fortaleza, no Doutorado Interinstitucional (DINTER). Acrescente-se que a Universidade Federal, também, tem um *campus* avançado na região do estudo (UFCA).

O Município localiza-se na zona sul do estado do Ceará, a 538,4 quilômetros (km) distante de Fortaleza, limitando-se geograficamente: ao norte, com o Município de Caririáçu; ao sul, com os Municípios de Missão Velha, Crato e Barbalha; ao leste, com Missão Velha e Caririáçu; e ao oeste, com o Município do Crato (Figura 1)

Figura 1 - Mapa da Região do Cariri –PDR Governo do Ceará



Tem renda média *per capita* em evolução de 98,98% nas últimas décadas, passando de R\$ 291,71 em 2000 para R\$ 439,53 em 2010 (IPECE, 2014). O crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) de Juazeiro do Norte, de 2004 a 2008, foi da ordem de 157%, sendo a terceira maior economia do Ceará, atrás somente dos Municípios de Fortaleza e Maracanaú (IPECE, 2014). A cidade é avaliada como uma das maiores expressões de religiosidade popular da América Latina, em que anualmente ocorrem romarias que convidam milhões de romeiros, que transpõem os limites territoriais de Juazeiro do Norte, mobilizando outras regiões do estado do Ceará e estados limítrofes da Federação brasileira, como Rio Grande do Norte, Alagoas, Paraíba, Piauí e Pernambuco. A Região do Cariri ocupa uma área de 6.342,3 Km<sup>2</sup>, composta pelos Municípios de Juazeiro do Norte, Abaiara, Crato, Missão Velha, Barbalha, Porteiras, Brejo Santo, Milagres, Santana do Cariri, Jardim e Mauriti (OLIVEIRA, 2014, p.42).

A Macrorregional do Cariri possui população de 1.462.418 habitantes, estimada pelo Plano de Desenvolvimento Regional (PDR), que, em casos de procedimento de alta complexidade, são referenciados para os Municípios de Juazeiro do Norte e Barbalha, conforme consta no Quadro -1 (CEARÁ, 2017).

Quadro 1 - Municípios de referência da Macrorregião de Juazeiro do Norte

<b>REGIÕES</b>	<b>POPULAÇÃO</b>
Brejo Santo	212.395
Crato	342.211
Juazeiro do Norte	418.541
Iguatu	318.115
Icó	171.156
<b>TOTAL</b>	<b>1.462.418</b>

Fonte: Caderno de Informação em Saúde. Região de Saúde Juazeiro do Norte (CEARÁ, 2017)

Para atender a essa estrutura organizacional de atenção à saúde, o Município de Juazeiro do Norte foi dividido em sete Distritos Sanitários, visando a melhorar a operacionalização do trabalho em saúde dos coordenadores, além de facilitar a supervisão e monitorização destas unidades e serviços. Cada distrito sanitário é de base territorial definida e possui responsabilidade por várias UBS, permitindo a orientação mais adequada para problemas identificados relativos à população.

O Município, sede de Região Assistencial de Saúde, possui uma rede de serviços de atenção primária com 72 equipes de Saúde da Família cadastradas, distribuídas por 64 Unidades Básicas sob a coordenação de sete Distritos de Saúde. Cabe ressaltar que, para estudo, foram selecionadas duas UBS de cada distrito sanitário, totalizando 14 UBS, estando 11 localizadas na zona urbana e três na zona rural (IPECE, 2014).

Entende-se ser importante, conhecer-se o Município, local do estudo através de um recorte de seu perfil epidemiológico, em que os documentos oficiais acusam como um dos grandes desafios do Município a baixa notificação de doenças, dentre as quais são mencionadas: leptospirose, de elevada incidência e com 40% de letalidade; a leishmaniose visceral, com incidência de 161 casos no Estado do Ceará e apenas cinco notificados no Município (CEARÁ, 2017).

A mortalidade materna entre 2013 e 2015, dentre os 105 óbitos ocorridos no Ceará ocorreram 19 (18%) de óbitos no Município. As principais causas foram as síndromes hipertensivas da gestação e as hemorrágicas, consideradas evitáveis pela APS, refletindo a qualidade da atenção à saúde da mulher (CEARÁ, 2017).

O Boletim Epidemiológico da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará demonstrou que Juazeiro do Norte teve um aumento do diagnóstico de novos casos de HIV/AIDS em 2017(11), em comparação a 2016 (7), em razão do incremento nas taxas de detecção, que passou de 2,6% em 2016 para 4,1% em 2017 (CEARÁ, 2017). Igualmente, apresenta elevada incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com morbimortalidade, principalmente a hipertensão arterial, sensível à atuação da atenção primária em saúde, área deste estudo (CEARÁ, 2015).

Outrossim, a taxa de internações hospitalares em 2017, por condições sensíveis à APS foi da ordem de 4.566 (23,3%) do total de 19.594 internações no Estado do Ceará. Estes resultados indicam a necessidade da realização de pesquisas avaliativas no âmbito da atenção primária com foco em ações, programas e projetos que aconteçam sobre as condições sensíveis (CEARÁ, 2017).

### **4.3 População e Amostra**

Fez parte deste estudo a população adulta, com idade de 20 a 59 anos, atendida nas 14 UBS selecionadas, implantadas há pelo menos cinco anos. Considerou-se o maior tempo de contato da população com a Unidade, pois assim permitiu que os usuários dos

serviços de saúde em seguimento tivessem percepção do atendimento pela Unidade aos problemas antigos ou novos.

Entende-se pessoa adulta aquela que atingiu o amadurecimento biológico, sexual e psicológico. Tem sua identidade social constituída ou em decurso de desenvolvimento. Na óptica da inclusão na sociedade a que pertence, já possui núcleo de amigos e procura autonomia financeira. Ressalta-se a opção pelo estudo de usuários adultos de 20 a 59 anos de idade, decorrente das evidências indicadas pela literatura da tendência do avanço progressivo da população ativa economicamente no Brasil até 2030 (PAULA et al., 2015; SALES, 2013; PAES et al., 2014; PAULA, 2013).

A estrutura demográfica e social que emerge no século XXI, no Brasil, destaca ser na idade adulta que ocorre maior retorno social e econômico para o país (PAULA, 2013). Esse avanço chama atenção dos gestores e dos executivos das quatro esferas de governo para a visão transposta aos problemas estruturais e históricos da sociedade brasileira, para a necessidade de enfrentarem novos desafios causados por esta mudança do perfil demográfico, como o aparecimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tratadas na fase adulta, o que promoverá grande influência na fase de idoso para o Ministério da Saúde, usuário e sociedade (BRASIL, 2009).

#### 4.3.1 Plano amostral

Em 2010, dados do censo estimavam uma população adulta de 132.491 pessoas, número que representava na época, 53% da população geral. Para 2015, o IBGE aferiu em 266.022 o contingente populacional de Juazeiro do Norte. Ao estimar 53% de adultos, com base do último censo, e aplicar a cobertura da ESF, para a época, de 82%, estimou-se uma população de adultos de 115.613 pessoas.

Para o cálculo da amostra, fixou-se uma prevalência de 50%, haja vista que esse valor implica tamanho amostral máximo. Determinou-se nível de significância de 5% ( $\alpha=0,05$ ) e demarcou-se um erro amostral relativo de 8% (erro amostral absoluto = 4%). Esses valores, aplicados na fórmula para populações infinitas, proporcionaram um “n” igual a 600 usuários. Foram acrescidos 10% para prevenir perdas e ou desistências, alcançando-se, assim, a amostra de 660 adultos, conforme a formula para populações infinitas:

$$n = \frac{z^2 \cdot 5\% \cdot P \cdot Q}{e^2}$$

#### 4.3.2 Estratificação da amostra

Ao considerar que Juazeiro do Norte está dividido em sete distritos de saúde e ao eleger duas UBS por distrito, dividiu-se essa amostra de modo que, em cada UBS, fossem entrevistados 48 adultos, totalizando amostra final de 672 usuários. A seleção dos usuários dessas UBS procedida por conveniência, à medida que foram sendo atendidos ou aguardando consultas pelos profissionais de saúde das ESF. Este tipo de amostragem foi escolhido por ser adequado e comumente empregado para geração de ideias em pesquisas exploratórias, especialmente (GIL, 2010). Foram considerados como critérios de inclusão: usuário adulto cadastrado nas UBS selecionadas; estar em acompanhamento pela equipe de saúde há, pelo menos, um ano, por entender-se que assim possuíam melhores condições de avaliar a atenção recebida. Excluíram-se os que expressaram alguma limitação de comunicação. Desse modo, a amostra estratificada do estudo foi constituída por 672 usuários dos serviços de saúde.

#### 4.4 Coleta de Dados

Após a seleção das UBS e da amostra de usuários adultos, foi iniciada a coleta, no período de outubro de 2016 a junho de 2017. Tendo sido antecedida de reuniões com a Secretaria de Saúde e coordenadores das UBS do Município, visando a explicar os objetivos e a metodologia da pesquisa.

##### 4.4.1 Descrição dos instrumentos de coleta de dados

Para esta investigação acadêmica, foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados. O primeiro instrumento contém as variáveis sociodemográficas dos usuários adultos, (sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, ocupação, renda, religião e zona de procedência) (APÊNDICE A), conforme se segue:

**Sexo:** considerado feminino e masculino.

**Faixa Etária:** foi computada em anos.

**Estado Civil:** foram consideradas as opções - solteiro, casado/união estável, viúvo/divorciado.

**Escolaridade:** consideraram-se as classificações de analfabeto, com ensino fundamental completo, com ensino médio completo e com ensino superior completo.

**Renda:** consideraram-se as escalas de renda - sem renda, até um salário-mínimo, de um a dois salários-mínimos, de dois a três salários-mínimos e maior do que três salários-mínimos.

**Ocupação:** elegeram-se as opções - trabalha, desempregado, aposentado/pensionista.

**Religião:** considerou-se as religiões católica, evangélica e espírita; e sem religião.

**Zona de procedência:** considerou-se as zonas urbana e rural.

O segundo instrumento foi o PCATool. Esse instrumento, versão usuários adultos, é constituído por 87 questões, versando sobre os serviços de saúde, respondidos pelos usuários adultos (ANEXO A). Os atributos avaliados foram quatro essenciais (atributos da APS: Primeiro Contato – Utilização e Acesso, Longitudinalidade, Integralidade – Serviços Disponíveis e Serviços Prestados, Coordenação – Cuidado e Sistema de Informações e três derivados (Orientação Familiar e Orientação Comunitária) e o grau de afiliação do usuário com o serviço de saúde. Os atributos da APS inseridos no instrumento PCATool-Brasil possibilitam captar a experiência do usuário e as características de processo sobre os serviços de saúde (ANEXO A). Os atributos essenciais e derivados estão em conformidade com a base conceitual de Starfield (ANEXO B) e tem como finalidade avaliar a APS do Município a cidade de Juazeiro do Norte. A seguir descreveremos cada elemento constituinte do PCATool.

**Grau de Afiliação com o Serviço de Saúde (A)** - significa o grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde/profissional de saúde. Esse elemento permite avaliar a frequência na qual o usuário reconhece o serviço ou profissional como menção para a assistência a saúde. É formado por três elementos (A1, A2 e A3).

**Acesso de Primeiro Contato-Utilização do Serviço (B)** - o conceito de acesso não se restringe à entrada nos serviços de saúde. Esse atributo refere ao cuidado recebido pelo usuário do serviço de saúde a cada novo ou antigo problema. É constituído por três questões (B1 a B3).

**Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (C)** - é a utilização de serviços pelo usuário do serviço de saúde usuários, ou seja, a porta de entrada, suprimindo as barreiras geográficas, financeiras e culturais. Composto por 12 questões (C1 a C12).

**Longitudinalidade (D)** - é a prestação sistemática de assistência pela ESF, durante um lapso, dentro de um ambiente humanizado e de relacionamento horizontalizado entre os profissionais da equipe e os usuários nas três dimensões – pessoa, família e comunidade. É constituído por 14 questões (D1 a D14).

**Coordenação** - formada por duas subdivisões - **Integração de Cuidado** (E); e **Sistema de Informação** (F) - atributo importante para a concretização do atributo da integralidade e de acesso, pois visa a garantir a continuidade da atenção de cada serviço, orientado por um sistema de rede, que oferece informações do histórico de saúde e doença de cada usuário, individual ou coletivamente, constante nos prontuários de saúde. Estes dois componentes são formados, respectivamente, por nove (E1 a E9) e por três (F1 a F3) questões.

**Integralidade**, subdividido em dois itens - **serviços disponíveis** (G) e **serviços prestados** (H) – representa ações integral de saúde de natureza preventiva, de promoção e cura, dirigidas à pessoa, família e comunidade, objetivando atender os diversos determinantes sociais, dentro de um processo de trabalho que envolva todos os serviços e agentes sociais, em todos os níveis de atenção. O atributo Serviços Disponíveis é constituído por 22 questões (G1 a G22), já o atributo Serviços Prestados, é formado por 13 questões (H1 a H13). Os três atributos derivados servem para qualificar as ações dos serviços de APS (STARFIELD; SHI; XU, 2001).

**Orientação à família** (orientação familiar) – considera a família como o sujeito da atenção e aponta o seu potencial de cuidado e conhecimento integral de seus problemas e necessidades, sendo um grande parceiro na busca de uma saúde de qualidade para todos os brasileiros. Tem em sua formação três questões (I1 a I3).

**Orientação comunitária** – reconhecimento, pelos profissionais da saúde, durante seu processo de trabalho, das necessidades em saúde da comunidade, por meio do conhecimento do perfil epidemiológico, sanitário e de relação horizontalizada com ela, inclusive envolvimento da comunidade no planejamento e avaliação da atenção prestada. É a participação e o empoderamento da comunidade no comando de sua saúde e vida digna (RIBEIRO, 2009). É formado por seis itens (J1 a J6).

A obtenção de resultados que indiquem a presença e extensão dos atributos é importante para determinar se um serviço é orientado para a atenção primária de saúde. Afora isso, a identificação empírica dos sete atributos da Atenção Primária à Saúde favorece examinar a associação entre os atributos e os resultados da efetividade da qualidade da atenção prestada aos usuários e população.

Igualmente, a ampliação de cobertura das eSF mostra, nacional e internacionalmente, crescente relação entre melhores resultados de saúde e o maior percentual de presença e extensão dos atributos preconizados por Starfield, para a Atenção Primária à Saúde (STARFIELD, 2002).

#### 4.4.2 Etapas da coleta de dados

Após a definição do instrumento de coleta de dados, realizou-se inicialmente a solicitação, por meio de ofício, ao gestor da Secretaria de Saúde do Município, requerendo a autorização para desenvolver pesquisa e utilização dos dados secundários do Sistema de Informação. Foram realizadas visitas às coordenações das unidades básicas de saúde do Município, para exposição dos objetivos do estudo e o planejamento das estratégias para o contato com os participantes na própria UBS.

Antes da aplicação dos instrumentos foi realizada uma reunião para treinamento em pesquisa com a equipe formada por três entrevistadores, sendo uma enfermeira e duas técnicas de Enfermagem, além, da pesquisadora, durante três dias. Esse treinamento em pesquisa teve como objetivo apropriar-se das instruções constantes no Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde *Primary Care Assessment Tool*, em relação às informações técnicas, definições de termos e fórmulas para o alcance dos objetivos da pesquisa (BRASIL, 2010c, p.35).

As entrevistas foram aplicadas em uma sala reservada, autorizada pela coordenação da Unidade Básica de Saúde, de maneira que oferecesse conforto, privacidade, melhor reflexão sobre as respostas emitidas. Também foram esclarecidos os objetivos do estudo. Após as informações emitidas pelos usuários, as respostas às questões do PCATool foram armazenados em um banco de dados para posterior análise e na discussão dos dados.

### 4.5 Análise dos Dados

#### **Cálculo dos Escores: Inversão dos Valores**

Para o cálculo dos escores foi utilizado a Escala Likert. Essa escala é uma das mais antigas e empregadas em estudos quantitativos. Ela permite avaliar o grau de concordância ou discordância de um questionamento realizado. Ao eleger a Escala Likert há necessidade de seguir algumas fases (BRASIL, 2010b), conforme se segue.

#### **Primeira Fase**

Foram invertidos os valores para cada item dos atributos, ao considerar que o método proposto no instrumento PCATool foi ordenado de modo que, quanto maior o valor atribuído à resposta, menor será a orientação para APS (STARFIELD, 2002). É o caso dos

itens C9 ao C12 e o D14. Logo, estes componentes devem ter os valores invertidos para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4) (BRASIL, 2010b, p.55).

### **Segunda Fase**

Quando não foi possível calcular a soma de respostas em branco (*missing*), ou seja, a resposta igual a nove (não sei/não lembro), que não **alcançaram 50% ou mais do total** de itens de cada elemento (“B a J”), este componente foi desconsiderado para o participante da pesquisa. Como o escore ficou em branco, ele deve ser arquivado em um banco de dados. Esta estratégia descritiva apontará as respostas válidas (n) em cada elemento estudado.

Por outro lado, em razão da soma de respostas em branco com resposta “9” (não sei/ não lembro) inferior a 50% do total dos itens de cada componente, substituiu-se o valor “9” por “2” (provavelmente não). Esta modificação foi indispensável para que se pudesse marcar negativamente algumas particularidades das ESF /serviços desconhecidos pelo usuário entrevistado.

### **Grau de Afiliação (A) – componente de estrutura do atributo Longitudinalidade**

O Grau de Afiliação com o serviço de saúde (A1, A2 e A3), objetiva conhecer o serviço ou profissional de saúde referido pelo participante da pesquisa que lhe presta assistência. Esta parte é importante, pois permite identificar o nível de conhecimento do serviço ou o profissional que prestou atendimento. Igualmente, assinala a vinculação dos usuários das UBS, ou seja, está relacionado à assimilação do serviço ou profissional de saúde que serve como menção para os cuidados ao usuário.

O escore para este elemento requer a utilização do seguinte algoritmo:

Todas as respostas NÃO:

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

Uma, duas ou três respostas SIM, porém diferentes, referentes a vários serviços;

$A1 \neq A2 \neq A3 \neq$  de zero, então o Grau de Afiliação igual a dois.

Dois respostas SIM iguais, relativas ao mesmo serviço:

$A1=A2$  ou  $A1=A3$  ou  $A2=A3$  e iguais a SIM, então o grau de Afiliação será igual a três.

Todas as respostas SIM:

$A1=A2=A3=1$ , ficando o Grau de Afiliação igual a quatro.

**Acesso de primeiro contato** é constituído por dois elementos

Acesso de primeiro contato utilização do serviço (B), formado por três itens (B1 a B3). Para calcular o escore para este atributo, procede-se ao somatório, dividindo pelo número de elementos.

**Acesso de primeiro contato – acessibilidade (C1 a C12)**, possui quatro questões (C9, C10, C11 e C12) que tem seus valores invertidos, conforme orientação. Após o processo de inversão desses quatro itens, o escore para este componente foi calculado pela soma de todos os itens divididos pelo número de itens, encontrando-se o escore médio.

$$\text{Escore} = C1 + C2 + C3 + C4 + C5 + C6 + C7 + C8 + C9 + C10 + C11 + C12 / 12.$$

**Longitudinalidade (D)** - formado por 14 itens (D1 ao D14), tem o valor da pergunta D14 invertida, conforme orientação do Manual (p.55). Após o processo de inversão deste item, o escore foi avaliado, somando-se todos os valores de cada item, dividido pelos 14 itens e assim encontrando o escore médio.

$$\text{Escore} = D1 + D2 + D3 + D4 + D5 + D6 + D7 + D8 + D9 + D10 + D11 + D12 + D13 + D14 / 14.$$

#### **Coordenação. Este atributo tem dois componentes**

**Coordenação – Integração de Cuidados (E)** - constituída por oito variáveis (E1 a E8), uma vez que o item E1 não deve entrar na base de cálculo do escore por representar um escore descritivo, contemplado nos seguintes itens E2 até E9, ou seja, a última consulta com especialista ou último serviço especializado acessado (BRASIL, 2010b, p.51/52). Assim, o escore foi calculado somando-se os oito itens, dividindo-se por oito, em busca de achar o escore médio.

$$\text{Escore} = E2 + E3 + E4 + E5 + E6 + E7 + E8 + E9 / 8.$$

**Coordenação – Sistema de Informações (F)** - composto por três itens (F1 a F3). O cálculo para este atributo foi o somatório dos três itens, divididos pelo número de elementos para encontrar o escore médio.

$$\text{Escore} = F1 + F2 + F3 / 3.$$

#### **Integralidade é constituída por dois componentes**

**Integralidade – Serviços Disponíveis (G)** - composta por 22 itens (G1 a G22), em que o escore consistiu no somatório dos 22 itens, divididos por 22, para encontrar o escore médio.

$$\text{Escore} = G1 + G2 + G3 + G4 + G5 + G6 + G7 + G8 + G9 + G10 + G11 + G12 + G13 + G14 + G15 + G16 + G17 + G18 + G19 + G20 + G21 + G22 / 22.$$

**Integralidade – Serviços Prestados (H)** - constituída por 13 variáveis para o sexo feminino (H1 a H13) e 11 para o sexo masculino (H1 a H11). Esta diferença decorre das perguntas sobre prevenção de osteoporose e problemas referentes à menopausa.

O escore deste atributo foi calculado por meio da soma de todos os itens, divididos pelo número 13 ou por 11, conforme sejam do sexo feminino (HF) ou masculino (HM) e assim achando-se o escore médio.

Sexo Feminino (HF).

Escore HF=  $H1+H2+H3+H4+H5+H6+H7+H8+H9+H10+H11+H12+H13/13$ .

Sexo masculino (HM).

Escore HM=  $H1+H2+H3+H4+H5+H6+H7+H8+H9+H10+H11/11$ .

**Orientação Familiar (I)** - formado por três itens (I 1 a I 3), sendo adicionados os valores de cada escore, divididos pelo número de itens, a saber:

Escore I=  $I1+I2+I3/3$ .

**Orientação Comunitária (J)** - constituído por seis itens (J1 a J6), em que o escore médio foi calculado pela soma de cada pergunta, divididos pelo número de itens:

Escore=  $J1+J2+J3+J4+J5+J6/6$ .

### **Transformação dos Escores**

Os valores obtidos para cada escore na Escala Likert foram convertidos para a escala de zero a dez, em que as medidas com valores  $\geq 6,60$  indicam uma extensão de cada atributo à APS (BRASIL, 2010b). Nessa transformação, pela Escala Likert, foram aplicadas as orientações do instrumento, empregando-se a seguinte fórmula (BRASIL, 2010b, p 30-33):  
(Escore obtido – 1) X 10 / 3

Destaca-se que quanto maior o escore (igual ou maior do que 6,60) a Equipe Saúde da Família, orientada para a abrangência da presença e extensão destes atributos constantes no instrumento PCATool, maior será a atenção integral ao usuário, na perspectiva biológica, psicossocial e da comunidade adstrita (STARFIELD, 2002). Já se o valor do escore for menor do que 6,60 indicar-se-á baixa orientação para APS. Esse valor corresponde, na escala de um a quatro, ao escore três (“provavelmente, sim”); logo, valores iguais ou acima de 6,60 representam respostas positivas (CASTRO et al., 2012).

A obtenção de resultados que indiquem a presença e extensão dos atributos são importantes para determinar se um serviço é orientado para a atenção primária de saúde. Afora isso, que a identificação empírica dos sete atributos da Atenção Primária à Saúde

favorece examinar a associação entre os atributos e os resultados da efetividade da qualidade da atenção prestada aos usuários e população. Igualmente, a ampliação de cobertura das ESF mostra, nacional e internacionalmente, tem apresentado crescente relação entre melhores resultados de saúde e o maior percentual de presença e extensão dos atributos preconizados por Starfield, para a Atenção Primária à Saúde (STARFIELD, 2002). O escore final de cada um dos atributos foi encontrado pela aplicação da média aritmética dos atributos essenciais e o grau de afiliação, produzindo o **Escore Essencial da APS (EE)**. A média dos escores dos atributos derivados produziu o **Escore Derivado** de APS (ED).

### **Escore Essencial (EE)**

Após o cálculo dos quatro atributos essenciais, foi calculado o escore essencial (EE), utilizando-se a soma da média dos elementos de “A até H”, acrescentando-se o Grau de Afiliação, que determinou o Escore Essencial da Atenção Primária à Saúde. Informa-se que o Grau de Afiliação é importante, pois reflete o quanto o usuário se considera “pertencente” ao serviço, composto por três questões.

**Escore Essencial:** soma dos elementos dos Atributos Essenciais + Grau de Afiliação/ número de componentes, ou seja:

Escore Essencial=  $A+B+C+D+E+F+G+HF/8$ , para o sexo feminino e igualmente para o sexo masculino =  $A+B+C+D+E+F+G+HM/8$ .

Como exemplo para o cálculo de um atributo, no caso do componente acesso de primeiro contato – Acessibilidade (A), que possui 12 itens, foi realizada a soma de cada subitem, e, após, feita a divisão por 12, produzindo um escore médio desse atributo.

Escore =  $(C1 + C2 + C3 + C4 + C5 + C6 + C7 + C8 + C9 + C10 + C11 + C12)/12$ ; e assim serão calculados os demais atributos.

Ressalta-se, no exemplo, quando não tenha sido possível avaliar o escore em 50% ou mais itens do atributo, o cálculo deixa de ser realizado para este caso, sendo traduzido como perda. Por outro lado, caso não tenha sido possível balizar o escore em 50% ou menos dos itens, a pontuação desses itens é substituída o valor “9” por “2” “provavelmente, não” que seja possível computar o escore desse atributo.

## Escore Geral (EG)

O Escore Geral de APS (EG) foi calculado pela soma do escore médio dos elementos que compõem os atributos essenciais (EE), mais o Grau de Afiliação, adicionando-se os atributos derivados (ED), dividindo-se pelo número total de componentes, conforme a fórmula:

$$EG = (A + B + C + D + E + F + G + H + (I + J)) / 10.$$

Para o cálculo por sexo, foram aplicadas as seguintes fórmulas:

$$\text{Sexo Feminino} = (A + B + C + D + E + F + G + HF) + (I + J) / 10;$$

$$\text{Sexo masculino} = (A + B + C + D + E + F + G + HM) + (I + J) / 10;$$

Por fim, foram calculados os escores de cada um dos atributos, objetivando avaliar individualmente cada atributo com menor ou maior orientação para APS.

Utilizou-se o processo de dupla digitação, descrição e consolidação dos dados, por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS), versão 23.0, para tratamento e geração de resultados, visando a correções de qualquer discordância entre os dados. Este *software* estatístico enseja o emprego de dados em diversas maneiras, permitindo determinar relatórios, avaliar as estatísticas descritivas, orientar as análises estatísticas mais complexas e criar tabelas e gráficos.

Foram calculadas frequências absolutas e relativas para variáveis qualitativas, bem como realizados os cálculos dos escores mínimos, máximas, média, desvio-padrão e grau de orientação para APS das variáveis quantitativas.

A normalidade estatística dos escores essencial e geral do PCATool foi avaliada por intermédio do teste de Shapiro-Wilk, com a finalidade de definir os testes adequados para comparar os escores em relação às demais variáveis. Não sendo encontrada a normalidade ( $p < 0,001$ ) em todas as medidas dos atributos, foram usados os testes de Mann-Whitney para comparações de escores envolvendo apenas dois grupos, Kruskal-Wallis para comparações de três ou mais grupos (NOETHER, 1983; VIEIRA, 2003).

Os resultados foram expressos em tabelas. Para todos os procedimentos inferenciais, foi adotado um nível de significância de 5%. Quanto às entrevistas atinentes às características sociodemográficas dos participantes do estudo, foram avaliados os valores absolutos e relativos, por Distrito de Saúde. As respostas possíveis para cada um dos atributos 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) (HARZHEIM et al., 2006).

Conforme o instrumento (ANEXO A), as respostas admissíveis para cada um dos componentes possuem um valor típico. Os escores para cada um dos atributos ou seus itens são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo ou seu componente. Para tanto, foram adotados, os passos a seguir descritos dos cálculos dos escores.

#### **4.6 Aspectos Éticos**

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri, baseado nos aspectos éticos conferidos na Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012b), em 07/10/2016, pelo Parecer de número 1.766.875 (ANEXO C). Todos os participantes que concordaram em participar da pesquisa ao término da entrevista assinaram e rubricaram folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias (APÊNDICE B) e receberam informações claras sobre o objetivo do estudo e seus benefícios para a melhoria da qualidade da assistência.

## 5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados de acordo com os objetivos nesta investigação.

### 5.1 Caracterização dos Participantes do Estudo

Dos 672 (100%) usuários adultos das unidades básicas de saúde, a média de idade foi de 35,7 ( $\pm 11,2$ ) anos, com predominância do sexo feminino (n=508; 75,6%) e casados/união estável (n=418; 62,5%). A faixa etária com maior frequência foi inferior a 30 anos (n=225; 33,5%). Apresentou baixa escolaridade sendo (n=40; 6%) analfabetos, (n=307; 45,78%) com ensino fundamental completo e apenas (n=42; 6,3%) detentores de ensino superior. Quanto a renda, a maioria (n=483; 71,9%) tinha baixa renda, vivendo com até um salário-mínimo, estando esse total distribuído equitativamente pelos sete distritos de saúde. Quanto à ocupação, (n=287; 43,2%) trabalhavam, todavia, encontrou-se elevado número de desempregados (n=354; 53,3%) e (n=528; 78,6%) moram na zona urbana (Tabela 1).

**Tabela 1 – Distribuição de frequência das respostas dos usuários adultos, por Distrito de Saúde, atendidos nas UBS segundo as variáveis sociodemográficas. Juazeiro do Norte-CE, 2017.**

Variável	Total	Distrito I	Distrito II	Distrito III	Distrito IV	Distrito V	Distrito VI	Distrito VII
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Sexo</b>								
Masculino	164 (24,4)	31 (32,3)	28 (29,2)	20 (20,8)	18 (18,8)	26 (27,1)	20 (20,8)	21 (21,9)
Feminino	508 (75,6)	65 (67,7)	68 (70,8)	76 (79,2)	78 (81,2)	70 (72,9)	76 (79,2)	75 (78,1)
<b>Faixa etária</b>								
Média/idade ± desvio-padrão	35,7 ± 11,2	33,4±11,0	36,9±12,2	35,1±9,6	36,5±11,1	34,7±11,9	35,0±10,8	38,5±11,4
< 30	225 (33,5)	38 (39,6)	31 (32,3)	30 (31,3)	30 (31,3)	38 (39,6)	35 (37,2)	23 (25)
30 a 39	184 (27,4)	29 (30,2)	24 (25)	33 (34,4)	28 (29,2)	22 (22,9)	23 (24,5)	25 (27,2)
40 a 49	162 (24,1)	19 (19,8)	23 (24)	27 (28,1)	24 (25)	21 (21,9)	23 (24,5)	25 (27,2)
50 a 59	95 (14,1)	10 (10,4)	18 (18,8)	6 (6,3)	14 (14,6)	15 (15,6)	13 (13,8)	19 (20,7)
<b>Estado civil</b>								
Solteiro	150 (22,4)	22 (22,9)	24 (25,3)	23 (24)	25(26)	24 (25)	11 (11,5)	21 (22,3)
Casado/União estável	418(62,5)	57 (59,4)	57 (60)	58 (60,4)	49 (51)	60 (62,5)	69(71,9)	68(72,3)
Viúvo/Divorciado	101 (15,1)	17 (17,7)	14 (14,7)	15 (15,6)	22 (22,9)	12 (12,5)	16 (16,7)	5(5,3)
<b>Escolaridade</b>								
Analfabeto	40 (6,0)	10 (10,4)	6 (6,3)	1 (1)	2 (2,1)	4 (4,2)	6 (6,3)	11 (11,7)
Ensino fund. comp.	307 (45,7)	43 (44,8)	49 (51)	48 (50)	37 (38,5)	63 (65,6)	53 (55,2)	14 (14,9)
Ensino méd. comp.	281 (41,8)	40 (41,7)	34 (35,4)	43 (44,8)	49 (51)	22 (22,9)	32 (33,3)	61 (64,9)
Ensino sup. comp.	42 (6,3)	3 (3,1)	7 (7,3)	4 (4,2)	8 (8,3)	7 (7,3)	5 (5,2)	8 (8,5)
<b>Renda</b>								
Sem renda	11 (1,6)	1 (1,1)	-	1 (1,1)	-	-	8 (8,4)	1 (1,1)
Até 1 SM	483 (71,9)	72 (78,3)	74 (77,9)	55 (59,1)	70 (75,3)	79 (83,2)	68 (71,6)	65 (72,2)
>1 - 2 SM	123 (18,3)	17 (18,5)	19 (20,0)	26 (28)	14 (15,1)	13 (13,7)	18 (18,9)	16 (17,8)
>2 - 3 SM	30 (4,5)	2 (2,2)	1 (1,1)	8 (8,6)	8 (8,6)	3 (3,2)	-	8 (8,9)
> 3 SM	6 (0,9)	-	1 (1,1)	3 (3,2)	1 (1,1)	-	1 (1,1)	-
<b>Ocupação</b>								
Trabalha	287 (43,2)	45 (46,9)	43 (44,8)	45 (46,9)	36 (37,5)	39 (41,1)	25 (26,3)	54 (60)
Desempregado	354 (53,3)	49 (51,0)	46 (47,9)	49 (51)	56 (58,3)	51 (53,7)	69 (72,6)	34 (37,8)
Aposentado/ Pensionista	23 (3,5)	2 (2,1)	7 (7,3)	2 (2,1)	4 (4,2)	5 (5,3)	1 (1,1)	2 (2,2)
<b>Religião</b>								
Católica	436 (65,1)	59 (61,5)	68 (70,8)	57 (59,4)	53 (55,2)	68 (70,8)	59 (61,5)	72 (76,6)
Evangélica	204 (30,4)	31 (32,3)	24 (25)	38 (39,6)	37 (38,5)	23 (24)	33 (34,4)	18 (19,1)
Espírita	17 (2,5)	6 (6,3)	2 (2,1)	0 (0)	2 (2,1)	4 (4,2)	2 (2,1)	1 (1,1)
Sem religião	13 (1,9)	0 (0)	2 (2,1)	1 (1)	4 (4,2)	1 (1)	2 (2,1)	3 (3,2)
<b>Zona</b>								
Urbana	528 (78,6)	48 (50)	96 (100)	96 (100)	48 (50)	48 (50)	96 (100)	96 (100)
Rural	144 (21,4)	48 (50)	-	-	48 (50)	48 (50)	-	-

Fonte: Elaboração própria.

## 5.2 Distribuição de frequência das respostas de usuários adultos das UBS quanto ao Grau de Afiliação e Atributos da APS

### Grau de Afiliação (A)

Importante é dizer-se que o Grau de Afiliação, mesmo não sendo um atributo, entra no somatório para se encontrar o Escore Geral, em conformidade com o instrumento de

avaliação. O profissional médico foi apontado por (n=306; 45,5%) e o enfermeiro por (n=235; 35,0%) dos participantes (A1).

Na questão A2, (n=289; 43,0%) participantes referiram que há um médico/enfermeiro no serviço que o conhece melhor como pessoa. Entretanto, (n=308; 45,8%) referiram que encontram no enfermeiro/serviço diferentes das UBS estudadas que o conhece melhor como pessoa. Já na terceira questão (A3), sobre a responsabilidade por seu atendimento, as respostas apontaram que (n=294; 43,8%) há um médico/enfermeiro/serviço responsável pelo seu atendimento na UBS, destaca-se que (n=318; 47,3%) referiram que a responsabilidade pela sua assistência pertence a profissionais e serviços de outros serviços.

**Tabela 2 - Distribuição de frequências das respostas dos usuários adultos das UBS ao Grau de Afiliação com Serviço de Saúde, Juazeiro do Norte-CE, 2017.**

<b>A - Grau de Afiliação com Serviço de Saúde</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>A1</b>		
Sim, médico	306	45,5
Sim, enfermeiro	235	35,0
Sim, unidade de saúde.	80	11,9
Não	51	7,6
<b>A2</b>		
Sim, o mesmo médico/enfermeiro/serviço acima.	289	43,0
Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente.	308	45,8
Não	75	11,2
<b>A3</b>		
Sim, o mesmo que A1 & A2 acima.	249	37,1
Sim, o mesmo que A1 somente.	45	6,7
Sim, diferente de A1 & A2.	318	47,3
Não	60	8,9

Fonte: Elaboração própria.

Nota: A1 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde aonde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde? A2 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa? A3 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

### **Atributo Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B)**

A distribuição da frequência /valores médios (de 1 a 10) do atributo “Acesso de Primeiro Contato – Utilização” (B), que avaliou a procura do usuário pela unidade de saúde. A média acima do escore  $\geq 6,60$  com  $7,5 (\pm 2,6)$  corresponde àqueles usuários que referiram predominantemente “Com certeza sim”, ou seja, fariam a opção de atendimento de revisão/consulta de rotina nas UBS pesquisadas (B1) e que frente a um novo problema (B2), afiançaram que procurariam a UBS antes de ir buscar outro serviço. Na terceira questão (B3), os respondentes referiram que, na necessidade de uma consulta especializada, o serviço tem

que proceder, obrigatoriamente, ao encaminhamento para outro serviço especializado, conforme exposto na Tabela 3 a seguir:

**Tabela 3 - Distribuição de frequências das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato – Utilização. Juazeiro do Norte – CE, 2017.**

B - Acesso de Primeiro Contato – Utilização	Com certeza, não	Provavelmente, não	Provavelmente, sim	Com certeza, sim	Escore do atributo
	n (%)				
<b>B1</b>	48 (7,2)	52 (7,8)	210 (31,6)	355 (53,4)	7,5
<b>B2</b>	41 (6,2)	68 (10,2)	250 (37,6)	306 (46,0)	
<b>B3</b>	63 (9,5)	70 (10,5)	198 (29,8)	334 (50,2)	

Fonte: Elaboração própria.

Nota: B1 – Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde. B2 – Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde B3 – Quando você tem que consultar um especialista, o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” tem que encaminhar você obrigatoriamente?

#### **Atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C)**

O atributo “Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade” auferiu a menor avaliação referida pelos usuários das unidades básicas de saúde, com média de 3,3 ( $\pm 1,4$ ), apontando como fatores negativos a falta de atendimento na UBS aos sábados e domingos, o encerramento das atividades, nos dias úteis as 17 horas e a falta de atendimento por via de telefone (C4).

Destaca-se a divergência entre as respostas C8, C9, C10 e C11, pois (n=266; 39,8%) referiram que há espera de mais de 30 minutos para o atendimento e (n=264; 39,5%) participantes referem que não há espera. Já na pergunta C10, (n=367; 55,0%) informaram que não há espera para marcar consultas. Na pergunta C11, (n=406; 60,8%) usuários apontam que há dificuldade em conseguir atendimento nas UBS investigadas. Essas dificuldades estão relacionadas quando precisam faltar ao trabalho ou à escola para serem atendidos na UBS, conforme Tabela 4.

**Tabela 4 - Distribuição de frequências das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade. Juazeiro do Norte – CE, 2017.**

C - Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade	Com certeza, não	Provavelmente, não	Provavelmente, sim	Com certeza, sim	Escore do atributo
	n (%)				
<b>C1</b>	566 (84,7)	98 (14,7)	2 (0,3)	2 (0,3)	3,3
<b>C2</b>	576 (86,2)	89 (13,4)	2 (0,3)	1 (0,1)	
<b>C3</b>	168 (25,1)	56 (8,4)	134 (20,1)	310 (46,4)	
<b>C4</b>	520 (77,8)	87 (13,0)	24 (3,7)	37 (5,5)	
<b>C5</b>	532 (79,6)	100 (15,0)	13 (2,0)	23 (3,4)	
<b>C6</b>	543 (81,3)	108 (16,2)	7 (1,0)	10 (1,5)	
<b>C7</b>	511 (76,5)	91 (13,7)	37 (5,5)	29 (4,3)	
<b>C8</b>	64 (9,6)	80 (12,0)	129 (19,3)	395 (59,1)	
<b>C9</b>	264 (39,5)	33 (5,0)	105 (15,7)	266 (39,8)	
<b>C10</b>	367 (55,0)	28 (4,2)	95 (14,2)	178 (26,6)	
<b>C11</b>	406 (60,8)	29 (4,3)	74 (11,1)	159 (23,8)	
<b>C12</b>	69 (10,3)	17 (2,5)	185 (27,8)	397 (59,4)	

Fonte: Elaboração própria.

Nota: C1 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” fica aberto no sábado ou no domingo? C2 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas? C3 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto e você adoce alguém de lá atende você no mesmo dia? C4 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar? C5 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente? C6 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia? C7 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite? C8 – É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up”) neste “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro”? C9 – Quando você chega ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)? C10 – Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”? C11 – É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” quando pensa que é necessário? C12 – Quando você tem que ir ao “nome do médico / enfermeira / local”, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?

#### **Atributo Longitudinalidade (D)**

As respostas dos usuários quanto ao atributo “Longitudinalidade” alcançou a média de 7,0 ( $\pm 2,1$ ), certificando que o profissional escuta às suas preocupações/ problemas. Referem que o profissional conhece o medicamento por ele utilizado e aponta ainda, que é atendido pelo mesmo profissional que entende as suas dúvidas e as esclarece de modo compreensível.

Reforçam a falta de atendimento por via telefônica (D4), estando em conformidade com as respostas do atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade

(C5). Cabe destacar a questão (D14), em que, se somando as respostas “Com certeza, sim” e “Provavelmente sim”, que totalizou (n=350; 53,5%) participantes, os quais asseveraram que se fosse possível procurariam outro serviço para atendimento, que podem ser conferidos na Tabela 5.

**Tabela 5 - Distribuição de frequências das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Longitudinalidade. Juazeiro do Norte – CE, 2017.**

D – Longitudinalidade	Com	Provavelmente,	Provavelmente,	Com	Escore do atributo
	certeza, não	não	sim	certeza, sim	
n (%)					
D1	50 (7,6)	84 (12,9)	106 (16,2)	414 (63,3)	7,0
D2	10 (1,5)	21 (3,2)	96 (14,7)	527 (80,6)	
D3	6 (0,9)	39 (6,0)	92 (14,0)	517 (79,1)	
D4	484 (74,0)	66 (10,1)	28 (4,3)	76 (11,6)	
D5	36 (5,5)	75 (11,5)	71 (10,8)	472 (72,2)	
D6	45 (6,9)	53 (8,1)	104 (15,9)	452 (69,1)	
D7	30 (4,6)	91 (13,9)	229 (35)	304 (46,5)	
D8	139 (21,3)	103 (15,7)	158 (24,2)	254 (38,8)	
D9	124 (19,0)	114 (17,4)	160 (24,5)	256 (39,1)	
D10	113 (17,3)	68 (10,4)	175 (26,7)	298 (45,6)	
D11	163 (24,9)	61 (9,3)	105 (16,1)	325 (49,7)	
D12	95 (14,5)	76 (11,6)	54 (8,3)	429 (65,6)	
D13	17 (2,6)	38 (5,8)	77 (11,8)	522 (79,8)	
D14	248 (37,9)	56 (8,6)	127 (19,4)	223 (34,1)	

Fonte: Elaboração própria.

D1 – Quando você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes? D2 – Você acha que o seu “médico/ enfermeiro” entende o que você diz ou pergunta. D3 – O seu “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda? D4 – Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece você? D5 – O seu “médico/enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas? D6 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “médico/enfermeiro”? D7 – O seu “médico/enfermeiro” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde? D8 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quem mora com você? D9 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quais problemas são mais importantes para você? D10 – O seu “médico/enfermeiro” conhece a sua história clínica completa? D11 – O seu “médico/enfermeiro” sabe a respeito do seu trabalho ou emprego? D12 – O seu “médico/enfermeiro” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa? D13 – O seu “médico/enfermeiro” sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando? D14 – Você mudaria do “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?

### **Atributo Coordenação – Integração de Cuidados (E)**

Ressalta-se, inicialmente a questão E1, em que (n=583; 86,8%) participantes informaram que já procuraram outros serviços/profissionais, mesmo estando em acompanhamento pela UBS em estudo. Este atributo foi avaliado positivamente ( $\geq 6,60$ ), com a média de 7,6. Nas questões E2 a E9, os usuários avaliaram positivamente, com a resposta

“Com certeza sim”. Destaca-se a questão E3, em que (n= 439; 75,3%) participantes asseguraram que os médicos da UBS sabiam que o usuário tinha procurado outro serviço/especialista; a E4, (n= 429; 73,6%) entrevistados garantiram que o profissional da UBS orientavam sobre os serviços/especializados que deveriam procurar, recebendo dos profissionais encaminhamentos sobre o motivo da consulta em serviços especializados (E6) e conhecimento dos resultados da consulta especializada dos usuários (E7), de acordo com os dados constantes na Tabela 6.

**Tabela 6 - Distribuição de frequências das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Coordenação – Integração de Cuidados. Juazeiro do Norte – CE, 2017.**

E - Coordenação – Integração de Cuidados	Com certeza, não	Provavelmente, não	Provavelmente, sim	Com certeza, sim	Escore do atributo
	n (%)				
<b>E2</b>	82 (14,1)	34 (5,8)	105 (18)	362 (62,1)	7,6
<b>E3</b>	9 (1,5)	22 (3,8)	113 (19,4)	439 (75,3)	
<b>E4</b>	22 (3,8)	10 (1,7)	122 (20,9)	429 (73,6)	
<b>E5</b>	120 (20,6)	64 (11,0)	93 (16,0)	306 (52,4)	
<b>E6</b>	36 (6,2)	45 (7,7)	72 (12,3)	430 (73,8)	
<b>E7</b>	19 (3,3)	49 (8,4)	72 (12,3)	443 (76,0)	
<b>E8</b>	25 (4,3)	57 (9,8)	79 (13,6)	422 (72,3)	
<b>E9</b>	122 (20,9)	71 (12,2)	80 (13,7)	310 (53,2)	

Fonte: Elaboração própria.

Nota: E1 – Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento “nome do serviço de saúde/ médico / enfermeiro”? E2 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sugeriu que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado? E3 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado? E4 – O seu “médico/enfermeiro” discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde? E5 - O seu “médico / enfermeiro” ou alguém que trabalha no / com “nome do serviço de saúde” ajudou-o /a marcar esta consulta? E6 – O seu “médico/enfermeiro” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta? E7 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe quais foram os resultados desta consulta? E8 – Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu “médico/enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta? E9 – O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado? Na pergunta E1 583 (86,8%) dos usuários afirmaram que já procuraram outros profissionais/serviços e apenas 89 (13,2%) disseram não.

### **Atributo Coordenação – Sistema de Informações (F)**

Este atributo alcançou a média de 7,3 ( $\pm 3,2$ ). Esse resultado aponta que os participantes levam boletins/registros anteriores para as consultas com especialistas, que o prontuário do paciente está disponível durante a consulta e que eles têm acesso às

informações constantes em seu prontuário/ ficha de saúde (F3), podendo ser evidenciado na Tabela 7.

**Tabela 7 - Distribuição de frequências das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Coordenação – Sistema de Informações, Juazeiro do Norte – CE, 2017.**

F - Coordenação – Sistema de Informações	Com certeza, não	Provavelmente, não	Provavelmente, sim	Com certeza, sim	Escore do atributo
	n (%)				
F1	140 (20,9)	82 (12,2)	93 (13,9)	355 (53,0)	8,0
F2	59 (8,8)	22 (3,3)	94 (14,0)	495 (73,9)	
F3	139 (20,7)	61 (9,1)	69 (10,3)	401 (59,9)	

Fonte: Elaboração própria.

Nota: F1. Quando você vai no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? F2. Quando você vai ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro”, o seu prontuário está sempre disponível na consulta? F3. Você poderia ler o seu prontuário/ficha se quisesse no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?

#### **Atributo Integralidade – Serviços Disponíveis (G).**

O atributo “Integralidade – Serviços Disponíveis”, os usuários avaliaram positivamente a existência de vacinas (G4), avaliação da saúde bucal (G5), tratamento dentário (G6), planejamento familiar/método anticoncepcional (G7), aconselhamento, solicitação de teste anti-HIV (G11), exame preventivo para câncer de colo de útero (G16), cuidados pré-natais (G18) e orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família seja incapacitado de tomar decisões sobre sua saúde (G22).

Por outro lado, expressaram avaliações abaixo do ponto de corte de  $\geq 6,60$ , o atributo “Integralidade – Serviços Disponíveis” com escore negativo de 6,3 ( $\pm 2,1$ ). Esses resultados apontam a falta de atendimento aos procedimentos cirúrgicos e ortopédicos mais simples, como sutura simples, colocação de tala, remoção de verrugas e unha encravada (G19). Destacam-se, ainda, que as ações de promoção e prevenção, especialmente, sobre aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas e aconselhamento para cessação do fumo são insuficientes, em conformidade com os dados da Tabela 8 a seguir.

**Tabela 8 - Distribuição de frequências das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Integralidade – Serviços Disponíveis. Juazeiro do Norte – CE, 2017.**

G - Integralidade – Serviços Disponíveis	Com	Provavelmente,	Provavelmente,	Com	Escore do atributo
	certeza, não	não	sim	certeza, sim	
n (%)					
G1	34 (5,1)	85 (12,8)	178 (27,0)	365 (55,1)	6,3
G2	123 (18,6)	108 (16,3)	135 (20,4)	296 (44,7)	
G3	144 (21,8)	129 (19,5)	110 (16,6)	279 (42,1)	
G4	17 (2,6)	38 (5,8)	89 (13,4)	518 (78,2)	
G5	103 (15,6)	81 (12,2)	36 (5,4)	442 (66,8)	
G6	99 (15,0)	94 (14,2)	47 (7,1)	422 (63,7)	
G7	108 (16,3)	37 (5,6)	74 (11,2)	443 (66,9)	
G8	183 (27,7)	189 (28,5)	122 (18,4)	168 (25,4)	
G9	79 (11,9)	107 (16,2)	148 (22,4)	328 (49,5)	
G10	392 (59,2)	106 (16,0)	60 (9,1)	104 (15,7)	
G11	24 (3,6)	46 (7,0)	120 (18,1)	472 (71,3)	
G12	100 (15,0)	99 (15,0)	117 (17,7)	346 (52,3)	
G13	102 (15,4)	104 (15,7)	108 (16,3)	348 (52,6)	
G14	499 (75,4)	85 (12,8)	27 (4,1)	51 (7,7)	
G15	473 (71,5)	123 (18,6)	29 (4,4)	37 (5,5)	
G16	50 (7,6)	42 (6,3)	70 (10,6)	500 (75,5)	
G17	136 (20,5)	81 (12,2)	43 (6,5)	402 (60,8)	
G18	11 (1,7)	31 (4,7)	95 (14,4)	525 (79,2)	
G19	490 (74,0)	95 (14,4)	24 (3,6)	53 (8,0)	
G20	127 (19,2)	114 (17,2)	91 (13,8)	330 (49,8)	
G21	78 (11,8)	120 (18,1)	67 (10,1)	397 (60,0)	
G22	37 (5,6)	76 (11,5)	59 (8,9)	490 (74,0)	

Fonte: Elaboração própria.

Nota: G1 – Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta. G2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais. G3 – Programa de suplementação nutricional. G4 – Vacinas. G5 – Avaliação da saúde bucal. G6 – Tratamento dentário. G7 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais. G8 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas. G9 – Aconselhamento para problemas de saúde mental. G10 – Sutura de um corte que necessite de pontos. G11 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV. G12 – Identificação de problemas auditivos. G13 – Identificação de problemas visuais. G14 – Colocação de tala. G15 – Remoção de verrugas. G16 – Exame preventivo para câncer de colo de útero. G17 – Aconselhamento sobre como parar de fumar. G18 – Cuidados pré-natais. G19 – Remoção de unha encravada. G20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento. G21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama... G22 – Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde

### Atributo Integralidade – Serviços Prestados (H)

Observa-se que o atributo “Integralidade – Serviços Prestados” foram avaliados negativamente com escore médio de 6,0 ( $\pm 2,1$ ). Das respostas emitidas que receberam melhor avaliação foram sobre orientação da importância dos exercícios físicos, exames de sangue para verificar os níveis de colesterol e medicamentos prescritos. Nas questões inerentes para

as mulheres (H12 e H13) entre as 508 mulheres apenas, 240 (47,7%) e 250 (49,7%), respectivamente, referiram que recebem orientação sobre prevenção de osteoporose e cuidados mais comuns do processo de menstruação ou menopausa. Para os itens H1 a H11, houve perda de nove (1,3%) participantes, sendo cinco mulheres e quatro homens, que referiram “não sei/ não lembro/ em branco”. Quanto aos itens H12 e H13, não foram considerados 164 homens, podendo ser verificado na Tabela 9.

**Tabela 9 - Distribuição de frequências das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Integralidade – Serviços Prestados, Juazeiro do Norte – CE, 2017.**

H - Integralidade – Serviços Prestados	Com certeza, não	Provavelmente, não	Provavelmente, sim	Com certeza, sim	Escore do atributo
	n (%)				
H1	23 (3,5)	39 (5,9)	210 (31,7)	391 (58,9)	6,0
H2	76 (11,5)	109 (16,4)	195 (29,4)	283 (42,7)	
H3	382 (57,6)	174 (26,2)	45 (6,8)	62 (9,4)	
H4	110 (16,7)	164 (24,7)	113 (17,0)	276 (41,6)	
H5	57 (8,7)	60 (9,0)	89 (13,4)	457 (68,9)	
H6	39 (5,9)	36 (5,4)	123 (18,6)	465 (70,1)	
H7	43 (6,5)	63 (9,5)	62 (9,4)	495 (74,6)	
H8	311 (46,9)	223 (33,6)	77 (11,6)	52 (7,9)	
H9	459 (69,2)	144 (21,7)	26 (4,0)	34 (5,1)	
H10	145 (21,9)	99 (14,9)	111 (16,7)	308 (46,5)	
H11	133 (20,1)	120 (18,1)	82 (12,4)	328 (49,4)	
H12	81 (16,1)	100 (19,9)	82 (16,3)	240 (47,7)	
H13	82 (16,3)	82 (16,3)	89 (17,7)	250 (49,7)	

Fonte: Elaboração própria.

Nota: H1– Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente. H2 – Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança. H3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro. H4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando. H5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você. H6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol. H7 – Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando. H8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas. H9 – Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança. H10 – Como prevenir queimaduras. H11 – Como prevenir quedas. H12 – Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis. H13 – Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa.

### Atributo Orientação Familiar (I)

Para o atributo derivado “Orientação Familiar” foi atribuído o escore médio acima do ponto de corte ( $\geq 6,60\%$ ) com valoração de 7,2 ( $\pm 3,2$ ). Os usuários asseveraram positivamente que os médicos se interessam pelas suas ideias/opiniões, sobre o seu tratamento/ planejamento. Afirmaram que durante a consulta são abordadas perguntas sobre as doenças/problemas comuns que acometem a sua família e que com certeza o

médico/enfermeiro poderia reunir com os membros de sua família se necessário, conforme dados inseridos na Tabela 10.

**Tabela 10 - Distribuição de frequências das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Orientação Familiar. Juazeiro do Norte – CE, 2017.**

I - Orientação Familiar	Com	Provavelmente,	Provavelmente,	Com	Escore do atributo
	certeza, não	não	sim	certeza, sim	
n (%)					
I1	103 (15,8)	168 (25,8)	58 (8,9)	322 (49,5)	7,2
I2	110 (16,9)	51 (7,9)	81 (12,4)	409 (62,8)	
I3	47 (7,2)	78 (12)	132 (20,3)	394 (60,5)	

Fonte: Elaboração própria.

Nota: I1 – O seu “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família? I2 – O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)? I3 – O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?

### Atributo Orientação Comunitária (I)

Para o atributo “Orientação Comunitária” as respostas foram negativas, com escore médio de 3,8 ( $\pm 3,8$ ). Nas seis respostas proferidas, apenas a questão (J1), atinente à realização de visita domiciliar, recebeu avaliação positiva por parte de 325 (n=325; 71,3%) participantes. As respostas às questões (J2 a J6) foram negativas, os participantes referiram que o profissional desconhece os problemas de saúde importantes da vizinhança, falta escuta ativa às opiniões e ideias da comunidade para melhora dos serviços de saúde. Ainda colocam a lacuna de pesquisas sobre satisfação dos usuários quanto ao atendimento e da falta de participação no Conselho Local de Saúde/ Conselho de Usuários, de acordo com a Tabela 11.

**Tabela 11 - Distribuição de frequências das respostas dos usuários adultos da UBS aos itens que compõem o atributo Orientação Comunitária. Juazeiro do Norte – CE, 2017.**

J - Orientação Comunitária	Com	Provavelmente,	Provavelmente,	Com	Escore do atributo
	certeza, não	não	sim	certeza, sim	
n (%)					
J1	32 (7,0)	44 (9,6)	55 (12,1)	325 (71,3)	3,8
J2	194 (42,5)	91 (20,0)	108 (23,7)	63 (13,8)	
J3	182 (39,8)	76 (16,7)	143 (31,4)	55 (12,1)	
J4	247 (54,2)	42 (9,2)	132 (28,9)	35 (7,7)	
J5	262 (57,5)	85 (18,6)	88 (19,3)	21 (4,6)	
J6	308 (67,5)	56 (12,3)	79 (17,3)	13 (2,9)	

Fonte: Elaboração própria.

Nota: J1 – Alguém no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” faz visitas domiciliares? J2 – O seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde

importantes na sua vizinhança? J3 – O seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” ouviu opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde? J4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas? J5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer? J6 – Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)?

Os valores mínimos, máximos, médias, desvio-padrão e grau de orientação para cada atributo da APS avaliados pelos usuários adultos das UBS de Juazeiro do Norte-CE. Apontou que o Grau de Afiliação (A), entre os 672 entrevistados das 14 UBS, conseguiu dentro de uma escala de 0-10 a média de 7,4 ( $\pm 2,6$ ), com alto grau de orientação para APS. Foram avaliadas negativamente os atributos “Acesso de Primeiro Contato” (B+C) com escore médio de 5,4 ( $\pm 1,7$ ), em que o item “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade” obteve a menor média de 3,3 ( $\pm 1,4$ ) e Orientação Comunitária a média de 3,8 ( $\pm 2,3$ ).

Já o atributo “Integralidade nos subitens “Serviços Disponíveis e Serviços Prestados” alcançou a média de 6,3 ( $\pm 2,1$ ) 6,0 ( $\pm 2,1$ ), respectivamente, escores inferiores ao ponto de corte de  $\geq 6,60$ . Entre os demais atributos com avaliação positiva, cita-se: o atributo “Coordenação” com a média de 7,6 ( $\pm 2,5$ ), sendo que o seu subitem “Coordenação – Integração de Cuidados” (E), recebeu o maior escore, com a média de 8,0 ( $\pm 2,1$ ), conforme a Tabela 12 a seguir.

**Tabela 12 - Distribuição dos valores mínimos, máximos, média, desvio-padrão do grau de afiliação e dos atributos da APS na perspectiva de usuários adultos, Juazeiro do Norte-CE, 2017.**

Atributo	Valores dos Escores				Grau de orientação para APS
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão	
A - Grau de Afiliação com Serviço de Saúde	0,0	10,0	7,4	2,6	Alto
<b>Acesso de Primeiro Contato (B+C)</b>	0,0	8,5	5,4	1,7	Baixo
B - Acesso de Primeiro Contato – Utilização	0,0	10,0	7,5	2,6	Alto
C - Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade	0,0	6,9	3,3	1,4	Baixo
D – Longitudinalidade	2,1	10,0	7,0	2,1	Alto
<b>Coordenação (E+F)</b>	0,0	10,0	7,6	2,5	Alto
E - Coordenação – Integração de Cuidados	0,0	10,0	8,0	2,1	Alto
F - Coordenação – Sistema de Informações	0,0	10,0	7,3	3,2	Alto
<b>Integralidade (G+H)</b>	0,3	10,0	6,2	2,0	Baixo
G - Integralidade – Serviços Disponíveis	0,5	10,0	6,3	2,1	Baixo
H - Integralidade – Serviços Prestados	0,0	10,0	6,0	2,1	Baixo
I - Orientação Familiar	0,0	10,0	7,2	3,2	Alto
J - Orientação Comunitária	0,0	10,0	3,8	2,3	Baixo

Fonte: Elaboração própria.

## Cálculo dos Escores Essenciais e Derivados

Com suporte na definição do Grau de Afiliação e dos escores de cada um dos atributos, foram calculados os escores Essencial (EE) e Geral. O escore Essencial obteve a média de 6,60 ( $\pm 1,8$ ), alcançando a média mínima de corte ( $\geq 6,60$ ). Já o Escore Geral (EE + ED) alcançou média abaixo do ponto de corte ( $\geq 6,60$ ) de 6,4 ( $\pm 1,8$ ), confirmada na Tabela 13.

**Tabela 13 - Apresentação das médias dos escores Essencial e Geral dos atributos da Atenção Primária à Saúde, na visão dos usuários das unidades básicas de saúde. Juazeiro do Norte - CE, 2017.**

Atributo	Média dos escores (0 - 10)	Desvio-padrão dos escores
Escore Essencial	6,6	1,8
Escore Geral	6,4	1,8

Fonte: Elaboração própria.

### 5.3 Relação entre os Atributos da APS e Distritos de Saúde, das variáveis sociodemográficas (sexo, escolaridade, renda e zona de atuação)

#### Relação entre os Distritos de Saúde (DS) e Atributos da APS

A relação entre os Atributos da APS e os Distritos de Saúde. Para os cinco atributos, houve associação estatística entre os Distritos de Saúde, com exceção para Orientação Comunitária, em que os sete distritos de saúde manifestaram média igualmente baixa ( $p=0,303$ ).

O grau de afiliação alcançou nos sete Distritos de Saúde escore acima de  $\geq 6,60$ . Também obteve avaliação positiva os atributos: “Primeiro Contato – Utilização” em seis Distritos de Saúde (85,7%) (I, II, III, V, VI, VII). O atributo “Longitudinalidade” obteve avaliação acima da média de  $\geq 6,60$  em quatro distritos (II, V, VI e VII). O atributo “Coordenação” foi apontado em cinco distritos (71,4%) com uma avaliação positiva com escore acima de  $\geq 6,60$ , assim como, o componente “Coordenação – Integração de Cuidados”, foi referido positivamente pelos usuários de seis distritos (85,7%) sanitários (I, II, III, V, VI e o VII). O elemento “Coordenação – Sistema de Informação” em quatro Distritos de Saúde (57,1%) alcançou o escore elevado (II, V, VII), dados conferidos na Tabela 14.

O Distritos de Saúde IV (Zona rural) foram atribuídos valores negativos ( $\geq 6,60$ ) em todos os seis atributos. Em contrapartida, os melhores escores foram observados nos Distritos II e VII, onde os atributos Acesso de Primeiro Contato-Utilização 8,2 ( $\pm 1,3$ ) 8,8

( $\pm 2,1$ ): Integralidade – Integração de Cuidados com 8,8 ( $\pm 1,6$ ), 9,5 ( $\pm 1,2$ ) e Orientação Familiar recebeu 8,7 ( $\pm 2,2$ ) e 9,1 ( $\pm 1,8$ ), respectivamente Distrito de Saúde II e VII.

Destaca-se que receberam escores negativos: o atributo “Primeiro Contato – Acessibilidade”, nos sete Distritos de Saúde, obtendo 3,3 ( $\geq 1,4$ ) de escore médio ( $p=0,001$ ) e o atributo derivado “Orientação Comunitária” foi avaliado negativamente nos sete Distritos de Saúde, não ocorrendo associação estatística ( $p=303$ ).

Os Distritos de Saúde II, V, VII apresentaram, quanto ao Escore Essencial, os melhores escores, quando comparados aos demais ( $p<0,001$ ), contribuindo, conseqüentemente, para a avaliação positiva do Escore Geral nesses três distritos ( $p<0,001$ ), em consonância aos dados da Tabela 14.

**Tabela 14 - Relação entre os Distritos de Saúde de atendimento e os Atributos da APS na visão dos usuários adultos das UBS. Juazeiro do Norte – CE, 2017.**

Atributos	Distrito	Distrito	Distrito	Distrito	Distrito	Distrito	Distrito	Valor p
	I	II	III	IV	V	VI	VII	
	<b>Média ± desvio-padrão</b>							
A - Grau de Afiliação com Serviço de Saúde	7,2 ± 3,3	7,6 ± 1,6	8,5 ± 2,0	6,7 ± 2,6	7,7 ± 2,0	6,7 ± 3,5	7,3 ± 2,2	<b>0,001</b>
<b>Acesso de Primeiro Contato</b>	5,6 ± 1,9	5,9 ± 1,3	5,2 ± 1,4	3,9 ± 1,8	5,7 ± 1,7	5,3 ± 1,4	6,1 ± 1,3	<b>0,001</b>
B - Acesso de Primeiro Contato – Utilização	7,7 ± 2,4	8,2 ± 1,9	6,9 ± 2,3	5,2 ± 2,8	7,8 ± 2,6	8,0 ± 2,3	8,8 ± 2,1	<b>0,001</b>
C - Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade	3,5 ± 1,8	3,7 ± 1,1	3,5 ± 1,1	2,4 ± 1,3	3,4 ± 1,3	2,7 ± 1,3	3,5 ± 1,0	<b>0,001</b>
D – Longitudinalidade	6,5 ± 2,5	8,2 ± 1,3	6,4 ± 2,4	6,2 ± 2,1	7,3 ± 1,8	6,9 ± 1,8	7,6 ± 1,5	<b>0,001</b>
<b>Coordenação</b>	7,2 ± 2,6	8,8 ± 1,6	6,4 ± 2,9	5,3 ± 2,1	8,8 ± 1,7	7,1 ± 2,3	9,5 ± 1,2	<b>0,001</b>
E - Coordenação – Integração de Cuidados	7,7 ± 2,6	8,8 ± 1,5	7,4 ± 2,1	6,5 ± 1,6	8,7 ± 2,0	7,6 ± 1,7	9,5 ± 1,3	<b>0,001</b>
F - Coordenação – Sistema de Informações	6,4 ± 3,3	9,0 ± 1,8	5,7 ± 3,8	4,8 ± 3,3	8,9 ± 1,8	7,1 ± 3,1	9,5 ± 1,6	<b>0,001</b>
<b>Integralidade</b>	5,0 ± 2,1	7,0 ± 1,3	5,7 ± 2,0	4,6 ± 1,8	7,1 ± 1,4	6,1 ± 1,9	7,6 ± 1,3	<b>0,001</b>
G - Integralidade – Serviços Disponíveis	5,5 ± 2,1	7,2 ± 1,3	5,7 ± 2,2	4,6 ± 2,0	7,4 ± 1,5	6,1 ± 2,2	7,7 ± 1,3	<b>0,001</b>
H - Integralidade – Serviços Prestados	4,5 ± 2,5	6,8 ± 1,6	5,6 ± 1,9	4,7 ± 1,6	6,8 ± 1,6	6,1 ± 1,8	7,5 ± 1,6	<b>0,001</b>
I - Orientação Familiar	4,8 ± 3,7	8,7 ± 2,2	6,8 ± 3,1	5,2 ± 2,7	8,4 ± 2,4	7,3 ± 3,2	9,1 ± 1,8	<b>0,001</b>
J - Orientação Comunitária	3,3 ± 1,6	4,4 ± 3,0	3,5 ± 2,0	3,7 ± 2,1	4,2 ± 2,8	3,4 ± 2,3	4,4 ± 2,5	0,303
Escore Essencial	6,0 ± 2,1	7,4 ± 1,0	6,2 ± 1,8	5,1 ± 1,7	7,2 ± 1,3	6,4 ± 1,6	7,6 ± 1,1	<b>0,001</b>
Escore Geral	5,7 ± 2,0	7,3 ± 0,9	6,0 ± 1,7	5,1 ± 1,7	7,1 ± 1,3	6,3 ± 1,7	7,6 ± 1,2	<b>0,001</b>

Fonte: Fonte: Elaboração própria.

Teste de Kruskal-Wallis.

### Relação entre a variável sexo dos respondentes e Atributos da APS

Não foi encontrada associação entre as médias dos escores dos atributos e Grau de Afiliação, da Atenção Primária e o sexo **dos usuários das UBS**. Observa-se que ambos os sexos atribuíram escores baixos ( $\geq 6,60$ ) para os atributos “Acesso de Primeiro Contato-Acessibilidade”, com média de 3,2 ( $\pm 1,4$ ) e ( $p=0,664$ ) e 3,6 ( $\pm 2,3$ ), respectivamente, e ( $p=0,275$ ) participantes.

Quanto ao Escore Essencial (EE), o sexo feminino teve avaliação positiva, alcançando o ponto de corte de  $\geq 6,6$  ( $\pm 1,7$ ) e ( $p=0,171$ ), enquanto os homens avaliaram negativamente em 6,4 ( $\geq 1,8$ ). O Escore Geral foi avaliado negativamente, com  $\leq 6,3$  ( $\pm 1,8$ ) e  $\leq 6,5$  ( $\pm 1,7$ ) ( $p=0,209$ ), medindo, assim, baixa presença e extensão para APS, podendo ser verificado na Tabela 15.

**Tabela 15 - Relação entre o sexo dos respondentes e os atributos da APS na visão dos usuários adultos das UBS. Juazeiro do Norte – CE, 2017.**

Atributo	Masculino	Feminino	Valor p
	Média $\pm$ desvio-padrão		
A - Grau de Afiliação com Serviço de Saúde	7,5 $\pm$ 2,7	7,4 $\pm$ 2,6	0,452
<b>Acesso de Primeiro Contato</b>	5,2 $\pm$ 1,8	5,5 $\pm$ 1,7	0,190
B - Acesso de Primeiro Contato – Utilização	7,2 $\pm$ 2,6	7,6 $\pm$ 2,6	0,056
C - Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade	3,2 $\pm$ 1,4	3,3 $\pm$ 1,3	0,664
D – Longitudinalidade	7,0 $\pm$ 2,2	7,1 $\pm$ 2,0	0,866
<b>Coordenação</b>	7,4 $\pm$ 2,6	7,7 $\pm$ 2,5	0,107
E - Coordenação – Integração de Cuidados	7,8 $\pm$ 2,3	8,1 $\pm$ 2,0	0,090
F - Coordenação – Sistema de Informações	7,1 $\pm$ 3,3	7,4 $\pm$ 3,2	0,148
<b>Integralidade</b>	5,9 $\pm$ 2,0	6,2 $\pm$ 2,0	0,104
G - Integralidade – Serviços Disponíveis	6,1 $\pm$ 2,1	6,4 $\pm$ 2,1	0,092
H - Integralidade – Serviços Prestados	5,8 $\pm$ 2,0	6,1 $\pm$ 2,1	0,098
I - Orientação Familiar	7,0 $\pm$ 3,4	7,2 $\pm$ 3,1	0,432
J - Orientação Comunitária	3,6 $\pm$ 2,3	3,9 $\pm$ 2,4	0,275
Escore Essencial	6,4 $\pm$ 1,8	6,6 $\pm$ 1,7	0,171
Escore Geral	6,3 $\pm$ 1,8	6,5 $\pm$ 1,7	0,209

Fonte: Elaboração própria.

Teste de Mann-Whitney.

### Relação entre a variável escolaridade do respondente e os Atributos da APS

Encontrou-se associação estatística para Grau de Afiliação ( $p=0,008$ ), Acesso de Primeiro Contato “Utilização” e Acessibilidade ( $p=0,026$  e  $p=0,043$ , respectivamente), Longitudinalidade ( $p<0,001$ ), Coordenação – Integração de Cuidados ( $p=0,004$ ), Orientação Familiar ( $p=0,030$ ) e “Orientação Comunitária” ( $p=0,009$ ). Destaca-se que os participantes

analfabetos avaliaram negativamente vários atributos, dentre eles cita-se: “Acessibilidade, “Integralidade-Serviços, Disponíveis e Prestados “Orientação Comunitária”. Os resultados, também, mostraram que os usuários com ensino superior avaliaram com escores mais baixos ( $\leq 6,60$ ) do que os demais níveis de escolaridade, resultados confirmados na Tabela 16.

**Tabela 16 - Relação entre a escolaridade dos respondentes e os atributos da APS na percepção dos usuários adultos das UBS, de Juazeiro do Norte - CE, 2017.**

Atributos	Analfabeto	Ensino			Valor p
		fundamental	médio	superior	
Média $\pm$ desvio-padrão					
A - Grau de Afiliação com Serviço de Saúde	6,7 $\pm$ 3,0	7,6 $\pm$ 2,7	7,3 $\pm$ 2,6	6,9 $\pm$ 1,7	<b>0,008</b>
<b>Acesso de Primeiro Contato</b>	5,6 $\pm$ 1,6	5,5 $\pm$ 1,7	5,4 $\pm$ 1,8	4,8 $\pm$ 1,5	<b>0,030</b>
B - Acesso de Primeiro Contato – Utilização	8,0 $\pm$ 2,4	7,5 $\pm$ 2,5	7,5 $\pm$ 2,6	6,6 $\pm$ 2,4	<b>0,026</b>
C - Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade	3,2 $\pm$ 1,4	3,4 $\pm$ 1,4	3,2 $\pm$ 1,4	2,9 $\pm$ 1,2	<b>0,043</b>
D - Longitudinalidade	7,1 $\pm$ 2,0	7,4 $\pm$ 1,8	6,8 $\pm$ 2,2	5,9 $\pm$ 2,0	<b>0,001</b>
<b>Coordenação</b>	8,1 $\pm$ 2,4	7,8 $\pm$ 2,4	7,5 $\pm$ 2,7	6,8 $\pm$ 2,7	0,064
E - Coordenação – Integração de Cuidados	8,6 $\pm$ 1,7	8,3 $\pm$ 1,9	7,9 $\pm$ 2,3	7,1 $\pm$ 2,2	<b>0,004</b>
F - Coordenação – Sistema de Informações	7,4 $\pm$ 3,4	7,5 $\pm$ 3,1	7,3 $\pm$ 3,4	6,6 $\pm$ 3,3	0,392
<b>Integralidade</b>	6,4 $\pm$ 2,0	6,4 $\pm$ 1,8	6,0 $\pm$ 2,2	5,5 $\pm$ 2,3	0,073
G - Integralidade – Serviços Disponíveis	6,5 $\pm$ 2,2	6,5 $\pm$ 2,0	6,2 $\pm$ 2,2	5,6 $\pm$ 2,3	0,101
H - Integralidade – Serviços Prestados	6,2 $\pm$ 2,2	6,2 $\pm$ 1,7	5,8 $\pm$ 2,3	5,4 $\pm$ 2,5	0,077
I - Orientação Familiar	6,9 $\pm$ 3,4	7,5 $\pm$ 3,1	7,0 $\pm$ 3,2	6,3 $\pm$ 3,0	<b>0,030</b>
J - Orientação Comunitária	4,0 $\pm$ 2,6	3,5 $\pm$ 2,2	4,1 $\pm$ 2,4	4,3 $\pm$ 2,6	<b>0,009</b>
Escore Essencial	6,7 $\pm$ 1,7	6,8 $\pm$ 1,7	6,5 $\pm$ 1,9	5,8 $\pm$ 1,6	<b>0,006</b>
Escore Geral	6,5 $\pm$ 1,7	6,6 $\pm$ 1,6	6,3 $\pm$ 1,9	5,8 $\pm$ 1,7	<b>0,049</b>

Fonte: Elaboração própria.

Teste de Kruskal-Wallis.

### Relação entre a variável renda do respondente e Atributos da APS

Na **relação** entre duas variáveis - Renda e atributos da Atenção Primária em Saúde, indicou que os usuários classificados em “sem renda” e os com “mais de três salários-mínimos (SM)”, avaliaram mais negativamente ( $\geq 6,60$ ) e apresentaram associação estatística significativa entre os atributos, a saber: “Acesso de Primeiro Contato – Utilização” ( $p=0,007$ ), “Longitudinalidade” ( $p=0,001$ ); “Coordenação” em seus dois elementos – “Integração de Cuidados” ( $p<0,001$ ), “Sistema de Informação” ( $p<0,001$ ), “Integralidade – Serviços Disponíveis” ( $p=0,001$ ) e ( $p<0,001$ ) “Orientação Familiar” ( $p<0,001$ ), exceto o Grau de Afiliação ( $p=0,063$ ), Acesso de Primeiro Contato- Acessibilidade” ( $p+ 0,068$ ) e “Orientação Comunitária” ( $p=0,314$ ), podendo ser observado na Tabela 17 a seguir.

**Tabela 17 - Relação entre a renda dos respondentes e os atributos da APS na avaliação dos usuários adultos das UBS de Juazeiro do Norte - CE, 2017.**

Atributos	Sem renda	Até 1 SM	>1 - 2 SM	>2 - 3 SM	Mais de 3 SM	Valor p
A - Grau de Afiliação com Serviço de Saúde	6,1 ± 4,9	7,3 ± 2,6	8 ± 2,4	7 ± 2,5	7,8 ± 1,7	0,063
<b>Acesso de Primeiro Contato</b>	5,1 ± 1,3	5,4 ± 1,7	5,7 ± 1,6	5,0 ± 1,8	4,6 ± 1,7	0,068
B - Acesso de Primeiro Contato – Utilização	8,3 ± 2,1	7,5 ± 2,6	8 ± 2,5	6,6 ± 2,9	6,7 ± 3,3	0,056
C - Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade	1,9 ± 1,2	3,3 ± 1,4	3,5 ± 1,2	3,3 ± 1	2,6 ± 1,2	<b>0,007</b>
D – Longitudinalidade	4,6 ± 1,0	7,1 ± 2,0	7,5 ± 2,1	6,3 ± 2,4	6,3 ± 1,9	<b>0,001</b>
<b>Coordenação</b>	6,1 ± 1,8	8,2 ± 1,9	8,3 ± 2,2	7,1 ± 2,8	5,9 ± 2,3	<b>0,001</b>
E - Coordenação – Integração de Cuidados	3,4 ± 1,6	7,5 ± 3,1	7,9 ± 3,2	6,2 ± 3,6	3,1 ± 3,6	<b>0,001</b>
F - Coordenação – Sistema de Informações	4,7 ± 1,5	7,8 ± 2,4	8,0 ± 2,6	6,5 ± 3,1	4,5 ± 2,9	<b>0,001</b>
<b>Integralidade</b>	4,1 ± 1,1	6,4 ± 2,1	6,5 ± 2,1	5,5 ± 2,5	4,2 ± 1,8	<b>0,001</b>
G - Integralidade – Serviços Disponíveis	4,0 ± 0,8	6,1 ± 2,0	6,1 ± 2,1	5,2 ± 2,3	4,6 ± 2,1	<b>0,001</b>
H - Integralidade – Serviços Prestados	4,0 ± 0,5	6,3 ± 2,0	6,3 ± 2,0	5,4 ± 2,3	4,4 ± 1,9	<b>0,001</b>
I - Orientação Familiar	3,0 ± 0,7	7,3 ± 3,1	7,7 ± 3,2	6,5 ± 3,1	4,6 ± 3,3	<b>0,001</b>
J - Orientação Comunitária	2,2 ± 0,9	3,8 ± 2,4	3,9 ± 2,4	3,6 ± 2,3	5,3 ± 2,0	0,314
Escore Essencial	4,8 ± 1,1	6,6 ± 1,7	6,9 ± 1,8	5,9 ± 2,1	5,1 ± 1,6	<b>0,001</b>
Escore Geral	4,4 ± 0,9	6,5 ± 1,7	6,8 ± 1,7	5,8 ± 2,1	5,1 ± 1,6	<b>0,001</b>

Fonte: Elaboração própria.

Teste de Kruskal-Wallis.

### Relação entre a zona de atuação de atendimento e os Atributos da APS

A relação entre o atributo da APS e a zona de atuação das UBS, não apresentaram associação estatística os atributo - “Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade” ( $p=0,942$ ), “Orientação Comunitária” ( $p=0,153$ ), “Longitudinalidade” ( $p=0,121$ ) e o Grau de Afiliação ( $p=0,351$ ). Destaca-se que a zona rural exibiu os mais baixos escores quanto aos atributos: “Coordenação - Sistema de Informação”, com 6,2 ( $\pm 3,3$ ) ( $p<0,001$ ), “Integralidade”, com 5,4 ( $\pm 1,9$ ) ( $p<0,001$ ), tanto nos elementos “Serviços Disponíveis” ( $p<0,001$ ) e “Prestados” ( $p<0,001$ ).

Observa-se que o atributo “Orientação Familiar” é mais bem avaliado na zona urbana, com média de 7,6 ( $\pm 3,0$ ), diferentemente na zona rural em que este atributo foi avaliado negativamente, com escore médio de 5,6 ( $\pm 3,4$ ) e  $p=0,001$ , juntamente com o atributo “Orientação Comunitária”, que obteve escore de 3,8 ( $\pm 2,4$ ) na zona urbana e 3,9 ( $\pm 2,0$ ) na zona rural, abrangendo, assim, as 14 UBS localizadas nas duas zonas ( $p=0,153$ ).

O Escore Essencial (EE) nas 11 UBS da zona urbana obteve a média de 6,7 ( $\pm 1,7$ ), enquanto as três unidades da zona rural alcançaram o escore médio de 6,1 ( $\pm 1,9$ ) e ( $p=0,001$ ). Já o Escore Geral, na zona urbana, alcançou escore positivo de  $\geq 6,6$  ( $\pm 1,7$ ), enquanto na zona rural obteve escore negativo de 5,9 ( $\pm 1,8$ ) e ( $p=0,001$ ), conforme evidenciado na Tabela 18.

**Tabela 18 - Relação entre a Zona Urbana e Rural de atendimento e os atributos da APS, na óptica dos usuários adultos das UBS de Juazeiro do Norte - CE, 2017.**

Atributo	Zona urbana	Zona rural	Valor p
	Média ± desvio-padrão		
A - Grau de Afiliação com Serviço de Saúde	7,3 ± 2,6	7,6 ± 2,4	0,351
<b>Acesso de Primeiro Contato</b>	5,5 ± 1,6	5,0 ± 2,1	<b>0,046</b>
B - Acesso de Primeiro Contato – Utilização	7,7 ± 2,4	6,7 ± 3,1	<b>0,001</b>
C - Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade	3,2 ± 1,3	3,3 ± 1,5	0,942
D – Longitudinalidade	7,1 ± 2,0	6,8 ± 2,1	0,121
<b>Coordenação</b>	7,8 ± 2,5	6,9 ± 2,4	<b>0,001</b>
E - Coordenação – Integração de Cuidados	8,2 ± 2,1	7,6 ± 2,1	<b>0,003</b>
F - Coordenação – Sistema de Informações	7,7 ± 3,2	6,2 ± 3,3	<b>0,001</b>
<b>Integralidade</b>	6,4 ± 2,0	5,4 ± 1,9	<b>0,001</b>
G - Integralidade – Serviços Disponíveis	6,5 ± 2,1	5,7 ± 2,1	<b>0,001</b>
H - Integralidade – Serviços Prestados	6,2 ± 2,1	5,2 ± 1,9	<b>0,001</b>
I - Orientação Familiar	7,6 ± 3,0	5,6 ± 3,4	<b>0,001</b>
J - Orientação Comunitária	3,8 ± 2,4	3,9 ± 2,0	0,153
Escore Essencial	6,7 ± 1,7	6,1 ± 1,9	<b>0,001</b>
Escore Geral	6,6 ± 1,7	5,9 ± 1,8	<b>0,001</b>

Fonte: Elaboração própria.

Teste de Mann-Whitney.

## 6 DISCUSSÃO

A discussão reproduz a interpretação dos resultados encontrados no estudo que foram divididos em duas etapas. Na primeira, são oferecidos os dados referentes à distribuição de frequência do Grau de Afiliação e os dos Atributos da APS, dos valores mínimos, máximos, médias, visando a avaliar a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados pelos usuários adultos do Município estudado. A segunda etapa exprime as associações entre os atributos da APS e as variáveis sociodemográficas descritos nos resultados.

A avaliação da presença e extensão dos atributos da APS é considerada uma atividade imprescindível para a garantia de uma assistência de qualidade dos serviços prestados à população pela APS, ao subsidiar a atuação dos gestores, profissionais, elaboradores de políticas públicas e pesquisadores (ARAÚJO et al., 2014; ARAÚJO et al., 2015). Pela dinâmica das multidimensões do processo saúde-doença, não é uma tarefa simples.

Uma avaliação positiva demonstra uma APS forte, voltada para a promoção, prevenção e recuperação da saúde executada de maneira resolutiva, universal e distribuída com justiça (MESQUITA FILHO; LUZ; ARAÚJO, 2014).

A saúde brasileira vivencia uma transição demográfica apressada, agregada de uma mudança epidemiológica peculiar, em que ocorre a persistência de doenças infecto-parasitárias, a desnutrição, mortes maternas, óbitos infantis, doenças evitáveis por ações da APS e doenças crônicas, dentre outras, que requerem uma abordagem sistêmica para o tratamento (SILVA JÚNIOR; RAMALHO, 2015).

Nesse sentido, o SUS precisa dar respostas contínuas e resolutivas no combate a um sistema fragmentado e focado nas manifestações agudas dentro de um modelo de saúde individualista e “medicalizado”, que não oferece as respostas às necessidades de saúde da população.

O SUS é instigado a buscar atividades que qualifiquem a APS para que esta tenha elementos técnicos e científicos a fim de coordenar uma assistência integral e humanizada, dando respostas que vão ao encontro das necessidades dos usuários (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). O SUS, no entanto, transporta desde seu nascedouro princípios e diretrizes que poderiam ser considerados o redesenho de uma grande política de humanização da assistência à saúde no País, avalizando acesso universal, gratuito e integral, e, assim, transformando a saúde em direito fundamental. Apesar disso, o acesso continua difícil, a prática do acolhimento, vínculo e distanciando a qualidade dos serviços prestados das propostas

humanizadoras do SUS, conforme se observou nos resultados das avaliações negativas dos atributos da APS deste estudo.

A avaliação da APS, empregando-se um instrumento-padrão e validado no Brasil, colabora na produção do conhecimento desse nível de atenção, valorizando a prática sistemática da cultura da avaliação que favoreça um processo de trabalho contínuo de pensar e agir, buscando propor mudanças importantes (CASTANHEIRA et al., 2014).

Para Medina et al (2010), o pesquisador, para compreender o fenômeno estudado, deve estar lastreado em referenciais teóricos, construtos que promovam uma leitura racional dos achados. Também precisa conhecer os usuários da APS, sendo necessário avaliar o seu processo de atenção e os seus resultados, visando a identificar o impacto da assistência prestada e oferecida à população adulta de Juazeiro do Norte.

Entende-se que no momento da avaliação ocorre a influência dos valores e crenças do avaliador, além, do momento histórico e dos espaços físicos e sociais em que esta ocorre. Por isso, a aplicação de um instrumento fundado em premissas científica e socialmente aceito, contribui para a redução da interferência da subjetividade daquele.

### **6.1 Avaliação do Grau de Afiliação e Atributos da Atenção Primária à Saúde**

A pluralidade de aspectos envolvidos no processo saúde-doença, sua interação e dinâmica, são alguns dos fatores que tornam difícil o processo avaliativo da saúde (MESQUITA FILHO; LUZ; ARAÚJO, 2014; GÓMEZ et al., 2012; BERTERRETICHE; SOLLAZZO, 2012; BERRA et al., 2013; RODRÍGUEZ-VILLAMIZAR et al., 2013).

Em relação ao Grau de Afiliação, percebe-se que a pontuação superior do médico sobre o enfermeiro demonstra a predominância do modelo médico com a supremacia de ações curativas. Este achado abre espaço para reflexões, em especial, para a profissão de Enfermagem, pois, mesmo os entrevistados indicando na pergunta A1 a dominância do médico, constata-se que os usuários assinalaram que é o enfermeiro que melhor o conhece como pessoa, porém o médico prescreve medicamentos contra as doenças. Considerando-se o papel político, técnico e social do(a) enfermeiro(a), presença notória no fortalecimento do SUS e da assistência integral nos diversos programas de saúde implementados pela APS, infere-se: sobre os motivos da pouca visibilidade e reconhecimento da população de suas contribuições. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; RIBEIRO; ROCHA; RAMOSJORGE, 2010).

Igualmente, com a realização deste trabalho, acredita-se que a reflexão das respostas dos usuários possa ser um aprendizado oportuno para os enfermeiros, em especial, e demais profissionais das ESF. Os resultados exibidos, também, poderão subsidiar um pensamento sobre a edificação da atuação do profissional na APS. Com esteio nessas respostas da população, também é admissível desenvolver discussões que podem motivar para avanços no processo de trabalho dos profissionais da ESF na comunidade.

Na perspectiva de Silva (2012), a Enfermagem como ciência inclui a reflexão e o pensamento crítico, utilizando dos subsídios da pesquisa, e abraça postulados de teorias apropriadas para a solução eficaz de problemas de saúde. Diante desse contexto, deve-se encetar, mesmo não sendo este o objeto direto deste estudo, a realização de uma breve reflexão crítica acerca de alguns dos conflitos que afetam o cotidiano do processo de trabalho da profissão de enfermeiro na sociedade pós-moderna, que caracteriza-se pela valorização de tecnologia, da técnica e dos resultados. Estes aspectos acarretam sobrecarga de trabalho, pelo acúmulo de atividades assistenciais e atividades de cunho administrativo.

Na APS, particularmente, o enfermeiro deve ter conhecimento técnico e científico em todas as áreas, políticas e programas, gerenciamento do seu processo de trabalho, planejamento, supervisão dos ACS, dentre outras (FERREIRA; PERICO; DIAS, 2018). Essa pluralidade de atividades vem dominando o tempo e a saúde do enfermeiro, originando assim conflitos na tomada de decisões, levantando questionamentos sobre seu verdadeiro espaço profissional. O fato desta polivalência de atuação vem despertando sentimentos os mais variados, como frustração, *stress* e tensões no campo de trabalho para atender as exigências do modelo de clínica ampliada. Diante destes desafios, questiona-se: o que fazer para ser mais visível à comunidade, se o profissional continuar longe das suas ações de prevenção e promoção, tratamento e reabilitação da saúde? Eis o desafio para os órgãos de classe, os cursos de graduação de enfermagem e trabalhadores de enfermagem.

Os entrevistados admitiram que procuraram outros serviços diferentes das UBS pesquisadas, sugerindo alguma barreira de acesso-acessibilidade, fragmentação do modelo, deficiente coordenação das ações de saúde e, conseqüentemente, o débil atendimento integral a eles. Nesse sentido, o sistema municipal de saúde necessita melhorar sua coordenação em ambos os subitens - “Integração de Cuidados e Sistema de Informações”, assim como as dificuldades de acesso ao atendimento pelas UBS.

No momento em que os usuários indicaram como fonte regular de atendimento outros serviços, ficam evidenciadas fragilidades do vínculo junto à comunidade, além da deficiência na integração dos cuidados, o que acarreta o comprometimento da atenção

integral. Tal resultado é reforçado na avaliação do atributo “Longitudinalidade”, em que os participantes afirmaram que mudariam de serviço se fosse fácil. Este achado leva a se inferir que a demanda por outros serviços esteja relacionada às barreiras de o acesso aos serviços, organizacionais, culturais, solução satisfatórias das necessidades/problemas dos usuários da APS e carência de continuidade dos cuidados pelas ainda deficientes medidas de referência e contrarreferência.

#### 6.1.1 Atributo “Acesso de Primeiro Contato”

Inicialmente, é importante ressaltar que o cuidado prestado por uma APS forte é de melhor qualidade, concorrendo para as populações mais saudáveis e satisfeitas, redução das históricas iniquidades e dos custos do SUS voltados para o tratamento de doenças sensíveis aos cuidados pela APS, pelas dificuldades de acesso (HOMA et al., 2015).

A garantia de acesso de “Primeiro Contato” está atrelada à ideia do uso da APS como porta de entrada da rede de atenção, vínculo, acolhimento dos usuários e corresponsabilização pela atenção às necessidades de saúde da população, em sintonia com contexto social em que vive o usuário (PAULA et al., 2016; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; TESSER; NORMAN, 2014). Sendo o Acesso ao Cuidado o primeiro e fundamental atributo da APS, todos os demais atributos (Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação etc) não são concretizados com a qualidade merecida pelos usuários.

Este atributo é composto por dois itens “Acessibilidade” e “Utilização” dos serviços pelos usuários, quando apresentam um problema novo ou quando ocorrem complicações clínicas de um problema já em curso.

O conceito acessibilidade é mais abrangente do que o de acesso, pois abarca além da entrada e a disponibilidade do serviço, e o investimento de recursos em determinado momento e espaço, incluindo a adequação entre as necessidades da população e a capacidade dos serviços (ARAKAWA et al., 2011). Nesse sentido, podem surgir obstáculos estruturais, culturais e organizacionais (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2010).

Ante a abrangência do conceito de Acesso e a lacuna de conhecimento sobre a temática, esta pesquisa adotou o conceito de acesso dentro da concepção de Barbara Starfield (2002), pela qual o acesso de primeiro contato significa a escolha dos serviços pelo usuário em relação a problemas novos ou antigos. Esse conceito tem como base o pressuposto da APS, em ter resolubilidade de 80% das demandas e, se necessário, ser responsável pela

referência do usuário para outro nível de assistência ou de serviços de apoio do nível primário, como o Núcleo Ampliado à Saúde da Família (NASF).

Um sistema de saúde que tem sua porta de entrada pela APS contribui para a redução do número de consultas pelo mesmo problema, diminuição dos encaminhamentos para consultas especializadas, redução de internações hospitalares, menor procura de serviços de urgência/emergência, menor número de pedidos de exames, concorrendo para a diminuição dos custos do Ministério da Saúde e cuidados mais adequados ao quadro clínico dos usuários (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2012a).

“Atributos de saúde” é assunto de estudos na literatura internacional (BERRA et al., 2013; GÓMEZ et al., 2012; BERTERRETICHE; SOLLAZZO, 2012; RODRÍGUEZ-RIVEROS et al., 2012; LUDEKE et al., 2012). No Brasil, o fato desse atributo estar inserido desde a Constituição Federal, regulamentado na Lei nº 8.080/90, que cria o Sistema Único de Saúde, e outras leis infraconstitucionais, ainda continua, no século XXI, dissociado da realidade vivenciada pela maioria da população que não tem acesso universal e igualitário aos bens e serviços de saúde, em especial (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990b).

O baixo escore do atributo acesso de primeiro contato evidencia a realidade do município estudado, pois, as UBS trabalham em horário comercial nos dias úteis da semana. Essa mesma barreira foi narrada nos estudos de Nodari, Olea e Dorion (2013) e Ferreira et al, (2016).

Esse valor negativo atribuído ao atributo acessibilidade, pela indisponibilidade de equipe de profissionais em horários após as 17 horas e fins de semana, existência de estrutura física e organizacional deficientes, contribui para redução do vínculo entre o usuário e o profissional, afora afetar a integralidade da atenção (FERREIRA et al., 2016).

Sabe-se que a acessibilidade é um atributo fundamentado na dimensão estrutura do modelo de qualidade de Donabedian (1988), não é um problema somente do Município estudado, mas uma realidade de muitos países. Para Fournier, Heale e Rietze (2012), a atenção primária em saúde forte é aquela que possibilita o acesso aos cuidados, tendo como elementos a acessibilidade e o tempo de espera para o usuário ser atendido.

Adotando os pressupostos de Donabedian, o PCATool-Brasil abrange a dimensão de estrutura e processo, sendo que cada um dos atributos da APS são avaliados em ambos os elementos. As dimensões de estrutura compreendem a acessibilidade, amplitude de serviços ofertados, definição e determinação da população pertencente ao território da ESF, assistência continuada em busca da atenção integrada à saúde. Já o componente processo consiste nos

padrões de utilização dos serviços e a consideração das dificuldades de saúde (STARFIELD; SHI, 2009; BRASIL, 2010).

O acesso aos cuidados à saúde é problema de vários países e por isso vem sendo estudado em busca de encontrar soluções para a organização e nos processos de trabalhos. Nesse sentido, em revisão integrativa de Rocha, Bocchi e Godoy (2016) com 16 artigos sobre o acesso aos cuidados primários de saúde, no período de 2009 a 2014, foi constatado que a maior produção científica ocorreu no período de 2010 a 2011, sendo a maior produção foi científica aos EUA (6) e Austrália (3).

Diante os resultados das pesquisas os Estados Unidos criou inúmeras políticas voltadas para a redução das barreiras de acesso à APS (BERRY-MILLETT; BANDARA; BODENHEIMER, 2009). Entre elas assinalam-se: capacidade de os médicos atenderem as demandas, distância geográfica, horário de cuidado ampliado, agendamento, consultas virtuais e equipe de saúde, porém, mesmo assim, os problemas de acesso persistem (BALASUBRAMANIAN et al., 2014).

Também em busca da redução das desigualdades quanto ao acesso aos cuidados na Atenção Primária, o Sistema de Saúde do Reino Unido, em 2002, instituiu o prazo de 24 horas para ser atendido por um profissional de saúde e 48 horas para o usuário ser acolhido por um clínico geral. Com essa proposta, muitos serviços receberam um estímulo financeiro e concordaram com o modelo avançado, como meio de equilibrar a capacidade diária da unidade e a demanda (ROCHA; BOCCHI; GODOY, 2016).

Na Austrália, seguindo as experiências do Reino Unido e dos EUA, foram programadas várias estratégias de promoção de uma cultura da qualidade e redução dos riscos decorrentes de estilo de vida, porém, apenas 36% dos usuários australianos conseguem acesso às consultas no momento em que precisam (KNIGHT; LEMBKE, 2011). Comprovando portanto, que o problema de acesso aos cuidados dos usuários na APS é universal.

Segundo ensinamentos de Berry-Millett, Bandara e Bodenheimer (2009), as causas para o acesso deficiente aos cuidados primários pelos usuários nos serviços de saúde encontram-se na escassez de médicos da APS. Esta é uma realidade vivenciada no Brasil, que, em razão das dificuldades em mobilizar o interesse dos profissionais médicos brasileiros pela atuação em áreas mais vulneráveis e com maior necessidades, assim como os municípios manterem o profissional médico diante da alta concorrência entre as cidades, levaram o Ministério da Saúde à criação, pela Lei nº 12.871/2013, do Programa Mais Médicos (GUSSO, 2017; PINTO et al., 2017, BRASIL, 2013b).

No Brasil, apesar do aumento da cobertura assistencial por meio da ESF e pela Política Nacional de Humanização, visando à melhoria da qualidade, com ações para redução de filas, do tempo de espera para o usuário ser atendido e continuidade da assistência para os demais pontos de atenção, dentre outros, a desigualdade no acesso se mantém (BRASIL, 2010c).

Existe anuência de que a expansão da cobertura das ESF concorreu para a ampliação de acesso (SILVA; CHAVES; CASOTTI, 2013), entretanto há ainda aceitação sobre ela permanecer problemática (AZEVEDO; COSTA, 2010), mesmo onde a estratégia já esteja implantada (BARBOSA, 2013; SILVA; BAITELLO; FRACOLLI, 2015).

As pesquisas qualitativas acusam atendimentos demorados, até por mais de uma semana (PAULA et al., 2016), inclusive, denotando problemas constantes de acolhimento, principalmente na relação horizontalizada dos provedores do cuidado com os usuários, família e comunidade (ARRUDA; BOSI, 2017).

Na mesma acepção dos estudos qualitativos, são os resultados das avaliações quantitativas. Grande parte destas pesquisas foi realizada utilizando o PCATool, já validado por vários países (Estados Unidos, Canadá, Espanha, Hong Kong, Uruguai, Argentina e Brasil) (D'AVILA et al., 2017). Os resultados indicam que o acesso é um dos atributos que recebeu os piores escores, independentemente de o modelo ser ESF ou serviços tradicionais (CESAR et al., 2014; FERREIRA et al., 2016, SILVA; FRACOLLI, 2014; SILVA; BAITELLO; FRACOLLI, 2015; PAULA et al., 2016).

Igualmente, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) regulada pela Portaria nº 2.488/2011 (BRASIL, 2011a) e novamente revisada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017), estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde regulamentada pela Portaria de nº 2.446/2014, que tem seu foco no conceito ampliado de saúde a envolver os determinantes e condicionantes sociais, culturais, econômicos, organizativos e de estrutura física e funcional, visando a ampliar o acesso, autonomia e corresponsabilidade da população, com vistas a superar o modelo atual (SILVA; BAPTISTA, 2015; BRASIL, 2014).

É de se destacar o fato de que somente na segunda versão da Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.488/2011) ficou evidenciado um discurso mais adequado à temática do acesso, apresentando dentre os cinco postulados gerais e diretrizes: ênfase na promoção em saúde, o foco no combate aos determinantes da saúde, acesso ao cuidado, participação social e política e longitudinalidade (BRASIL, 2011a). Igualmente, a Política

Nacional de Humanização, também, enfatiza o acesso aos cuidados para a garantia da integralidade e universalidade da atenção ao usuário (BRASIL, 2010c).

Ressalta-se que a promulgação da Emenda Complementar (EC) nº 95 veio concorrer para o aprofundamento das desigualdades socioeconômicas da população, no momento em que reduz progressivamente por 20 anos os recursos para o SUS, agravando ainda mais o já subfinanciamento da APS. Por isso, a edição da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, num momento histórico de ataque frontal aos direitos sociais abraçados pela Constituição Federal de 1988, vem causando preocupações e mobilizações de sanitaristas, associações de classe, pesquisadores e profissionais de saúde, em especial, em virtude da revogação da primazia do modelo assistencial da ESF, no âmbito do SUS, ao estabelecer financiamentos específicos para outros modelos de atenção em que não haja a necessidade de equipe multiprofissional, com presença de agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2017; BRASIL, 1988). Esta proposição contida no artigo 4º abre espaço para que os executivos municipais organizem a AP com base em princípios antagônicos aos estabelecidos desde 1978 pela Conferência de Alma Ata e reafirmados no SUS desde 1988.

Compreende-se que existe distância entre o direito de acesso constar nas leis e políticas públicas e o mesmo ser concretizado no campo da prática devido ser um tema de multidimensionalidade do processo saúde-doença, e envolver aspectos sociais, biológicos, culturais, econômicos, organizativos, técnicos e simbólicos no estabelecimento de caminhos para a consecução do acesso universal da atenção à saúde (ASSIS; JESUS, 2012; SOLLAZZO; BERTERRETICHE, 2011). Outrossim essa amplitude da imprecisão do termo acesso promove distintas abordagens de análise, demonstrando a pluralidade e a complexidade do tema.

Na tentativa de encontrar explicação para a multiplicidade de abordagens de análises dos vocábulos acesso e acessibilidade, Giovanella e Fleury, desde 1995, adotam como referencial teórico as dimensões - política, econômica, técnica e simbólica – indicando quatro modelos teóricos: a abordagem econômica – modelo economicista; tendo como parâmetros a relação da oferta e demanda de serviços; a abordagem técnica, referente ao planejamento e organização da rede de serviços; abordagem política, que envolve a participação e controle social pela população, além do dever de prestar assistência à saúde de qualidade. Por fim, a abordagem simbólica, referente às representações sociais sobre a atenção e sistema de saúde.

Quanto ao atributo “Utilização”, dimensão de processo ter obtido avaliação positiva, representa um indicador de que o usuário teve a iniciativa de procurar o mesmo

serviço para realizar sua consulta. O resultado positivo deste atributo evidencia que as ESF estão seguindo os preceitos de Atenção Primária, como porta de entrada. Estudos nacionais e internacionais assinalam resultados semelhantes ao deste estudo (SALA et al., 2011; PEREIRA et al., 2011; SILVA; FRACOLLI, 2014; RODRÍGUEZ-RIVEROS et al., 2012; GÓMEZ et al., 2012; BERTERRETICHE; SOLLAZZO, 2012; TSAI et al., 2010;; FURTADO et al., 2013, SILVA et al., 2013; GONTIJO et al., 2017).

Outra confirmação para o resultado positivo do atributo Utilização, quando se realiza a leitura integrada da análise dos resultados da Tabela 3, comparados com os da Tabela 12 observa-se que os usuários utilizam as UBS como porta de entrada da Atenção Primária em saúde, antes de procurar por outros serviços. Starfield (2002) assinala uma característica importante para a utilização de um serviço: que este favoreça aos usuários a visão de acessibilidade. Nesse sentido, estudo efetivado na cidade de Ribeirão Preto, objetivando a avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de crianças hospitalizadas por pneumonia, as acompanhantes atribuíram valor elevado ao atributo Acesso de Primeiro Contato - Utilização igualmente a esta pesquisa (PINA et al., 2015).

O resultado desta pesquisa na valoração negativa do atributo acessibilidade pode indicar que apesar do participante ter avaliado negativamente a dimensão estrutura e positivamente o elemento processo contemplado pelo atributo “Acesso de Primeiro Contato – Utilização” pode ser explicada quando o processo de trabalho do profissional foi eficiente, satisfazendo melhor as necessidades do assistido. Ao contrário pode acontecer uma estrutura excelente, porém com um processo de atendimento profissional inadequado, trazendo insatisfação ao usuário que recebeu o cuidado. Podendo ser a explicação possível para os resultados desta pesquisa.

O acesso perpassa a existência de serviços disponíveis, tendo em vista que vários fatores relacionados ao uso e à oferta influenciam positiva ou negativamente sua utilização, como: centralização de serviços em algum nível de complexidade tecnológica, particularidades econômicas, políticas, sociais e culturais da população, a dinâmica e o processo de trabalho das equipes de saúde, avaliação da satisfação dos usuários na escolha de unidades para atendimento de suas necessidades, entre outros. Nesse sentido, a necessidade da expansão da cobertura pela atenção primária à saúde é uma das prioridades das políticas do SUS, tendo em vista que é nesse nível assistencial em que podem ser resolvidos 80% dos principais problemas de saúde, gerenciar os demais níveis de atenção e realizar ações (STARFIELD, 2002; CAMPOS; GUERRERO, 2010).

Fatores como disponibilidade das informações e serviço gratuito refletem na avaliação positiva do atributo Acesso de Primeiro Contato pelos usuários destes serviços (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; ANIKEEVA; KATTERL; BYWOOD, 2012; CAMPOS et al., 2014).

Achados negativos, porém, na percepção deste mesmo atributo, podem decorrer da linguagem e da comunicação difícil entre usuário e o profissional, dificuldades no processo de referenciar para outros serviços, aspectos sociodemográficos dos usuários, mudanças frequentes de residência, dificuldades para afastar-se das atividades laborais e de condições de saúde do usuário (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010; LUDEKE et al., 2012; KONTOPANTELIS; ROLAND; REEVES, 2010; SAMICO; FIGUEIRÓ; FRIAS, 2010; PAULA et al., 2016; GONTIJO et al., 2017). Igualmente, Gómez et al (2012), assinalam que a avaliação negativa do atributo Acesso de Primeiro Contato decorre da falta de atendimento por meio de telefone após as 18 horas e nos finais de semana e o tempo de espera para serem atendidos o que condiz com os achados deste estudo.

Em razão dos achados do atributo “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade”, que recebeu a pior avaliação, ficando bastante paradoxal perante o resultado positivo do “Acesso de Primeiro Contato – Utilização”, levando em consideração que, primeiro, o usuário deve reconhecer se a unidade é acessível para depois utilizá-la. Este resultado informa, assim, que as disponibilidades dessas UBS não estão em sintonia com a necessidade da população (FERRER, 2013; STARFIELD, 2002). Outras possíveis causas para a ocorrência destes achados pode ser a existência de barreiras no atendimento da demanda espontânea e a dificuldade de agendamento de consultas, fato que merece estudo mais específico sobre este aspecto, ora suscitado.

Igualmente, a baixa avaliação do atributo “Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade” encontrada nesta pesquisa, que fundamenta a disponibilidade de um serviço de saúde, no acolhimento e a humanização, foi achada em outros estudos (SALA et al., 2011; SILVA; FRACOLLI, 2014; LIMA et al., 2015).

Por outro lado, pesquisa realizada em Ribeirão Preto - SP, demonstrou que 100% dos usuários avaliaram como “muito ruim” o acesso (PEREIRA et al., 2011), assim como estudo realizado em Monte Claros, com cuidadoras que atribuíram escores baixos (SILVA et al., 2013).

Embora acesso e acessibilidade sejam percebidos como sinônimos possuem significados diferentes ainda que complementares (MENDES, 2010). Para Donabedian (1988), acessibilidade é complemento à disponibilidade do recurso em uma dada

circunstância, tendo dois tipos: a organizacional e a geográfica. A primeira refere-se aos aspectos da estrutura, como, o funcionamento dos serviços, que envolve o tempo de espera para a consulta, a hora em que a unidade está aberta aos usuários, dentre outras. A segunda é a geográfica, ou seja, a distância entre o usuário e a UBS, incluindo o tempo de deslocamento e o custo. Corroborando, Berterretche e Sollazzo (2012) afirmam que o baixo escore para o item Acessibilidade tem relação com os problemas organizacionais e funcionais.

O atributo “Acessibilidade” versa não apenas sobre o acesso ao serviço, mas também inclui aspectos como acolhimento e humanização da atenção prestada. Igualmente, este atributo é concebido como a adequação entre a oferta e a demanda ao serviço, abrangendo disponibilidade, bem-estar ou demora em conseguir uma consulta, além de horários inadequados, tempo de espera, tipo de agendamento (STARFIELD, 2002).

Os resultados negativos sobre o atributo “Acesso Primeiro Contato – Acessibilidade”, não são característicos somente do Município pesquisado, mas também estão em outros estudos (STARFIELD, 2002; SALA et al., 2011; PEREIRA et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2013; REIS et al., 2013; VIANA, 2012; FURTADO et al., 2013; SILVA et al., 2013; RODRÍGUEZ-VILLAMIZAR et al., 2013; KONTOPANTELIS; ROLAND: REEVES, 2010; SILVA et al., 2014; GONTIJO et al., 2017).

Entende-se que estes achados constituem um referenciador de que há problemas a serem enfrentados pela gestão do Município. Entre estes se definem: fechamento das UBS às 17 horas e a dificuldade de recebimento de aconselhamento e agendamento. Para serem atendidos os usuários das UBS, eles precisam faltar ao trabalho.

Contrastando com os resultados acima, detectou-se em várias investigações que, em serviços funcionando em horários mais estendidos, os achados foram diferentes, pois os usuários afirmam positivamente que não precisam alterar sua rotina (REIS et al., 2013; SALA et al., 2011).

Diante dos problemas enfrentados pela gestão do município estudado, entende-se que, entre as sugestões para ameniza-los, é necessário intensificar os cuidados centrados no usuário e na família, havendo disseminação de informações e colaboração com o usuário e seus parentes. Entretanto, ao adotar este modelo centrado, o gestor e profissional de saúde necessita realizar uma avaliação sistemática da dinâmica de cada família, com conhecimento e registros da sua história (FIGUEIREDO, 2015).

A incorporação, na prática da APS, do modelo centrado, também requer a transformação do processo de trabalho dos profissionais da equipe multiprofissional de saúde, fortalecendo suas crenças facilitadoras sobre as famílias parceiras e suas habilidades de

diálogo democrático, horizontalizado, acolhedor e vinculado, que deve perpassar o atendimento no ambiente físico das UBS, mas também incluir as competências afetivas, sociais e emocionais. Nesse sentido, o cuidado centrado é uma tentativa para superar o modelo biologista, centrado na doença, no conhecimento científico e no poder autoritário dos profissionais de saúde, promovendo a troca de conhecimentos e experiências populares e, conseqüentemente, ampliando a autonomia e cidadania das pessoas e famílias.

Em estudo tibetano sobre desenvolvimento e validação da ferramenta PCAT-T com 1386 usuários, Wang et al (2014), assinalam que, no aspecto referente ao atributo “Acessibilidade”, em geral, os usuários não têm escolha senão procurar o serviço mais próximo de sua residência. Contrariando, Azevedo e Costa (2010), informam que a existência de um serviço, mesmo que importante, não garante a sua utilização pelo usuário. Portanto, a mudança organizacional ocorrida com a implementação da ESF tem como resultado a organização do SUS, que deposita na atenção primária um espaço privilegiado de acesso, avocando o papel de realizar nova estruturação do modelo de atenção e das práticas.

Estudo de Fontana, Lacerda e Machado (2016) assinalou a existência de horários inflexíveis, os quais prejudicam os usuários que trabalham ou estudam. Também outros obstáculos são os profissionais administrativos com baixa habilidade na prática de um bom acolhimento e a necessidade de acesso presencial para resolver qualquer problema, quando o uso do telefone na sociedade contemporânea é grande (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010; AZEVEDO; COSTA, 2010; POLI NETO et al., 2015).

O agendamento de consultas e orientações por telefone representa um indicador quase inexistente no serviço público brasileiro, não sendo diferente no município de Juazeiro do Norte, apesar de que, nas últimas décadas, surgiram novas tecnologias de informação e comunicação, como o emprego de e-mail e mídias sociais, blogs e aplicativos, além da comunicação por telefone, que facilita as orientações sobre agendamento, prescrição, alimentação, acesso aos usuários e a maior relação destes com os serviços de saúde (PINTO; ROCHA, 2016).

Esses avanços mobilizam mais rapidamente o fluxo de dados e informações para a tomada de decisão de gestores e profissionais, assim como colaboram na produção e disseminação do conhecimento em redes sociais, assim como o aumento das formas de diálogo/comunicação que favorecem o acesso dos usuários aos serviços de saúde (NORMAN; TESSER, 2015; ATHERTON, 2013). Enfim, concordamos com as palavras de Ramalho (2010), ao afirmar que as mídias sociais podem promover a escuta das opiniões e experiências de milhares de usuários e ampliando a sua autonomia e cidadania, como agencia os princípios

do SUS. Experiências que acordam e associam o uso de instrumentos digitais, tanto em nível nacional (FERREIRA, 2012) como internacional (SIQUEIRA; CARVALHO, 2003), vêm sendo edificadas por meio de “Observatórios de Saúde Pública”, as quais são sucessivamente aprimoradas e regularmente atualizadas. A melhor definição de Observatório de Saúde Pública é de autoria de Ferreira (2012): auxilia nas análises, serve para informar, apoiando e subsidiando na tomada de decisão e na intervenção, tanto dentro do sistema de saúde como oferecendo elementos para a advocacia da saúde, para a elaboração de políticas de saúde e para outros setores da sociedade.

É relatado em estudo o fato de que certas qualidades (geográficas e organizacionais) percebidas pelos usuários podem conduzi-los para uma avaliação positiva do atributo “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade”. Entre elas se destacam: existência da ESF, visita domiciliar, acolhimento, horário de funcionamento, atendimento adequado da demanda agendada e espontânea (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010; SALA et al., 2011; LUDEKE et al., 2012; KONTOPANTELIS; ROLAND; REEVES, 2010). Já em outros trabalhos, são apontados elementos que refletem sobre uma avaliação negativa deste atributo, como: dificuldade de transportes, localização geográfica dos serviços, tempo de espera para atendimento, estrutura inadequada, dificuldades para agendar consultas, dentre outras (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; VARGAS et al., 2011; CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010; ANIKEEVA; KATTERL; BYWOOD, 2012; GOODRIDGE et al., 2011; CARREIRA; RODRIGUES, 2010; LIMA; ASSIS, 2010).

A literatura demonstra que o atributo “Acessibilidade” é beneficiado pela presença da ESF perto da residência do usuário. Assim, a expansão da cobertura assistencial pelas ESF permitiu o maior acesso de usuários com menor condição social, promovendo a descentralização das ações de saúde para as populações até então excluídas.

Também os participantes deste estudo asseveraram que precisam falar com várias pessoas para agendar suas consultas ou aguardar por mais de 30 minutos, representando achados importantes na avaliação dos obstáculos organizacionais das UBS.

Dentre as 12 perguntas que compõem o atributo “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade” observa-se que os usuários responderam que são atendidos quando a UBS está aberta (C3), sendo fácil marcar consulta de revisão (C8) e que precisam faltar ao trabalho e à escola para irem à UBS.

Ocorreram respostas conflitantes na pergunta (C9), quando os entrevistados indicaram que esperam mais de 30 minutos para serem atendidos, enquanto responderam que

não esperam o mesmo tempo. Estes resultados semelhantes são repetidos na questão (C10), quando afirmam que não esperam mais de 30 minutos. Infere-se que as respostas dos usuários tenham sido influenciadas pela preocupação em não macular o conceito da UBS onde são assistidos, tendo contribuído o fato do baixo nível de escolaridade, assim como deficiências quanto à unidade de saúde não ficar aberta no sábado e domingo e o horário de funcionamento em dias úteis ser até 17 horas, bem como inexistência de sistema telefônico para receberem orientações quando adoecem.

Sobressai-se o fato de que os piores resultados estão concentrados nos Distritos Sanitários I e IV pertencentes à zona rural. Estes achados podem advir de demanda espontânea acima da capacidade física e funcional de atendimento das UBS, prejudicando o processo de integração com a comunidade, tolhendo a escuta e o vínculo com o usuário (GOMES; MERHY, 2011).

As relações devem ultrapassar a abordagem individual e ser extensivas à família e à comunidade, pois o usuário deve ser percebido dentro de seu contexto de vida e os profissionais devem procurar dentro da sua área adstrita maior conhecimento sobre as principais necessidades da comunidade assistidas pelos serviços. O vínculo está baseado em relações de confiança, o que leva tempo. É preciso que o profissional favoreça a escuta das angústias, preocupações e opiniões dos usuários e, juntos, possam encontrar a melhor solução (STARFIELD, 2002). Portanto, percebe-se que a elaboração dessa estratégia relacional possa melhorar o conhecimento dos profissionais de saúde das UBS estudadas sobre o cotidiano vivenciado pelos usuários, família e comunidade e, assim, possam contribuir com a gestão no melhor planejamento de saúde para o Município de Juazeiro do Norte.

O problema de acesso aos serviços de saúde foi tratado na 15ª Conferência Nacional de Saúde, em 2017, que discutiu a definição de algumas estratégias para ampliação desse direito, estampadas na Resolução nº 541, de fevereiro de 2017. Entre as estratégias, as contidas no art. 2º § 1º desta Resolução referentes a “[...] garantia de acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, de modo a considerar os determinantes sociais ...” (BRASIL, 2017, p.2).

O atributo “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade”, com escore negativo sendo uma dimensão estrutural da APS, implica negativamente sobre os princípios do SUS: universalidade e integralidade. Por isso, é importante que os profissionais, comunidade e gestores do Município discutam o problema, visando à melhoria da organização do processo de trabalho voltado para a atenção ao usuário adulto.

Enfim, concorda-se com o que prescreve o estudo de Sopelete e Biscarde (2013), que, ante a complexidade que intermeia o acesso aos serviços de saúde, expressam ser urgente a necessidade de o Município desenvolver avaliações do acesso na perspectiva dos usuários, que diariamente peregrinam pelo sistema de saúde. É de se reconhecer, portanto, a potencialidade da participação do usuário na organização da rede de atenção à saúde como estratégia para substituir a lógica habitual persistente, verticalizada, das práticas de planejamento, execução e avaliação do sistema de saúde.

### 6.1.2 Atributo “Longitudinalidade”

O atributo “Longitudinalidade”, foi avaliado com alto escore pelos usuários do Município. A literatura indica avaliações positivas em outros estudos (VAZ et al., 2015; LIMA et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2013; REIS et al., 2013; VIANA, 2012; OLIVEIRA, 2012; BRAZ, 2012; PRATES et al., 2017).

A produção da saúde agencia a existência de relações intersubjetivas dos usuários e profissionais de saúde, promovendo a aproximação com a realidade do usuário, reconhecendo a sua forma de adoecer e morrer. Destaca-se, ainda, o fato de que a existência adequada do atributo “Longitudinalidade” representa um fator importante para o sistema de saúde, uma vez que concorre para a produção dos diagnósticos e tratamentos mais resolutivos, redução de referências desnecessárias para especialistas e a realização de procedimentos mais complexos e custos elevados para o MS.

A longitudinalidade requer uma fonte contínua de atenção no decurso do tempo, independentemente da existência de problemas de saúde (STARFIELD, 2002). Na literatura internacional, o termo continuidade é considerado como semelhante a longitudinalidade, pois, mesmo que aconteça interrupção na continuidade da atenção, a relação pessoal entre usuário e profissional tem seguimento (CUNHA; GIOVANELLA, 2011; BARATIERI; MARCON, 2011; HARMUCH; BARATIERI, 2017).

Para Cunha e Giovanella (2011), o atributo “Longitudinalidade” é composto por três elementos: a existência, o reconhecimento regular de cuidados de atenção primária e a criação do vínculo durante o tratamento entre os pacientes e profissionais de saúde das unidades de serviço e qualidade dos registros, à disposição para acesso, pelo usuário, objetivando fornecer conhecimento sobre o usuário.

A relação interpessoal duradoura entre o usuário e profissional, mediante o vínculo, favorece a adesão ao tratamento, pois este passa a confiar nas orientações dos

profissionais e do prosseguimento do tratamento e, assim, o profissional promoverá uma assistência mais holística (BRUNELLO et al., 2010; CUNHA et al., 2013).

Neste trabalho, os entrevistados afixaram positivamente que a consulta sempre ocorre com o mesmo profissional, que entende o que ele pergunta e responde as perguntas de modo compreensível, escutando suas preocupações, ficando a vontade quando relata suas preocupações. Observa-se, nestes resultados, que, mesmo se sabendo da hegemonia do modelo biomédico, constata-se que o profissional de saúde do Município se volta para a prática de um modelo de saúde centrado na escuta do usuário e nas relações humanas constituídas na produção de vínculo, tentando abandonar, assim, o modelo focado na doença e procedimentos curativos. Quanto à escuta das famílias, estudo de Lima (2014) evidenciou que os enfermeiros receberam dos usuários avaliação positiva de 77,2%, em comparação aos médicos, com 66,8% de indicação.

Ficou evidenciado o fato de que os participantes reconhecem a UBS como o local para receberem assistência, percebendo esses serviços como referência usual, para o atendimento de suas necessidades de saúde. Logo, o acompanhamento do usuário pela mesma equipe de saúde ao longo do tempo importa a prática de uma relação de responsabilidade, vínculo e confiança pelos profissionais de saúde (FRANK et al., 2015; STARFIELD, 2002).

O vínculo entre o usuário e o profissional é recomendado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ao estabelecer que o vínculo entre as equipes de APS e a população pertencente a cada território é um dos postulados essencial deste nível de assistência (BRASIL, 2012a; 2017).

Mesmo havendo barreiras ao atributo “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade”, nesta pesquisa, constata-se que os profissionais conseguiram estabelecer vínculos durante os encontros com os usuários. A manutenção desse vínculo e a longitudinalidade do cuidado são imperativas para que os usuários sejam acompanhados pela mesma equipe e seja alcançada a integralidade da assistência.

Esta investigação, ao indicar escore positivo para o atributo “Longitudinalidade”, contrariou estudos de Lester et al (2012) e Baratieri, Mandu, Marcon (2012), quando acentuam que o atributo é influenciado pela “Acessibilidade”, porquanto os usuários valorizam as facilidades de acesso aos serviços de saúde, o que não aconteceu nesta pesquisa, tendo em vista que o atributo “Acessibilidade” recebeu a pior avaliação. Realça-se o fato de que a proximidade da unidade de saúde à casa do usuário demonstra a importância da localização geográfica (KRISTJANSSON et al., 2013; LESTER et al., 2012). Por esse motivo, é relevante que o gestor no momento do planejamento de saúde do município,

reconheça as condições em que vivem os usuários, como a proximidade geográfica das UBS à residência dos mesmos. Também implementar horários flexíveis que atendam após as 17 horas e fique aberta algumas noites até as 20 horas, inclusive aos sábados e domingos, implantar e/ou implementar uso de novas tecnologias de informações, como aconselhamento por telefone, computadores, dentre outras.

Sete itens deste atributo alcançaram avaliação elevada comprovando que a organização do processo de trabalho das UBS avaliadas favorece o vínculo dos profissionais com os usuários, fato este que pode ser resultado da permanência do profissional durante um tempo mais longo, que favorece o melhor conhecimento do usuário que o assiste.

A avaliação negativa da inexistência de telefone para receber informação do profissional, exprime impedimento de comunicação do atributo “Longitudinalidade”; deficiência assinalada também no atributo de “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade”. Resultado semelhante em outro estudo (VIANA, 2012).

Cinco respostas às questões pelos usuários foram mais positivas, insinuando o reconhecimento, por parte do profissional de saúde/serviço, dos aspectos de vida dos usuários, superando a visão objetiva e “biologicista” do modelo biomédico, percebendo sua dinâmica desde a individualidade, família, trabalho e condições financeiras para comprar medicamentos. No mesmo sentido, foram os resultados de outros estudos (VIANA, 2012; SALA et al., 2011; PEREIRA et al., 2011).

Ocorreu avaliações conflituosas quando os usuários afirmaram que não trocariam de UBS se fosse fácil esse processo, enquanto outros disseram que mudariam de UBS. Este achado expressa que existe algum nível de descontentamento por parte dos entrevistados. Estudo de Vaz et al (2015) assemelha-se aos resultados desta pesquisa, em que as acompanhantes de crianças afirmaram que mudariam de serviço e profissional se houvesse possibilidade. Dentro de uma análise isolada, este fato pode sugerir que há insatisfação de algumas famílias em relação ao serviço (OLIVEIRA et al., 2012).

A dimensão de processo que está incluso o atributo “Longitudinalidade”, por ser um atributo importante para a melhoria da atenção ao usuário na APS, sua existência não é uma conquista fácil (CUNHA; GIOVANELLA, 2011). Para esses autores, mesmo que exista o vínculo longitudinal entre o profissional e o usuário, a concretização desse atributo depende da prioridade da gestão, responsável pela manutenção de profissionais na mesma equipe e da ampliação da cobertura com a criação de mais serviços de saúde. Em nosso sistema de saúde é costume mudanças de profissionais a cada troca do executivo municipal, comprometendo

assim, o vínculo, a continuidade e a integralidade do cuidado ao usuário, família e comunidade.

O atributo “Longitudinalidade” expressa alguns benefícios, como: o acompanhamento do usuário, aceitação do tratamento prescrito, reconhecimento das necessidades dos usuários, diminuição de custos, redução das hospitalizações, redução dos custos, aumento do nível de satisfação e confiança dos usuários e melhora as ações de prevenção de agravos e promoção da saúde (PAULA et al, 2015; STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

Entende-se que o acolhimento praticado por todos os agentes que fazem APS representa, segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), criada pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, uma ferramenta necessária para a introdução de mudanças no processo de trabalho em saúde, por possuir potencial para o aumento das práticas qualitativas do cuidado na atenção primária à saúde (BRASIL, 2010a). Essa estratégia busca a constituição de relações de confiança e vínculo entre profissionais, usuários, família e comunidade com sua “rede socioafetiva” (BRASIL, 2013a, p.8). Também é referendado o uso de estratégias relacionais de acolhimento, nos estudos dos autores Oliveira e Pereira (2013) e Leão, Caldeira e Oliveira (2011); Mitre, Andrade e Cotta (2012).

Para Finkler et al (2014), a prática, pelos vários agentes que compõem a equipe multiprofissional da equipe SF, em parceria com os usuários, família e comunidade, pode concorrer para a geração de cuidado mais humanizado da APS.

Por fim, destaca-se o fato de que a avaliação positiva do atributo “Longitudinalidade” pode estar atribuída à oferta de serviços de diagnóstico e tratamento, bem como à redução de referências desnecessárias (LEÃO; OLIVEIRA, 2011; MESQUITA FILHO; LUZ; ARAÚJO, 2014). Outrossim, este atributo pode trazer resultados eficazes para o fortalecimento das redes de atenção (RAS). A (RAS), criada pela Portaria nº 4279/2010 (BRASIL, 2010), é indicada como estratégia do SUS, importante para a concretização de seus princípios: universalidade, integralidade e equidade (MENDES, 2011; OPAS/OMS, 2011). Por isso, entende-se que é necessário o investimento na qualificação permanente dos trabalhadores de saúde, a fim de que ocorra a consolidação dos atributos da APS. Essa qualificação concorre para a transformação das práticas de saúde voltadas para à pessoa, à família e à comunidade. Nesse sentido, urge um processo de trabalho em parceria entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação, visando melhorar a aproximação entre a formação na graduação das universidades e os serviços prestados.

### 6.1.3 Atributo “Coordenação”

O atributo “Coordenação”, sugere a habilidade de garantir a continuidade da assistência, seja por meio do mesmo profissional de saúde, seja pelos registros nos prontuários ou por ambos, proporcionando informações de acompanhamento dos problemas novos e antigos e referenciando e acompanhando as contrarreferências dos outros níveis de atenção (STARFIELD, 2002).

A articulação harmônica promovida por este atributo entre os diversos níveis de atenção, serviços e ações de saúde, objetiva ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que atendam às suas necessidades, de modo contínuo e integrado, humanizado e aperfeiçoado, mediante a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2009). Conforme a Portaria GM nº 4.279/2010, que criou as RAS no SUS, este têm entre seus objetivos promover relações horizontalizadas, mediante a responsabilidade de coordenar a trajetória dos usuários pelos diversos níveis de atenção caso suas necessidades não puderem ser atendidas por ações da APS, por meio das estratégias da referência e contrarreferência para serviços especializados (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2010a; ALMEIDA et al., 2010).

A coordenação tem como essência o conhecimento de informações sobre os problemas das populações para melhor execução de ações que atendam às necessidades atuais. Na possibilidade de avaliação negativa do atributo da coordenação, isto afetaria a efetividade da longitudinalidade e da integralidade, bem como o primeiro contato apresentaria significado basicamente administrativo (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2011c). Vários são os benefícios de uma assistência baseada na coordenação: melhor diagnóstico dos problemas do usuário; com tratamentos mais eficazes, e com redução de riscos; diminuição de procedimentos/intervenções complexos e desnecessários e redução de custos com hospitalizações.

Para que ocorra a continuidade da informação, imprescindíveis são os adequados registros dos atendimentos e mecanismos de referência e contrarreferência que garantam a comunicação entre os diversos níveis de atenção/serviços, visando a uma atenção integral, focalizada nas necessidades do usuário (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; BRASIL, 2011c). Para Cunha e Giovanella (2011), estudos dirigidos para a melhoria informacional ainda são pouco disseminados.

O surgimento, na contemporaneidade, de novas tecnologias de informação, e o emprego destas na organização do sistema de saúde opera de modo atrelado para dar continuidade a informação, promovendo a agilidade das anotações, processamento e acesso às

informações, concorrendo, conseqüentemente, para a melhor orientação terapêutica e avaliação mais satisfatória (FERREIRA et al., 2017; SOUZA et al., 2015; ALMEIDA et al., 2010; CUNHA; GIOVANELLA, 2011). Deste modo, constata-se que o processo de modernização e utilização de novas técnicas e registros beneficia a melhoria do cuidado, objetivando tornar o sistema de saúde menos fragmentado e garantindo maior integralidade e acesso universal ao direito à saúde de qualidade.

Os resultados desta pesquisa apresentaram elevado escore, expressando intensa orientação aos princípios da APS. Essa avaliação positiva do atributo “Coordenação”, foi originada tanto pelo escore acima do ponto de corte do componente estrutura – “Sistema de Informações”, e igualmente da dimensão do processo – integração de cuidados, que alcançou a média elevada. Em estudo de Prates et al (2017), este atributo obteve avaliação abaixo do ponto de corte.

Quando questionados quanto ao atributo “Coordenação – Integração de Cuidados” as UBS receberam avaliações positivas dos entrevistados que afiançaram que os profissionais recomendaram que fossem procuradas consultas com especialistas, orientando-os sobre o serviço onde poderiam ser assistidos, registrando algumas informações sobre o motivo da consulta, inclusive que o profissional conhece dos resultados do atendimento pelo especialista, indagando sobre a consulta no serviço especializado. A demanda dos usuários para especialistas no período em que estavam em acompanhamento na UBS significa que há atrelamento da UBS ao segundo nível de atenção, indicando baixa resolubilidade da atenção da APS, com desnecessárias referências. Corroborando com estes resultados, estudos de Ferreira et al (2017) levantaram que 5,9% (11) dos usuários procuraram o atendimento de especialistas, mesmo estando em acompanhamento pelo serviço de atenção primária.

Buscando-se resultados em outras pesquisas avaliativas, elenca-se a avaliação de Sala et al (2011), realizada em São Paulo, em que obtiveram achados positivos para esses dois componentes do atributo “Coordenação”. No mesmo sentido, ocorreu em outros trabalhos realizados em cidades de grande porte (PEREIRA et al., 2011; VIANA, 2012).

O estudo de Pereira et al (2011), utilizando o PCATool, indicou resultados insatisfatórios, principalmente para as questões em que o médico não discutiu com o usuário sobre a consulta especializada, com 42,2%, a falta de interesse dos profissionais pela qualidade dos serviços especializados, com 45,8%, e o profissional pouco se interessa pelos resultados da consulta com especialistas, com 46,7%.

Nas três perguntas do atributo “Coordenação – Sistema de Informação”, os usuários afirmaram que ele leva para a consulta registros, receitas, carteira de vacinação e

exames passados que devem ter favorecido a avaliação positiva. Informaram, também, que ao serem consultados os prontuários estão disponíveis e eles podem ter acesso às anotações constantes no prontuário. Tal resultado se assemelha aos do estudo de Ferreira et al (2017), em que 99,5% (185) dos acompanhantes informaram que o prontuário da criança sempre está disponível na consulta e 51,6% dos usuários têm a liberdade para consultar as anotações do mesmo, caso queiram. Essa cultura ainda é incipiente e ou inexistente na prática da maioria dos profissionais de saúde, porque ainda existe a ideia de que o prontuário pertence ao médico.

O acesso às anotações constantes nos prontuários das famílias ajuda na concretização dos registros de todos os seus membros, revelando-se uma importante ferramenta para a integração da equipe, na conquista de uma atenção integral à saúde da pessoa (SOUZA et al., 2015). Na mesma direção são os resultados da pesquisa de Carneiro et al (2014) que evidenciara avaliação positiva por parte dos usuários quanto às anotações e à existência do prontuário no momento das consultas.

Para o CONASS, a disponibilidade e o uso da informação restam imperiosos para a efetividade do atributo Coordenação (BRASIL, 2011f). Esse atributo necessita ser reconhecido no Brasil, pelos gestores e profissionais, em especial, por traduzir um atributo organizacional, possibilitando a continuidade e a integralidade dos cuidados aos usuários e assim concorra para o fortalecimento da APS.

Estudo de Almeida et al (2010) enfatiza que a referência e a contrarreferência são facilitadoras do processo de integração dos serviços entre os diversos níveis de atenção à saúde. Observaram, ainda, que essas estratégias entre a atenção primária e o nível secundário e terciário estão formalmente declaradas, porém, não são praticadas rotineiramente. Na realidade, existem barreiras a serem enfrentadas quanto à comunicação entre os níveis de atenção (CARNEIRO et al., 2014). Problema que pode ser reduzido com a maior implementação da RAS no Município.

Ferrer (2013) considera que este atributo não tem como ser avaliado pelos usuários, citando como exemplo a qualidade das anotações e a existência de novas tecnologias informacionais que favoreçam o fluxo dos dados sobre os usuários entre os serviços e profissionais. Com essa percepção, a autora sugere que o julgamento desse atributo, sob a óptica dos usuários, não deve ser tão valorizado. No mesmo sentido, Araújo et al (2014) salientam que os resultados devem ser analisados com limitações, pois indicam somente a visão dos usuários, sendo necessário incluir a óptica de profissionais que exercem ações na APS. Do mesmo modo, elencam-se as restrições desta investigação, quanto aos aspectos

sociodemográficos, da baixa escolaridade, usuários jovens de baixa renda, o que pode estar concorrendo para uma análise menos crítica por parte dos usuários.

O prontuário representa um documento relevante para o desenvolvimento do atributo de “Coordenação”, para que os gestores e profissionais possam garantir a comunicação entre a equipe de saúde, objetivando alcançar a atenção integral ao usuário, além de ser fonte de pesquisa (SANTOS; FERREIRA, 2012). Assim, a atuação da Atenção Primária como organizadora do processo de trabalho multiprofissional, com enfoque integral, garante o acesso universal e igualitário a qualquer nível de atenção, por meio de uma coordenação da rede de atenção, uso de mecanismos, como registros, sistema de regulação e marcação de consultas, na busca de atender as necessidades de cada usuário (LAVRAS, 2011; ALMEIDA et al., 2010).

Por fim, entende-se, conforme Starfield, Shi e Xu (2001), que o gestor da AP deve ser capaz de articular todos os serviços, em todos os níveis de atenção, por meio da Coordenação. Nesse desafio, destaca-se o fato de que o enfermeiro, como coordenador dos serviços de saúde da APS, assume a responsabilidade nas transformações do perfil de saúde de seu território, contribuindo para novos conhecimentos e práticas da APS (BANDEIRA, 2016).

Enfim, este resultado positivo do atributo “Coordenação” solicita novas pesquisas do Município sobre se as causas das referências realizadas pela Atenção Primária, buscando se foram indispensáveis e resolutivas e conhecer eventuais demandas espontâneas dos usuários para outros serviços. Dentro dessa lógica, espera-se que outros estudos sejam desenvolvidos.

#### 6.1.4 Atributo “Integralidade”

A integralidade como um dos sustentáculos do Sistema Único de Saúde consagrada pela Constituição Federal de 1988 possui quatro dimensões: preferência das ações de promoção e prevenção em saúde, atuação nos três níveis assistência, articulação das ações e enfoque integral da pessoa e da família (BRASIL, 1988).

A integralidade privilegia a promoção da saúde, que tem como objetivo o enfrentamento dos determinantes sociais e condicionantes que afetam as pessoas, família e comunidade. Esta compreensão diligencia modos mais abrangentes de interferir na saúde, pedindo ações intersetoriais, haja vista que o processo saúde-doença abrange diversificados aspectos e setores da sociedade (SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017). Também requer do

Estado a criação e implementação de políticas sociais e econômicas que extrapolem a abordagem de risco e operem na redução das desigualdades sociais e melhoria da qualidade de vida.

Ademais, é importante destacar o fato de que o Brasil teve uma atitude ética e humanitária, quando em 2006 implantou, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), pela Portaria nº 532, de 14 de março de 2006, que teve como escopo abordar e mobilizar os serviços de saúde, instituições de pesquisa e sociedade civil da importância do estudo dos determinantes sociais da saúde para o processo de elaboração de políticas e programas de saúde, visando à melhoria da qualidade de saúde e à diminuição das desigualdades sociais históricas, que solicitam o incremento de ações de promoção da saúde pelas ESF (BRASIL, 2006d; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006).

Apesar disso, a inclusão dos pressupostos da promoção da saúde no âmbito da APS, que objetiva promover a igualdade, a melhoria das condições de vida, por meio do aumento do potencial da saúde das pessoas e das comunidades, mirando a redução das vulnerabilidades e riscos à saúde, gerados pelos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais ainda não é prática costumeira na APS do Município estudado. Confirmando, consoante a observação Santos et al (2014), as mudanças na APS voltadas para a concretização dos postulados da promoção da saúde ainda são embrionárias.

A atenção integral ao usuário em todas as suas fases de vida depende de uma rede articulada de saúde, de tal modo que seja promovido o acesso deste aos três níveis de assistência, agenciando um novo processo de trabalho multiprofissional, envolvendo várias instituições e em equipe, onde estejam entrelaçados os diversos saberes - técnicos, científicos e populares.

Igualmente, a integralidade se volta para a abordagem integral da pessoa, família e comunidade, lastreada em princípios doutrinários que esculpem o Sistema Único em Saúde, ao enfatizar uma conjugação de ações dirigidas à concretização da saúde como um direito social e humano. Assim, a integralidade se destina à materialização da cidadania do cuidado, tendo como suporte uma atuação democrática, de relações horizontalizadas e de compromisso ético-político de todos os agentes do SUS (PINHEIRO; MATTOS, 2005).

Com suporte nesta realidade ideológica e organizativa, o Ministério da Saúde demanda a efetivação do atributo integralidade, ao instituir a Portaria nº 4.279/2010, que trata da estruturação da RAS, visando a ultrapassar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de Saúde, fortalecendo, assim, o SUS. A RAS tem vinculação direta com a integralidade, no momento em que tem como objeto a integração de ações e serviços, com

vistas a prestar uma assistência contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, acessível e equitativa aos usuários, nos três níveis de saúde, tendo como ponto de partida a APS (BRASIL, 2010a).

O atributo “Integralidade” foi dividido por Starfield (2002) em dois elementos - “Serviços Disponíveis e Serviços Prestados”. Serviços disponíveis representam a relação de ações disponibilizadas pela UBS, visando a atender a diversidade de necessidades de saúde da população adstrita e sob sua responsabilidade.

Este atributo também expressa uma polissemia conceitual e de termos. Neste estudo, adotou-se a definição de Starfield (2002), ao ensinar que este atributo traduz a capacidade do serviço de APS de disponibilizar distintos serviços que vão ao encontro das reais necessidades da população, em todos os níveis de atenção. Nesse sentido, a APS integral deve estar embasada no conceito amplo de saúde, de modo a atender aos determinantes sociais de saúde, oferecendo ações de promoção/prevenção /cura e reabilitação, mediante distintos serviços, de estratégias de escuta e apoio ao diagnóstico e terapias (PENSO et al., 2017), realizando, assim, a integração horizontal entre as várias ações citadas.

Entende-se que a avaliação da Integralidade inclui a percepção do processo social de criação e concretização do SUS. A integralidade é um dos princípios ordenadores do SUS e a sua relevância está no Pacto pela Saúde e em outros documentos do Ministério da Saúde. Não existe consonância sobre a disponibilidade de serviços, porquanto as necessidades são maiores e diferentes, entretanto, não são permitidas dúvidas acerca do quanto este é essencial para a APS como porta de entrada do SUS. Com efeito, a PNAB de 2017, ao abranger os âmbitos individual e coletivo, com ações de promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, manutenção e recuperação da saúde, por meio do emprego de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, tem como sustentáculos principiológicos: a universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade, responsabilidade compartilhada, equidade, humanização, participação social e integralidade. Não é, portanto, fácil a harmonia de seu conceito (BRASIL, 2017).

Dentre as 22 questões, observa-se que 11 expressaram os melhores escores, elencando-se: a realização de imunização, avaliação da saúde bucal, tratamento dentário, planejamento familiar, aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV, exame de prevenção de câncer de colo uterino (Teste Papanicolau), aconselhamento sobre como parar de fumar e cuidados pré-natais, dentre outros. Procedimentos cirúrgicos e ortopédicos mais simples, como sutura, colocação de talas e remoção de unha encravada, no entanto, não são desenvolvidos pelas ESF, que receberam escores mais baixos. É necessário inferir-se a

existência de estrutura física, material, protocolos e capacitação do capital humano dessas unidades básicas para atender os procedimentos cirúrgicos e ortopédicos mais corriqueiros. Entende-se que a realização destes procedimentos evitaria a referência e/ou a demanda espontânea dos usuários para serviços de pronto atendimento e emergência.

A avaliação negativa do atributo “Integralidade” é sugestiva de que ações de promoção e prevenção de saúde, voltadas para uma atenção integral ao adulto, não estão sendo realizadas efetivamente pelas equipes de SF das zonas urbana e rural do Município de Juazeiro do Norte.

A avaliação, bastante dividida do quesito sobre aconselhamento e tratamento para uso prejudicial de substâncias psicoativas, é um identificador de que os entrevistados desconhecem o desenvolvimento ou não estão sendo realizadas pelas equipes de saúde orientações para este problema de saúde pública, muito grave na atualidade. Há resultados semelhantes em vários estudos (SALA et al., 2011; PEREIRA et al., 2011; VIANA, 2012; OLIVEIRA; VERISSIMO, 2015), que resultaram em escores inferiores para o atributo integralidade.

O crescimento de casos os mais variados de violência tem sido estampado nos boletins estatísticos do Estado do Ceará. Essa realidade tem reflexo sobre os profissionais de saúde da ESF, que diariamente entram em contato com uma variedade de crimes, como: abuso sexual, violência doméstica, abuso de álcool e drogas ilícitas, negligência de cuidado às crianças e idosos e outros problemas de relevância para a saúde pública (FEITOSA et al., 2015; CEARÁ, 2017). Percebe-se a necessidade urgente de preparar a equipe multiprofissional para saber lidar com esses conflitos, prestar melhores cuidados e diminuir as tensões deste profissional diante de casos de violência contra o usuário vitimado. Assim, compreende-se que o Executivo municipal e a gestão precisam dentro de uma estratégia intersectorial com outras instituições, buscando mecanismos de segurança aos usuários e profissionais das UBS inseridas em bairros com maior vulnerabilidade aos riscos e danos, oriundo dessa mazela social da contemporaneidade.

Outrossim, entende-se, que no momento em que os usuários desconhecem a realização de tais ações pela UBS pesquisadas, que há implicações para a concretização da integralidade, baseada em um conceito amplo de saúde e da intersectorialidade, acatando, assim, a relevância epidemiológica dessas questões, que, por sua vez, se refletem sobre a família e a sociedade, no que tange ao elevado índice de violência doméstica e urbana e rural, anunciado diariamente nos meios de comunicação e na literatura, gerando, conseqüentemente,

incapacidades sobre a força de trabalho, nos custos hospitalares e previdenciários, dentre outras.

Em um estudo sobre avaliação do atributo “Integralidade - Serviços Disponíveis”, foi encontrada valores abaixo do ideal para a APS. Estes indicam a necessidade de a gestão oferecer maior elenco de serviços, inclusive maior investimento na educação permanente de profissionais de saúde quanto à execução de cuidados voltados para problemas causadores de grandes efeitos na saúde da pessoa, família e comunidade, como as drogas “lícitas” e ilícitas, e saúde mental, dentre outros (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011).

O fato de as respostas dos usuários ao item G2 ter alcançado “Com certeza, sim”, e “Provavelmente, sim”, manifesta que os profissionais expressam preocupações com os aspectos referentes à assistência social, ao buscarem conhecimento sobre o recebimento, pela família, de algum programa de redistribuição de renda, a exemplo da “Bolsa Família”, visando à possibilidade de superar as desigualdades socioeconômicas e históricas a que está submetida grande parcela da sociedade brasileira (SHEI et al., 2014; RASELLA et al, 2013; REGO; PINZANI, 2013).

A heterogeneidade de necessidades expressa pelos usuários entrevistados, dentre os quais os psíquicos e violências diversas, devem instigar os profissionais de saúde na busca de mais conhecimentos sobre o cuidado dessas angústias. A estrutura do SUS, ainda hoje, com a implementação do NASF e das diversas estratégias de humanização do atendimento, ainda carece de respostas concretas (em razão da prática tradicional, abrangendo apenas a visão biológica) à ocorrência dessas aflições e da violência, necessitando, por isso, se aprofundar mais sobre os estudos sobre determinantes sociais que influenciam o processo saúde-doença , em especial, no Município de Juazeiro do Norte.

Destaca-se o fato de que a produção de cuidados na APS requer o entendimento de que a saúde do usuário adulto é alvo de influências biológicas, sociais, familiares, culturais, econômicas, políticas e do ecossistema (SOUSA; ERDMANN; MOCHEL, 2011; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O item Serviços Prestados, é formado por 13 perguntas, em que 12 são referentes à dimensão do processo de trabalho da equipe e apenas uma se dirige à dimensão estrutural. Este atributo recebeu subitem do atributo integralidade e foi avaliado com o escore negativo. Ocorreram, também, escores positivos nas questões, voltadas para ações de promoção e prevenção da saúde, entre as quais: testagem sanguínea do nível de colesterol, orientações sobre exercícios físicos, medicamentos prescritos e exposição a substâncias perigosas.

Os serviços prestados voltados para a dimensão do processo abraçam ações de promoção e prevenção da saúde do adulto, significando os menores índices sobre questões vitais para a qualidade de vida em sintonia com as estratégias da Política Nacional de Promoção em Saúde, como: conselhos sobre alimentação saudável; segurança no lar; sobre uso de cinto de segurança para crianças, formas de lidar com os conflitos familiares, exercícios físicos necessários, prevenção de queimaduras e quedas (BRASIL, 2010d).

Outro achado que se deve realçar neste estudo é a resposta negativa de não terem conhecimento e/ou terem recebido orientações sobre os cuidados no uso de armas, mesmo sendo de conhecimento público as crescentes taxas de sequelas e mortes por violência armada no Brasil, que colocam esse assunto como um grave problema de saúde pública. Resultados confirmados por vários autores (MINAYO, 2005; BRASIL, 2012a; SALA et al, 2011; PEREIRA et al, 2011; BRAZ, 2012; TRINDADE et al, 2015).

Entende-se que a violência traz em suas raízes os aspectos da estrutura social, econômica, política e cultural, que tem forte reflexo na saúde. Esse fenômeno tem sido aprofundado com as exclusões e desproteções sociais, impostas no atual momento histórico e político que vem passando o Brasil e os brasileiros, que assistem à usurpação de suas riquezas e direitos conquistados nas lutas dos movimentos sociais e reformistas durante décadas.

O cuidado em saúde nas áreas de maior vulnerabilidade dos usuários às diversas formas de violência, principalmente o convívio com o uso e o tráfico (ou venda legal) de drogas “lícitas” e “ilícitas”, que em muitos casos pode concorrer com a baixa escolaridade, baixa renda, desemprego e demais condições sociais precárias, torna o cuidado um desafio para a sua execução pela ESF (SANTOS; SILVA; BRANCO, 2017).

Mesmo diante desses desafios, percebe-se que a ESF, pelo maior vínculo com a comunidade, detém condições importantes no enfrentamento desses conflitos, por meio de diálogo com a comunidade durante as abordagens nas atividades de educação e saúde, momento que favorece a construção de vínculos efetivos e afetivos com a comunidade. Porém, para que seja possível, há a necessidade de se intensificar as ações intersetoriais com outras instituições envolvidas, além da presença de equipes multiprofissionais e multidisciplinares e a capacitação dos profissionais, a fim de que reúnam condições de conhecimento, materiais e metodológicas, para atender o usuário dessas áreas de forma mais humanizada, acolhedora e integral.

Portanto, reforça-se que há necessidade de maior investimento em ações educativas, envolvendo temas como: aconselhamento sobre uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças, exposições a substâncias perigosas, no lar, trabalho e

comunidade, e orientações sobre a guarda de armas de fogo, ainda embrionárias, testificando a manutenção do modelo assistencial baseado em práticas curativas e fragmentadas.

Adverte-se, também, para o fato de que nos pontos referentes à prevenção de osteoporose e problema da menstruação/menopausa, evidenciaram que aproximadamente 50% não receberam orientações sobre as temáticas citadas. Este fato alerta a gestão e os profissionais da equipe de saúde da família em proceder estudo para levantar as causas deste fato como forma para melhorar a cobertura da atenção à mulher nessa fase da vida.

Enfim, a integralidade da assistência é a base para a efetivação de uma qualidade das ações e serviços dirigidos para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (BARROS; GONDIM, 2014).

Portanto, para uma assistência de qualidade na Atenção Primária, torna-se forçoso realizar as diretrizes e princípios do SUS, buscando a realização de uma assistência integral ao usuário, e que seja ampliada a habilidade de apreciação crítica de situações.

#### 6.1.5 Atributo “Orientação Familiar”

Além dos quatro atributos essenciais retrocitados, Starfield (2002) estabelece que a APS seja qualificada por outros três aspectos: atenção focada na orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural dos profissionais de saúde e gestores. Para a autora, são tão importantes quanto os quatro atributos essenciais, constituindo-se em um complemento que fortalece os essenciais. No processo de validação do PCATool no Brasil, o atributo de competência cultural foi retirado (HARZHEIM et al., 2006), por isso não fez parte desta pesquisa.

O atributo “Orientação Familiar” tem como foco a família como primeiro espaço social de identificação e explicação dos significados de adoecer e morrer para as pessoas, sendo reconhecida como coadjuvante do cuidado, permitindo que os profissionais de saúde conheçam a sua dinâmica e assistam em suas necessidades.

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), os documentos do Ministério da Saúde incorporam em seus textos a abordagem da família na atenção à saúde, originando, em 1994, o Programa Saúde da Família, posteriormente transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF), responsável pela orientação do modelo assistencial, executado por meio de um processo de trabalho multiprofissional (BRASIL, 1990a).

Starfield (2002) assinala que a orientação familiar requer que o sistema de saúde considere a pessoa em seu ambiente familiar, buscando avaliar as necessidades, riscos à

saúde, sua dinâmica e determinantes de saúde-doença, dentro dela. A mesma autora enfatiza que a “orientação familiar” se materializa quando acontece uma atenção integral, considerando a pessoa dentro do seu contexto familiar, observando mais de perto as suas necessidades e exposições aos riscos de adoecer e morrer, assim como quando há uma coordenação dos recursos.

A execução deste atributo no campo da prática diligencia a necessidade de que aconteçam mudanças no processo de trabalho das equipes de saúde, uma vez que ainda há conflitos ante as práticas individuais e curativistas da assistência e da gerência na área da APS, exigindo, de tal modo, relações horizontalizadas e participativas entre os usuários, família e comunidade e os profissionais de saúde (PEDUZZI et al., 2011); novas práticas em que os usuários e suas famílias sejam protagonistas do processo de cuidar. A diferença entre o teor teórico dos postulados da APS e sua prática concorre para que a presença e extensão do atributo “Orientação Familiar” perca seu potencial e, deste modo, a atenção ao adulto seja pouco resolutive (ARAÚJO et al., 2014).

Estudos realizados no Paraguai, Argentina, Uruguai, Colômbia e África do Sul, bem como noutros países, apontam avaliações negativas no atributo “Orientação Familiar”, pela dominância do modelo biomédico de atenção (RODRÍGUEZ-RIVEROS et al., 2012; GÓMEZ et al., 2012; BERRA et al., 2013; BERTERRTCHE; SOLLAZZO, 2012; RODRÍGUEZ-VILLAMIZAR et al., 2013; MOSQUERA et al., 2013; SHIMIZU, 2013; BRESICK et al., 2016).

Analisando a frequência das três perguntas constantes nesse atributo, os usuários atribuíram avaliações positivas atinentes à escuta pelo profissional de saúde sobre as ideias dos usuários no momento do planejamento terapêutico e cuidado individual, ou para componente da família, e que o médico/profissional se reuniria com membros de sua família, caso fosse necessário.

Outros ensaios expressaram escores negativos para este atributo na óptica dos usuários (RODRÍGUEZ-VILLAMIZAR et al., 2013; VIANA, 2012; OLIVEIRA, 2012; ARAÚJO et al., 2014; DASCHEVI et al., 2015; SHIMIZU, 2013; PRATES et al., 2017).

Diferentemente dos achados negativos atribuídos a “Orientação Familiar” dos autores supracitados, que demonstraram fragilidade da APS, nesta investigação ocorreu a avaliação positiva, expressando que, mesmo diante de barreiras de acesso – “Acessibilidade”, integralidade negativa, contudo, com medição positiva do atributo “Longitudinalidade”, permite asseverar que a família é priorizada pelas eSF, em seu processo de trabalho.

Na orientação familiar, o profissional, no momento da tomada de decisão, deve empenhar-se pela troca de informações, de maneira objetiva e respeitosa ante as diferenças sociais, linguísticas e culturais, assim como na elaboração de planos de intervenções mais harmônicos com as necessidades dos usuários e sua família (PAULA et al., 2017).

Destaca-se o fato de que a percepção da família como parceira do provedor do cuidado no momento de indagar sobre a terapêutica realizada traduz-se num meio de corresponsabilizá-la pelo tratamento. Consoante, porém, Oliveira e Verissimo (2015), a opinião do usuário não é uma prática costumeira da eSF. Starfield (2002) assinala que, para uma orientação familiar, o profissional necessita conhecer os instrumentos de abordagem familiar, visando a reconhecer e melhor realizar o histórico do usuário e sua família. Um histórico com informações detalhadas no prontuário da família permite a continuidade do cuidado.

Desde que instituído o SUS, a visita domiciliar passou a ser percebida como eixo transversal e estratégia da equipe de saúde da APS, objetivando a concretização de quatro princípios da APS - Acessibilidade, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação, além, de adotar três princípios doutrinários do SUS: Universalidade de Acesso, Integralidade da Atenção e Equidade (SOSSAI; PINTO, 2010).

Entende-se que a saúde do usuário provoca impacto sobre a família por se constituir uma importante rede apoio. Neste sentido, o olhar somente para a pessoa doente é perder a totalidade da pessoa, deixando de fora a vivência familiar, como sujeito da história singular, com capacidade para o enfrentamento de doença de seu familiar. A doença provoca, tanto na família como na pessoa doente, respostas de adaptação, assim como altera as relações entre si e com a comunidade.

Por isso, uma das maneiras de o profissional aproximar-se e estabelecer vínculo com a família e conhecer sua dinâmica é por meio da visita domiciliar (VD), que faz parte das ações do processo de trabalho da ESF (PAULA et al., 2017). Ela permite conhecer e reconhecer as condições de vida dos usuários e as modalidades de relacionamento, além de aprofundar o vínculo com a família, aumentando, assim, a melhor adesão às orientações dos profissionais de saúde, admitindo um planejamento de ações de prevenção e promoção da saúde e contribuindo para a participação dos usuários e família e seu empoderamento no seu autocuidado.

Ficou evidenciado na pesquisa de Thumé et al (2010) que a visita domiciliar consentiu o maior acesso de idosos aos cuidados e, conseqüentemente, confirmando que esta ação facilita o atendimento à população com dificuldades de deslocamentos aos serviços de

saúde. É uma prática que agencia que os profissionais de saúde estabeleçam vínculos com a família e comunidade, com vistas a conquistar a confiança dos usuários e, assim, acatar com maior facilidade as orientações em saúde (PENSO et al., 2017).

Essa prática voltada para a orientação familiar com a sua participação no processo terapêutico tenta subverter a hegemonia do modelo centrado na doença e no médico. Silva, Baitelo e Fracoli (2015) expressam críticas ao instrumento PCATool, que faz uma avaliação reducionista, centrada na doença e nas ações curativas, não abrangendo as características essenciais que dão identidade à ESF, do que discordamos, tendo em vista que em todos os atributos constam questões de estrutura e processo que incluem preocupações com a estrutura dos serviços e muito mais voltadas ao processo de trabalho orientado para ações de prevenção e promoção de saúde, muitas pertinentes à realidade atual dos DS das UBS estudadas, além de ações curativas.

Nessa acepção, a constituição de vínculo entre o profissional e a família, desencadeando ações que promoverão a autonomia da família e permite o seguimento do cuidado ao usuário e a sua demanda pelo serviço (FEITOSA et al., 2016).

Igualmente, a visita domiciliar representa o momento ideal para a equipe realizar ações de vigilância da saúde ao usuário adulto, tendo em vista a ocasião de detectar situações de vulnerabilidade social e outros determinantes, sociais, culturais e econômicos, que podem afetar o usuário. Também incumbe aos profissionais de saúde desenvolver, durante a VD, ações de promoção e prevenção de agravos, com vistas a estimular a autonomia e o empoderamento das pessoas e da família, para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde.

Enfim, percebe-se que é importante a Equipe de Saúde da Família enfatizar ações junto à família no sentido de alcançar a formação de vínculo. Essa relação, horizontalizada, acolhedora e humanizada, permitirá aos profissionais maior acesso aos problemas, necessidades e preferências da família, promovendo o incremento de um apropriado planejamento de cuidados centrado nos adultos, sua família e comunidade.

#### 6.1.6 Atributo “Orientação Comunitária”

Sobre a Orientação Comunitária, as indagações se dirigem aos temas sobre as visitas domiciliares, o conhecimento dos problemas comuns da adjacência, as ideias da comunidade de como aprimorar os aparelhos de saúde e se eles são atraídos pelos profissionais de saúde para compartilhar das reuniões do Conselho Local de Saúde.

O atributo “Orientação Comunitária”, permite o reconhecimento, pelos profissionais de saúde e gestores, das necessidades em saúde da comunidade, por meio da análise dos dados epidemiológicos e contato direto com esta, relações com a comunidade, planejamento e avaliações conjuntas dos serviços (BRASIL, 2010c).

Quando da análise do atributo “Orientação Comunitária” na visão dos usuários, observou-se avaliação negativa em todas as 14 UBS dos sete Distritos de Saúde, sugerindo, assim, mais um indicador de fragilidade à integração dos serviços com a comunidade, no Município. Resultados parecidos foram localizados em outros estudos (FERRER, 2013; ALENCAR et al., 2014; ARAÚJO; MENDONÇA; SOUSA, 2015; OLIVEIRA, 2012; RODRÍGUEZ-RIVEROS et al., 2012; GÓMEZ et al., 2012; BERTERRTCHE; SOLLAZZO, 2012; BERRA et al., 2013; RODRÍGUEZ-VILLAMIZAR et al., 2013; ARAÚJO et al., 2014; MOSQUERA et al., 2013; BRESICK et al., 2016; DASCHEVI et al., 2015; PRATES et al., 2017).

O escore baixo, pode sinalizar que houve influência das avaliações negativas do atributo Integralidade, em ambos os componentes, e “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade”. Com base em Starfield (2002), pode-se afirmar que esta avaliação negativa é sugestiva de que pode estar acontecendo deficiência das UBS estudadas em desconsiderarem em seu planejamento o ambiente físico, social, econômico, cultural e familiar.

Os usuários ao terem atribuído avaliação abaixo do ponto de corte sobre a realização de pesquisas na comunidade para conhecer seus problemas de saúde, denota a possibilidade dos mesmos não terem conhecimento dessa ação. Por outro lado, infere-se se não existe essa pesquisa, como será o atendimento das suas necessidades e problemas pelo Plano Municipal de Saúde do Município?

Os entrevistados asseguraram negativamente que os profissionais não conhecem os problemas de saúde da comunidade, sugere a necessidade de maior investimento da gestão e dos profissionais em desenvolver este atributo. O desconhecimento dos usuários sobre a realização de pesquisa do nível de satisfação das necessidades das pessoas encontra-se similaridade com os achados dos estudos de Lima (2014). Nesse sentido, Daschevi et al (2015) questionam que o desconhecimento dos usuários quanto à realização de pesquisa, decorre da deficiência de elaboração da pesquisa ou por serem realizadas durante as visitas domiciliares, sem a devida explicação do objetivo do estudo. Ensaio desenvolvido realizado em São Luiz, tendo por objeto a avaliação do atributo “Orientação Comunitária”, por Alencar et al. (2014), revela um grande número de respostas “não sei” e avaliação negativa, comprovando o desconhecimento da comunidade sobre as ações desenvolvidas pelas equipes

de Saúde da Família, ou sua elementar participação nos fóruns democráticos, como o Conselho Municipal de Saúde.

Outro escore inferior ao ponto de corte ao admitirem que não foram convidados para participar do Conselho Local de Saúde, confirma a exclusão da comunidade de ser coadjuvante no processo da tomada de decisão sobre as suas necessidades. A definição expandida de promoção da saúde, desde as decisões da Carta de Ottawa (1978), vai além do período de doença, enfocando-a como um processo de empoderamento de pessoas e comunidades sobre os determinantes de saúde, permitindo avanços nas modalidades e condições de saúde e de vida (OMS, 1986).

A participação popular recepcionada pelo SUS, e estabelecida para ser implementada pela ESF, fundamenta-se na integralidade da atenção à saúde e participação da comunidade nas soluções de problemas de saúde (OMS, 1986; DASCHEVI et al., 2015). Esse empoderamento promove um contínuo acesso à informação, dos usuários e comunidade, às oportunidades de aprendizado para temáticas de saúde, assim como o maior envolvimento e a corresponsabilidade destes na luta por maiores investimentos financeiros para atenção primária à saúde, sem esquecer do compromisso profissional de saúde em efetivar este atributo como uma maneira de contribuir para a promoção de cidadania à população.

Nesse contexto, os resultados do estudo demonstram o imperativo de uma mudança do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, visando a promover a participação popular na formulação de propostas e intervenções, seja no aparelho de atenção primária ou nas deliberações do Conselho de Saúde (OLIVEIRA, 2012), e, assim, a atuação do Executivo se harmonize com os conhecimentos, interesses e necessidades da população.

Para Oliveira (2012), a participação da comunidade pode ser limitada no momento em que não recebe informações, conforme estabelecem leis infraconstitucionais, especificamente a Lei nº 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a).

Ante essa realidade, ressalta-se a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), regulamentada pela Portaria nº 687/2006, atualizada pela Portaria nº 2.446/2014, que adota o conceito ampliado de saúde, visando alcançar a: promoção da saúde, qualidade de vida, equidade, redução da vulnerabilidade e risco à saúde, tudo em sintonia com os diversos determinantes e condicionantes sociais, culturais e econômicos, buscando, assim, alargar a autonomia e a corresponsabilidade da população no cuidado integral à saúde e, conseqüentemente, conseguir a diminuição das desigualdades históricas injustas e evitáveis,

por meio da prática do diálogo entre os saberes técnicos, científicos e populares (BRASIL, 2006e; BRASIL, 2014; SILVA; BAPTISTA, 2015).

Por fim, ao avaliar a média dos atributos retromencionados, reforçam-se os baixos valores atribuídos pelos usuários para os atributos (Tabela 12) “Acesso de Primeiro Contato” e seu subitem “Acessibilidade”, “Integralidade” nos dois componentes, “Serviços Disponíveis” e “Serviços Prestados” e “Orientação Comunitária”, estando em sintonia com os resultados obtidos nos estudos de Leão, Caldeira e Oliveira (2011) e Braz (2012). Esses resultados demonstraram que a ESF, sendo responsável pela organização e fortalecimento da APS, deve realizar mudanças nos seus processos de trabalho por parte dos profissionais e gestores para a materialização da efetividade da APS (STARFIELD, 2002).

Uma das particularidades da APS é a condição de saúde de uma comunidade, produzida pelos aspectos ambientais, comportamentais, nível de conexão social na comunidade. A melhora da qualidade da APS deve focalizar o ambiente físico e social no qual convivem as pessoas e trabalham (FRACOLLI et al., 2015). Este atributo torna-se relevante quando se tenciona avaliar a ESF, pois, entre suas seis perguntas sobre o cuidado ao adulto, constam: se o profissional realiza VD, se há pesquisa sobre o processo saúde-doença da população e se conhece a situação de vida e saúde das famílias. Nesse panorama, é importante ressaltar-se que a participação social, preconizada na Lei nº 8.041/90, representa um instrumento importante para o empoderamento das pessoas sobre seus direitos à saúde de qualidade, do mesmo modo para o controle social pela comunidade (BRASIL, 1990d).

Estudo realizado em Maceió indicou que a visita domiciliar realizada pelos enfermeiros da ESF é reduzida, e enfatiza muito mais a atenção curativa (NASCIMENTO et al., 2013). Uma pesquisa realizada em Mato Grosso, no entanto, evidenciou que não é uma característica exclusiva do profissional enfermeiro(a), ao constatar que os médicos, também, não realizam visitas domiciliares, repetindo-se o foco no modelo “biologicista” dirigido à pessoa (GAÍVA; SIQUEIRA, 2011). Ao contrário, em trabalho de Aguiar, Hack e Rozin (2017), a pergunta sobre a realização de visita domiciliar obteve avaliação acima do ponto de corte (7,057).

Assim sendo, o atributo “Orientação Comunitária” (assim como orientação familiar), requer a participação da comunidade no processo de trabalho das ESF, por meio da ampliação de espaços de debates entre os profissionais de saúde e a comunidade, de maneira a permitir o melhor acesso às necessidades de saúde dos entes da comunidade e favorecer o vínculo longitudinal e o controle social.

## **6.2 Valores Mínimos, Máximos, Média, Desvio-Padrão e Grau de Orientação dos Atributos da APS**

Ressalta-se, que, ao contrário da elevada avaliação do grau de afiliação, os atributos “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade” e “Orientação Comunitária” auferiram as menores avaliações. Na explicação dos 12 itens que o compõem, os principais obstáculos demonstrados foram a marcação de consultas por demanda espontânea, a falta do uso de tecnologia de comunicação, como o telefone, o horário de funcionamento até às 17 horas, fechamento das UBS aos sábados e domingos e ter que faltar ao trabalho e escola para conseguir uma consulta, dentre outros.

O problema com a acessibilidade ao acolhimento pela APS é corriqueiro, como despontam outras investigações (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; BRAZ, 2012), o que significa um enfraquecimento desde o início do processo de acolhimento do usuário. Para que a ESF se concretize como porta de entrada do sistema de saúde, é imperioso que se expandam os horários de funcionamento das UBS e se empreguem tecnologias, como telefone e *e-mail*, e de mídias sociais, que promovem o maior fluxo de dados e informações para a melhor tomada de decisão por parte de gestores e profissionais de saúde, além da grande contribuição na produção do conhecimento e, assim, ampliando a relação entre o usuário e o profissional de saúde (NORMAN; TESSER, 2015; ATHERTON, 2013).

O resultado negativo do atributo “Orientação Comunitária” evidencia que a atenção à saúde desenvolvida pelas Equipes de Saúde da Família das UBS pesquisadas não estão enfocando nos termos do que orientam as Políticas de Atenção Básica e de Promoção da Saúde, plenamente na comunidade na qual estão implantadas. Achados análogos foram localizados em outros estudos (BRASIL, 2017; BRASIL, 2014; BRAZ, 2012; ALENCAR et al., 2014).

O relacionamento do usuário com o profissional de saúde abrange assuntos atinentes ao acesso do usuário às informações e ao processo de comunicação das informações sobre o usuário de uma dada UBS e a referência para o atendimento nos demais níveis de atenção do sistema de saúde (SALA et al., 2011). O relacionamento horizontalizado entre o profissional e a pessoa é abrangente e envolvido por aspectos que perpassam o ambiente clínico, mas incluem, também, a família e a comunidade (LIMA et al., 2014). Nesse sentido, os profissionais de Saúde da Família precisam ajustar seu processo de trabalho para uma relação humanizada e dialógica com os usuários, famílias e comunidades, conforme

preconizam os princípios da APS, Política de Atenção Básica e Política de Humanização da Assistência, dentre outros dispositivos legais (BRASIL, 2017; MARTINS; LUZIO, 2017).

Por fim, questiona-se que a possibilidade de uma demanda superior ao potencial de cobertura das equipes esteja concorrendo para essas avaliações negativas. Assim sendo, os resultados citados espelham que esses atributos da APS não se desenvolveram corretamente. Portanto, pode-se afirmar que o Município sob exame possui baixa extensão de atendimento pela APS aos usuários que avaliam a ESF como a porta de entrada do sistema de saúde. Sendo assim, requer, por parte do gestor e executivo do Município, investimentos em novas avaliações da APS e intensificação do processo de educação permanente de seus profissionais de saúde, dentre outras providências científicas, técnicas e administrativas para concretizar um cuidado integral à população adstrita de cada UBS.

### **6.3 Escore Essencial e Escore Geral**

Partindo-se do Grau de Afiliação e dos escores de cada um dos atributos, foram avaliados os Escores Essencial e Geral.

A avaliação do Escore Essencial dentro do valor de corte recomendado pelo instrumento PCATool, pode ter sido influenciado pelos escores elevados do Grau de Afiliação e dos atributos essenciais: “Acesso de Primeiro Contato – Utilização”, “Coordenação” em seus dois elementos e “Longitudinalidade”. (GONTIJO et al., 2017).

Já o Escore Geral recebeu avaliação negativa, alcançando baixa orientação para a APS. Este valor negativo pode ser atribuído ao fato de que, no somatório deste escore, são utilizados os atributos derivados, tendo alcançado o escore baixo nos atributos “Orientação Comunitária” e “Acessibilidade”. Este resultado é um indicador que as unidades básicas do Município pesquisado, segundo os participantes, não são provedoras de atenção primária.

Também, em outros trabalhos parecidos, foram identificados escores essenciais e gerais inferiores ao ponto de corte, significando que os serviços não estão orientados de acordo com os construtos dos atributos da atenção primária (ARAÚJO et al., 2014; HARZHEIM, et al., 2016; ARAÚJO; MENDONÇA; SOUSA, 2015; SILVA; FRACOLLI, 2014).

Há pesquisas que não realizaram o cálculo dos escores essenciais e geral (IBAÑEZ et al., 2006; SALA et al., 2011; PEREIRA et al., 2011). Já outros estudos, ao calcularem o Escore Essencial e Geral, encontraram escores inferiores ao ponto de corte ( $\geq 6,60$ ) (OLIVEIRA, 2007; VIANA, 2012; OLIVEIRA et al., 2013).

Os Escores Essencial e Geral expressam que um serviço tem ou não grau de orientação aos atributos da atenção primária à saúde em distintos serviços (STARFIELD, 2002; ROCHA et al., 2008). Em pesquisa na África do Sul, operada por Bresick et al (2016), foi constatado bom desempenho dos serviços de saúde, indicando a relação entre os atributos essenciais e gerais e o investimento na APS.

Em pesquisas realizadas no Município de Pouso Alegre, Minas Gerais, foram achados baixos valores para os escores Essencial e Geral da APS (MESQUITA FILHO; LUZ; ARAÚJO, 2014).

Destaca-se que os achados negativos do escore geral ocorreram nos sete Distritos Sanitários demonstrando uma reduzida orientação das unidades básicas de saúde do Município aos princípios da APS. Assim, o escore geral negativo, composto pelo escore essencial e derivado e o grau de afiliação, denota que as UBS de Juazeiro do Norte não são provedoras de APS, segundo os testemunhos dos usuários participantes.

#### **6.4 Relação entre os Atributos da APS e as Variáveis Sociodemográficas, Distritos de Saúde e Zona de Atuação das Unidades de Saúde**

Para todos os atributos, ocorreu associação estatística nos sete Distritos Sanitários, com exceção do atributo “Orientação Comunitária”, com média muito baixa nos sete Distritos de Saúde. Ao contrário dos resultados do Distrito Sanitário I e IV, o DS VII alcançou elevados escores em sete dos oito atributos e no “Grau de Afiliação”, com exceção dos atributos “Acessibilidade” e “Orientação Comunitária”, avaliados abaixo do ponto de corte.

A compreensão dos profissionais de saúde e usuários do sistema de saúde sobre o território em que está assentado o DS tem a tendência de influenciar como este território será incluído à prática de suas ações. A área geográfica que constitui um DS é formada pelas características sociais, epidemiológicas, culturais, necessidades e pelos recursos materiais/equipamentos e de capital humano, imprescindíveis para atender integralmente o usuário, família e a comunidade. A participação popular e o controle social são elementos imprescindíveis para o fortalecimento do DS (BRASIL, 1990a).

Nesta investigação, os resultados apontaram avaliação abaixo do ponto de corte do atributo “Orientação Comunitária, em que os participantes acusaram a carência de pesquisas para escutar as ideias e nível de satisfação dos usuários e família, para identificar os problemas de saúde e das necessidades da comunidade e a participação nos Conselhos Locais de Saúde, fatos que denotam a exclusão dos usuários do processo de tomada de decisão e,

consequentemente, em DS fragilizados na prática e existindo apenas como uma organização administrativa, sem contribuir para as transformações que se fazem imperiosas para ampliar o acesso do cidadão.

Constatou-se que não existe associação estatística entre as médias dos escores dos atributos e a variável sexo. Isto significa que o fato de o entrevistado ser do sexo masculino ou feminino não tem influência sobre a avaliação dos atributos. Em sentido contrário dos resultados desta pesquisa, no estudo de Gonçalves (2017), foi constatado que a variável sexo expressou significância estatística nos atributos “Longitudinalidade”, “Coordenação - Integração de Cuidados” e “Coordenação - Sistemas de Informação”; e, também, ocorreu maior frequência de mulheres no grupo de desempenho adequado nestes atributos. Este achado pode estar correlacionado ao fato da maior demanda de usuárias aos serviços de saúde, assim como buscam mais ações de promoção, prevenção e cura, para si e para os filhos. Este fato é semelhante ao deste estudo, em que houve a maior frequência de mulheres, contribuindo para um processo avaliativo de escores mais elevados, do que os homens (CARROLL et al., 2016; GONTIJO et al., 2017; HARMUCH; BARATIERI, 2017).

No que se refere à associação da variável escolaridade, relacionada aos atributos, confirmou maior pontuação para o atributo “Acesso de Primeiro Contato – Utilização” pelos usuários classificados como analfabetos. Tal achado é confirmado pelos estudos que afirmam que, quanto menores forem a escolaridade e a renda, maior a probabilidade de terem maiores dificuldades para o acesso aos serviços de saúde da Atenção Primária (JERANT; FENTON; FRANKS, 2012). Araújo et al (2014), em estudo com idosos, descobriram que o maior nível de escolaridade permite significativa percepção dos Serviços Prestados. Os autores assinalam que esta visão está, necessariamente, relacionada às orientações durante as consultas sobre medidas de prevenção de doenças e agravos e de promoção da saúde. Também, o melhor nível de escolaridade favorece melhor compreensão das orientações dadas, assim como permite ao usuário maior facilidade de fazer perguntas.

Igualmente, acredita-se que o baixo escore para o atributo “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade” pode estar relacionado à baixa prática da estratégia de acolhimento durante o atendimento, pela excessiva demanda à UBS e o horário de funcionamento das unidades, apenas durante horário comercial. Esses resultados foram revelados, também, em outras investigações (AZEVEDO; COSTA, 2010; CUNHA; VIEIRA DA SILVA, 2010; PEREIRA et al., 2011; CAMPOS et al., 2014).

O baixo nível de escolaridade dos entrevistados expressou concentração no nível médio, fato este em conformidade com estudos de Reichert et al (2016). Nesse sentido, este

resultado está de acordo com a crise mundial e nacional, a qual associa baixos níveis socioeconômicos a maior incidência de doenças evitáveis por meio de ações de prevenção e promoção da saúde (CARVALHO, 2013).

Quanto a associação entre a variável renda e os atributos evidenciaram que não ocorreu associação estatística entre as variáveis “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade”, “Orientação Comunitária” e no Grau de Afiliação, ao passo que, nos demais atributos, obteve significância estatística.

Destaca-se, também, o fato de terem sido encontrados no estudo de usuários beneficiados pelo Programa Bolsa Família, o que condiz com a pesquisa de Camargo et al., (2013) e Cavalcante e Ribeiro (2012), ao atestar que esse benefício não contribuiu para a melhora de acesso aos serviços de saúde. Contrariando as afirmações de Camargo et al., (2013) e Cavalcante e Ribeiro (2012), os estudos de Rocha et al (2011) identificaram o fato de que os usuários beneficiários do citado programa tiveram maior acesso aos sistemas de saúde.

Estudos realizados por Araújo et al (2014) e Paskulin, Valer e Viana (2011), apontaram que os usuários de menor renda avaliaram significativamente melhor o atributo Primeiro Contato – Utilização. Estes resultados possivelmente, ocorreram porque esta população utiliza quase que exclusivamente os serviços públicos, enquanto de maior renda têm a possibilidade de procurar outros serviços privados.

Os achados entre os atributos e as zonas de atuação das UBS são independentes dos usuários pertencerem à zona urbana ou rural. Esse atributo, entretanto, deveria ser significativo, pois, na organização hierárquica e regional do SUS, existem diferenças de oferecimento de serviços e tecnologias do diagnóstico e terapias com maior concentração e investimentos nas zonas urbanas (GODOY, 2015).

Deve sobressair-se, entretanto, o fato de que a zona rural, ao assinalar positivamente os atributos “Acesso de Primeiro Contato - Utilização” e “Coordenação - Integração de Cuidados”, demonstra que, possivelmente, os usuários não tenham muitas opções de outros serviços. Estes resultados agenciam dos gestores de saúde maior investimento na melhora da organização da rede de atenção, de modo a permitir um fluxo mais rápido dos usuários para outros serviços. Nesse sentido, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de densidades tecnológicas distintas, articuladas com o uso de apoio técnico, logístico e da gestão, possibilitarão efetivar-se a integralidade da assistência à saúde, conforme estabelece a Portaria nº 4.279, de 2010 (BRASIL, 2010a).

Os resultados desta pesquisa podem concorrer para o desvio de usuários para outros níveis de assistência, mais disponíveis na área geográfica, em virtude da deficiente oferta e do acesso às ações básicas. Este fato pode ser explicado pelos estudos de Araújo et al (2014), ao assinalarem que esse resultado pode envolver a análise sobre o fato de a zona rural ter menor oferta de serviços de saúde, concorrendo na percepção da acessibilidade pelo usuário que reside nessa localidade.

Segundo investigação de Reis et al (2010), a população residente na zona rural tem menos acesso aos serviços de saúde pelo fator distância geográfica, em particular, dos especializados, localizados pelos princípios da hierarquização e regionalização preponderantemente na zona urbana, reforçando, assim, a importância de a gestão observar, no momento de seu planejamento municipal, o acesso geográfico e econômico (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011; ARAÚJO et al , 2014). Também é importante referir-se ao fato de que, em estudo realizado na Arábia Saudita, por Jerant, Fenton e Franks (2012), com o objetivo de verificar a relação do atributo acesso com o menor risco de mortalidade, os autores concluírem que as minorias raciais/ étnicas com nível de escolaridade e renda baixas têm menos acesso aos cuidados primários.

Na associação entre os atributos da atenção primária à saúde e as duas zonas de atuação das 14 UBS, aconteceu associação estatística na maioria dos atributos, exceto para o atributo “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade”, “Longitudinalidade”, “Grau de Afiliação” e “Orientação Comunitária”.

## 7 CONCLUSÕES

Partindo-se dos resultados desta pesquisa e das análises realizadas, algumas conclusões merecem ser destacadas.

- ✓ Prevaleceram na amostra usuários adultos do sexo feminino, jovens, com baixa escolaridade e renda.
- ✓ O atributo Acessibilidade foi o que recebeu o menor escore, ao passo que o atributo Coordenação Integração de Cuidados foi o atributo mais bem avaliado.
- ✓ O Escore Geral denota que as UBS de Juazeiro do Norte não são provedoras de APS, segundo os participantes da pesquisa.
- ✓ Há uma diferença significativa nos escores obtidos entre os Distritos de Saúde, sendo o IV e o VII aqueles que obtiveram a pior e a melhor avaliação, respectivamente.
- ✓ Não foi encontrada relação estatística significativa entre a variável sexo e a avaliação dos atributos da APS. No que tange à escolaridade, quanto mais os anos de estudo menores foram os escores obtidos.
- ✓ A zona de atuação rural foi a que obteve pior avaliação dos atributos e a zona urbana foi a que recebeu a melhor avaliação pelos usuários.
- ✓ O atributo “Orientação Comunitária” foi avaliado abaixo do ponto de corte ideal na perspectiva dos usuários adultos das UBS nos sete DS.
- ✓ Depois de toda a análise dos achados desta pesquisa, foi possível compreender que os atributos ainda não estão completamente incorporados às práticas da Atenção Primária em Saúde do Município.

## **8 CONTRIBUIÇÕES, LIMITES DO ESTUDO, RECOMENDAÇÕES E PREOCUPAÇÕES DA AUTORA**

### **8.1 Contribuições**

- ✓ O estudo traz importantes contribuições, tanto para o campo da Saúde Coletiva, para a gestão e profissionais de Saúde, assim como subsídio ao planejamento e aplicação apropriada de recursos cada vez mais escassos pelo executivo municipal.
- ✓ Esperamos contribuir para a realização de mais estudos, nos quais sejam incluídos outros agentes, como os profissionais, gestores, acadêmicos, usuários e comunidade, objetivando facilitar um processo de comparação das maneiras de pensar e agir sobre o atendimento à saúde dos adultos e, por conseguinte, identificando as principais necessidades dessa população, e também sugerir intervenções conjuntas mais adequadas à realidade vivenciada pelo usuário.
- ✓ A ampliação da consciência sanitária à saúde dos usuários, por meio da intensificação da educação em saúde à família e a comunidade sobre o seu direito a saúde como um direito social e um dever do Estado. O ideário da Conferência de Alma Ata, ainda merece, todavia, decisão política dos gestores e profissionais de saúde, em concretizá-la, pois ainda hoje, se percebe a persistência do modelo biomédico, que reduz a definição de saúde ao simples uso de ações curativas, prescrição de exames e medicamentos.

### **8.2 Limites do Estudo**

Os resultados desta investigação devem ser considerados à luz de algumas limitações aqui reconhecidas.

- ✓ São reconhecidas, às limitações do trabalho referente à aplicação do instrumento PCATool em município único, por deixar de incorporar no processo de análise a comparação com parâmetros de outros municípios da região do Cariri.
- ✓ Igualmente, ressalta-se que um dos limites desta pesquisa foi ter sido realizada somente na perspectiva do usuário, podendo ocorrer certa aceitação natural da baixa qualidade da atenção primária recebida do provedor, interpretando como se fosse um favor, em vez de um direito, deixando explícita a representação social corrente na sociedade de que tudo o que é público e gratuito é de fraca qualidade.

- ✓ Além do mais, pelo fato de este estudo com delineamento transversal, ele está sujeito às limitações inerentes a este tipo de abordagem.
- ✓ Logicamente, entende-se que não são fáceis as tarefas para os gestores e profissionais de saúde da APS de oferecerem respostas sanitárias rápidas às demandas cada vez maiores de necessidades de saúde da população do Município.

### 8.3 Recomendações

- ✓ Como a dimensão mais mal aferida pelos usuários adultos foi “Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade”, com realce as questões estruturais, recomenda-se à gestão e gerentes das UBS a adoção de estratégias para garantir o acesso pleno aos demais pontos do sistema saúde, visando alcançar a consolidação dos atributos integralidade, orientação familiar e comunitária e conseqüentemente melhorar a orientação das UBS para a APS.
- ✓ Nesse sentido, sugere-se maior investimento de ações que venham a impactar na melhoria da acessibilidade, tais como: redução de rodízios dos profissionais; flexibilização dos horários e dias de atendimento; implantação do atendimento por telefone; melhoria do agendamento de consultas de rotina; fortalecimento do cuidado centrado na família; inclusão da comunidade nas ações dos profissionais das equipes multiprofissionais; realização de pesquisas de satisfação dos usuários; ampliação das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, orientações sobre a exposição a substâncias perigosas uso e guarda de armas de fogo.
- ✓ Recomenda-se a inclusão dos agentes comunitários em saúde (ACS) na aplicação do instrumento, tendo em vista que a realidade do Brasil difere dos EEUU, onde foi criado o PCATool. Os ACS na ESF são essenciais para a consolidação dos princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade da atenção à saúde do usuário.
- ✓ Por fim, destaca-se a necessidade de que se promova uma ampla discussão entre os agentes que formam a APS de Juazeiro do Norte (gestores, profissionais de saúde e, principalmente, os usuários), com a finalidade de potencializar os atributos que foram bem avaliados, assim como traçar medidas de intervenção para modificar aqueles que foram avaliados com baixos escores, para seja favorecido a construção e fortalecimento do vínculo longitudinal e do controle social.

#### **8.4 Preocupações da Autora**

Para finalizar, faz-se necessário explicitar a preocupação que se tem sobre o atual momento político por que passa a Nação Brasileira, em especial, a saúde, em que a aprovação da PEC 241 (55 no Senado), além de outras deliberações do Governo, concorrerá para o agravamento do desmonte do SUS e, por conseguinte, todas comprometerão a qualidade da APS. O Município estudado, por certo, não será exceção em receber os respingos dessa política neoliberal de desmonte do Estado brasileiro pela retirada de direitos sociais conquistados durante décadas. Como nos ensina o Centro de Estudos Brasileiro de Saúde (CEBES, 2016), SAÚDE É DEMOCRACIA.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, B.F.; HACK, N.M.R.A.S.; ROZIN, L. Avaliação da Atenção Primária à Saúde de Crianças na Ótica dos Pais e Cuidadores. **Santa Maria**, v. 43, n.1, p. 70-83, jan./abr. 2017.
- AKERMAN, M.; FURTADO, J.P. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Marco Akerman, Juarez Pereira Furtado, organizadores. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.
- 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. **Cien Saude Colet**. v.19, n.2, p.353- 64, 2014.
- 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: OPAS; OMS; Ministério da Saúde do Brasil, 2006. (Série Técnica - Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde n. 10)
- ALMEIDA, M.A.B.; GUTIERREZ, G.L. Qualidade de vida: discussões contemporâneas. In: VILARTA, R.; GUTIERREZ, G.L.; MONTEIRO, M. I. (Org). **Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI**. Campinas: Ipes, 2010. p.151-160.
- ALMEIDA, P.F.; FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Pública**. v.29, n.2, p.84-95, 2011.
- ALMEIDA, P.F.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; ESCOREL, S. 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.286-98, 2010.
- ALVES, C.K.A.; CARVALHO, E.F.; CESSÉ, E.A.P.; NATAL, S.; BEZERRA, L.C.A.; FELISBERTO, E. Análise da implantação de um programa com vistas à institucionalização da avaliação em uma Secretaria Estadual de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, p. s145-s146, nov. 2010. Suplemento 1.
- ANIKEEVA, O.; KATTERL, R.; BYWOOD, P. The Closing the Gap Initiative - successes and ongoing challenges for divisions of general practice. **Aust Fam Physician**. v.41, n.7, p.523-7, jul. 2012.
- ARAKAWA, T.; ARCÊNCIO, R. A.; SCATOLIN, B. E.; SCATENA, L. M.; RUFFINONETTO, A.; VILLA, T. C. S. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Rev. Latino-am Enferm.**, v. 19, n. 4, p.994-1002, 2011.
- ARAÚJO, J.P.; VIERA, C.S.; TOSO, B.R.; COLLET, N.; NASSAR, P.O. Assessment of attributes for family and community guidance in the child health. **Acta paul. enferm**. [online]. v.27, n.5, p.440-446, 2014.
- ARAÚJO, J.S.S.; SILVA, C.S.; PAES, N.A.; FIGUEIREDO, T.M.R.M. de.; SILVA, A.T.M.C. Satisfação de mulheres hipertensas na atenção primária com relação aos atributos essenciais família e comunidade. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.411-422, abr-jun. 2015.

ARAÚJO, L.U.A.; GAMA, Z.A.S.; NASCIMENTO, F.L.A.; OLIVEIRA, H.F.V.; AZEVEDO, W. M.; ALMEIDA JÚNIOR, H.J. B. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.8, p. 3521-3532, 2014.

ARAÚJO, R.L.; MENDONÇA, A.V.M.; SOUSA, M.F. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.105, abril/junho. 2015.

ARRUDA, C. A. M.; BOSI, M. L. M. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 21, n. 61, p. 321-332, jun. 2017.

ASSIS, E.G.; BERALDO, A.A.; MONROE, A.A.; SCATENA, L.M.; CARDOZO-GONZALES, R.I.; PALHA, P.F.; PROTTI, S. T.; VILLA, T. C. S. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**. v.46, n.1, p.111-8, 2012.

ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A.de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.17, n.11, pp.2865-2875, 2012.

ATHERTON, H. Use of email for consulting with patients in general practice. **British Journal of General Practice**. v.63, n.608, p.118-119, 2013.

AVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.16, n.1, pp.349-360, 2011.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, 2010.

BALASUBRAMANIAN, H.; BIEHL, S.; DAI, L.; MURIEL, A. Dynamic allocation of same-day requests in multi-physician primary care practices in the presence of prescheduled appointments. **Health Care Manag. Sci.**, v. 17, p. 31-48, 2014.

BANDEIRA, D. **Avaliação da APS: uma análise da Coordenação da Atenção nos Municípios do interior do RS.** [Dissertação] Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS). Santa Maria, 2016.

BARATIERI, T.; MANDU, E.N.T.; MARCON, S.S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos da experiência profissional. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.46, n.5, p.1260-1267, 2012.

BARATIERI, T.; MARCON, S.S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery (impr.)** v.15, n.4, p.802-810, out./dez. 2011.

BARBOSA, S.P. **Acesso à atenção primária à saúde em municípios de uma região de saúde de Minas Gerais.** (Tese de doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

BARROS, L.F.; GONDIM, D.S. Integralidade na Assistência em Saúde: desafios e impasses. **Revista Científica da FMC**. v. 9, n. 2, 2014.

BERRA, S.; HAUSER, L.; AUDISIO, Y; MÁNTARAS, J.; NICORA, V.; OLIVEIRA, M.M.C.de.; STARFIELD, B.; HARZHEIM, E. Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. **Rev Panam Salud Publica**. v.33, n.1, p.30–9, 2013.

BERRA, S.; ROCHA, K.B.; RODRÍGUEZ-SANZ, M.; PASARÍN, M.I.; RAJMIL, L.; BORRELL, C. et al. Properties of a short questionnaire for assessing primary care experiences for children in a population survey. **BMC Public Health**. v.9, p.285, 2011.

BERRY-MILLET, R.; BANDARA, S.; BODENHEIMER, T. The health care problem no one's talking about. **J. Fam. Pract.**, v. 58, n. 12, p.633-637, 2009.

BERTERRETICHE, R.; SOLLAZZO, A. El abordaje de la Atención Primaria de Salud, modelos organizativos y prácticas: caso de un Centro de Salud público urbano de Montevideo, Uruguay 2011. **Saúde debate** [online]. v.36, n.94, pp.461-472, 2012.

BOSI, M.L.M.; MERCADO-MARTINEZ, F. Modelos avaliativos e reforma sanitária Brasileira: enfoque qualitativo-participativo. **Rev. Saúde Pública** [online]. v.44, n.3, pp.566-570, 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990a.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília. P18055, set.1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990**. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências. 1990c.

BRASIL. **Lei nº 8.041, de 5 de junho de 1990**. Dispõe sobre a organização e o funcionamento do Conselho da República. 1990d.

BRASIL. **Portaria nº 676 GM/MS de 03 de junho de 2003**. Comissão de Avaliação da Atenção Básica. Brasília: DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil**. Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação;

Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006.** Pacto pela Saúde. Brasília, DF, 2006a

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 1.097 de 22 de maio de 2006.** Define a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde como um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde, onde são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 532, de 14 de março de 2006.** No uso das atribuições que lhe confere o art. 87, parágrafo único, inciso IV, da Constituição Federal, e tendo em vista o art. 2º do Decreto de 13 de março de 2006, que institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). 2006d.

BRASIL. **Portaria nº 687, de 30 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Promoção de Saúde. Brasília: DF, 2006e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de informação da atenção básica: SIAB: indicadores 2006 /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool - Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 80p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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). 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 62p.

BRASIL. **Lei nº 12.435 de 6 de julho de 2011**. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. 2011c.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. 2011e.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde Departamento de Atenção Básica. **Manual Instrutivo**. Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília - DF 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446/GM de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2017; 22 de setembro, Seção 1, p.68.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Teto, implantação de ESF, Brasília: Ministério da Saúde, abril, 2018.

BRAZ, J.C. **Avaliação da atenção às crianças menores de um ano nas Estratégias de Saúde da Família em um município da Bahia, sob a ótica dos cuidadores**. 2012. 86p. Dissertação. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2012.

BRESICK, G.; SAYED, A.; LE GRANGE, C.; BHAGWAN, S.; MANGA, N.; HELLENBERG, D. Western Cape Primary Care Assessment Tool (PCAT) study: Measuring primary care organisation and performance in the Western Cape Province, South Africa (2013). **Afr J Prm Health Care Fam Med**. v.8, n.1, p.a1057, 2016.

BRÊTAS JUNIOR, N. (org). **Conceitos adotados e atributos da Atenção Básica de Saúde que queremos**. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Brasília, DF, 2011, p 8-17.

BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; HARTZ, Z. (orgs.) **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

BRUNELLO, M.E.F.; PONCE, M.A.Z.; ASSIS, E.G. de.; ANDRADE, R.L. de P.; SCATENA, L.M.; PALHA, P.F.; VILLA, T.C.S. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paul Enferm**. v.23, n.1, p.131-5, 2010.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. Editorial sobre Determinantes sociais da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.9, p.1772-1773, set, 2006.

CALDEIRA, A.P.; OLIVEIRA, R.M. de; RODRIGUES, O. A. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, (Supl. 2), p.3139-3147, 2010.

CAMARGO, C. F.; CURRALERO, C. R. B.; LICIO, E.; MOSTAFA, J. **Perfil socioeconômico dos beneficiários do Programa Bolsa Família: o que o cadastro único revela?** In: CAMPELO, T.; NERI, M.C. (org). programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania. Brasília: IPEA, 2013. p.157-178.

CAMPOS, D.A. de.; RODRIGUES, J.; MORETTI-PIRES, R.O. Pesquisa em Saúde Coletiva como instrumento de transformação social: uma proposta fundamentada no pensamento hermenêutico-dialético. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.3, n.4, p.14-24, 2012.

CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. organizadores. **Manual de Práticas da Atenção Básica**. Saúde Ampliada e Compartilhada. 2 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. 411 pp.

CAMPOS, R.T.O.; FERRER, A.L. GAMA, C.A.P.; CAMPOS, G.W.S.; TRAPÉ, T.L.; DANTAS, D.V. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 252-264, out. 2014.

CARNEIRO, M. S. M.; MELO, D. M. S.; GOMES, J. M.; PINTO, F. J. M.; SILVA, M. G. C. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 279-295, out, 2014.

CARREIRA, L.; RODRIGUES, R.A.P. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso a Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.63, n.6, p. 933-999, dez, 2010.

CARROLL, J.C.; TALBOT, Y.; PERMAUL, J.; TOBIN, A.; MOINEDDIN, R.; BLAINE, S.; BLOOM, J.; BUTT, D.; KAY, K.; TELNER, D. Academic family health teams Part 2: patient perceptions of Access. **Can Fam Physician**. v.62, n.1, p. e31–e39, Jan, 2016.

CARVALHO, A.I. **Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde**. In Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 2. pp. 19-38, 2013.

CARVALHO, A. L. B.; SOUZA, M.F.; SHIMIZU, H. E.; SENRA, I. M. V. B.; OLIVEIRA, K. C. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.17, n.4, pp.901-911, 2012.

CASTANHEIRA, E.R.L.; NEMES, M.I.B.; ZARILI, T.F.T.; SANINE, P.R.; CORRENTE, J.E. Avaliação de serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 679-691, oct/dec. 2014.

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

CAVALCANTE, P.; RIBEIRO, B.B. O Sistema Único de Assistência Social: resultados da implementação da política nos municípios brasileiros. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.46, n. 6, p. 1459-1477, dez, 2012.

CEARÁ. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, Ano 11, 2017.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Caderno de Informação em Saúde. Região de Saúde Juazeiro do Norte**. SESA, 2015.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Caderno de Informação em Saúde. Região de Saúde Juazeiro do Norte**. SESA, 2017.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Projeto QualificaAPSUS Ceará**. SESA, 2016.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Governo do Estado do Ceará. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde/ Núcleo de Vigilância Epidemiológica **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. 2017.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Governo do Estado do Ceará. Região de Saúde de Juazeiro do Norte. **Caderno de Informação em Saúde**, 2015.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Plano Diretor de Regionalização das Ações e Serviços de Saúde – PDR do Estado do Ceará 2014**. Fortaleza, 2014.

CESAR, M. C.; CAMPOS, G. W. S.; MONTEBELO, M. I. L.; SARMENTO, G. Avaliação da atenção primária no município de Piracicaba, SP, Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n spe, p. 296-306, out. 2014.

CHOMATAS, E.; VIGO, A.; MARTY, I.; HAUSER, L.; HARZHEIM, E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Rev Bras Med Fam Comunidade** [Internet]. v.8, n.29, p.294-303, 2013.

CHOMATAS, E.R.V. **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: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de Projetos Sociais**. 8ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE; 6-12 de setembro de 1978; Alma-Ata, URSS.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p. 705-710, 2006.

COSTA, G.D.; COTTA, R.M.M.; FERREIRA, M.L.S.M.; REIS, J.R.; FRANCESCHINI, S.C.C. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. bras. enferm.** [online]. v.62, n.1, pp.113-118, 2009.

COSTA, N do R.; SILVA, T.S. da. O desenvolvimento social e focalização: a estratégia de saúde da família e o desafio das grandes cidades brasileiras. **Anais do 1º Circuito de Debates Acadêmicos Ipea**. Code, 2011.

CRUZ, M.M. **Avaliação de Políticas e Programas de Saúde**: contribuições para o debate. In: MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. (Org.) Caminhos para Análise das Políticas de Saúde. Rio de Janeiro: IMS, 2011.

CRUZ, M.M.; REIS, A.C. Monitoramento e Avaliação como uma das funções gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS). In: GODIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W (Orgs). **Qualificação Gestores do SUS**. 2 ed. Rio de Janeiro: EAD/ ENSP, 2011. p.415-426.

CUNHA, G. T.; CASTRO, C.P.; OLIVEIRA, M.M.; SANTOS, C.S.R.; ROSA, I.F.; RODRIGUES, M.C **Programa Nacional de Melhoria ao Acesso e a Qualidade da Atenção Básica**: um estudo qualitativo. Universidade Estadual de Campinas. Belo Horizonte, 2013.

CUNHA, A.B.O.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad Saúde Pública**. v.26, n.4, p.725-37, 2010.

CUNHA, E.M. 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. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16(Supl. 1), p.1029-1042, 2011.

D'AVILA, O.P.; PINTO, L.F.S.; HAUSER, L.; GONÇALVES, R.M.; HARZHEIM, E. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 855–865, mar. 2017.

DAMACENO, A. N. **Atenção Primária à Saúde: Avaliação do Acesso de Primeiro Contato em municípios da região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul**, 2015. Dissertação. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), 2015.

DASCHEVI, J.M.; TACLA, M.T.G.M.; ALVES, B.A.; TOSO, B.R.G.O.; COLLET, N. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v.36, n.1, p.31-38, jan/ jun 2015.

DECLARAÇÃO DE ALMA ATA. **A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata 12/09/1978**. Disponível <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/saude/almaata.htm>. Acesso em 06 de março de 2016.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. **Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948**. Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>. Acesso em 06 de março de 2016.

DONABEDIAN, A. **Evaluating the quality of medical care**, 1966. *Milbank Q* [Internet]. v.83, n.4, p.691. 2005.

DONABEDIAN, A. The Quality of Care. **JAMA**, sept, 23/30, 1988, v 250, nº 12.

DONABEDIAN, A. **The Definition of Quality and Approaches to its Assessment**. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v. I). 1980. Disponível em <https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/.../the-definition-of-qual>. Acesso em 12 de julho de 2018

DUARTE, P.O. **Análise da política de atenção básica de saúde em âmbito municipal: o caso de Recife, 2001 a 2011** / Petra Oliveira Duarte. Recife: [s.n.], 2014.

DUBOIS, C.A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. História da avaliação. In: Brousselle A, Champagne F, Contrandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. **Avaliação: Conceitos e Métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p.19-39.

FEITOSA, R.M.M.; PAULINO, A.A.; LIMA JÚNIOR, J.O.S.; OLIVEIRA, K.K.D.; FREITAS, R.J.M.; SILVA, W.F. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde Soc**. São Paulo, v.25, n.3, p.821-829, 2016.

FEITOSA, J. G.; PENHA, A. G. da.; RUFINO, N. F.; SOARES, J. L.; XAVIER, S. P. L. Atuação da Enfermagem na Perícia Forense: uma especialidade a conhecer. **Anais do I Congresso Caririense de Enfermagem 10ª Semana de Enfermagem**: a promoção da saúde e sua interface com as práticas de saúde do Sus, Promoção da Faculdade Leão Sampaio –JN-Ceará, de 11 a 15 de maio de 2015.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde. **Cien Saude Colet.** v.11, n.3, p. 553-563, 2006.

FERNANDES, F.M.B.; RIBEIRO, J.M.; MOREIRA, M.R. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.9, p.1667-1677, set, 2011.

FERREIRA, T.L.S.; SOUZA, A.M.G.; MEDEIROS, J.S.S.; ANDRADE, F.B. Avaliação do Atributo Coordenação do Cuidado em Serviços de Puericultura na Atenção Primária à Saúde. **Revista Ciência Plural.** v.3, n.1, p.98-107, 2017.

FERREIRA, V.D.; OLIVEIRA, J.M.; MAIA, M.A.C.; SANTOS, J.S.; ANDRADE, R.D.; MACHADO, G.A.B. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um município mineiro. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, dez. 2016.

FERREIRA, A.I. **Projeções de Taxa de Mortalidade** [dissertação]. Porto: Faculdade de Ciências da Universidade do Porto; 2012.

FERREIRA, S.R.S.; PERICO, L.A.D.; DIAS, V.R.F.G. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 1, p. 704-709, 2018.

FERRER, A.P.S. **Avaliação da atenção primária à saúde prestada a crianças e adolescentes na região oeste do município de São Paulo.** 2013 [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2013.

FERRER, A.P.S.; GRISI, S. J. F. E. Assessment of access to primary health care among children and adolescents hospitalized due to avoidable conditions. **Rev Assoc Med Bras.** v.62, n.6, p.513-523, 2016.

FIGUEIREDO, A.M.; KUCHENBECKER, R.S.; HARZHEIM, E.; VIGO, A.; HAUSER, L.; CHOMATAS, E.R.V. Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 22, n. 1, p. 41-48, jan/mar, 2013.

FIGUEIREDO, M. C. A. B. Cuidados centrados na família: do discurso à prática. **Acta paul. enferm.** v.28, n.6, São Paulo Nov./Dec. 2015.

FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G.; NAVARRO, L.M. **Avaliação em Saúde**: conceitos básicos para a prática nas Instituições. In: Samico I; Felisberto E; Figueiró AC; Frias PG, organizadores. Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p.01-13.

FINKLER, A.L.; VIERA, C.S.; TACLA, M.T.; TOSO, B.R. O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária à saúde. **Acta Paul Enferm.** v.27, n.6, p.548-53, 2014.

FLEURY, S. Revisitando a questão democrática na área da saúde: quase 30 anos depois. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.33, p.156-164. 2009.

FONTANA, K.C.; LACERDA, J.T.; MACHADO, P.M. O processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde: avaliação da gestão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 110, p. 64-80, 2016.

FOURNIER, J.; HEALE, R.; RIETZE, L. “I can’t wait”: advance access decreases wait times in primary health care. **Healthc. Q.**, v. 15, n. 10, p. 64-68, 2012.

FRACOLLI, L.A.; GOMES, M.F.P.; NABÃO, F.R.Z.; SANTOS, M.S.; CAPPELLINI, V.K.; ALMEIDA, A.C.C. de. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.12, p.4851-4860, 2014.

FRACOLLI, L.A.; MURAMATSU, M.J.; GOMES, M.F.P.; NABÃO, F.R.Z. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde num município do interior do Estado de São Paulo – Brasil. **O Mundo da Saúde**, São Paulo. v.39, n.1, p.54-61, 2015.

FRANCO, T.B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. **“Gestão Em Redes”**, LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006.

FRANK, B. R. B.; VIERA, C. S.; ROSS, C.; OBREGÓN, P. L.; TOSO, B. R. G. O. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate** [online]. v.39, n.105, pp.400-410, 2015.

FURTADO, M.C.C.; BRAZ, J.C.; PINA, J.C.; MELLO, D.F.; LIMA, R.A.G. Assessing the care of children under one year old in Primary Health Care. **Rev Latino-Am Enfermagem.** v.21, n.2, p.554-61, 2013.

GAÍVA, M.A.M.; SIQUEIRA, V.C.A. A Prática da Visita Domiciliária pelos Profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Cienc Cuid Saude.** v.10, n.4, p.:697-704, 2011.

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

GIOVANELLA, L. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadores cuidados?** / Lígia Giovanella, Maria Helena Magalhães de Mendonça. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. 71p.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. **Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise.** In: EIBENSCHUTZ, C. organizadora. Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; ALMEIDA, P.F.; ESCOREL, S.; SENNA, M.C.M.; FAUSTO, M.C.R.; DELGADO, M. M.; ANDRADE, C. L. T. de.; CUNHA, M. S. da.; MARTINS, M. I. C.; TEIXEIRA, C. P. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.3, p.783-794, 2009.

GODOY, C.V. **A geografia dos serviços e equipamentos da saúde: a expansão das “clínicas médicas populares” no Centro em Fortaleza - CE / Claudiana Viana Godoy.** – 2015. 171 f.

GOMES, F.M.; SILVA, M.G.C. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16(Supl. 1), p.893-902, 2011.

GOMES, K.O. de.; COTTA, R.M.M.; ARAÚJO, R.M.A.; CHERCHIGLIA, M.L.; MARTINS, T.C.P. Atenção Primária à Saúde a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1):881-892, 2011.

GOMES, L.B.; MERHY, E.E. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.1, p.7-18, jan, 2011.

GÓMEZ, S.A.; PAEPE, P.; CONDE, L.L.; STOLKINER, A. La implementación local de la atención primaria en la Argentina: estudio de caso en el municipio de Lanús, provincia de Buenos Aires. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 436-448, jul./set. 2012.

GONÇALVES, R.M. **A avaliação dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva adulto por condição sensível à Atenção Primária, por meio do emprego do Primary Care Assessment Tool (PCATool).** Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2017.

GONTIJO, T. L.; DUARTE, A.G.S.; GUIMARÃES, E. A. A.; SILVA, J. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. **Saúde debate**. v.41, n. 114, Jul-Sep, 2017.

GOODRIDGE, H.S.; REYES, C.N.; BECKER, C.A.; KATSUMOTO, T.R.; MA, J.; WOLF, A.J.; BOSE, N.; CHAN, A.S.; MAGEE, A.S.; DANIELSON, M.E.; WEISS, A.; VASILAKOS, J.P.; UNDERHILL, D.M. Activation of the innate immune receptor Dectin-1 upon formation of a 'phagocytic synapse'. **Nature**. v.28, p.472, p.7344:471-5, Apr, 2011.

GREENE, J.C.; BENJAMIN, L.; GOODYEAR, L. The Merits of Mixing Methods in Evaluation. **Evaluation**. v.7, n.1, p. 25-44, 2001.

GUEDES, J. S.; SANTOS, R.M.B.; DI LORENZO, R.A.V. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002). **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 875-883, jan. 2011.

GUSSO, G.D.F. Programa Mais Médicos: análise dos potenciais riscos e benefícios a partir da experiência como supervisor no município de Jandira. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v.12, n.39, p.1-9, 2017.

HAGGERTY, J.L.; PINEAULT, R.; BEAULIEU, M.D.; BRUNELLE, Y.; GAUTHIER, J.; GOULET, F.; RODRIGUE, J. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. **Ann Fam Med**. v.6, n.2, p.116-23, 2008.

HARMUCH, C.; BARATIERI, T. Avaliação da longitudinalidade na atenção primária à saúde sob a ótica dos usuários. **Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde**, v.3, n.1, Primeiro Semestre de 2017.

HARTZ, Z. M. A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. **Cienc Saúde Coletiva**. v.7, p. 419-21, 2002.

HARTZ, Z. M. A. Princípios e padrões em metaavaliação: diretrizes para os programas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.11, n.3, pp.733-738, 2006.

HARZHEIM, E.; GONÇALVES, M.R.; OLIVEIRA, M.M.C.; TRINDADE, T.G.; AGOSTINHO, M.R.; HAUSER, L. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool – Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

HARZHEIM, E. et al. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - Primary Care Assessment Tool – PCATool. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v.8, n.29, p.274-84, Out-Dez. 2013a.

HARZHEIM, E. et al. **Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro - avaliação dos três anos de Clínicas da Família**. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre: OPAS, 2013.

HARZHEIM, E. et al. Revisão sistemática sobre aspectos metodológicos das pesquisas em atenção primária no Brasil. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.49, n.4, p. 248-252, out.-dez. 2005.

HARZHEIM, E.; OLIVEIRA, M.M.C.; AGOSTINHO, M.R.; HAUSER, L.; STEIN, A.T.; GONÇALVES, M.R. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, Out-Dez; v.8, n.29, p.274-84, 2013b.

HARZHEIM, E.; PINTO, L. F.; HAUSER, L.; SORANZ, D. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21 n.5, maio, 2016

HARZHEIM, E.; STARFIELD, B.; RAJMIL, L.; ÁLVAREZ-DARDET, C.; STEIN, A.T. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública** [online]. v.22, n.8, pp.1649-1659, 2006.

HARZHEIM, E.; STEIN, AT.; ÁLVAREZ-DARDET, C. A efetividade dos atributos da atenção primária sobre a saúde infantil. **Bol Saúde**. v.18, p. 23-40, 2004.

HEIMANN, L.S.; IBANHES, L.C.; BOARETTO, R.C.; CASTRO, I.E.N.; TELES JÚNIOR, E.; CORTIZO, C.T.; FAUSTO, M.C. R.; NASCIMENTO, V. B. do.; KAYANO, J. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.6, p.2877-2887, 2011.

HOMA, L. et al. A Participatory Model of the Paradox of Primary Care. **The Annals of Family Medicine**, v.13, n.5, p. 456-465, 2015.

HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R.; BROWNER, W.S.; GRADY, D.G.; NEWMAN, T.B. **Delineando a Pesquisa Clínica**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

IBAÑEZ, N.; ROCHA, J.S.Y.; CASTRO, P.C.; RIBEIRO, M.C.S.A.; FORSTER, A.C.; NOVAES, M.H.D. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.683-703, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados populacionais**. 2015.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Estado, instituições e democracia: desenvolvimento**. Brasília: IPEA, 2010.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento / Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM**. - Brasília: Ipea: MP, SPI, 2014.

IPECE. INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ. **Desenvolvimento Econômico Do Ceará: Evidências Recentes e Reflexões**. Flávio Ataliba F. D. Barreto, Adriano Sarquis Bezerra de Menezes (orgs). Fortaleza: IPECE, 2014. 402p.

JEON, K.Y. Cross-cultural adaptation of the US consumer form of the short Primary Care Assessment Tool (PCAT): the Korean consumer form of the short PCAT (KC PCAT) and the Korean standard form of the short PCAT (KS PCAT). **Quality in Primary Care**. v.19, p.85-103, 2011.

JERANT, A.; FENTON, J.J.; FRANKS, P. Primary care attributes and mortality: a national person-level study. **Ann Fam Med**. v.10, n.1, p.34-41, Jan/Feb 2012.

KANTORSKI, P. et al. Avaliação de quarta geração - contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, n.31, outubro-diciembre, 2009, pp. 343-355.

KAUARK, F. S.; MANHÃES, F. C.; MEDEIROS, C. H. **Metodologia da Pesquisa: um guia prático**. Bahia: Via Litterarum, 2010.

KNIGHT, A.; LEMBKE, T. Appointments: getting it right. Aust. **Fam. Physician**, v. 40, n. 1-2, p.20-23, 2011.

KONTOPANTELIS, E.; ROLAND, M.; REEVES, D. Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey. **BMC Fam Pract**. v.28, n.11, p.61, Aug 2010.

KRISTJANSSON, E.; HOGG, W.; DAHROUGE, S.; TUNA, M.; MAYOBRUINSMA, L.; GEBREMICHAEL, G. Predictors of relational continuity in primary care: patient, provider and practice factors. **BMC Fam Pract**. v.31, n.14, p.72, 2013.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2307-2316, 2010.

- LANGDON, E. J. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Cienc. Saúde Coletiva**. v.19, n.4, p.1019-1029, Apr. 2014.
- LANDSBERG, G. de A.P.; SOUZA NETO, A.I. de; SOUZA, R.A. de. Avaliando os atributos da atenção primária: uma revisão. **Revisão de literatura**. jul./dez. 2010.
- LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.**[online]. v.20, n.4, pp.867-874, 2011.
- LEÃO, C.D.A, CALDEIRA, A.P, OLIVEIRA, M.M.C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v.11, n.3, set, 2011.
- LEÃO, C.D.A.; CALDEIRA, A.P. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. v.16, n.11, pp.4415-4423, 2011.
- LESTER, H.; KHAN, N.; JONES, P.; MARSHALL, M.; FOWLER, D.; AMOS, T. Service users' views of moving on from early intervention services for psychosis: a longitudinal qualitative study in primary care. **Br J Gen Pract**. v.62, n.596, p.e183-90, mar 2012.
- LIMA, I. F. S. et al. Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma unidade básica de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 944-952, 2012.
- LIMA, C.A.; OLIVEIRA, A.P.S.; MACEDO, B.F.; DIAS, O.V.; COSTA, S.M. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Revista Bioética**, Brasília, v. 22, n. 1, pp. 152-160, 2014.
- LIMA, E.F.A.; SOUSA, A.I.; PRIMO, C.C.; LEITE, F.M.C.; LIMA, R.C.D.; MACIEL, E.L.N. Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado. **Rev Lat Am Enferm**. v.23, n.3, p.553-9, 2015.
- LIMA, S.C.S. **Orientação familiar e comunitária na estratégia saúde da família na regional norte de Teresina/PI – avaliação a partir do usuário adulto**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Rede Nordeste de Formação em saúde da Família, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2014.
- LIMA, W.C.M.B.; ASSIS, M.M.A. Acesso restrito e focalizado ao programa saúde da família em Alagoinhas, Bahia, Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos x demanda espontânea. **Rev Baiana Saúde Pública**. v.34, n.3, p. 439-49, jul/set, 2010.
- LUDEKE, M.; PUNI, R.; COOK, L.; PASENE, M.; ABEL, G.; SOPOAGA, F. Access to general practice for Pacific peoples: A place for cultural competency. **J community med prim health care**. v.4, n.2, p.123-30, 2012.
- LUPPI, C.G. et al. Atenção Primária à Saúde / Atenção Básica. In: IBANEZ, N.; ELIAS, P.E.M.; SEIXAS, P.H. (organizadores). **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec/Cealag, p.332-54, 2011.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; SÁ, P. K. de. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. **Health policy and planning**, London, v. 22, n. 3, p. 167-77, maio, 2007.

MAGALHÃES, R.; BODSTEIN, R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, jun, 2009, pp. 861-868, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Brasil.

MALOUIN, R.A.; STARFIELD, B.; SEPULVEDA, M. J. Evaluating the Tools Used To Assess the Medical Home. **Manag Care**. v. 18, n. 6, p. 44-8, jun., 2009.

MALTA, D.C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.2, p.: 327-338, 2016.

MARANHÃO, T.; MATOS, I.B. Vivências no Sistema Único de Saúde (SUS) como marcadoras de acontecimento no campo da Saúde Coletiva. **Interface** (Botucatu). v.22, n.64, p.55-66, 2018.

MARSIGLIA, R.M.G. Universalização do acesso ao Sistema Único de Saúde no Brasil: desafios para a Atenção Primária à Saúde. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 317-325, 2012.

MARTINS, C.P.; LUZIO, C.A. Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 13-22, jan./mar. 2017.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1411-1416, Sept./Oct, 2004.

MEDINA, E.U.; VALENZUELA, C.R.; PINTO, C.T.; VIDAL, M.R. Enfermería basada en la evidencia: qué es, sus características y dilemas. **Investigación y Educación en Enfermería**. Medellín, v. 28, n.1, p. 108-118, marzo 2010.

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2011.

MENDES, E.V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte, MG: ESP, 2009.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.15, n.5, pp.2297-2305, 2010.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária em saúde: o imperativo da consolidação da ESF**. Brasília: OPAS, 2012.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. Em E. E. Merhy & R. Onocko (orgs.), *Agir em saúde: um desafio para o público* (pp. 71-112). São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2 ed. São Paulo: Huvitec, 2002 (Saúde em Debate, 108, série didática).

MESQUITA FILHO, M.; LUZ, B. S. R.; ARAÚJO, C. S. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.7, p. 2033-46, julho, 2014.

MINAYO, M.C. **Violência: um problema de saúde pública no Brasil**. In: Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p.10-35.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MITRE, S.M.; ANDRADE, E.I.G.; COTTA, R.M.M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.17, n.8, p.2071-85, 2012.

MOSQUERA, P.A.; HERNÁNDEZ, J.; VEGA, R.; MARTÍNEZ, J.; SAN SEBASTIÁN, M. Performance evaluation of the essential dimensions of the primary health care services in six localities of Bogota-Colombia: a cross-sectional study. **BMC Health Serv Res**. v.15, n.13, p.315, Aug, 2013.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L.B. Atenção primária no sistema de saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. **Saúde soc.** [online]. v.20, n.4, pp.837-852, 2011.

MOTTA, L.C.S., BATISTA, R. S. Estratégia Saúde da Família: clínica e crítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.39, p. 196-207, 2015.

NASCIMENTO, J. S.; COSTA, L.M.C.; SANTOS, R.M.; ANJOS, D.S. Visitas domiciliares como estratégias de promoção em saúde pela enfermagem. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.26, n.4, p.513-522, out./dez, 2013.

NODARI, C.H.; OLEA, P.M.; DORION, E.C.H. Relação entre inovação e qualidade da orientação do serviço de saúde para atenção primária. **Rev. Adm. Pública** [online]. v.47, n.5, pp.1243-1264, 2013.

NOETHER, G.E. **Introdução a estatística: uma abordagem não paramétrica**. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara 2, 1983.

NORMAN, A.H.; TESSER, C.D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.1, p.165-179, 2015.

NUNES, E.D. Juan César García: social medicine as project and endeavor. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.20, n.1, pp.139-144, 2015.

OLIVEIRA NETO, F.S. de. Micropolítica do trabalho na Estratégia Saúde da Família: quem cuida também precisa de cuidados? **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Florianópolis, v.6, n.21, p. 239-48, Out-Dez, 2011.

OLIVEIRA, B.R.G. de; COLLET, N.; MELLO, D.F. de.; LIMA, R.A.G. de. O itinerário terapêutico de famílias de crianças com doenças respiratórias no sistema público de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.20, n.3, Ribeirão Preto May/June, 2012.

OLIVEIRA, C.R.T. de. **Avaliação da qualidade da atenção pré-natal em 13 unidades da estratégia saúde da família no município de Juazeiro do Norte-CE**. 2014. 104 f.

OLIVEIRA, E.B. de.; BOZZETTI, M.C.; HAUSER, L.; DUNCAN, B.B.; HARZHEIM, E. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 264-273, 2013.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.** v.66, n. esp, p.158-64, 2013.

OLIVEIRA, M.M.C. de. et al. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida PCATool-ADULT-BRAZIL: a reduced version PCATool-ADULTO-BRASIL: una versión reducida. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v.8, n.29, p.256-63, Out-Dez, 2013.

OLIVEIRA, M.M.C. **Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada**. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

OLIVEIRA, M.T. et al. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 166-178, 2012.

OLIVEIRA, V. B. C. A.; VERÍSSIMO, M. L. Ó. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária. **Rev Esc Enferm USP**. v.49, n.1, p.30-36, 2015.

OLIVEIRA, V.B.C.A. **Avaliação da Atenção Primária à Saúde da Criança no Município de Colombo – Paraná**. [dissertação] Escola de Enfermagem de Pós-Graduação em Enfermagem São Paulo, 2012.

OMS Organização Mundial de Saúde. **Carta de Ottawa, aprovada na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986**. 1986

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial de Saúde 2008**. Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca. 2008.

OMS/OPAS. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978.

OPAS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L.B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, supl.1, p.205-218, 2015.

PAES, N.A. et al. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. **Rev Panam Salud Publica**. v.36, n.2, p.87-93, 2014.

PAHO - PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (PAHO). **Millennium Development Goals And Health Targets/ 134th Session of the Executive Committee**. Washington, D.C., USA, 21-25 June 2004.

PAIVA, C.H.A.; TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**. v.21, n.1, Rio de Janeiro, Jan./Mar., 2014.

PASARÍN, M.I.; BERRA, S.; RAJMIL, L.; SOLANS, M.; BORRELL, C.; STARFIELD, B. Un Instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. **Aten Primaria**. v.39, p.395-401, 2007.

PASKULIN, L.M.G.; VALER, D.B.; VIANNA, L.A.C. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). **Cienc Saude Colet**. v.16, n.6, p.2935-2944, 2011.

PAULA, C. C. et al. Fatores que interferem no acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **J. res: fundam. care**. Online, v.8, n.1, p.4056-4078, janeiro/março, 2016.

PAULA, C.C.; SILVA, C.B.; NAZÁRIO, E.G.; FERREIRA, T.; SCHIMITH, M.D.; PADOIN, S.M.M. Fatores que interferem no atributo longitudinalidade da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. V.17, n.4, out./dez 2015.

PAULA, F.A. **Avaliação dos Atributos da Atenção Primária na Saúde do Adulto na Estratégia de Saúde da Família de Diamantina/MG**. / Fabiana Angélica de Paula. – Diamantina: UFVJM, 2013.

PAULA, F.A.; SILVA, C.C.R.; SANTOS, D.F.; MARTINS-FILHO, O.A.; ANDRADE, R.A de. Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG). **Saúde debate** [online]. v.39, n.106, pp.802-814, 2015.

PAULA, W.K.A.S. de.; SAMICO, I.C.; CAMINHA, M.D.E.F.C.; BATISTA FILHO, M.; FIGUEIRÔA, J.N. Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.25, n.2, p. 242-248, 2017.

PAULA, W.K.A.S.; SAMICO, I.C.; CAMINHA, M.F.C.; BATISTA FILHO, M.; SILVA, S.L. Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. **Rev Esc Enferm USP**. v.50, n.2, p. 335-45. [online], 2016.

PEDUZZI, M.; CARVALHO, B.G.; MANDÚ, E.N.T.; SOUZA, G.C.; SILVA, J.A.M. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n. 2, p. 629-646, 2011.

PENSO, J.M.; PÉRICO, E.; OLIVEIRA, M.M.C.; STROHSCHOEN, A.A.G.; CARRENO, I.; REMPEL, C. Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v.12, n.39, p.1-9, jan-dez, 2017.

PEREIRA, I.C. **Atenção Primária, Promoção da Saúde e o Sistema Único de Saúde: um diálogo necessário**. Iara Cristina Pereira, Maria Amélia de Campos Oliveira. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2014. 109 p.

PEREIRA, M.J.B.; ABRAHÃO-CURVO, P.; FORTUNA, C.M; COUTINHO, S.S.; QUELUZ, M.C.; CAMPOS, L.V.O.; FERMINO, T.Z.; SANTOS, C.B. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v.32, n.1, p.48-55, 2011.

PINA, J.C.; MORAES, S.A.; FURTADO, M.C. de C.; MELLO, D.F. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre crianças hospitalizadas por pneumonia1. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.23, n.3, p.512-9, maio-jun. 2015.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Cuidado e Integralidade: vida, conhecimento, saúde e educação**. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. de. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: UERJ, ABRASCO, 2005, p.5-7.

PINTO JUNIOR, E. et al. Análise da produção científica sobre avaliação, no contexto da saúde da família, em periódicos brasileiros. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 268-278, Jan-Mar 2015.

PINTO, H.A.; OLIVEIRA, F.P.; SANTANA, J.S.S.; SANTOS, F.O.S.; ARAÚJO, S.Q.; FIGUEIREDO, A.M.; ARAÚJO, G.D. The Brazilian More Doctors Program: evaluating the implementation of the “Provision” axis from 2013 to 2015. **Interface** (Botucatu). V.21, Supl.1, p.1087-101, 2017.

PINTO, L. F.; ROCHA, C.M.F. Inovações na Atenção Primária em Saúde: o uso de ferramentas de tecnologia de comunicação e informação para apoio à gestão local. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.21, n.5, p.1433-1448, 2016.

PIZZANELLI, M.; PONZO, J.; BUGLIOLI, M.; TOLEDO, A.; CASINELLI, M.; GÓMEZ, A. Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay. **Rev Med Urug**, v.27, n.3, p.187-189, 2011.

POCHO, C. L. **Avaliação de Programas Governamentais de Educação Ambiental: Um Caso de Empresa Estatal da Área de Energia**. Tese (doutorado) – UFRJ/ COPPE/ Programa de Engenharia de Produção Rio de Janeiro: UFRJ/COPPE, 2011.

POLI NETO, P.; TESSER, C.D.; MONTEIRO, H.G.; BOSO, P.; LEMOS, G. O uso do correio eletrônico na comunicação entre usuários e uma equipe de saúde da família: relato de experiência. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v.10, n.37, p.1-9, 2015.

PORTELA, M.C. **Avaliação da qualidade em saúde**. In: ROZENFELD, S., org. Fundamentos da Vigilância Sanitária [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 259-269.

PRATES, M.L.; MACHADO, J.C.; SILVA, L.S.; AVELAR, P.S.; PRATES, L.L.; MENDONÇA, E.T. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.22, n.6, p. 1881-1893, 2017.

PRODANOV, C.C.; FREITAS, E.C. de. **Metodologia do Trabalho Científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. Rio Grande do Sul: Universidade Feevale, 2013.

RAMOS, M.P.; SCHABBACH, L.M. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Rev. Adm. Pública**. Rio de Janeiro, v.46, n.5, p.1271-294, set./out. 2012.

RAMALHO, J.A. **Mídias Sociais na prática**. São Paulo: Elsevier, 2010.

RASELLA, D.; AQUINO, R.; SANTOS, C.A.; PAES-SOUSA, R.; BARRETO, M.L. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. **Lancet**, v.382, n.9886, p.57-64, 2013.

REGO, W. L.; PINZANI, A. **Vozes do Bolsa Família**: autonomia, dinheiro e cidadania. São Paulo: Editora da Unesp, 2013. 241 pp.

REICHERT, A.P.S.; RODRIGUES, P.F.; ALBUQUERQUE, T.M.; COLLET, N.; MINAYO, M.C.S. Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.21, n.8, p.2375-2382, 2016.

REIS, D.C.; KLOOS, H.; KING, C.; QUITES, H.F.O.; MATOSO, L.F.; COELHO, K.R. Accessibility to and utilisation of schistosomiasis-related health services in a rural area of state of Minas Gerais, Brazil. **Mem Inst Oswaldo Cruz**. v.105, n.4, p.587-97, Jul 2010.

REIS, R.S.; COIMBRA, L.C.; SILVA, A.A.M da.; SANTOS, A.M. dos.; ALVES, M.T.S.S de B.; LAMY, Z.C.; RIBEIRO, S.V.O.; DIAS, M.S.de A.; SILVA, R.A. da. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, nov. 2013.

RESSEL, L.B.; SEHNEM, G.D.; JUNGES, C.F.; HOFFMANN, I.C.; LANDERDAHL, M. Representações Culturais de Saúde, Doença e Vulnerabilidade Sob a Ótica de Mulheres Adolescentes. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v.13, n.3, p. 552-57, jul-set, 2009.

RIBEIRO, L.C.C.; ROCHA, R.L.; RAMOSJORGE, M. L. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública** [online], v.26, n.12, p. 2316-2322, 2010.

RIBEIRO, L.C.C. **Acolhimento as crianças na atenção primária à saúde**: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. 2009. 105 p. Dissertação. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.

RIVERA, C.; FELLÓ, G.; BERRA, S. La experiencia de continuidad con el proveedor de atención primaria en escolares. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v.8, n.29, p.227-34. 2013.

ROCHA, P.M.; UCHOA, A.C.; ROCHA, N.S.P.D.; SOUZA, E.C.F.; ROCHA, M.L.; PINHEIRO, T.X.A. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad Saude Publica**. v.24, n.Supl. 1, p.S69-78, 2008.

ROCHA, S. F.; SOARES, J. L.; REIS, J.G.A.; CARDOSO, J. Análise da qualidade de vida dos beneficiários do Programa Bolsa Família na cidade de Porto Velho. **Revista Pesquisa & Criação**, Porto Velho, v. 10, n. 2, p. 59-73, jul/dez, 2011.

ROCHA, S. A.; BOCCHI, S. C. M.; GODOY, M. F. de. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.26, n.1, p. 87-111, 2016.

RODRÍGUEZ-RIVEROS, M.I.; BURSZTYN, I.; RUOTI, M.; DULLAK, R.; PÁEZ, M.; ORUÉ, E.; SEQUERA, M.; LAMPERT, N.; GIMÉNEZ, G.; VELÁZQUEZ, V. Evaluación de la Atención Primaria de Salud en un contexto urbano: percepción de actores involucrados – Bañado Sur – Paraguay, 2011. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 449-460, jul./set. 2012.

RODRÍGUEZ-VILLAMIZAR, L.A.; 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.167-179, 2013.

ROLIM, L. B. **Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza-CE: estudo através do PCATool-Brasil, versão profissionais**. [Dissertação]. Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz, 2016.

ROSA, R.B.; PELEGRINI, A.H.W.; LIMA, M.A.D.S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre (RS). v.32, n. 2, p.,345-51, 2011.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SÁ, R.F.; MOYSÉS, S.T. **Compartilhando e comunicando os achados da avaliação**. Avaliação em Promoção da Saúde. In: Universidade de Brasília. CEAD. Capacitação de Gestores e Profissionais do SUS em Promoção da Saúde: Curso de Extensão na Modalidade a Distância. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Módulo 4. No prelo.

SÁ, R.F.; MOYSÉS, S.T. O processo avaliativo em promoção de saúde como estratégia de empoderamento e de desenvolvimento de capacidades. **B. Téc. Senac: a R. Educ. Prof.**, Rio de Janeiro, v. 35, n.2, maio/ago. 2009b.

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 e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, pp. 948-960, 2011.

SALES, N. C. S. **Avaliação da Qualidade em Atenção Primária em Saúde: Comparação entre os instrumentos PCATool e competências essenciais de gerentes dos Centros de Saúde da Família de Fortaleza-CE**. Dissertação da Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G. organizadores. **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. 196p.

SAMICO, I; FIGUEIRÓ, AC; FRIAS, PG. **Abordagens Metodológicas na Avaliação em Saúde**. In: Samico, I; Felisberto, E; Figueiró, AC; Frias, PG (Orgs) Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010, p. 15-28.

SANTOS, D.C.; FERREIRA, J.B.B. O prontuário da família na perspectiva da coordenação da atenção à saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 1121-1137, 2012.

SANTOS, E.M. et al. **Avaliadores In Situ(Ação): Reflexões e Desafios sobre a Institucionalização da Prática Avaliativa no PN DST/Aids**. In: CAMPOS, R.O.; FURTADO, J.P. Desafios da avaliação de Programas e Serviços em Saúde. Campinas, SP: Editora Unicamp, 2011.

SANTOS, V. C.; FONSECA, J. G.; BOERY, R. N. S. O.; SENA, E. L. S.; YARID, S. D.; BOERY, E. N. Eugenia vinculada a aspectos bioéticos: uma revisão integrativa. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 981-995, out-dez, 2014.

SHEI, A.; COSTA, F.; REIS, M.G.; KO, A.I. The impact of Brazil's Bolsa Família conditional cash transfer program on children's health care utilization and health outcomes. **BMC International Health & Human Rights**, v. 14, p. 10, 2014.

SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das redes de atenção à saúde no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1101-1122, 2013.

SILVA JUNIOR, A G; ALVES, C A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D.A. (org). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p 27-41.

SILVA JUNIOR, A.G. da. et al. Experiências de avaliação do setor suplementar de saúde: contribuições da integralidade. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.13, n.5, pp.1489-1500, 2008.

SILVA JUNIOR, J.B.; RAMALHO, W.M. **Cenário epidemiológico do Brasil em 2033: uma prospecção sobre as próximas duas décadas** / Jarbas Barbosa da Silva Júnior; Walter Massa Ramalho. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015. 16 p.– (Textos para Discussão; n. 17).

SILVA, A.N.; SILVA, S.A.; SILVA, A.R.V.; ARAÚJO, T.M.E.; REBOUÇAS, C.B.A.; NOGUEIRA, L.T. Primary care assessment from a male population perspective. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 2, p. 236-243, 2018.

SILVA, C.S. de O.; FONSECA, A.D.G.; SOUZA, L.P.; SIQUEIRA, L.G.; BELASCO, A.G.S.; BARBOSA, D. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.11, p.4407-4415, 2014.

SILVA, D.P. **Acessibilidade e Acesso dos usuários da zona rural aos serviços de saúde das Equipes de Saúde da Família do Município de Pintópolis-MG: uma proposta de intervenção**. Universidade Federal de Minas Gerais. Corinto, Minas Gerais, 2011.

SILVA, F.A. da.; RODRIGUES, E.M.D.; OLIVEIRA, C.A.N. **Avaliação dos Atributos da Atenção Primária de Saúde aos Usuários Adultos da ESF: uma revisão integrativa.** [Monografia] Graduação em Enfermagem. Universidade Regional do Cariri (URCA). Iguatu-CE, 2017.

SILVA, L.A.; CHAVES, S.C.L.; CASOTTI, C.A. A produção científica brasileira sobre a estratégia saúde da família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013.

SILVA, M. J. P. Ciência da Enfermagem. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v.25, n. 4. 2012.

SILVA, M.V.S.; MIRANDA, G.B.N.; ANDRADE, M.A. Diverse meanings of comprehensiveness: between the presupposed and the experienced in a multi-disciplinary team. **Interface** (Botucatu). v.21, n.62, p.589-99, 2017.

SILVA, P.F.A. da.; BAPTISTA, T.W. de F. Os sentidos e disputas na construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n. 2, p. 441-465, 2014.

SILVA, P.F.A. da.; BAPTISTA, T.W.F. A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 91-104, dez 2015.

SILVA, R.M.; VIERA, C.S.; TOSO, B.R.; NEVES, E.T.; RODRIGUES, R.M. Resolutividade na atenção à saúde da criança: percepção de pais e cuidadores. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.26, n.4, p.382-388, 2013.

SILVA, S.A.; BAITELLO, T.C.; FRACOLLI, L.A. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.5, p.979-87, 2015.

SILVA, S.A.; FRACOLLI, L.A. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. **Saúde debate**, v.38, n. 103, p. 692-705, out/dez. 2014.

SIMÕES, E.; MAIA, R.D. **Manual para Normalização de Projetos de Pesquisa, Monografia e Trabalhos Científicos.** Montes Claros: FACIT, 2012. 103p.

SIQUEIRA, C.E.; CARVALHO, F. The Observatory of the Americas as a network in environmental and worker health in the Americas. **Cien Saude Colet.** v.8, n.4, p.897-902, 2003.

SOLLAZZO, A.; BERTERRETICHE, R. El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, 2011, p. 2829-2840.

SOPELETE, M. C.; BISCARDE, D. G. S. Acesso aos Serviços de Saúde na Realidade Brasileira: sugestões para superação de alguns desafios. **Revista Encontro de Pesquisa em Educação.** Uberaba, v. 1, n.1, p. 140-153, 2013.

SORATTO, J. et al. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.24, n.2, p.584-92, abr-jun, 2015.

SOSSAI, L.C.F.; PINTO, I.C. A Visita Domiciliária do Enfermeiro: fragilidades X potencialidades. **Cienc Cuid Saude**. Jul/Set; v.9, n.3, p.569-576, 2010.

SOUSA, F.G.M.; ERDMANN, A.L.; MOCHEL, E.G. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. **Texto Contexto Enferm**. v.20, n.1, p.263-71, 2011.

SOUZA, G.T.; ALVES, B.A.; TACLA, M.T.G.M.; COLLET, N.; TOSO, B.G.O. Avaliação do princípio da coordenação na atenção primária à saúde da criança em Londrina-PR. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, p. 39-46, jan./jun. 2015.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. UNESCO: Ministério da Saúde, Brasília, 2002.

STARFIELD, B. et al. Measuring Consumer, Experiences With Primary care. **Pediatrics**, v.105, p.998-1003. 2000.

STARFIELD, B.; SHI, L. **Manual for the Primary Care Assessment Tools**. Baltimore: Johns Hopkins University, 2009.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. **Contribution of Primary Care to Health Systems and Health**. *Milbank Q* [Internet]. v.83, n.3, p.457-502, 2005

STARFIELD, B.; SHI, L.; XU, J. Validating the adult primary care assessment tool. **Journal of Family Practice**, v.50, n.2, p.161-175, 2001.

STEIN, A.T. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. v.22, n.1, pp.179-181, 2013.

STOPA, S.R.; MALTA, D.C.; MONTEIRO, C.N.; SZWARCOWALD, C.L.; GOLDBAUM, M.; GALVÃO CESAR, C.L. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev Saúde Pública**. v.51 Supl 1:3s, 2017.

SUMAR, N.; FAUSTO, M.C.R. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. **J Manag Prim Health Care**. v.5, n.2, p.202-212, 2014.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em Saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu (SP), v. 7, p.113-118, ago, 2000.

TANAKA, O.Y.; TAMAKI, E.M. O Papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821-8, 2012.

TENÓRIO, R.M.; LOPES, U. M. (ORG). **Avaliação e gestão: teorias e práticas**. Salvador: EDUFBA, 2010.

TESSER, C.D.; NORMAN, A.H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Rev Saúde e Sociedade**. São Paulo, v23, n.3, p.869-883, 2014.

TESSER, C.D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**. v.15, suppl.3, pp. 3615-3624, 2010.

THUMÉ, E.; FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; VIEIRA, L.A.S. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. **Rev saúde pública**. v.44, n.6, p.1102-11, dez 2010.

TRAD, L.A.B.; CASTELLANOS, M.E.P.; GUIMARÃES, M.C.S da. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. **Rev Saúde Pública**. v.46, n.6, p.1007-13, 2012.

TRINDADE, R.F.C.; COSTA, F.A.M. M.; SILVA, P.P.A.C.; CAMINITI, G.B.; SANTOS, C.B. Mapa dos homicídios por arma de fogo: perfil das vítimas e das agressões. **Rev Esc Enferm USP**. v.49, n.5, p.748-755, 2015.

TSAI, J.; SHI, L.; YU, W.L.; HUNG, L.M.; LEBRUN, L.A. Physician specialty and the quality of medical care experiences in the context of the Taiwan national health insurance system. **J Am Board Fam Med**. v.23, n.3, p.402-412, 2010.

TURCI, M.A.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública** [online]. v.31, n.9, pp.1941-1952, 2015.

VAN STRALEN, C.J.; BELISÁRIO, S.A.; VAN STRALEN, T.B.S.; LIMA, A.M.D.; MASSOTE, A.W.; OLIVEIRA, C.L. 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** [Internet]. v.24, n.(Sup1), p.148-58, 2008.

VARGAS, A.M.D.; FERREIRA, E.F.; MATTOS, F.F.; VASCONCELOS, M.; DRUMOND, M.M.; LUCAS, S.D. O acesso aos serviços públicos de saúde em área limítrofe entre municípios. **Saúde Soc**. v.20, n.3, p.821-8, jul/set, 2011.

VASCONCELLOS, L.C.F. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável**: apontamentos para uma política de Estado. 2007. 421p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

VASCONCELOS, S.M.; BOSI, M.L.M.; PONTES, R.J.S. Avaliação e monitoramento da atenção básica no Estado do Ceará, Brasil: explorando concepções e experiências no nível central. **Cad Saúde Pública**. v.24, n.12, p.2891-2900, 2008.

VAZ, E.M.C.; MAGALHÃES, R.K.B.P.M.; TOSO, B.R.G.O.; REICHERT, A.P.S.; COLLET, N. Longitudinalidade do cuidado à criança na Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm**. v.36, n.4, p.49-54, 2015.

VERDI, M.; FINKLER, M. Saúde, Humanização e Transformação Social. **Saúde Transform. Soc**. [online]. Florianópolis, v.5, n.2, pp. i-iv, 2014.

VIACAVA, F. et al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.4, p.921-934, 2012.

VIANA, L. M. M. **Avaliação da atenção primária à saúde de Teresina na perspectiva das usuárias**. [s.l.] Universidade Federal do Piauí, 2012.

VIEIRA, S. **Bioestatística: tópicos avançados**. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. Accessibility to primary healthcare in the capital city of a northeastern state of Brazil: an evaluation of the results of a programme. **J. Epidemiol. Community Health**, v. 64, n. 12, p. 1100-1105, 2010.

WANG, W.; SHI, L.; YIN, A.; MAITLAND, E.; NICHOLAS, A. Desenvolvimento e Validação da Ferramenta Tibetana de Avaliação de atenção primária. **Biomed Res Int**, 2014.

WEI, X. et al. Changes in the perceived quality of primary care in Shanghai and Shenzhen, China: a difference-in-difference analysis. **Bulletin of the World Health Organization**. v.93, n.8, p.588-588. July 2015, *with 3 Reads*.

WONG, S.Y.; KUNG, K.; GRIFFITHS, S.M.; CARTHY, T.; WONG, M.C.; LO, S.V.; CHUNG, V.C.; GOGGINS, W.B.; STARFIELD, B. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. **BMC Public Health**. v.10, n.397, 2010.

XIAOLIN, W. et al. Changes in the perceived quality of primary care in Shanghai and Shenzhen, China: a difference-in-difference analysis. **Bulletin of the World Health Organisation**. v.93, n.8, p.588-588, July 2015 *with 3 Reads*.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DOS DADOS  
SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS**

1. Sexo

masculino                       feminino

2. Idade (anos completos) \_\_\_\_\_

3. Estado civil

casado (a)                       não casado (a)

4. Religião

católica                       não católica                       sem religião

5. Escolaridade

analfabeto     ensino fundamental incompleto  
 ensino fundamental completo                       ensino médio incompleto  
 ensino médio completo                                       superior incompleto  
 superior completo

6. Ocupação

Trabalha                                       Desempregado  
 Pensionista/ Aposentado                       Bolsa família                                       Outros

7. Renda familiar \_\_\_\_\_

8. Número de pessoas que vivem com a renda familiar \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – USUÁRIOS**

**Nº do Instrumento:** \_\_\_\_\_

### **AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS ADULTOS DO MUNICÍPIO DE JUAZEIRO DO NORTE-CEARÁ**

O título de nossa pesquisa é **“Avaliação da Atenção Primária à Saúde na Perspectiva dos Usuários Adultos do Município de Juazeiro do Norte-Ceará”**. Essa pesquisa tem como objetivo avaliar “Avaliar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária em Saúde, na perspectiva dos usuários adultos do Município de Juazeiro do Norte-Ceará, por via da aplicação do Instrumento PCATool”. Está sendo realizada por um grupo de pesquisa pertencente ao “departamento/ instituição responsável pela pesquisa”.

Sua participação nesta pesquisa compreenderá responder um instrumento para avaliar a qualidade da atenção recebida no seu serviço de saúde do município de Juazeiro do Norte - CE. O procedimento oferece um risco mínimo que será diminuído por meio de explicações acerca dos métodos empregados, uma vez que necessita apenas de sua disponibilidade de tempo para responder ao questionário. A entrevista será feita na UBS e contamos com cerca de “40 minutos” da sua atenção. Cabe destacar que o referido instrumento será respondido de forma presencial, em lugar reservado, através de solicitação verbal da pesquisadora indagando da sua aceitação para participar deste estudo. Entretanto, caso ocorra algum desconforto, ou seja, evidenciada alguma alteração que necessite de assistência imediata ou tardia, poderá entrar em contato com a pesquisadora. Igualmente, informo que caso ocorra algum tipo de constrangimento o(a) Sr(a) poderá recusar da sua participação em qualquer momento da pesquisa. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Esta pesquisa trará benefícios diretos e indiretos avaliando a contribuição para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de novos conhecimentos científicos, sobre a qualidade da atenção prestada pelos serviços de saúde do Juazeiro do Norte, na perspectiva dos usuários, abordando uma apreciação dos atributos da APS.

Ressaltamos, ainda, que o consentimento ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu atendimento no seu local de consulta e que você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Para fins de pesquisa os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou família será divulgado.

Eu, \_\_\_\_\_ (usuário), fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhado. Recebi informação a respeito do método que será utilizado. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. Fui igualmente informado da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento, e da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas destaca-se para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Entrevistado                      Nome                      Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador                      Nome                      Data

Pesquisador responsável: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**ANEXOS**

**ANEXO A - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS**  
**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
**PCATool - Brasil versão Adulto**

**A – GRAU DE AFILIAÇÃO**

<p>A1 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?</p> <p>( ) Não</p> <p>( ) Sim (Por favor, dê o nome e o endereço)</p> <p>Nome do profissional ou serviço de saúde: _____</p> <p>Endereço: _____</p>
<p>A2 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a <u>conhece melhor</u> como pessoa?</p> <p>( ) Não</p> <p>( ) Sim, o mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima</p> <p>( ) Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço).</p> <p>Nome do profissional ou serviço de saúde: _____</p> <p>Endereço: _____</p>
<p>A3 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?</p> <p>( ) Não</p> <p>( ) Sim, mesmo que A1 &amp; A2 acima.</p> <p>( ) Sim, o mesmo que A1 somente.</p> <p>( ) Sim, diferente de A1 &amp; A2 (Por favor, dê o nome e o endereço).</p> <p>Nome do profissional ou serviço de saúde: _____</p> <p>Endereço: _____</p>
<p>Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFERMEIRO A SER AVALIADO</p> <p>AGORA, o entrevistador identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item A5).</li> <li>- Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse</li> </ul>

médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A5).

- Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item A5).
- Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item A5).
- Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na resposta A3 (Preencha o item A5).
- Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A4 e A5).

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

\_\_\_\_\_

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

A5 – \_\_\_\_\_  
 ("nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde"). (Vá para a Seção B)

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
**PCATool - Brasil versão Adulto**

**B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO**

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
B1 – Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" antes de	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )

ir a outro serviço de saúde?					
B2 – Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu " <i>nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro</i> " antes de ir a outro serviço de saúde?	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
B3 – Quando você tem que consultar um especialista, o seu " <i>nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro</i> " tem que encaminhar você obrigatoriamente?	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )

## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

### PCATool - Brasil versão Adulto

#### C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 – O " <i>nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro</i> " fica aberto no sábado ou no domingo?	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
C2 – O " <i>nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro</i> " fica aberto pelo menos algumas	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )

noites de dias úteis até às 20 horas?					
C3 – Quando o seu " <i>nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro</i> " está aberto e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia?	<b>4 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>2 ( )</b>	<b>1 ( )</b>	<b>9 ( )</b>
C4 – Quando o seu " <i>nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro</i> " está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	<b>4 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>2 ( )</b>	<b>1 ( )</b>	<b>9 ( )</b>
C5 – Quando o seu " <i>nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro</i> " está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	<b>4 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>2 ( )</b>	<b>1 ( )</b>	<b>9 ( )</b>
C6 – Quando o seu " <i>nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro</i> " está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	<b>4 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>2 ( )</b>	<b>1 ( )</b>	<b>9 ( )</b>
C7 – Quando o seu " <i>nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro</i> " está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste	<b>4 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>2 ( )</b>	<b>1 ( )</b>	<b>9 ( )</b>

serviço atende você no mesmo dia?					
C8 –É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, "check-up") neste " <i>nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro</i> "?	<b>4 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>2 ( )</b>	<b>1 ( )</b>	<b>9 ( )</b>
C9 – Quando você chega no seu " <i>nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro</i> ", você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	<b>4 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>2 ( )</b>	<b>1 ( )</b>	<b>9 ( )</b>
C10 – Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu " <i>nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro</i> "?	<b>4 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>2 ( )</b>	<b>1 ( )</b>	<b>9 ( )</b>
C11 – É difícil para você conseguir atendimento médico do seu " <i>nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro</i> " quando pensa que é necessário?	<b>4 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>2 ( )</b>	<b>1 ( )</b>	<b>9 ( )</b>
C12 – Quando você tem que ir ao " <i>nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro</i> ", você	<b>4 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>2 ( )</b>	<b>1 ( )</b>	<b>9 ( )</b>

tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?					
---	--	--	--	--	--

## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

### PCATool - Brasil versão Adulto

#### D - LONGITUDINALIDADE

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D1 – Quando você vai ao seu " <i>nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro</i> ", é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas as vezes?	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
D2 – Você acha que o seu " <i>médico/enfermeiro</i> " entende o que você diz ou pergunta?	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
D3 – O seu " <i>médico/enfermeiro</i> " responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
D4 – Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o " <i>médico/enfermeiro</i> " que melhor conhece você?	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
D5 – O seu " <i>médico/enfermeiro</i> " lhe dá	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )

tempo suficiente para falar sobre suas preocupações ou problemas?					
D6 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu "médico/enfermeiro"?	<b>4 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>2 ( )</b>	<b>1 ( )</b>	<b>9 ( )</b>
D7 – O seu "médico/enfermeiro" conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	<b>4 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>2 ( )</b>	<b>1 ( )</b>	<b>9 ( )</b>
D8 – O seu "médico/enfermeiro" sabe quem mora com você?	<b>4 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>2 ( )</b>	<b>1 ( )</b>	<b>9 ( )</b>
D9 – O seu "médico/enfermeiro" sabe quais problemas são mais importantes para você?	<b>4 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>2 ( )</b>	<b>1 ( )</b>	<b>9 ( )</b>
D10 – O seu "médico/enfermeiro" conhece a sua história clínica (história médica) completa?	<b>4 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>2 ( )</b>	<b>1 ( )</b>	<b>9 ( )</b>
D11 – O seu "médico/enfermeiro" sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	<b>4 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>2 ( )</b>	<b>1 ( )</b>	<b>9 ( )</b>
D12 – O seu "médico/enfermeiro" saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	<b>4 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>2 ( )</b>	<b>1 ( )</b>	<b>9 ( )</b>

D13 – O seu "médico/enfermeiro" sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
D14 – Você mudaria do "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )

## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

### PCATool - Brasil versão Adulto

#### E – COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Por favor, indique a melhor opção	<b>Com certeza, sim</b>	<b>Provavelmente, sim</b>	<b>Provavelmente, não</b>	<b>Com certeza, não</b>	<b>Não sei / não lembro</b>
<p>E1 – Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro"?</p> <p>( ) Sim</p> <p>( ) Não (Passe para a questão F1)</p> <p>( ) Não sei / não lembro (Passe para a questão F1)</p> <p style="text-align: center;">Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</p>					
E2 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )

E3 – O " <i>nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro</i> " sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
E4 – O seu " <i>médico/enfermeiro</i> " discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
E5 – O seu " <i>médico/enfermeiro</i> " ou alguém que trabalha no/com " <i>nome do serviço de saúde</i> " ajudou-o/a a marcar esta consulta?	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
E6 – O seu " <i>médico/enfermeiro</i> " escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
E7 – O " <i>nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro</i> " sabe quais foram os resultados desta consulta?	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
E8 – Depois que você foi a este especialista o seu " <i>médico/enfermeiro</i> " conversou com você sobre o que aconteceu durante esta	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )

consulta?					
E9 – O seu "médico/enfermeiro" pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
**PCATool - Brasil versão Adulto**

**F – COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES**

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F1 – Quando você vai no "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? (Exemplifique se não entender "registro": fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório)	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
F2 – Quando você vai ao "nome do serviço de saúde ou	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )

<i>nome do médico/enfermeiro", o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível para consulta?</i>					
F3 – Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no " <i>nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro</i> "?	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Adulto**

**G – INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS**

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

A seguir, apresentamos uma lista de serviços /orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.

Indique, por favor, se no "*nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro*" esses serviços ou orientações estão disponíveis:

(Repetir a cada 3-4 itens: "*Está disponível no "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro"*")

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G1 – respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta.	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
G2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )

social ou benefícios sociais.					
G3 – Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos).	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
G4 – Vacinas (imunizações).	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
G5 – Avaliação de saúde bucal (exame dentário)	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
G6 – Tratamento dentário	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
G7 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
G8 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
G9 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
G10 – Sutura de um corte que necessite de pontos.	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
G11 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
G12 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
G13 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
G14 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )

G15 – Remoção de verrugas.	<b>4 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>2( )</b>	<b>1( )</b>	<b>9( )</b>
G16 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste papanicolau).	<b>4 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>2( )</b>	<b>1( )</b>	<b>9( )</b>
G17 – Aconselhamento sobre como parar de fumar.	<b>4 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>2( )</b>	<b>1( )</b>	<b>9( )</b>
G18 – Cuidados pré-natais.	<b>4 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>2( )</b>	<b>1( )</b>	<b>9( )</b>
G19 – Remoção de unha encravada.	<b>4 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>2( )</b>	<b>1( )</b>	<b>9( )</b>
G20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).	<b>4 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>2( )</b>	<b>1( )</b>	<b>9( )</b>
G21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama...	<b>4 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>2( )</b>	<b>1( )</b>	<b>9( )</b>
G22 – Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma).	<b>4 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>2( )</b>	<b>1( )</b>	<b>9( )</b>

## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

### PCATool - Brasil versão Adulto

#### H – INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta no "*nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro*".

Em consultas ao "*nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro*", algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir essa frase a cada 3-4 itens).

Por favor, indique a melhor opção	<b>Com certeza, sim</b>	<b>Provavelmente, sim</b>	<b>Provavelmente, não</b>	<b>Com certeza, não</b>	<b>Não sei / não lembro</b>
H1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficiente.	<b>4 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>2 ( )</b>	<b>1 ( )</b>	<b>9 ( )</b>
H2 – Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança.	<b>4 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>2 ( )</b>	<b>1 ( )</b>	<b>9 ( )</b>
H3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro.	<b>4 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>2 ( )</b>	<b>1 ( )</b>	<b>9 ( )</b>
H4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	<b>4 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>2 ( )</b>	<b>1 ( )</b>	<b>9 ( )</b>
H5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.	<b>4 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>2 ( )</b>	<b>1 ( )</b>	<b>9 ( )</b>
H6 – Teste de sangue para	<b>4 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>2 ( )</b>	<b>1 ( )</b>	<b>9 ( )</b>

verificar os níveis de colesterol.					
H7 – Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
H8 – possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho ou na sua vizinhança.	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
H9 – Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança.	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
H10 – Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
H11 – Como prevenir quedas.	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
H12 – Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis.	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
H13 – Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa.	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )

## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

### PCATool - Brasil versão Adulto

#### I – ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu *"nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro"* com sua família.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel mente, sim	Provavel mente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
I1 – O seu " <i>médico/enfermeiro</i> " lhe perguntou sobre suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
I2 – O seu " <i>médico/enfermeiro</i> " já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)?	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
I3 – O seu " <i>médico/enfermeiro</i> " se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )

## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

### PCATool - Brasil versão Adulto

#### J – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel mente, sim	Provavel mente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
J1 – Alguém no " <i>nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro</i> " faz visitas	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )

domiciliares?					
J2 – O seu " <i>nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro</i> " conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
J3 – O seu " <i>nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro</i> " ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
<b>A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O "<i>nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro</i>" realiza alguma destas?</b>					
J4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
J5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )
J6 – Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários)?	4 ( )	3 ( )	2 ( )	1 ( )	9 ( )

**ANEXO B - BASE CONCEITUAL DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE SEGUNDO BÁRBARA STARFIELD**

<b>Atributos essenciais</b>	
Primeiro contato.	Renovação do contato a cada comparecimento da população ao serviço tem relação direta com acessibilidade. Esta é uma premissa que só o usuário será capaz de dizer se está presente naquele serviço ou não. Ela poderá ser medida através da avaliação da acessibilidade que é um elemento estrutural, e da utilização que é um elemento processual.
Longitudinalidade	Está relacionada com a interação entre serviço e população, uma espécie de fidelidade no qual o serviço é responsável pela população e a acompanha por um longo espaço de tempo, indefinido, e a população mantém aquele serviço como sua referência.
Integralidade	Refere-se à capacidade do serviço de saúde em prover a população de toda a assistência que ela necessita, mesmo que não disponha de todos os serviços. Para tanto deverá encaminhar a população para as unidades de referência. A integralidade pressupõe também o grau de competência dos serviços em identificar a natureza dos problemas que recebe, sejam eles, funcionais, orgânicos ou sociais.
Coordenação da Atenção	Pressupõe continuidade. Uma vez encaminhado a outro serviço, o vínculo do paciente com a unidade de origem deve permanecer, os registros garantidos, e a comunicação entre profissionais de níveis de atenção diferentes deve constituir-se em uma rotina, garantindo assim a referência e a contra referência.
<b>Atributos essenciais, mas não exclusivos</b>	
Formato do prontuário médico ou registro de paciente	Atualização constante dos registros sobre os problemas de saúde, devendo, portanto, ter-se uma listagem na quais os problemas resolvidos são excluídos dando lugar aos que vão naturalmente surgindo. A fonte de dados para tal é o prontuário do paciente.
Continuidade da atenção	Permanência do atendimento ao paciente pelo mesmo profissional, sendo este dado obtido por procedimento estatístico simples.
Comunicação	Relação profissional de saúde e paciente tanto no que se refere ao

profissional paciente	componente técnico como no componente político da assistência. Desta forma, os procedimentos técnicos dispensados e a forma como o profissional encara o paciente, como sujeito ou objeto das ações, são passíveis de análise.
Qualidade clínica da atenção	Resolutividade da assistência, exigência de competência técnica do profissional para identificar de forma ampliada os problemas de saúde que se apresentam.
Proteção dos pacientes	Visão ampliada dos determinantes do processo saúde–doença. O conhecimento profundo do profissional sobre esta questão contribui para prover os meios com vistas à manutenção da saúde. Incluem-se as condições de trabalho e vida da população sob seus cuidados.
<b>Atributos derivativos</b>	
Centrado na família	Conhecimento que o serviço deve possuir sobre membros da família, seus problemas de saúde e sobre a família em si, como foco de atenção.
Competência cultural	Sensibilidade do serviço em reconhecer as diferenças entre as populações a partir de suas origens, crenças, etnias, raças, valores e cultura, no atendimento às suas necessidades.
Orientado para a comunidade	Entendimento das necessidades da população presentes no contexto social em que estão inseridas e que, portanto, os profissionais de saúde precisam conhecer.

Fonte: Starfield (2002)

**ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

UNIVERSIDADE REGIONAL DO  
CARIRI - URCA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS ADULTOS DO MUNICÍPIO DE JUAZEIRO DO NORTE-CEARÁ

**Pesquisador:** Eduarda Maria Duarte Rodrigues

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 57353416.8.0000.5055

**Instituição Proponente:** Universidade Regional do Cariri - URCA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.766.875

**Apresentação do Projeto:**

Atenção Primária a Saúde (APS), porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde, baseado nos princípios da universalidade, acessibilidade, atenção centrada na família e comunidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação popular.

Trata-se de um estudo transversal, analítico, de abordagem quantitativa, tendo como participantes usuários adultos com idades entre 20 a 59 anos, pertencentes as unidades básicas de saúde da zona urbana e rural do município de Juazeiro do Norte-CE, utilizando o questionário validado Primary Care Assessment Tool, versão adulto.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Avaliar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária em Saúde, na perspectiva dos usuários adultos do Município de Juazeiro do Norte- Ceará, por via da aplicação do Instrumento PCATool.

Objetivo Secundário:

**Endereço:** Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161  
**Bairro:** Pimenta **CEP:** 63.105-000  
**UF:** CE **Município:** CRATO  
**Telefone:** (88)3102-1212 **Fax:** (88)3102-1291 **E-mail:** cep@urca.br

UNIVERSIDADE REGIONAL DO  
CARIRI - URCA



Continuação do Parecer: 1.766.875

- Avaliar os atributos essenciais e derivados da APS com suporte na óptica dos usuários adultos das UBS do Município de Juazeiro do Norte-Ce.

- Calcular os escores essenciais e gerais alcançados em cada uma das Unidades Básicas da Saúde do Município.

- Comparar os escores essencial e geral APS entre os sete distritos de saúde do Município de Juazeiro do Norte-CE.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Este estudo não implica em nenhum tipo de risco para a saúde dos participantes, apenas a disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. A entrevista será realizada em uma sala reservada na unidade básica de saúde e conta-se com cerca de 50 minutos da atenção do usuário. É válido mencionar que a qualquer momento o participante poderá retirar seu consentimento sem nenhum prejuízo no seu atendimento.

**Benefícios:**

Contribuir para a qualidade da assistência ao usuário pelas unidades básicas de saúde do município, assim como fortalecimento dos princípios do Sistema Único de Saúde do município e Região do Cariri e também subsidiar o planejamento e tomada de decisão dos gestores, outrossim, contribuirá para a produção de novos conhecimentos e práticas na atenção primária de saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto muito bem escrito.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Constam todos.

**Recomendações:**

Incluir os riscos no projeto

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O trabalho deve ser aprovado, dado a sua relevância, forma de organização, escrita e constar todos os documentos.

**Endereço:** Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161  
**Bairro:** Pimenta **CEP:** 63.105-000  
**UF:** CE **Município:** CRATO  
**Telefone:** (88)3102-1212 **Fax:** (88)3102-1291 **E-mail:** cep@urca.br

UNIVERSIDADE REGIONAL DO  
CARIRI - URCA



Continuação do Parecer: 1.766.875

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_742052.pdf	06/09/2016 19:11:21		Aceito
Outros	TERMO_DE_ANUENCIA.docx	06/09/2016 15:40:43	Eduarda Maria Duarte Rodrigues	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.doc	06/09/2016 15:38:50	Eduarda Maria Duarte Rodrigues	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	25/06/2016 17:51:50	Eduarda Maria Duarte Rodrigues	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TESE.docx	20/06/2016 23:10:09	Eduarda Maria Duarte Rodrigues	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CRATO, 07 de Outubro de 2016

Dr. Allysson Pontes Pinheiro  
Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa

**Assinado por:**  
**George Pimentel Fernandes**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161  
**Bairro:** Pimenta **CEP:** 63.105-000  
**UF:** CE **Município:** CRATO  
**Telefone:** (88)3102-1212 **Fax:** (88)3102-1291 **E-mail:** cep@urca.br