



**UNIVERSIDA DE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**DOUTORADO EM ENFERMAGEM**  
**DINTER UFC/URCA**

**GLÁUCIA MARGARIDA BEZERRA BISPO**

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM JUAZEIRO DO NORTE-CE**  
**NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS**

**FORTALEZA**

**2018**

**GLÁUCIA MARGARIDA BEZERRA BISPO**

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM JUAZEIRO DO NORTE-CE  
NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS**

Tese apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor.

Grande Área: Ciências da Saúde

Área de concentração: Enfermagem.

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

Orientadora: Profa. Dra. Marta Maria Coelho Damasceno.

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

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- B531a Bispo, Gláucia Margarida Bezerra.  
AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM JUAZEIRO DO NORTE-CE NA PERSPECTIVA  
DOS PROFISSIONAIS / Gláucia Margarida Bezerra Bispo. – 2018.  
110 f. : il. color.
- Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e  
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2018.  
Orientação: Profa. Dra. Marta Maria Coelho Damasceno..  
Coorientação: Prof. Dr. Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas..
1. Avaliação em Saúde. 2. Acesso aos Serviços de Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde.. I. Título.  
CDD 610.73
-

**GLÁUCIA MARGARIDA BEZERRA BISPO**

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM JUAZEIRO DO NORTE-CE  
NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS**

Tese apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor.  
Área de concentração: Enfermagem.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Marta Maria Coelho Damasceno  
Universidade Federal do Ceará - UFC  
Presidente/Orientadora

---

Prof. Dr. Márcio Flávio Moura de Araújo  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira - UNILAB  
Membro Efetivo

---

Profa. Dra. Patrícia Freire de Vasconcelos  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira - UNILAB  
Membro Efetivo

---

Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto  
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ  
Membro Efetivo

---

Profa. Dra. Ana Patrícia Pereira Morais  
Universidade Estadual do Ceará - UECE  
Membro Efetivo

---

Profa. Dra. Ana Maria Parente Garcia Alencar  
Universidade Regional do Cariri - URCA  
Membro Suplente

---

Profa. Dra. Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida  
Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE  
Membro Suplente

Ao meu Pai, Georges Santos Oliveira (*in memoriam*), que faleceu durante esta minha caminhada e, agora mesmo ausente, possui grande influência em minha vida, principalmente pelos seus ensinamentos de persistência e humildade que me direcionarão por todos os dias de minha vida. Saudade e gratidão eternas.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela força, coragem e fé para seguir adiante, quando tudo parecia difícil e intransponível.

A minha família, em especial a minha mãe, **Terezinha Bezerra de Menezes Oliveira**, pelas palavras estimuladoras e atos de amor, essenciais para minha formação. Impossível expressar em palavras meu amor e gratidão.

Ao meu marido, **Eliseu Bispo Filho**, pelo seu amor, companheirismo e, principalmente, pela sua paciência e apoio durante toda essa caminhada. OBRIGADA pela compreensão em todos os momentos de ausência. Você foi muito importante nessa etapa da minha vida. Amo você!

Aos nossos filhos, **Thálasso Bezerra Bispo, Vito Bezerra Bispo e Thamires Bezerra Bispo**, que iluminam o caminho que tenho de percorrer. Sem vocês nada teria sentido.

Às minhas noras, **Lis Maria Machado Ribeiro Bezerra e Livia Parente Pinheiro Teodoro**, e ao meu genro, **Raul Ribeiro Arraes**, amigos que me ajudaram nesta jornada, me tranquilizando e estimulando mediante a felicidade proporcionada aos meus filhos. Adoro vocês!

Aos meus netos, **Iesus Ribeiro de Melo, Iasmim Ribeiro Bezerra Bispo e Levi Pinheiro Bispo**, que iluminam todos os momentos da minha vida com seus sorrisos, me transmitindo tanta paz e felicidade. Amo vocês!

Um agradecimento muito especial a **Eduarda Maria Duarte Rodrigues**, pelo carinho, companheirismo e por ter se transformado em pilar de apoio durante tantos momentos desta jornada.

A minha orientadora, **Profa. Dra. Marta Maria Coelho Damasceno**, pela preciosa orientação, incentivo e apoio irrestrito, oportunizando, através da transmissão dos seus conhecimentos, a realização deste sonho.

Ao meu coorientador, **Prof. Dr. Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas**, por muito haver colaborado com sua experiência, disponibilidade e conhecimentos.

A todos os participantes, que proporcionaram a execução deste trabalho.

Agradeço, novamente, Àquele que me ensinou estar aqui, agora, escrevendo estas palavras – **Nosso irmão maior, JESUS!!!!**

“Deus nunca disse que a jornada seria fácil,  
mas Ele garantiu que a chegada valeria a  
pena.”

(Max Lucado)

## RESUMO

A avaliação da Atenção Primária à Saúde no Brasil como prioridade para o Ministério da Saúde desenvolve estratégias de mensuração da qualidade dos serviços com a intenção de avaliar os resultados alcançados quanto à organização e à qualidade dos serviços, considerando o aumento acelerado do número de equipes de Saúde da Família implantadas em todo o País. O Município estudado apresenta de modo semelhante uma larga expansão no número de equipes, desencadeando a necessidade de uma avaliação mais acurada, que identifique a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde e preencha a lacuna no que se refere à publicação de estudos avaliativos, principalmente utilizando o instrumento *Primary Care Assessment Tool* - versão profissionais. Acredita-se que a identificação do grau de aproximação das equipes de Saúde da Família com a Atenção Primária à Saúde produza conhecimentos sobre sua efetividade e defina os possíveis impactos produzidos na saúde da população. Objetivou-se avaliar a Atenção Primária à Saúde no Município de Juazeiro do Norte na perspectiva dos profissionais. Trata-se de pesquisa avaliativa com abordagem quantitativa e delineamento transversal, realizada no Município de Juazeiro do Norte. A população envolveu todos os profissionais cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família (n=169), tendo sido desenvolvido com uma amostra de 163 profissionais de ambos os sexos. Para a coleta de dados, foram utilizados dois questionários: o primeiro relacionado ao perfil sociodemográfico, formação acadêmica e experiência profissional e o segundo denominado *Primary Care Assessment Tool* -versão profissionais. A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a março de 2017, de modo presencial, mediante aplicação dos instrumentos em período previamente agendado e com duração média de 40 min. Os dados foram tabulados e analisados pelo *software Statistical Package for the Social Sciences* versão 23. A avaliação dos escores essencial e geral dos atributos foram encontrados mediante o cálculo da média aritmética das respostas dos seus respectivos itens. Adotou-se como ponto de corte o valor de 6,6. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri, e aprovado com Parecer N° 1.940.809. Participaram da pesquisa 60 médicos, 63 enfermeiros e 40 cirurgiões-dentistas. Foram avaliados oito atributos da Atenção Primária à Saúde, tendo sido “Acesso de Primeiro Contato” o atributo com menor escore (3,3) e “Coordenação– Sistema de Informações” o com maior escore (8,5). O Escore Essencial foi de 6,6 e o Escore Geral 6,8. Os escores dos atributos “Longitudinalidade”, “Coordenação – Sistema de Informações”, “Integralidade – Serviços Prestados” e “Orientação Familiar” e “Orientação Comunitária” foram significativamente menores na percepção dos cirurgiões-dentistas. O Distrito IV exprimiu melhores escores em seis atributos, denotando menor escore apenas para a Integralidade – Serviços Prestados e Orientação Familiar. O Distrito III obteve menores escores. Apesar da heterogeneidade dos processos de trabalho pode-se inferir que a Estratégia Saúde da Família do Município de Juazeiro do Norte é provedora da Atenção Primária à Saúde, segundo os profissionais de saúde.

**Descritores:** Avaliação em Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde.



## ABSTRACT

The evaluation of Primary Healthy Care in Brazil as a priority of Ministry of Health has been developing strategies to measuring the quality of services aiming to evaluate the results achieved, regarding the organization and quality of services, considering the accelerated increase in the number of teams of Healthy Family Care implanted all over the country. The City studied similarly shows a large expansion in the number of teams, unleashing the need of a more accurate evaluation, which identifies the presence and extension of the attributes of Primary Healthy Care and fills the lack referring to the publication of evaluative studies, specially using the instrument Primary Care Assessment Tool - professional version. It is believed that the identification of the degree of approach of the Family Healthy Teams with Primary Healthy Care produces acquirements about it's effectiveness and defines the possible impacts produced in the healthy of population. It was aimed to evaluate the Primary Healthy Care in the city of Juazeiro do Norte, from the professional's perspective. This is an evaluation research with quantitative approach and cross-sectional design, performed in the city of Juazeiro do Norte. The population involved all the professionals dental surgeons, nurses and phisicians of the Family Healthy Strategy (n=169), and it was developed with a sample of 163 professionals of both sexes. For the data collection, two questionnaires were used: the first one related to the sociodemographic profile, academic training and professional experience; and the second one called Primary Care Assessment Tool - professional version. The data collection was performed from February to March 2017, in person, through the application of the instruments, in a period previously scheduled, with an average duration of 40 minutes. The data were tabulated and analyzed by the software Statistical Package for the Social Sciences - 23 version. The evaluation of essential and general scores of attributes were found by calculating the arithmetic mean of the answers of their respective items. It was adopted as a cut-off the value of 6,60. The project was submitted to the Research Ethics Committee of Regional University of Cariri and approved with the technical advice N° 1.940.809. 60 physicians, 63 nurses and 40 dentist surgeons participated in the study. Eight attributes of Primary Healthy Care were evaluated, with "Access of First Contact" being the attribute of lowest score (3,3) and "Coordination - Information System" with the highest score (8,5). The essential score was 6,6 and the general score was 6,8. The score of the attributes "Longitudinality", "Coordination - Information System" and "Community Orientation" were significantly lower in the perception of dentist surgeons. The District IV expressed best scores on six attributes, denoting minor score just for the Integrality - Services Provided and Family Counseling. The District III had smaller scores. Despite the heterogeneity of the working process, it can be inferred that the Family Health Strategy of the city of Juazeiro do Norte is a provider of Primary Health Care, according to heath professionals.

**Keywords:** Health assessment. Access to health services. Primary health care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|                  |  |    |
|------------------|--|----|
| <b>Figura 1:</b> | Mapa da Região Metropolitana do Cariri - 2016.....                                     | 39 |
| <b>Figura 2:</b> | Mapa da 21ª Região de Saúde de Juazeiro do Norte - CE -2014.....                       | 40 |
| <b>Quadro 1:</b> | Distribuição do número de equipes e de profissionais por distrito e por categoria..... | 41 |

## LISTA DE TABELAS

|                   |  |    |
|-------------------|--|----|
| <b>Tabela 01:</b> | Caracterização sociodemográfica dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Juazeiro do Norte – CE, 2017.....  | 48 |
| <b>Tabela 02:</b> | Formação acadêmica e experiência profissional dos cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família. Juazeiro do Norte – CE, 2017.....                        | 49 |
| <b>Tabela 03:</b> | Distribuição de frequência dos itens do atributo Acessibilidade de Primeiro Contato na Perspectiva dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família. Juazeiro do Norte – CE, 2017..... | 50 |
| <b>Tabela 04:</b> | Distribuição de frequência dos itens do atributo Longitudinalidade na Perspectiva dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família. Juazeiro do Norte – CE, 2017.....                  | 51 |
| <b>Tabela 05:</b> | Distribuição de frequência dos itens do atributo Integração de Cuidados na Perspectiva dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família. Juazeiro do Norte – CE, 2017.....             | 52 |
| <b>Tabela 06:</b> | Distribuição de frequência dos itens do atributo Sistema de Informações na perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Juazeiro do Norte – CE, 2017.....             | 52 |
| <b>Tabela 07:</b> | Distribuição de frequência dos itens do atributo Serviços Disponíveis. na Perspectiva dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família. Juazeiro do Norte – CE, 2017.....              | 53 |
| <b>Tabela 08:</b> | Distribuição de frequência dos itens do atributo Integralidade - Serviços Prestados na Perspectiva dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família. Juazeiro do Norte – CE, 2017..... | 54 |
| <b>Tabela 09:</b> | Distribuição de frequência dos itens do atributo Orientação Familiar perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Juazeiro do Norte – CE, 2017.....                   | 54 |
| <b>Tabela 10:</b> | Distribuição de frequência dos itens do atributo Orientação Comunitária na Perspectiva dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família. Juazeiro do Norte – CE, 2017.....             | 55 |
| <b>Tabela 11:</b> | Distribuição dos valores mínimos, máximos, médias, desvio-padrão e grau de orientação para os atributos da APS. Juazeiro do Norte – CE, 2017.....                                      | 55 |

|                   |   |    |
|-------------------|---|----|
| <b>Tabela 12:</b> | Associação entre as categorias profissionais e as variáveis sociodemográficas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Juazeiro do Norte – CE, 2017..... | 56 |
| <b>Tabela 13:</b> | Associação entre as categorias profissionais e a pontuação média dos atributos do PCATool. Juazeiro do Norte-CE, 2017.....  | 57 |
| <b>Tabela 14:</b> | Associação entre os distritos de saúde e a pontuação média dos atributos do PCATool. Juazeiro do Norte-CE, 2017.....  | 58 |
| <b>Tabela 15:</b> | Associação entre a zona de atuação das ESF e a pontuação média dos atributos do PCATool. Juazeiro do Norte-CE, 2017.....  | 58 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|                |   |
|----------------|---|
| <b>AB</b>      | Atenção Básica  |
| <b>ACS</b>     | Agente Comunitário de Saúde   |
| <b>AMQ</b>     | Avaliação para Melhoria da Qualidade                                      |
| <b>AMAQ</b>    | Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica  |
| <b>APS</b>     | Atenção Primária à Saúde  |
| <b>CAPS ad</b> | Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas                  |
| <b>CEMEAR</b>  | Centro de Excelência em Saúde Reprodutiva e Sexual                        |
| <b>CEO</b>     | Centro de Especialidades Odontológicas                                    |
| <b>CEREST</b>  | Centro de Referência em Saúde do Trabalhador                              |
| <b>DINTER</b>  | Doutorado interinstitucional  |
| <b>DCN</b>     | Diretriz Curricular Nacional  |
| <b>e-ACS</b>   | Equipes de Agentes Comunitários de Saúde                                  |
| <b>EE</b>      | Escore Essencial  |
| <b>EG</b>      | Escore Geral  |
| <b>e-MAD</b>   | Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar                          |
| <b>e-MAP</b>   | Equipe Multiprofissional de Apoio   |
| <b>ESF</b>     | Estratégia Saúde da Família   |
| <b>EUROPEP</b> | <i>European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care</i> |
| <b>FIOCRUZ</b> | Fundação Oswaldo Cruz   |
| <b>IBGE</b>    | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                           |
| <b>ICSAP</b>   | Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária                    |
| <b>MS</b>      | Ministério da Saúde   |
| <b>NASF</b>    | Núcleo de Apoio à Saúde da Família  |
| <b>OMS</b>     | Organização Mundial de Saúde  |
| <b>OPAS</b>    | Organização Pan-Americana de Saúde  |
| <b>PCATool</b> | <i>Primary Care Assessment Tool</i>                                       |
| <b>PACS</b>    | Programa de Agente Comunitário de Saúde                                   |
| <b>PDR</b>     | Plano Diretor de Regionalização   |
| <b>PMAQ-AB</b> | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica  |
| <b>PNAB</b>    | Política Nacional da Atenção Básica                                       |
| <b>PNI</b>     | Programa Nacional de Imunização   |

|               |  |
|---------------|--|
| <b>PNPS</b>   | Programa Nacional de Promoção da Saúde                           |
| <b>PROESF</b> | Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família           |
| <b>PSE</b>    | Programa de Saúde na Escola                                      |
| <b>PSF</b>    | Programa Saúde da Família  |
| <b>RAS</b>    | Rede de Atenção à Saúde  |
| <b>SAD</b>    | Serviço de Atenção Domiciliar                                    |
| <b>SAME</b>   | Serviço de Assistência Médica Especializada                      |
| <b>SAMU</b>   | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência                         |
| <b>SB</b>     | Saúde Bucal  |
| <b>SGDAB</b>  | Sistema de Gestão de Programas do Departamento da Atenção Básica |
| <b>SPSS</b>   | <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>               |
| <b>SUS</b>    | Sistema Único de Saúde   |
| <b>TCLE</b>   | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                       |
| <b>TMI</b>    | Taxa de Mortalidade Infantil                                     |
| <b>UBS</b>    | Unidade Básica de Saúde  |
| <b>UFC</b>    | Universidade Federal do Ceará                                    |
| <b>UNICEF</b> | Fundo das Nações Unidas para a Infância                          |
| <b>UPA</b>    | Unidade de Pronto Atendimento                                    |
| <b>URCA</b>   | Universidade Regional do Cariri                                  |
| <b>UTI</b>    | Unidade de Terapia Intensiva                                     |
| <b>VD</b>     | Visita Domiciliar  |

## SUMÁRIO

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1     | <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | 15 |
| 2     | <b>OBJETIVOS</b> .....  | 21 |
| 2.1   | Objetivo Geral.....   | 21 |
| 2.2   | Objetivos Específicos.....  | 21 |
| 3     | <b>CONSIDERAÇÕES TEMÁTICAS</b> .....                                  | 22 |
| 3.1   | Atenção Primária à Saúde – Constituição Sócio Histórica.....          | 22 |
| 3.2   | Avaliação da Atenção Primária à Saúde no Brasil .....                 | 27 |
| 3.3   | Instrumentos de Avaliação da Atenção Primária à Saúde no Brasil ..... | 29 |
| 4     | <b>MÉTODOS</b> .....  | 38 |
| 4.1   | Tipo de Estudo.....   | 38 |
| 4.2   | Período e Local do Estudo .....                                       | 39 |
| 4.3   | População e Amostra.....  | 41 |
| 4.4   | Variáveis do Estudo.....  | 42 |
| 4.5   | Instrumentos de Coleta de Dados.....                                  | 42 |
| 4.5.1 | Descrição do PCATool- versão profissional.....                        | 43 |
| 4.6   | Coleta de Dados.....  | 43 |
| 4.7   | Análise de Dados.....   | 44 |
| 4.8   | Aspectos Éticos .....   | 46 |
| 5     | <b>RESULTADOS</b> .....   | 47 |
| 5.1   | Características Sociodemográficas dos Profissionais.....              | 47 |
| 5.2   | Formação Acadêmica e Experiência Profissional.....                    | 48 |
| 5.3   | Distribuição dos Escores, por Atributo.....                           | 49 |
| 5.4   | Associações entre os Atributos e as Variáveis do Estudo.....          | 56 |
| 6     | <b>DISCUSSÃO</b> .....  | 60 |
| 6.1   | Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde.....              | 60 |
| 6.2   | Acesso do Primeiro Contato – Acessibilidade.....                      | 60 |
| 6.3   | Longitudinalidade.....  | 62 |
| 6.4   | Coordenação – Integração do Cuidado.....                              | 63 |
| 6.5   | Coordenação – Sistema de Informação.....                              | 65 |
| 6.6   | Integralidade – Serviços Disponíveis.....                             | 66 |
| 6.7   | Integralidade – Serviços Prestados .....                              | 68 |

|      |  |     |
|------|--|-----|
| 6.8  | Orientação Familiar .....                                    | 69  |
| 6.9  | Orientação Comunitária.....                                  | 70  |
| 6.10 | Associação entre as Varáveis Estudadas.....                  | 71  |
| 7    | <b>CONCLUSÃO</b> .....                                       | 75  |
| 8    | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....                            | 76  |
| 8.1  | Limitações do Estudo.....                                    | 77  |
| 8.2  | Recomendações do Estudo.....                                 | 77  |
|      | <b>REFERÊNCIAS</b> .....                                     | 78  |
|      | <b>APÊNDICES</b> .....                                       | 88  |
|      | Apêndice A - Formulário para Coleta de Dados.....            | 89  |
|      | Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 91  |
|      | <b>ANEXOS</b> .....  | 93  |
|      | ANEXO A – Instrumento de Coleta de Dados.....                | 94  |
|      | ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP.....                | 106 |



## 1 INTRODUÇÃO

A avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS) é uma preocupação e, conseqüentemente, uma prioridade para o Ministério da Saúde (MS), que desenvolve estratégias no país, com a intenção de avaliar os resultados alcançados em relação à organização, provisão e qualidade dos serviços, e aos possíveis impactos produzidos na saúde da população, sendo, portanto, a avaliação da APS o objeto deste estudo.

A APS teve seu primeiro marco na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, em 1978, sob a coordenação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Essa Conferência teve como objetivo central a discussão sobre opções de cuidados à saúde mais equitativos e serviu como elemento inicial para várias conceituações acerca da APS (MENDES, 2012).

Na realidade brasileira, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) tornaram a assistência à saúde um direito de todos e uma responsabilidade do Estado, promovendo uma profunda transição de um modelo de assistência centrado no hospital para outro com enfoque na APS como eixo norteador das ações em saúde (BRASIL, 1988).

Destaca-se, nesse momento, a reformulação do conceito de saúde, que passou a ser entendido como resultado das condições sociais e de vida. O direito à saúde e o acesso aos serviços passaram a ser reconhecidos como direitos de todos os cidadãos brasileiros tornando os princípios do SUS, eixo de orientação para práticas assistenciais, privilegiando o acesso universal e igualitário, a regionalização, a descentralização dos serviços de saúde e a hierarquização, que distribui os serviços em três pontos de atenção: primário, secundário e terciário.

Nesse contexto, o MS buscou no ponto primário de atenção a maneira de reestruturar e reorientar as práticas vigentes do cuidar, com suporte em um programa que cobrisse os princípios norteadores do SUS e estivesse voltado à prática dos cuidados primários à saúde, nascendo, então, o Programa Saúde da Família (PSF).

Implantado em 1994, o PSF expressava-se como um programa norteador das ações de saúde. As transformações operacionalizadas desde esse novo modelo de atenção repercutiram na reorganização dos sistemas locais e no próprio financiamento da política (ASSIS; MISCHIATI, 2017).

Esses autores apontam que, com origem nessas mudanças, o PSF começou a perder o perfil de programa e assumir a posição de estratégia de organização do sistema de saúde, constituindo, portanto, uma das principais tentativas de superação dos problemas decorrentes do modelo biomédico e também de busca da implementação dos princípios do SUS. Em tal circunstância, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) publicada em 2006, mudou a nomenclatura do PSF para a Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo em vista que os programas são transitórios e possuem, portanto, tempo determinado de execução, enquanto as estratégias são permanentes e contínuas (BRASIL, 2006).

A implantação da ESF, como eixo estruturante de reorganização do sistema de saúde, baseado na APS, favorece grandes avanços no que se refere a uma maior extensão do acesso, maior qualidade dos serviços e reconfiguração nos modos de produzir cuidado em saúde no território. Expressa, em suas características definidoras, a atuação em áreas geograficamente limitadas e populações definidas, possuindo como meta prioritária a intervenção sobre os fatores de riscos aos quais a comunidade está exposta, por meio de assistência integral, permanente e de qualidade, além da realização de atividades de educação e promoção da saúde (GIOVANELLA, 2012).

No Território Brasileiro, a ESF deve constituir a principal porta de entrada para o serviço de saúde, e não a única, porquanto os serviços de urgências e emergências constituem a outra porta de acesso ao sistema de saúde (CAMPOS; GUERRERO, 2013). Esse novo desenho do cuidar aponta para uma nova ideia de intervenção em saúde, no sentido de garantir a promoção da saúde, a prevenção de doenças e/ou agravos, bem como a organização da rede de serviços, sem deixar de mencionar a extrema relevância de outros aspectos, como o estabelecimento de vínculo com a comunidade, a interdisciplinaridade e a família, que é vista como objeto de atenção desde o seu entorno (PNAB, 2017).

Para caracterizar-se como ESF, a equipe deve ser interdisciplinar, minimamente composta por um médico, um enfermeiro, um técnico em Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, sediada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), atuando em áreas geográficas definidas e com populações adscritas, com até 3.500 pessoas para cada equipe, podendo ainda este número ser reduzido, de acordo com o risco e a vulnerabilidade social dessa população (BRASIL, 2017).

Nesse contexto de multidisciplinaridade, destaca-se o enfermeiro, que se insere na equipe de Saúde da Família como excelente articulador, com os outros pontos de atenção e desenvolvendo simultaneamente as funções gerenciais e assistenciais, sendo, portanto, um agenciador por excelência do processo de melhoria da qualidade do serviço e da avaliação da

APS. O enfermeiro transita em todas as etapas da consolidação da ESF, num processo contínuo de elaboração da interdisciplinaridade, formando um elo indispensável entre os distintos profissionais e a gestão da saúde, favorecendo, com efeito, o estabelecimento de um processo de trabalho com enfoque multiprofissional, sustentável e eficaz.

Embora sejam notórias e sensíveis as alterações no processo de trabalho dos profissionais atuantes na ESF, constata-se que as mudanças pretendidas com a reforma sanitária, a institucionalização do SUS, a criação de equipes de Saúde da Família, bem como outros desenhos, não pressupõem uma mudança espontânea e rápida nas práticas e no cuidado em saúde e sim um redesenho de propostas adequadas a cada território, objetivando privilegiar a diversidade social e cultural de cada região.

Os documentos normativos do MS fazem referência constante à qualidade dos serviços e cuidados prestados, quando trazem à tona a ESF como condutora da APS no país, considerando-a sempre como uma elaboração social que influencia e é influenciada constantemente pelos aspectos históricos, políticos, econômicos, tecnológicos e culturais de cada região (BRASIL, 2010a; 2010b; 2012a; 2017).

A tarefa de conceituar qualidade em saúde é por demais complexa, considerando-se a pluralidade de perspectivas pelas quais se pode interpretar a expressão. Um dos conceitos vastamente aceito foi o formulado por Donabedian (1980), ao acentuar que a qualidade precisa ter inserida na sua essência sete características - eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade - devendo ser todas passíveis de avaliação, o que favorece a melhoria na qualidade de vida da população.

Assim avaliação em saúde, é entendida como um processo em que se reúnem informações sobre as ações, características e efeitos de um programa ou serviço de saúde, respondendo a um questionamento avaliativo, devendo determinar a relevância ou valor do objeto avaliado, deixando clara a associação entre este e seus efeitos (ANTUNES *et al.*, 2017).

Vários e distintos são os objetos da avaliação em saúde, abarcando desde um procedimento simples e específico até um sistema de saúde, enfocando suas variadas características e objetivos. Para tanto, faz-se necessária a utilização de técnicas e metas, também distintas.

Na APS, a avaliação ainda exprime fragilidades no sentido de instalar-se como norte para tomadas de decisão eficazes, e, por conseguinte, esse quadro reflete de maneira negativa na saúde da população, bem como na motivação para maior qualificação dos profissionais da saúde, com vistas a explorar novas e efetivas práticas do cuidar coletivo.

Para que, no entanto, a avaliação se estabeleça como um processo contínuo, faz-se necessário o uso de uma definição operacional da APS para que se possa, desde então, iniciar um procedimento parametrizado de avaliação.

Para tanto, existem na literatura, evidências de que o processo avaliativo, realizado com um instrumento operacional e válido, denota influência positiva nos processos decisórios e que os sistemas de saúde que possuem uma APS forte são mais equitativos, atingem um padrão desejável na saúde da população, têm melhor custo-efetividade, conseguem atingir um elevado grau de satisfação do usuário e habilitam os profissionais de saúde a conduzirem de modo efetivo as necessidades de saúde das pessoas inseridas no seu território (STARFIELD, 2002).

A busca pela detecção de espaços vazios no processo de trabalho estabelecido na APS e a identificação das fragilidades no ato de cuidar coletivo são uma constante no âmbito do MS, que, nas últimas décadas, investiu bastante na instituição da avaliação como prática positiva de identificação de fragilidades e de incentivo às potencialidades da ESF, reduzindo a distância entre a avaliação e a qualidade do serviço no âmbito da APS.

É relevante enfatizar, contudo, o fato de que é no plano local que as mudanças devem, principalmente, acontecer de modo mais rápido, o que justifica a implantação e solidificação de propostas avaliativas agregadas aos serviços. Nesse sentido, o MS implantou, em 2005, a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), composto por um instrumento de autoavaliação, que busca mediante sua aplicação, obter um diagnóstico da organização, funcionamento dos serviços e suas práticas partindo dos princípios, diretrizes e campos de atuação da equipe, porquanto ele é direcionado para os profissionais da ESF e gestores municipais (BRASIL, 2009).

Portanto, a autoavaliação configura objetivo final da AMQ, sendo entendida como ponto de partida da fase de desenvolvimento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Criado em 2011, o PMAQ-AB foi organizado em quatro fases complementares que formavam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB. Com o lançamento da Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015, o novo desenho do Programa propõe três fases (Adesão e Contratualização; Certificação e Recontratualização) e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento (BRASIL, 2015).

Para a elaboração do PCATool, Starfield (1992) considerou que a APS é um conjunto indissociável de elementos estruturantes – atributos – do sistema de serviços de saúde, subdivididos em quatro atributos essenciais, que dizem respeito ao acesso de primeiro

contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação, e três derivados, que também qualificam as ações dos serviços de APS, a saber - Orientação Familiar; Orientação Comunitária e Competência Cultural, este último ainda não foi validado e, portanto, não será avaliado neste estudo (STARFIELD; XU; SHI, 2001).

Com o objetivo de avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS o instrumento denominado PCATool foi traduzido e adaptado em vários países, com diferentes sistemas de saúde, entre eles, o Brasil (HARZHEIM *et al.*, 2013; ALMEIDA, MACINKO, 2006). A validação aconteceu com algumas variações na metodologia adotada, porém os resultados foram adequados, respeitando a estrutura multidimensional na versão original e a unidimensionalidade para a redução do instrumento.

O PCATool possui três versões: criança, adulto e profissionais. A última foi criada como espelho da versão adulto, com acréscimo de itens do atributo Integralidade da versão para Criança.

Com base nesse instrumento, pode-se avaliar se o serviço é provedor da APS e, por conseguinte, denota um escore maior ou igual a 6,6 para os quatro atributos essenciais, podendo aumentar seu poder de interação com pessoas e comunidade com a presença de bons escores também para os atributos derivados (BRASIL, 2010b).

Estados brasileiros como Rio de Janeiro (ALMEIDA; MACINKO, 2006), Rio Grande do Sul (HARZHEIM *et al.*, 2013), Rio Grande do Norte (ARAÚJO *et al.*, 2014), Paraíba (FONSECA, 2014), Minas Gerais (PAULA *et al.*, 2015) e Espírito Santo (LIMA *et al.*, 2015) realizaram e publicaram seus estudos acerca da avaliação da APS com a utilização do PCATool. Percebe-se que ainda continuam bastante escassos os estudos sobre a avaliação da APS nos estados do Nordeste. No Ceará, berço do PACS e da ESF, ainda permanece a lacuna na publicação de estudos sobre a avaliação da APS com foco na aferição da presença e extensão dos atributos da APS.

Em Juazeiro do Norte-CE, *locus* deste estudo, a implantação das cinco primeiras equipes da ESF ocorreu em 1998. Em dezembro de 2017, o Município contava com 70 equipes da ESF, atingindo uma cobertura de 77,7% da população (JUAZEIRO DO NORTE, 2017). O crescimento e a progressiva ampliação da cobertura da ESF trazem à tona a necessidade de reflexão sobre sua ideia, operacionalização e sustentabilidade. Isso reflete também a necessidade de avaliação da qualidade dos serviços e da atenção à saúde prestada à população por meio dos profissionais da ESF, com vistas a mensurar a presença e extensão dos atributos da APS.

Vale ressaltar que embora o Município possua alto percentual de cobertura de ESF, ainda exprime dados preocupantes, como as metas acordadas no pacto pela vida e não alcançadas, representadas pelos baixos percentuais dos indicadores de saúde, além da evidência do alto índice de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) (CARNEIRO, 2015).

Considerando o exposto, reitera-se o fato de que a pesquisa foi desenhada após a identificação da lacuna do conhecimento, no que se refere a estudos publicados sobre a avaliação da APS em Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil, principalmente utilizando o instrumento PCATool, versão profissionais.

Evidências destacadas na literatura nacional e internacional exprimem a crescente associação entre melhores desfechos de saúde e maior presença e extensão dos atributos da APS (SHI; STARFIELD; XU, 2001), justificando, assim, a necessidade da realização deste estudo.

Nesse sentido, esta investigação trabalha na expectativa de que, após realizada a avaliação da APS, se possa investir no desenvolvimento de estudos de intervenção para amenizar e propor resolução dos principais problemas identificados. Trabalha-se, ainda, na perspectiva de responder às seguintes indagações: A ESF do Município de Juazeiro do Norte é provedora da APS?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde no Município de Juazeiro do Norte – CE, na perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Calcular os escores essencial e geral e dos atributos da APS de Juazeiro do Norte-CE, na perspectiva dos profissionais da ESF.
- Associar as variáveis sociodemográficas, de formação acadêmica e experiência profissional com as categorias profissionais.
- Associar os atributos da APS com a categoria profissional, distrito de saúde e zona de atuação dos profissionais de Juazeiro do Norte – CE.

### 3 CONSIDERAÇÕES TEMÁTICAS

Em virtude da relevância da avaliação da APS, objeto de estudo desta tese de doutoramento, faz-se necessário abordar detalhadamente o processo avaliativo, traçando seus conceitos e aspectos histórico-metodológicos, tendo como foco central a APS. Para tanto, estruturou-se esse capítulo em três tópicos para melhor compreensão do objeto: Atenção Primária à Saúde: Processo de Constituição Sócio-Histórica; Avaliação da Atenção Primária à Saúde no Brasil e Instrumentos de Avaliação da Atenção Primária à Saúde no Brasil.

#### 3.1 Atenção Primária à Saúde – Constituição Sócio- Histórica

A expressão Atenção Primária à Saúde foi mencionada pela primeira vez em 1920 pelo médico inglês Bertrand Dawson, no Reino Unido, quando em seu relatório exprimiu um conceito de APS como primeiro acesso a um sistema de saúde estruturado em níveis de complexidade. O relatório estabelecia que a organização desse sistema deveria se fazer por intermédio dos referenciais que se denominariam de centros primários e secundários de atenção à saúde, além dos hospitais-escola, implicando uma estrutura regionalizada dos serviços de saúde e seguindo uma hierarquia que se configurasse nos níveis de atenção primário, secundário e terciário (SUMAR; FAUSTO, 2014).

As ideias contidas nesse relatório, no entanto, não foram aceitas e postas em prática de modo imediato, especialmente por estarem desacordadas em relação ao pensamento da classe médica, que defendia o modelo flexneriano, porém, serviu como fonte inicial para posteriores discussões na realidade da organização dos sistemas de saúde em vários países, de maneira a fomentar na maioria dos governantes o desejo de mudança nos sistemas de saúde vigentes (GIOVANELLA, 2012).

Em 1978, volta à circulação mundial a expressão APS, desta vez com maior consistência, durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários, em Alma-Ata, no Cazaquistão. Esse evento recebeu apoio da OMS e do UNICEF e contou com a participação de 134 países representados por suas delegações. Constituiu um marco para o estabelecimento de caminhos que favorecessem a inserção da APS no mundo (SANTOS; SENNA, 2015).

A Conferência de Alma-Ata tornou-se referência internacional e representou um marco nos debates acerca das políticas de saúde no mundo e do direito humano à saúde. Em Alma-Ata os cuidados primários em saúde foram conceituados como:



Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade [...] Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978).

A literatura revela que, desde a Conferência de Alma-Ata, a APS é definida de maneiras diferenciadas em vários países, contudo, todas convergem para o alcance do melhor de saúde da população (OLIVEIRA, 2015).

A Espanha, em 1984, pelo Decreto-Lei nº 137, definia a equipe de APS como sendo “[...] o conjunto de ações essenciais desenvolvidas por profissionais que efetuam essas atividades sobre a zona da saúde e o centro de saúde é o lugar físico de reunião da equipe de Atenção Primária à Saúde”. Em Cuba, no mesmo ano, o pesquisador Cosme Ordóñez definiu a APS como “[...] um conjunto de atividades planejadas de atenção médica integral que têm como objetivo alcançar melhor ponto de saúde para o indivíduo e a comunidade” (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006, p.784-785).

Em Nova York, Starfield (1998) publicou o livro *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and technology*. Esta obra representou um marco importante, pois destacou as evidências da influência positiva da APS em diversos países, além de sugerir novos métodos para avaliação dos resultados gerados pelos sistemas e profissionais da APS (GIOVANELLA *et al.*, 2009).

Com base nas produções de Starfield (1998, 2002, 2004) e de Giovanella (2012), a APS pode ser definida como primeiro espaço a ofertar o adentramento do usuário ao sistema de saúde para que encontre atendimento adequado a todas as necessidades e problemas novos e/ou antigos, a oferecer atenção à pessoa de modo holístico e não à doença exclusivamente e que coordene e integre a atenção fornecida em outro local ou por outro profissional em qualquer tempo.

Embora o conceito da APS seja claro, percebe-se uma inserção, no contexto mundial, de várias modalidades de implementação, seguindo padrões distintos em quase todos os países. O plano primário de atenção mostra-se compreendido e implementado, em diversificadas dimensões, em perspectiva mais ou menos abrangente, mais ou menos seletiva e focalizada, como estratégia de reorganização do primeiro ponto de atenção ou como estratégia de reorganização de sistemas de saúde.

A trajetória da APS é, deste modo, assinalada por constante processo de reconstruções, reflexões, disputas e inspirações para os vários sujeitos e segmentos

envolvidos, em período de constante crise dos sistemas de saúde.

As diversas modalidades de se interpretar a APS se justificam, por meio da própria evolução, de como se desenvolveu este conceito e pela duplicidade de definições formais expressas nos âmbitos internacionais, assim como pelo importante intento de se estabelecer uma compreensão positiva do processo saúde/doença em substituição ao conceito negativo da saúde ainda existente em vários espaços (MENDES, 2015).

Com efeito, são expressas três conotações essenciais da APS: a primeira, se exprime como atenção primária seletiva, a segunda aparece como o primeiro ponto do sistema de atenção à saúde e a terceira se insere como estratégia de organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2012).

A identificação da APS como seletiva refere-se à execução de programas com objetivos limitados propostos para atender populações em situação de extrema pobreza e a quem se oferta, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, ainda existindo a impossibilidade de acesso a outras esferas de atenção à saúde com densidade tecnológica mais elevada, implicando, portanto, uma interpretação muito limitada do que foi preconizado em Alma - Ata (GIOVANELLA *et al.*, 2009).

O entendimento da APS como estrato primário do sistema de atenção à saúde define-a como um meio de fazer funcionar a principal porta de acesso do usuário ao sistema de saúde, destacando a resolubilidade desses serviços sobre os problemas mais comuns de saúde (CONILL, 2008; GIOVANELLA *et al.*, 2009).

A interpretação da APS como organização do sistema de saúde imprime um modo de identificação baseado na recombinação e reordenação dos recursos do sistema para atender as demandas da população, o que implica a articulação da APS como parte e como coordenadora de uma RAS (MENDES, 2012).

Compreende-se a RAS como a articulação entre os diversos serviços de saúde, todos possuindo um objetivo, atuando de maneira cooperativa e interdependente e permitindo ofertar uma atenção continuada e integral a uma população definida. Pode-se entender por que os estudos evidenciam que a APS aumenta de modo exponencial a sua resolubilidade quando assume a coordenação da RAS, diminuindo custos, se tornando mais efetivos e se ajustando a situação socioeconômica e epidemiológica do município e do território (KRINGOS *et al.*, 2010).

Nesta realidade, o SUS vivencia muitos desafios quando o foco é fazer com que a APS se coloque como coordenadora de uma RAS. Destacam-se em meio a esse emaranhado de nós críticos, a ausência de política institucional que tenha como direcionamento a robustez

da APS, a participação popular efetiva neste ponto de atenção, a maneira estreita pela qual os gestores veem o ponto primário e os reduzidos recursos financeiros e de apoio logístico que facilitem a atualização das práticas, o fortalecimento da comunicação entre os três níveis de atenção, o acolhimento dos usuários e a criação de fortes vínculos entre estes e a APS (MENDES, 2014).

A RAS, teve suas diretrizes de organização no âmbito do SUS determinadas pela Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Neste documento, é conceituada como uma rede representada por desenhos organizativos de ações e serviços de saúde, com diversos aspectos tecnológicos e que se configura como uma opção para manter a ligação entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde (BRASIL, 2010a).

Para ser efetivamente coordenadora da RAS, é necessário que a APS se posicione de maneira centralizada e estratégica no reordenamento do sistema de saúde, mantendo todos os pontos da atenção conectados, para que as pessoas e seu entorno possam ter contemplado seu direito à saúde em todas as etapas do ciclo vital (OPAS, 2011).

A APS abrangente é muito destacada nos estudos de Bárbara Starfield, que aponta quatro atributos essenciais como estruturante da APS: o Acesso de Primeiro Contato da pessoa com o sistema de saúde, que se refere a acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado; a Longitudinalidade, que pressupõe existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo; a Integralidade, que se refere à relação de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de APS e a Coordenação do Cuidado, que aponta para a continuidade da assistência, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração desta atenção ao cuidado pleno do paciente (STARFIELD, 2002).

A mesma autora acentua ainda, que devem existir os três atributos derivados: atenção à saúde centrada na família, que se foca na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral, considerando o contexto familiar e a orientação comunitária, que configura o reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos, e, por fim, a competência cultural, que representa a adaptação da equipe e profissionais de saúde às características culturais da população como indicadores de aproximação do serviço com a APS.

A APS deve se voltar para a solução de situações problemáticas da comunidade, levando em consideração não só os serviços de prevenção de doenças e agravos, promoção da saúde, cura e reabilitação, mas também atuar com base nos determinantes sociais, no intuito

de organizar, racionalizar o uso dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a manutenção e melhoria da saúde e qualidade de vida da população (MENDES, 2014).

No Brasil, a expressão Atenção Primária à Saúde foi substituída por Atenção Básica, em suas secretarias e documentos oficiais. O MS, no entanto, se refere às duas dicções como sinônimos, na maioria dos seus relatórios. Dentre os seus documentos mais importantes, destaca-se a PNAB, que estabeleceu a revisão das diretrizes e normas para a organização desse plano de atenção no que se refere à ESF e ao PACS (BRASIL, 2006; 2012a; 2017).

Em 2012, aflorou uma série de portarias que, após serem publicadas, afetam significativamente a APS do País, culminando em uma nova PNAB. Esta nova política flexibilizou a carga horária do profissional médico para 20, 30 ou 40 horas semanais, incorporou o NASF às equipes de Saúde da Família ribeirinhas e unidades de saúde fluviais e agregou os profissionais de saúde bucal das equipes de Saúde da Família, nas equipes de ACS. As respectivas portarias regulamentaram, ainda, os Consultórios de Rua e o Programa Saúde na Escola (PSE) no âmbito da APS, com o claro objetivo de otimizar esse modelo de atenção (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, compreende-se que o MS procura opções para melhorar a qualidade dos serviços, elaborando leis, normas e programas que fortaleçam a ESF, por considerar que esta se espelha nos preceitos do SUS e é a principal estratégia de reorganização da APS.

Embora a ESF se expresse com desenhos variados, moldando-se aos contextos políticos, sociais e culturais onde estão inseridas, denotam características marcantes no seu processo de trabalho, como a realização do cadastramento domiciliar e diagnóstico situacional da sua área adscrita; o desenvolvimento de ações voltadas para a promoção da saúde da comunidade por meio de pactuação comunitária; o processo de cuidar envolvendo pessoas e família; a promoção da integração entre as instituições e organizações sociais, por meio de parcerias e a participação do processo de formação de seres empoderados (MENDES, 2015).

A ESF expressa ainda, especificidades que a caracterizam, quais sejam: a existência de equipe multiprofissional; cadastramento de cada profissional de saúde em apenas uma equipe, exceção feita somente ao profissional médico, que poderá atuar em, no máximo, duas equipes e com carga horária total de 40 horas semanais (SILVA *et al.*, 2012; BRASIL, 2017).

O trabalho nesta realidade deve ser desenvolvido com base no seu caráter substitutivo, na integralidade e intersetorialidade, na territorialização, na responsabilização e vínculo, no estímulo à participação da comunidade e ao controle social (MENDES, 2012).

O crescimento acelerado do número de ESF solicita dos gestores da saúde um olhar diferenciado, já que, associada a esse aumento de cobertura, encontra-se a dificuldade de se estabelecer um processo de trabalho alicerçado nos princípios do SUS.

Nessa conjuntura, o MS, apoiado pelo Banco Mundial, desenvolve um Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) em 2003, para os municípios de mais de 100 mil habitantes. Em sua estrutura, o Projeto propõe metodologias avaliativas que possam ser realmente incorporadas ao trabalho das equipes, numa perspectiva de fomentar a implantação de uma cultura avaliativa. Além de produzir conhecimentos importantes, o estudo gerou uma sistematização, sob o formato de um manual, com vistas a servir de norte para o debate coletivo e colaborar para a instauração de uma cultura avaliativa em saúde no ponto local (DAVID; CAMARGO JR; KENNETH, 2013).

Por fim, confirma-se a relevância da institucionalização da avaliação na APS como dispositivo adequado a fim de oferecer tecnologias apropriadas para a organização dos serviços e das práticas de saúde, bem como permitir o fortalecimento do controle social no SUS. Para que isto ocorra, no entanto, se faz necessário que se compreenda a avaliação como um meio para a gestão no cotidiano dos serviços e, portanto, dos profissionais, tendo como base a intenção de enfrentamento das dificuldades da organização e do funcionamento da APS.

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

Nos últimos anos a avaliação em saúde assumiu configuração de instrumento indispensável ao planejamento e à gestão de sistemas e de serviços de saúde; não só no sentido de averiguar a efetividade das ações e o uso adequado dos recursos disponíveis, mas também como meio de constatar a satisfação dos profissionais, gestores e usuários do sistema de saúde (SANCHO; DAIN, 2012).

Brousselle *et al.* (2011, p.44), apontam em sua definição de avaliação, a ideia de que:

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

A avaliação como um instrumento para tomada de decisão dos gestores em saúde possui atualmente importância que se exprime na existência de várias iniciativas voltadas para sua implementação nas mais distintas dimensões dos sistemas de saúde. Incorporar a avaliação, no entanto, como eixo norteador das práticas das ações em saúde constitui-se um grande desafio para o SUS (HAUSER *et al.*, 2013).

É consenso a ideia de que a avaliação deve ser realizada com o objetivo de obter informação que fundamente decisões, mesmo que de modo indireto e não imediato. No setor saúde do Brasil, a avaliação se instala, desde os anos de 1990, principalmente quando se refere aos programas e serviços de saúde. Diversos são os motivos que desencadeiam as pesquisas e publicações com foco nessa temática. Ressaltam-se três momentos de singular importância no Brasil quando se faz referência a avaliação: a promulgação da Constituição de 88 que expandiu os direitos dos cidadãos; as leis orgânicas da saúde, que dão legitimidade ao Sistema Único de Saúde nas três esferas do governo; e a descentralização crescente de iniciativas no campo da saúde (BROUSSELLE *et al.*, 2011).

Nessa direção, o SUS expandiu aceleradamente os serviços e programas de saúde, desdobrando-se e operacionalizando-se em várias ações e iniciativas, o que desperta interesses sobre sua eficiência, eficácia e efetividade. O despertar para a qualidade desses serviços e ações instiga questionamentos sobre a tecnologia empregada e a respeito dos modelos de assistência implementados, convocando, assim, a avaliação como um dos instrumentos de captação de respostas.

Nesse âmbito, a APS, por ser o primeiro ponto de atenção e com maior conjunto de ações destinadas à maioria da população, passa a ser importante espaço para a aplicação de processos avaliativos. Ademais, identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços na APS é primordial para o planejamento e execução das ações neste ponto de atenção (BRASIL, 2010b).

Assim, torna-se imprescindível a necessidade de se avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização e manutenção dos serviços, e também no que se refere aos prováveis impactos produzidos na saúde e no bem-estar das pessoas e da coletividade (GIOVANELLA, 2012). Sendo assim, o emprego da avaliação da qualidade passou a se constituir meio importante para a qualificação das ações e dos serviços, refletindo assim na saúde individual, familiar e comunitária.

A garantia da qualidade da atenção é expressa atualmente como um dos principais desafios do SUS. Essa qualidade é, portanto, determinada por um grupo de atributos do processo de trabalho, que favorecem o melhor resultado possível, tendo em vista os aspectos

associados aos conhecimentos, a tecnologia e as normas sociais. A qualidade privilegia ainda, embora de modo indireto, a estrutura e os resultados das ações (BROUSSELLE *et al.*, 2011). Abarcando todas essas premissas, deve ainda, necessariamente, compreender os princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social. É reconhecido, então, o fato de que é função essencial do gestor federal ser facilitador da implantação da avaliação nas três esferas de governo, ressaltando sempre a sua importância por atuar como orientadora das práticas.

Buscando superar estes limites de compreensão, fundamentados em precedentes históricos e culturais, o MS aponta a avaliação como instrumento permanente para tomada de decisões e a qualidade como um atributo fundamental a ser alcançado no SUS, envolvendo, apropriadamente, qualquer profissional envolvido com a ESF (BRASIL, 2010a).

Em tal circunstância, torna-se indiscutível o desafio de aprimorar o desenvolvimento de esforços destinados à melhoria da qualidade dos serviços e das práticas de saúde, com o objetivo de concretizar a ESF como o eixo estruturante de reorganização da APS com repercussões na reordenação do sistema de saúde como um todo. Partindo desse contexto, o País por meio do MS busca otimizar as práticas avaliativas da APS, elaborando instrumentos de monitoramento e melhoramento da qualidade dos serviços do ponto primário de atenção.

A qualidade dos serviços está sendo entendida, no estudo sob relatório, como a presença e a extensão dos atributos considerados essenciais e derivados da APS, de acordo com Starfield (2002).

### **3.3 Instrumentos de Avaliação da Atenção Primária no Brasil**

Na corrente década, o MS, demonstra grande esforço no sentido de reduzir espaços entre a avaliação e a qualidade no âmbito da ESF. Mesmo com os avanços obtidos nos últimos decênios, é crescente a expectativa de se obter respostas para os novos desafios na área da saúde, em meio a tantas mudanças. Com efeito é necessária avaliação contínua, carecendo, também, do desenvolvimento de abordagens para melhorar a qualidade e eficácia dos serviços e práticas de APS, reforçando, assim, seus atributos.

Nesse sentido, surgem, em 2008, a proposta de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) como um novo desenho do comprometimento institucional de contribuir para a consolidação da Política de Monitoramento e Avaliação no campo da APS.

Este instrumento de autoavaliação privilegia elementos normativos, sendo aplicado a gestores de serviços e sistemas de saúde e a profissionais da saúde, de maneira voluntária, com o objetivo de nortear a resolução de problemas e promover a melhoria da Atenção Básica. A AMQ utiliza os pressupostos avaliativos de Donabedian e enfoca aspectos relativos a estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde (CARDOSO *et al.*, 2015).

AMQ é composta por duas grandes categorias de análise – gestão e equipe de saúde – e congrega cinco dimensões: desenvolvimento da estratégia; coordenação técnica das equipes; unidade de Saúde da Família; consolidação do modelo de atenção; e atenção à saúde (FIGUEIREDO *et al.*, 2013). Desde sua implantação, 246 municípios concluíram a primeira autoavaliação, atingindo um total de 2.090 equipes da ESF (BRASIL, 2011b).

Alguns anos depois da criação da AMQ, surgiu o PMAQ-AB como iniciativa de avaliação para a melhoria e qualificação da atenção básica, sendo instituído pela Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011 (BRASIL, 2011a). Constitui-se na livre escolha da adesão dos agentes envolvidos, motivando-os a participar ativamente na modificação das condições e práticas de atenção, gestão, educação e participação. O Programa define por meio dos seus padrões de qualidade uma gama de situações/problema, estimulando os agentes locais a identificá-los e problematizá-los, definindo suas prioridades de acordo com sua realidade; incentiva-os a problematizar, avaliar, refletir e estabelecer novos desenhos como meio para intervir na realidade, além de gerenciar o processo de mudança; avalia e premia os que conseguem progredir em direção aos resultados esperados e os que permanecem alimentando o movimento de mudança (BRASIL, 2011b; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

O PMAQ-AB tem como propósito a ampliação da oferta qualificada dos serviços de saúde no âmbito do SUS. O Programa está organizado em três fases (Adesão e Contratualização, Certificação e Recontratualização) e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento, que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (AB).

Ribeiro *et al.* (2016), apontam o PMAQ-AB como o primeiro elemento ativo para a pactuação da prática da ESF e como possibilitador de transformações de cotidianos pela avaliação, que se propõe a repensar elementos e conceitos na perspectiva estrutural da Atenção Básica, sob o foco do usuário e do profissional da equipe e do gestor.

Essa indução potencializa a reflexão por parte das equipes sobre suas práticas e processos laborais, desde o momento da autoavaliação até a avaliação externa, produzindo desafios e busca de soluções para os obstáculos a serem enfrentados. Portanto, o PMAQ-AB



atua, não só, mas também, como um instrumento problematizador das rotinas de trabalho nos serviços de saúde, bem como de constituição de novos pensamentos para questionar o que se tem feito (FERREIRA, 2017).

A primeira fase do PMAQ-AB consiste na etapa formal de adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes da ESF com os gestores municipais, e destes com o MS, num processo que envolve pactuação local, regional e estadual, bem como a participação do controle social.

A adesão ao PMAQ-AB e a incorporação de processos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade da AB pressupõem o protagonismo de todos os agentes envolvidos durante a implementação do Programa. A característica voluntária está associada à ideia de que o reforço e a introdução de práticas vinculadas ao crescimento da qualidade da AB somente poderão se concretizar em ambientes nos quais os trabalhadores e os gestores se achem motivados e se percebam essenciais para o seu êxito.

A segunda fase consiste na Certificação, composta por: 1- avaliação externa; 2- avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados; e 3- verificação da realização de momento autoavaliativo. Após a Certificação, as equipes serão classificadas em um dos cinco desempenhos: Ótimo; Muito Bom; Bom; Regular; e Abaixo da média.

A terceira fase, Recontratualização, é constituída por uma repactuação das equipes de Atenção Básica e dos gestores, com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático baseados nos resultados alcançados pelos participantes do Programa.

O Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento deve ser entendido como transversal a todas as fases, de maneira a assegurar que as ações de promoção da melhoria da qualidade possam ser desenvolvidas em todas as etapas do ciclo do PMAQ-AB. Nesse momento, deve ser realizado um conjunto de ações pelas equipes de AB, pelas gestões municipais e estaduais e pelo MS, com o intuito de promover movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado, que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da AB. O Eixo é composto pelos seguintes elementos: Autoavaliação, Monitoramento dos Indicadores, Educação Permanente, Apoio Institucional e Cooperação Horizontal; que deverão ser estruturados de modo contínuo e sistemático.

No âmbito do PMAQ-AB, recomenda-se que seja respondida a ferramenta de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), composta por um conjunto de padrões de qualidade, ou seja, por declarações acerca da qualidade esperada quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações na AB.

Pesquisa realizada por Sarti *et al.* (2012), em 46 municípios do Espírito Santo que utilizaram a AMAQ da AB, constataram que essa ferramenta é relevante para a reorganização do processo de trabalho nas equipes, ainda que haja necessidade do seu maior amadurecimento.

Cruz *et al.* (2014), desenvolveram investigação nas regiões brasileiras acerca do emprego da autoavaliação (AMAQ) para identificar as potencialidades e fragilidades no processo de trabalho das equipes da ESF. Nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul, mais de 82% das equipes utilizaram a AMAQ como principal instrumento de autoavaliação. Nas regiões Norte e Centro oeste, 71,7% e 75,1% das equipes, respectivamente, responderam a AMAQ como forma de autoavaliação.

Ressalta-se que a utilização da AMAQ não é de uso obrigatório, cabendo aos gestores municipais e às equipes de Atenção Básica definir qual(is) o(s) instrumento(s) ou a(s) ferramenta(s) que melhor se adequa(m) às suas necessidades e realidades.

Com o objetivo de induzir a implementação de processos autoavaliativos na AB, 10% da nota para a certificação da equipe são vinculados as suas autoavaliações e à Matriz de Intervenção no Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica (SGDAB). Os gestores e equipes da ESF que optarem pelo uso da AMAQ terão disponível uma ferramenta *on-line* do próprio instrumento na página do Portal do Gestor da Atenção Básica; e os que optarem por outras ferramentas autoavaliativas deverão apresentar na Avaliação Externa o instrumento utilizado e a Matriz de Intervenção preenchidos. O objetivo dessa estratégia é possibilitar que as equipes e os gestores possam monitorar a execução do plano de intervenção, bem como analisar a evolução dos resultados.

Vários estudos foram desenvolvidos utilizando o instrumento do PMAQ e tendo como foco a qualidade dos serviços de APS, fato que comprova o destaque do Programa para o estabelecimento de uma autoavaliação contínua no âmbito da ESF no País (TOMASI *et al.*, 2015; OLIVEIRA, 2015; RIBEIRO *et al.*, 2016; SILVA, 2016; CUNHA *et al.*, 2016; PROTASIO *et al.*, 2017; CHAVES *et al.*, 2018).

Pesquisas realizadas nos Estados do Ceará, por Linhares, Lira, Albuquerque (2014), e em Pernambuco, desenvolvida por Albuquerque *et al.* (2014), apontam para a relevância do PMAQ no estabelecimento da avaliação contínua nos serviços de APS e o seu papel como indutor da autoavaliação nas equipes, no entanto, não foram evidenciadas comprovações de que esse instrumento possa determinar o grau de aproximação dos serviços com a APS.

Nesse contexto, outros instrumentos surgiram e foram validados. No estudo realizado por Fracolli *et al.* (2014), intitulado “Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese” os autores consideraram que o *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care* (EUROPEP) e o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) eram os instrumentos mais utilizados e apropriados para a avaliação da APS no Brasil, pela possibilidade de identificação de aspectos que precisam ser revistos e aprimorados pelos gestores da saúde.

O EUROPEP começou a ser elaborado em 1995 por pesquisadores de oito países e sua validação finalizou em 1998. O instrumento objetiva oferecer um *feedback* para a melhoria da prática, e da organização dos cuidados dos profissionais médicos da APS. O EUROPEP é constituído por 3 partes: 1) Indicadores-chave (relação e comunicação, cuidados médicos, informação e apoio, continuidade e cooperação, e organização dos serviços); 2) Indicadores de áreas específicas de satisfação (consulta, marcação e acessibilidade, características dos profissionais, condições do centro de saúde e os serviços prestados); 3) Informações sobre os usuários (dados socioeconômicos e de saúde e atitudes após a experiência) (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013).

Os mesmos autores apontam que a adaptação do instrumento, para a realidade brasileira, constituiu-se de três etapas: a primeira definiu a tradução do questionário do português de Portugal para o português do Brasil. A seguir, o questionário foi pauta principal de três reuniões, com profissionais da ESF, usuários e ACS, com o intuito de averiguar a correspondência entre os processos avaliados no instrumento e as ações e a organização do trabalho da ESF. Posteriormente, o questionário foi revisto, considerando as recomendações sugeridas, seguido-se a realização de pré-teste. Nesta fase do processo de adaptação, o instrumento foi aplicado a um número reduzido de pessoas cadastradas da ESF.

Souza *et al.* (2017), realizaram uma investigação com objetivo de avaliar, com suporte na percepção dos usuários idosos, a qualidade da assistência da equipe profissional na APS à pessoa idosa, utilizando o EUROPEP. Concluíram ser esse instrumento simples e adequado para esse tipo de avaliação.

Roque, Veloso e Ferreira (2016), desenvolveram uma investigação em Portugal, com a intenção de verificar a robustez e a fidedignidade do EUROPEP, ao mensurar a satisfação dos usuários atendidos nas Unidades de Saúde da Família. Como resultado desse estudo, teve-se a confirmação da confiabilidade desse instrumento.

No contexto da avaliação do próprio instrumento, foram evidenciadas potencialidades, como a simplicidade do questionário, que permite rapidez na aplicação e

facilidade de preenchimento, denotando possibilidades de reaplicação da metodologia e de aplicação rotineira no cotidiano das práticas do cuidar no âmbito dos serviços de saúde, o que lhe confere, assim, uma conveniência prática para a gestão da APS, podendo ser protagonista de processos avaliativos de natureza interna e externa (FRACOLLI *et al.*, 2014). Apesar de se mostrar de maneira positiva no panorama da avaliação da APS, este instrumento não contempla todos os atores envolvidos no processo de trabalho dos serviços, e não mensura os atributos essencial e geral, dificultando assim a identificação de serviços provedores da APS.

O *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), por sua vez, foi criado em 1997, na Johns Hopkins School of Public Health and Hygiene, e validado em 1998. Exprime-se como Instrumento de Avaliação da APS de primeira escolha por constituir-se como instrumento para avaliação da presença e extensão dos atributos da APS e, portanto, se baseia na avaliação de elementos estruturais, processuais e de resultados dos serviços de saúde. Assim, cada atributo do instrumento original conta com componente relacionado à estrutura e outro ao processo (DONABEDIAN, 1980; BRASIL, 2010b).

Elaborado nas versões adultos, crianças e profissionais, o conteúdo do instrumento permeia todas as searas do processo de cuidar e das diversas faces dos serviços no âmbito da ESF. Os questionários foram baseados nas propostas de atributos do *Institute of Medicine*, em 1978, mais o aditamento da proposta de primeiro contato, considerada crucial para a efetividade dos serviços e conseqüentemente para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, no contexto da APS. As versões para usuários adultos e para crianças foram validadas nos Estados Unidos em 2001 e 2002, respectivamente (STARFIELD, 2002). Para profissionais de saúde, é comum a utilização de uma versão como espelho da versão para usuários adultos validada, acrescida de alguns itens do atributo integralidade da versão para usuários crianças (STARFIELD *et al.*, 1998; SHI; STARFIELD; XU, 2001; STARFIELD, 2004; BRASIL, 2010b).

O PCATool foi traduzido e adaptado em vários países, com distintos sistemas de saúde, incluindo o Brasil (HARZHEIM *et al.*, 2006; ALMEIDA, MACINKO, 2006), a Argentina (BERRA *et al.*, 2011), o Uruguai (PIZANELLI *et al.*, 2011), a Espanha (PASARIN *et al.*, 2007), o Canadá (HAGGERTY *et al.*, 2008), a Coréia do Sul (LEE *et al.*, 2009), Hong Kong (WONG *et al.*, 2010), em Taiwan (TSAI *et al.*, 2010) e Nova Zelândia (JATRANA, CRAMPTON, RICHARDSON, 2011). As versões utilizadas na Espanha e no Brasil foram validadas com algumas alterações na metodologia adotada. Os resultados foram satisfatórios, respeitando a estrutura multidimensional da versão original e a unidimensionalidade para a redução do instrumento (BERRA *et al.*, 2011; HARZHEIM *et al.*, 2013; ALMEIDA;

MACINKO, 2006).

No Brasil, particularmente, foram realizadas duas adaptações distintas do PCATool, denominado Instrumento de Avaliação da APS, bem como processos diferentes de investigação da validade e fidedignidade. Harzheim *et al.* (2013), realizaram uma adaptação do instrumento no Grupo de Pesquisa em APS, do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina do Rio Grande do Sul, tendo sido esse ajustamento aplicado em Porto Alegre, sustentando o formato original do instrumento e aferindo a validade e a fidedignidade das versões usuários, crianças e adultos.

Outra adaptação foi desenvolvida por Almeida e Macinko (2006), em Petrópolis, Rio de Janeiro, resultando na validação das versões usuários crianças, usuários adultos e profissionais de saúde (HAUSER *et al.*, 2013).

O PCATool- Brasil versão profissionais captou os principais atributos da APS e apresentou, de modo geral, medidas de fidedignidade aceitáveis, diante da realidade na qual o instrumento foi aplicado. Mesmo considerando as diferenças regionais e a extensão do instrumento, foi possível identificar prováveis indicadores de baixa qualidade que suscitem ações e/ou monitoramento (HAUSER *et al.*, 2013).

O instrumento original do PCATool para profissionais de saúde está disponível em inglês e é constituído por 124 itens, sendo cinco elementos exclusivos sobre o cuidado com as crianças, e, portanto, são respondidos apenas pelos profissionais que dispensam atendimento a esse público. O instrumento possui seus itens distribuídos nos quatro atributos essenciais da APS, possibilitando avaliar o Acesso de Primeiro Contato, a Longitudinalidade, a Coordenação dos Serviços e a Integralidade dos Serviços Disponíveis e Prestados. Os atributos derivados da APS são contemplados igualmente, possibilitando a avaliação da Orientação Familiar, Orientação Comunitária e Competência Cultural (STARFIELD, 2002).

Assim, o PCATool- Brasil versão profissionais de saúde, pode ser acatado como um instrumento válido e também legítimo para avaliar a presença e extensão dos atributos da APS na experiência dos profissionais de saúde (BRASIL, 2010b).

Avaliar a qualidade dos serviços de APS no Brasil é fundamental, pois a acelerada ampliação destes serviços, mediante a rápida expansão da ESF, suscita um monitoramento contínuo do cuidado prestado, considerando que uma assistência de qualidade é associada a melhores desfechos à saúde, tais como a redução da mortalidade infantil, redução de internações por condições sensíveis à APS e avanços na integração com a rede assistencial. Mesmo nesse contexto, ainda existem fragilidades no acesso e integralidade do cuidado, sendo indispensável maior investimento, tanto financeiro quanto relativo a expansão dos

serviços, identificando os nós críticos da rede e onde precisa de ampliação e adequações à estrutura em curso (HARZHEIM *et al.*, 2013).

Nos últimos anos, a APS é mensurada de várias maneiras em diversos países. Uma comparação entre 12 países industrializados indicou que aqueles com uma orientação mais forte para a APS possuem maior probabilidade de ter melhores níveis de saúde e custos mais baixos neste setor (STARFIELD, 2002). Estudos nacionais também mostram a relação entre um melhor resultado dos atributos da APS, com a formação e qualificação adequadas de seus profissionais (CASTRO *et al.*, 2012; CHOMATAS *et al.*, 2013; VITÓRIA *et al.*, 2013).

No Brasil vários estudos foram desenvolvidos, objetivando mensurar os atributos ou um atributo específico da APS, tendo em vista que estes podem ser avaliados separadamente, sem comprometer sua confiabilidade. Os estudos se dividem de acordo com o perfil dos participantes, porém a percepção dos profissionais está em evidência por serem provedores do cuidado e, portanto, o sujeito que opera as mudanças.

No Sudeste do País, Silva *et al.* (2014), avaliaram a APS na perspectiva dos profissionais de saúde de Alfenas (MG); Silva, Baitello e Fraccolli (2015), mensuraram a APS de 11 municípios de Minas Gerais na visão de usuários e profissionais. Brunelli *et al.* (2016), estudaram a presença e a extensão dos atributos da APS em dois modelos coexistentes na rede básica de saúde do Município de São Paulo (SP); Lima *et al.* (2016), mediram os atributos da APS na perspectiva de enfermeiros da ESF no Município de Serra (ES); Batista *et al.* (2016), mensuraram os atributos da APS na perspectiva dos profissionais da ESF em Diamantina (MG); De Almeida Lima *et al.* (2016), também desenvolveu estudo com o objetivo de avaliar os atributos da APS, entrevistando os profissionais da ESF em Montes Claros (MG).

No Sul, também se percebe o aumento nas publicações de pesquisas desenvolvidas com o PCATool versão profissionais. Castro *et al.* (2012), compararam a qualidade da atenção em dois serviços em Porto Alegre (RS) na perspectiva dos profissionais; Penso *et al.* (2017), desenvolveram estudo no Município de Lajeado (RS) com 54 das ESF, objetivando identificar o grau de orientação das equipes com a APS a partir da visão dos profissionais. Krüger, *et al.* (2016) e Pasquetti *et al.* (2017), mensuraram os atributos da APS de Municípios do Rio Grande do Sul (RS) também na visão dos profissionais.

Na região Centro-Oeste foram encontrados estudos desenvolvidos por Santos *et al.* (2017), realizado em um município de Goiás (GO) e de Leandro e Monteiro (2017), que analisaram o atributo coordenação da atenção, utilizando também o PCATool e sob a visão dos profissionais em Brasília (DF).

Na região Nordeste, os estudos avaliativos utilizando o PCATool e tendo como objeto a avaliação da APS na perspectiva dos profissionais se encontram em expansão, considerando os estudos de Reis *et al.* (2013), realizado em São Luís (MA), com gestores, profissionais e usuários; Carneiro *et al.* (2014), realizado em Sobral-CE, com profissionais e usuários; Alencar *et al.* (2014), investigaram gestores, profissionais e usuários em São Luís (MA) acerca da orientação familiar e comunitária; Soares (2015), avaliou a aproximação da ESF com a APS em Campina Grande (PB); Rolim (2016), avaliou os atributos da APS na perspectiva dos profissionais em Fortaleza (CE); Paula *et al.* (2017), desenvolveram estudo em Pernambuco com profissionais e crianças; Ferreira (2017), investigou profissionais da ESF do Município de Maracanaú (CE).

No Ceará, onde se insere o município em estudo, encontrou-se apenas dois estudos publicados um em Sobral (CARNEIRO *et al.*, 2014), e outro em Fortaleza (ROLIM, 2016), não sendo identificado nenhum no *locus* do estudo, fortalecendo, assim, a necessidade da realização do estudo em tela, na tentativa de introduzir a cultura da avaliação contínua e norteadora de decisões junto aos gestores e profissionais da ESF do Município.

Com a concretização da importância da APS e a exponencial ampliação da ESF, torna-se urgente a aceleração dos processos de transformação na formação e qualificação dos trabalhadores de saúde, já que esta condição está imbricada com a qualidade da APS.

Para que ocorram essas adaptações, tanto na formação quanto nas práticas da APS, é necessário que se valorize e priorize a educação permanente, contribuindo para aperfeiçoar o conhecimento e a interpretação da realidade social, aumentando, assim, a resolubilidade, a longitudinalidade, a humanização, a coordenação do cuidado e a competência pedagógica e cultural na atenção à saúde (TESSER *et al.*, 2011).

Com base no exposto, a preocupação com a avaliação da APS cresce de maneira exponencial, por ser de enorme relevância, já que viabiliza escolhas de planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços e programas oferecidos à sociedade.

## 4 MÉTODOS

### 4.1 Tipo de Estudo

O itinerário escolhido para guiar esta investigação foi a pesquisa do tipo avaliativa, com abordagem quantitativa e de delineamento transversal.

Esta investigação caracterizou-se como pesquisa avaliativa, pois, por meio de procedimentos científicos buscou-se compreender a cartografia das mudanças ocorridas na implantação e implementação da APS no Município de Juazeiro do Norte- Ceará – Brasil.

A avaliação é um processo em que se procede a um julgamento específico e, desde este ponto, desencadeia um movimento de transformação na direção da qualidade almejada. A avaliação não se presta a validar decisões políticas ou técnicas, mas sim orientar estas decisões e aprimorar o programa avaliado por meio da apropriação dos resultados do processo avaliativo. Toda avaliação precisa abarcar princípios de utilidade, ética e precisão, utilizando-se de parâmetros científicos e técnicos que não devem menosprezar as motivações políticas e o contexto social no qual está inserido o segmento avaliado (SCHEFFER, 2016).

Considerando as características fundamentais dos serviços e dos programas de saúde, bem como a importância de incorporar a avaliação como atividade cotidiana dos profissionais, é recomendável que se inicie a avaliação pelo emprego da abordagem quantitativa, haja vista a maior facilidade e a disponibilidade de informações nesta tarefa. Isto permite, no mínimo, a primeira aproximação com o objeto a ser avaliado. Deste modo, a abordagem quantitativa pode ser utilizada como um ponto de partida para a incorporação da avaliação de programas, serviços ou sistemas de saúde (CRESWELL, 2010).

Ponderando ainda sobre a tipologia do estudo, aponta-se o delineamento transversal como aquele em que todas as verificações são feitas num espaço único de tempo, não existindo, portanto, período de seguimento.

Os estudos transversais consistem num meio de grande utilidade para a descrição de características da população, identificação de grupos de risco e ação e planejamento em saúde. Quando utilizados de acordo com suas indicações, vantagens e limitações, podem oferecer valiosas informações para o avanço do conhecimento científico (DYNIEWICZ, 2009).



## 4.2 Período e Local do Estudo

O estudo, em sua totalidade, foi realizado no período de abril de 2015 a junho de 2018, no Município de Juazeiro do Norte-CE, Brasil.

Juazeiro do Norte está localizado na área central da Região Metropolitana do Cariri, no sul do Estado do Ceará. Ocupa área de 248 km<sup>2</sup> com população estimada de 266.022 mil habitantes e densidade demográfica de 1.006,91 hab/Km<sup>2</sup> (IBGE, 2015). Situado num raio geográfico de enorme privilégio pela sua boa posição de equidistância no Nordeste, tendo uma média de distância de 611 Km para algumas capitais como: Fortaleza (528 Km), Teresina (593 Km), João Pessoa (631 Km), Natal (648 Km) e Recife (658 Km). Possui como limites os Municípios de Caririáçu ao norte, Missão Velha ao leste, Barbalha, ao sul e Crato, ao oeste (IPECE, 2014).

**Figura 1** – Mapa da Região Metropolitana do Cariri - 2016

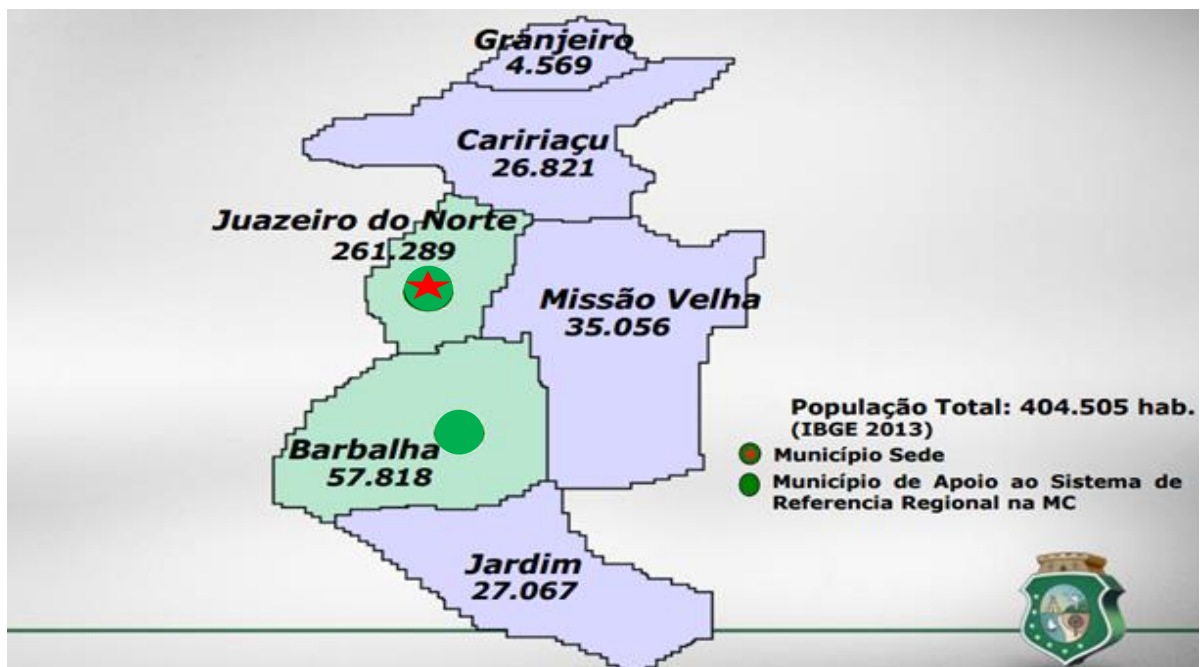


O Município é sede da 21ª Região Assistencial de Saúde segundo o plano Diretor de Regionalização do Estado (PDR).

A Região Metropolitana do Cariri tem estimada uma população de 1.411.904 habitantes, que tem a referência de alta complexidade para os Municípios de Juazeiro do Norte e Barbalha, além de cada região se responsabilizar pela sua população e de outros municípios próximos geograficamente.

No setor saúde, o Município está inserido na Macrorregional Cariri, onde se encontra a 21ª Região em Saúde do Estado, composta pelos municípios de Barbalha, Jardim, Caririáçu, Granjeiro, Missão Velha e Juazeiro do Norte.

**FIGURA 2:** Mapa da 21ª Região de Saúde de Juazeiro do Norte– 2014



Fonte: Plano Diretor de Regionalização das Ações e Serviços de Saúde do Estado do Ceará - 2014

Para fins administrativos e operacionais, o Município de Juazeiro do Norte se encontra dividido em sete distritos e possui em seu primeiro ponto de atenção 66 Equipes de Saúde da Família, funcionando com equipes completas, e 12 de acordo com o modelo tradicional de atendimento e que são denominadas de Equipes de ACS, dispondo ainda de 38 equipes de SB, de acordo com quadro a seguir.

**Quadro 1-** Distribuição do número de equipes de ESF, ACS e SB, por distrito de saúde, no Município de Juazeiro do Norte-CE, 2016.

| <b>Distritos</b> | <b>Distrito</b> | <b>Distrito</b> | <b>Distrito</b> | <b>Distrito</b> | <b>Distrito</b> | <b>Distrito</b> | <b>Distrito</b> | <b>Total</b> |
|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------|
|                  | <b>I</b>        | <b>II</b>       | <b>III</b>      | <b>IV</b>       | <b>V</b>        | <b>VI</b>       | <b>VII</b>      |              |
| <b>ESF</b>       | 12              | 11              | 08              | 08              | 11              | 08              | 08              | 66           |
| <b>ACS</b>       | 01              | 01              | 03              | 01              | 02              | 02              | 02              | 12           |
| <b>SB</b>        | 09              | 05              | 04              | 06              | 04              | 06              | 04              | 38           |

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde - 2016

O Município conta com sete equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), e com o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), com três Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (MAD), compostas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos em Enfermagem e uma Equipe Multiprofissional de Apoio – (MAP), composta por farmacêutico, psicólogo e assistente social.

Complementam a rede de atenção à saúde do Município os serviços especializados, como o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); Centro de Excelência em Saúde Reprodutiva e Sexual (CEMEAR); Centro de Dermatologia; Serviço de Assistência Médica Especializada (SAME); Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas (CAPS ad); Unidade de Pronto Atendimento (UPA); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Municipal e Regional, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e na rede terciária, dispõe dos hospitais: Hospital Infantil Maria Amélia Bezerra de Menezes, Hospital e Maternidade São Lucas, ofertando à saúde materno-infantil e com existência de UTI neonatal. Há ainda três hospitais privados conveniados com os planos de saúde suplementares (JUAZEIRO DO NORTE, 2014).

#### **4.3 População e Amostra**

A população do estudo envolveu os profissionais de saúde de ambos os sexos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos, que atuavam na Estratégia Saúde da Família. Dados da Secretaria Municipal de Saúde revelaram que, em maio de 2016, havia 38 dentistas, 66 enfermeiros e 65 médicos atuando na ESF, totalizando 169 profissionais, conforme mostra o quadro 2. Todos os profissionais foram recrutados, uma vez que a população era inferior a 200 participantes (HULLEY *et al.*, 2008).

Foram considerados como critérios de inclusão as seguintes situações: ser profissional de ponto superior e estar na equipe há no mínimo um ano. Foram excluídos os

profissionais que se encontravam de férias ou em período de licença médica.

Após o recrutamento e a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra final envolveu 163 profissionais.

#### **4.4 Variáveis do Estudo**

Foram consideradas como variáveis independentes as que estão na sequência.

- Sexo: considerado masculino ou feminino.
- Idade: descrita em anos.
- Estado civil: foram consideradas as opções - casado(a)/união estável, solteiro/(a), viúvo(a), divorciado(a).
- Categoria profissional: cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos.
- Tempo de formação - descrito em anos.
- Tipo de pós-graduação - foram considerados especialização, residência, mestrado e doutorado.
- Tempo de trabalho na ESF - caracterizado em anos.
- Forma de ingresso no serviço - incluiu concurso ou prestação de serviço.

A variável de desfecho foi a qualidade dos serviços de APS, cujo valor igual ou maior a 6,6 foi considerado alto escore de APS, significando grau satisfatório de aproximação com a APS (BRASIL, 2010b).

#### **4.5 Instrumentos de Coleta dos Dados**

A escolha por essa ferramenta avaliativa deu-se devido ao fato do PCATool-Brasil possuir atestada relevância ante a lacuna na comprovação da existência de outros instrumentos que possam medir a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS, tornando, assim, factível a realização de pesquisas rigorosas, fidedignas e de qualidade. Este instrumento enseja a identificação de aspectos de estrutura e processo dos serviços que necessitam de reformulação para obter melhor qualidade tanto para o planejamento, como para a execução das ações de saúde, favorecendo a aproximação do serviço com a APS.

Para esta pesquisa, foram utilizados dois questionários estruturados: um relacionado ao perfil sociodemográfico, de formação acadêmica e experiência profissional, elaborado pela pesquisadora responsável (APÊNDICE A) e o PCATool - Instrumento de

Avaliação da Atenção Primária à Saúde versão profissionais, validada no Brasil (BRASIL, 2010b; HAUSER *et al.*, 2013) (ANEXO A).

#### 4.5.1 Descrição do PCATool - versão profissional

O mencionado instrumento é composto por 77 itens, divididos em oito atributos, com a distribuição expressa ordenadamente.

1. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (A). Constituído por 9 itens (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8 e A9).
2. Longitudinalidade (B). Constituída por 13 itens (B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, B9, B10, B11, B12 e B13).
3. Coordenação – Integração de Cuidados (C). Constituído por 6 itens (C1, C2, C3, C4, C5 e C6).
4. Coordenação – Sistema de Informações (D). Constituído por 3 itens (D1, D2 e D3).
5. Integralidade – Serviços Disponíveis (E). Constituído por 22 itens (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21 e E22).
6. Integralidade – Serviços Prestados (F). Constituído por 15 itens (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, F11, F12, F13, F14 e F15).
7. Orientação Familiar (G). Constituído por 3 itens (G1, G2 e G3).
8. Orientação Comunitária (H). Constituído por 6 itens (H1, H2, H3, H4, H5 e H6).

Para todos os itens foram utilizadas estas respostas como opção.

1. Com Certeza, sim (Valor = 4).
2. Provavelmente, sim (Valor = 3).
3. Provavelmente, não (Valor = 2).
4. Com certeza, não (Valor = 1).
5. Não sei/não lembro (Valor = 0).

#### 4.6 Coleta dos Dados

Após o recebimento da Autorização para a realização da pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde, bem como do Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a pesquisadora visitou as UBS participantes do estudo, com o intuito de explicar aos coordenadores das unidades os objetivos e a metodologia da pesquisa. No momento foram solicitados, formalmente, o nome e o endereço eletrônico dos profissionais participantes e

disponibilizados telefone e endereço eletrônico da pesquisadora para esclarecimento de eventuais dúvidas.

A coleta de dados aconteceu nos meses de fevereiro e março de 2017. Nesse período, o Município realizou oficinas com os profissionais da ESF, no intuito de repassar informações acerca do processo de territorialização que teve início em abril. As oficinas aconteceram no auditório da Secretaria Municipal de Saúde e foram organizadas por distrito. Enviou-se ofício à Secretária de Saúde solicitando permissão para realizar as entrevistas com os profissionais, no horário de 7h30min às 8h30min, considerando que as oficinas teriam início às 9h. Após obter essa autorização, remeteu-se ofício para cada equipe da Estratégia Saúde da Família, por distrito, solicitando a presença de todos os profissionais cirurgiões - dentistas, enfermeiros e médicos no horário de 7h30min, para que fosse possível fazer uma explanação sobre a pesquisa e detalhar a metodologia.

Após repasse dos objetivos da pesquisa e detalhada a sua metodologia, foi entregue a cada profissional o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura e posterior assinatura, em duas vias. Para os profissionais que confirmaram a sua participação no estudo, foi entregue uma via do TCLE assinado, retendo-se a outra. Em sequência, foi entregue aos participantes o instrumento para que fosse respondido. Permaneceu-se no auditório durante todo o período em que os profissionais estavam preenchendo o questionário, com a finalidade de esclarecer qualquer dúvida. O tempo utilizado para essa atividade variou de 30 a 40 minutos. Os profissionais que faltaram a essa primeira convocação foram visitados pessoalmente em sua unidade de saúde em momento previamente agendado.

A metodologia usada para coleta de dados foi utilizada para todos os distritos, tendo sido necessária ainda visita a 18 UBS, para busca ativa de profissionais que não compareceram às oficinas.

#### **4.7 Análise dos Dados**

Os dados foram tabulados e analisados por meio do *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 23. Foram calculadas frequências absolutas e relativas para variáveis qualitativas, bem como média e desvio - padrão, mínimo e máximo, para variáveis quantitativas. A normalidade dos escores essencial e geral do PCATool foi avaliada por via do teste de Shapiro-Wilk, denotando significância para todos os escores obtidos ( $p < 0,001$ ), rejeitando-se a hipótese de normalidade. Os Testes de Mann-Whitney e de

Kruskal-Wallis foram utilizados para verificar associação entre as variáveis sociodemográficas e os atributos dos escores do PCATool. Os resultados foram expressos em tabelas. Para todos os procedimentos inferenciais, foi adotado um ponto de significância de 5%.

A análise dos atributos e a mensuração do grau de aproximação com a APS se deu por via da avaliação dos escores essencial e geral do PCATool, que se fez por cálculos expressos a seguir.

### **Cálculo dos Escores – PCATool –Brasil, versão Profissionais**

Os escores para cada um dos atributos foram calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo. Para isso, foram seguidos passos, conforme descrição abaixo.

#### **1º. Passo - Inversão de Valores**

No que tange ao primeiro atributo, Acesso de Primeiro Contato, o item A9 (última pergunta do atributo) foi formulado de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor será a orientação para APS. Logo, este item deve ter seu valor invertido para:

(valor 4 = 1), (valor 3 = 2), (valor 2 = 3) e (valor 1 = 4).

#### **2º. Passo**

Se, para um entrevistado, a soma de respostas em branco (*missing*) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) atingiu 50% ou mais do total de itens de um componente (“A” a “H”), não foi calculado o escore deste componente para este entrevistado. O escore deste componente para este entrevistado ficou em branco (*missing*) no banco de dados.

Se, para um entrevistado, a soma de respostas em branco (*missing*) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) foi inferior a 50% do total de itens de um componente, o valor “9” foi transformado para o valor “2” (“provavelmente não”). Esta mudança foi necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde não conhecidas pelo entrevistado.

### **Transformação dos Escores**

Para transformar os escores em escala de 0 a 10, foi utilizada a seguinte fórmula:  
[escore obtido – 1 (valor mínimo)] x 10 / 4 (valor máximo) – 1 (valor mínimo). Ou seja:

$$\frac{(\text{Escore obtido} - 1) \times 10}{4}$$

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

O escore essencial, valor alcançado pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais dividido pelo número de atributos, foi aferido mediante da seguinte fórmula:

$$EE = \frac{(A + B + C + D + E + F)}{6}$$

No caso de não ter sido possível calcular o escore em 3 ou mais componentes essenciais, não foi calculado o Escore Essencial da APS para este profissional.

Se não foi possível calcular o escore em 2 ou menos dos componentes essenciais, foi calculado a média dos componentes restantes para calcular o Escore Essencial da APS.

### **Escore Geral (EG)**

O Escore Geral foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais aos componentes que pertencem aos atributos derivados dividido pelo número total de atributos.

$$EG = \frac{(A + B + C + D + E + F) + (G + H)}{8}$$

Quando não foi possível calcular o escore em 4 ou mais componentes, não foi calculado o Escore Geral da APS para este participante.

Em caso de não ter sido possível calcular o escore em 3 ou menos dos componentes, foi calculada a média dos componentes restantes para calcular o Escore Geral da APS.

## **4.8 Aspectos Éticos**

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri- URCA, tendo sido aprovado pelo parecer nº 1.940.809 (ANEXO C).



## **5 RESULTADOS**

A apresentação dos resultados perpassa desde a caracterização sociodemográfica, formação acadêmica e experiência no trabalho dos profissionais da ESF, até a representação dos dados referentes aos escores conferidos a cada atributo da APS nos vários distritos de saúde do Município de Juazeiro do Norte-CE. Para tanto, este capítulo está estruturado em tópicos para uma leitura com maior compreensão.

### **5.1 Características Sociodemográficas dos Profissionais**

Foram realizadas 163 entrevistas com cirurgiões-dentistas (n=40; 24%), enfermeiros (n=63; 39%) e médicos (n=60; 37%) da ESF do Município estudado. A idade variou de 24 a 76 anos, prevalecendo a faixa etária de 30 a 39 anos, exprimindo uma média de 41,3 anos e um desvio - padrão de 10,4 anos. Predominaram na amostra o sexo feminino (n=102; 62,0%), profissionais casados ou em união estável (n=120; 73,6%). Todos esses dados estão sumarizados na Tabela 01, a seguir.

**Tabela 01:** Caracterização sociodemográfica dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Juazeiro do Norte – CE, 2017.

| Variáveis                              | n           | %    |
|--|-------------|------|
| <b>Profissão</b>                       |             |      |
| Dentista                               | 40          | 24,5 |
| Enfermeiro(a)                          | 63          | 38,7 |
| Médico(a)                              | 60          | 36,8 |
| <b>Idade (média ± desvio - padrão)</b> | 41,3 ± 10,4 |      |
| <b>Faixa etária</b>                    |             |      |
| 24 a 29                                | 17          | 10,4 |
| 30 a 39                                | 62          | 38,0 |
| 40 a 49                                | 41          | 25,2 |
| 50 a 59                                | 19          | 11,7 |
| 60 ou mais                             | 11          | 6,7  |
| Sem informação                         | 13          | 8,0  |
| <b>Sexo</b>                            |             |      |
| Masculino                              | 57          | 35,0 |
| Feminino                               | 102         | 62,5 |
| Sem informação                         | 4           | 2,5  |
| <b>Estado civil</b>                    |             |      |
| Casado(a) / União estável              | 120         | 73,6 |
| Solteiro(a)                            | 29          | 17,8 |
| Viúvo (a)                              | 5           | 3,1  |
| Divorciado (a)                         | 6           | 3,7  |
| Sem informação                         | 3           | 1,8  |

Fonte: Elaboração própria.

## 5.2 Formação Acadêmica e Experiência Profissional

Nas categorias profissionais estudadas, prevaleceu a classe dos enfermeiros (n=63; 39%) seguida dos médicos (n=60; 37%) e cirurgiões-dentistas (n=40; 24,0%). Quando questionados quanto ao tipo de Instituição de Ensino Superior (IES) na qual concluíram a graduação, a maioria (n=104; 63,8%) afirmou ter sido em instituição pública. Parcela significativa da amostra (n=139; 85,3%) afirmou possuir pós-graduação, predominando as especializações *lato sensu* (n=114; 82%), seguidas dos mestrados (n=17; 12%), residências (n=12, 9%) e doutorado (n=1; 0,7%). Ainda relativamente à pós-graduação, os resultados apontaram que parte significativa dos profissionais concluiu a especialização em Saúde da Família (n=99; 60,7%).

O tempo médio em que os profissionais estavam trabalhando na ESF foi de 10,9 anos (desvio - padrão = 5,7). Por sua vez, o tempo de permanência na atual equipe mostrou

uma média de 6,4 anos (desvio padrão = 4,4). Com relação à modalidade de ingresso na ESF, parcela expressiva (n=107; 65,6%) afirmou ter sido admitida mediante concurso público, como mostra a Tabela 02.

**Tabela 02:** Formação acadêmica e experiência profissional dos cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família. Juazeiro do Norte CE, 2017.

| Variáveis                            | n   | %    |
|--------------------------------------|-----|------|
| <b>Instituição</b>                   |     |      |
| Pública                              | 104 | 63,8 |
| Privada                              | 59  | 36,2 |
| <b>Pós-graduação</b>                 |     |      |
| Sim                                  | 139 | 85,3 |
| Não                                  | 15  | 9,2  |
| Em andamento                         | 9   | 5,5  |
| <b>Tipo de pós concluída (n=139)</b> |     |      |
| Especialização                       | 111 | 79,9 |
| Residência                           | 12  | 8,6  |
| Mestrado                             | 15  | 10,8 |
| Doutorado                            | 1   | 0,7  |
| <b>Tipo de ingresso na ESF</b>       |     |      |
| Concurso                             | 107 | 65,6 |
| Temporário                           | 56  | 34,4 |

Fonte: Elaboração própria.

### 5.3 Distribuição dos Escores, por Atributo

Dando continuidade, foram mensurados os atributos essenciais (Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Coordenação e Integralidade) e derivados (Orientação Familiar e Comunitária) para obtenção dos respectivos escores, com o objetivo de averiguar o grau de aproximação com a APS.

O atributo Acesso de Primeiro Contato alcançou um escore médio de 3,3, considerado baixo grau de orientação para APS. Ao analisar os itens que compõem esse atributo, ficou perceptível a ideia de que os maiores percentuais de respostas negativas estiveram concentrados, em dois questionamentos: “Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?” (n=162; 99,4%) e “Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana, até as 20h?” (n=139; 85,3%).

Por sua vez, nos questionamentos seguintes, foram obtidos elevados percentuais de respostas positivas “Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém de seu serviço o atende no mesmo dia?” (n=154; 94,5%) e “É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, *checkup*) no

seu serviço de saúde?” (n=148; 90,8%). A Tabela 03 traz bem sumarizados todos os itens que correspondem ao atributo analisado.

**Tabela 03:** Distribuição de frequência dos itens do atributo Acesso de Primeiro Contato na Perspectiva dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família. Juazeiro do Norte – CE, 2017.

| Item | Com certeza, sim |      | Provavelmente, sim |      | Provavelmente, não |      | Com certeza, não |      | Não sei/não lembro |     | Escore do atributo |
|------|------------------|------|--------------------|------|--------------------|------|------------------|------|--------------------|-----|--------------------|
|      | n                | %    | n                  | %    | n                  | %    | n                | %    | n                  | %   |                    |
| A1   | 1                | 0,6  | -                  | -    | 11                 | 6,7  | 151              | 92,7 | -                  | -   | 3,3                |
| A2   | 22               | 13,5 | 2                  | 1,2  | 9                  | 5,5  | 130              | 79,8 | -                  | -   |                    |
| A3   | 97               | 59,5 | 57                 | 35,0 | 2                  | 1,2  | 5                | 3,1  | 2                  | 1,2 |                    |
| A4   | 9                | 5,5  | 28                 | 17,2 | 43                 | 26,4 | 71               | 43,5 | 12                 | 7,4 |                    |
| A5   | 5                | 3,1  | 8                  | 4,9  | 29                 | 17,8 | 111              | 68,1 | 10                 | 6,1 |                    |
| A6   | 4                | 2,5  | 9                  | 5,5  | 30                 | 18,4 | 118              | 72,4 | 2                  | 1,2 |                    |
| A7   | 3                | 1,8  | 7                  | 4,3  | 36                 | 22,1 | 114              | 70,0 | 3                  | 1,8 |                    |
| A8   | 84               | 51,5 | 64                 | 39,3 | 12                 | 7,4  | 3                | 1,8  | -                  | -   |                    |
| A9   | 16               | 9,8  | 83                 | 51,0 | 35                 | 21,5 | 18               | 11   | 11                 | 6,7 |                    |

Fonte: Elaboração própria.

Nota: A1 – Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo? A2 – Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20hs? A3 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoece, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia? A4 – Quando seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone, quando julgam ser necessário? A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado existe algum telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem? A6 - Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia? A7 - Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite? A8 – É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde? A9 – Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico, enfermeiro ou dentista (sem contar a triagem ou o acolhimento)?

Para o atributo Longitudinalidade, significativa parcela da amostra respondeu de maneira positiva para os questionamentos "no seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?" (n=156; 95,7%), “Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?” (n=158; 96,9%) e “Você dá a seus pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas? (n=156; 95,7%).

Por sua vez, o item que apresentou pior avaliação fez referência a indagação: “Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?” (n=96; 58,9%).

O escore obtido no atributo longitudinalidade foi de 7,0, configurando elevado escore para APS, conforme mostra a Tabela 04.

**Tabela 04:** Distribuição de frequência dos itens do atributo Longitudinalidade na Tabela Perspectiva dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família. Juazeiro do Norte – CE, 2017.

| Item       | Com certeza, sim |      | Provavelmente, sim |      | Provavelmente, não |      | Com certeza, não |      | Não sei/ não lembro |     | Escore do atributo |
|------------|------------------|------|--------------------|------|--------------------|------|------------------|------|---------------------|-----|--------------------|
|            | <i>n</i>         | %    | <i>n</i>           | %    | <i>n</i>           | %    | <i>n</i>         | %    | <i>n</i>            | %   |                    |
| <b>B1</b>  | 117              | 71,8 | 39                 | 23,9 | 2                  | 1,2  | -                | -    | 5                   | 3,1 | 7,0                |
| <b>B2</b>  | 131              | 80,4 | 27                 | 16,5 | -                  | -    | -                | -    | 5                   | 3,1 |                    |
| <b>B3</b>  | 94               | 57,7 | 63                 | 38,6 | 1                  | 0,6  | -                | -    | 5                   | 3,1 |                    |
| <b>B4</b>  | 23               | 14,1 | 33                 | 20,3 | 48                 | 29,4 | 44               | 27   | 15                  | 9,2 |                    |
| <b>B5</b>  | 129              | 79,1 | 27                 | 16,6 | 2                  | 1,2  | -                | -    | 5                   | 3,1 |                    |
| <b>B6</b>  | 80               | 49,1 | 73                 | 44,8 | 1                  | 0,6  | -                | -    | 9                   | 5,5 |                    |
| <b>B7</b>  | 76               | 46,6 | 49                 | 30,1 | 26                 | 15,9 | 7                | 4,3  | 5                   | 3,1 |                    |
| <b>B8</b>  | 20               | 12,3 | 45                 | 27,6 | 60                 | 36,8 | 27               | 16,6 | 11                  | 6,7 |                    |
| <b>B9</b>  | 70               | 42,9 | 86                 | 52,8 | 4                  | 2,5  | 1                | 0,6  | 2                   | 1,2 |                    |
| <b>B10</b> | 30               | 18,4 | 89                 | 54,6 | 30                 | 18,4 | 13               | 8    | 1                   | 0,6 |                    |
| <b>B11</b> | 15               | 9,2  | 50                 | 30,7 | 62                 | 38   | 34               | 20,9 | 2                   | 1,2 |                    |
| <b>B12</b> | 33               | 20,2 | 102                | 62,6 | 21                 | 12,9 | 4                | 2,5  | 3                   | 1,8 |                    |
| <b>B13</b> | 37               | 22,7 | 68                 | 41,7 | 40                 | 24,5 | 14               | 8,6  | 4                   | 2,5 |                    |

Fonte: Elaboração própria.

Nota: B1 – No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro? B2 – Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem? B3 – Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles? B4 – Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor? B5 – Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas? B6 – Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas? B7 – Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde? B8 – Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes? B9 – Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende? B10 – Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente? B11 – Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente? B12 – Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldades de pagar por elas? B13 – Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando

Ao avaliar o atributo “Coordenação - Integração de Cuidados”, destacou-se o elevado percentual de respostas positivas para o item “Quando seus pacientes são encaminhados, você lhe fornece informação escrita para levar ao especialista ou ao serviço especializado?” (n=151; 92,7%). Em contrapartida a maioria da população entrevistada respondeu negativamente ao quesito: “Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?” (n=106; 65%). Para este atributo a média do escore, dentro de uma escala de zero a dez, foi de 7,0, como mostra a tabela 05.

**Tabela 05:** Distribuição de frequência dos itens do atributo Coordenação - Integração de Cuidados na Perspectiva dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família. Juazeiro do Norte – CE, 2017.

| Item      | Com certeza, sim |      | Provavelmente, sim |      | Provavelmente, não |      | Com certeza, não |      | Não sei/não lembro |     | Escore do atributo |
|-----------|------------------|------|--------------------|------|--------------------|------|------------------|------|--------------------|-----|--------------------|
|           | n                | %    | n                  | %    | n                  | %    | n                | %    | n                  | %   |                    |
| <b>C1</b> | 28               | 17,2 | 65                 | 39,9 | 53                 | 32,5 | 16               | 9,8  | 1                  | 0,6 | 7,0                |
| <b>C2</b> | 72               | 44,2 | 73                 | 44,8 | 11                 | 6,7  | 6                | 3,7  | 1                  | 0,6 |                    |
| <b>C3</b> | 89               | 54,6 | 58                 | 35,6 | 8                  | 4,9  | 6                | 3,7  | 2                  | 1,2 |                    |
| <b>C4</b> | 111              | 68,1 | 40                 | 24,6 | 8                  | 4,9  | 3                | 1,8  | 1                  | 0,6 |                    |
| <b>C5</b> | 19               | 11,7 | 36                 | 22,1 | 66                 | 40,5 | 40               | 24,5 | 2                  | 1,2 |                    |
| <b>C6</b> | 75               | 46   | 77                 | 47,2 | 6                  | 3,7  | 3                | 1,9  | 2                  | 1,2 |                    |

Fonte: Elaboração própria.

Nota: C1 – Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou a serviços especializados? C2 – Quando seus pacientes necessitam de um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos? C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada? C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou ao serviço especializado? C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado? C6 – Após a consulta com o especialista ou com o serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados dessa consulta

A Tabela 6 corresponde à distribuição das respostas dadas aos itens que compõem o atributo Coordenação-Sistema de Informações. A média do escore, dentro de uma escala de zero a dez, foi de 8,5. Foram observados nesse atributo elevados percentuais de avaliação positiva (com certeza, sim), para todos os itens.

**Tabela 06:** Distribuição de frequência dos itens do atributo Coordenação - Sistema de Informações na Perspectiva dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família. Juazeiro do Norte – CE, 2017.

| Item      | Com certeza, sim |      | Provavelmente, sim |      | Provavelmente, não |     | Com certeza, não |     | Não sei/não lembro |     | Escore do atributo |
|-----------|------------------|------|--------------------|------|--------------------|-----|------------------|-----|--------------------|-----|--------------------|
|           | n                | %    | n                  | %    | n                  | %   | n                | %   | n                  | %   |                    |
| <b>D1</b> | 91               | 55,8 | 50                 | 30,7 | 15                 | 9,2 | 6                | 3,7 | 1                  | 0,6 | 8,5                |
| <b>D2</b> | 102              | 62,6 | 50                 | 30,7 | 8                  | 4,9 | 1                | 0,6 | 2                  | 1,2 |                    |
| <b>D3</b> | 117              | 71,8 | 36                 | 22,1 | 8                  | 4,9 | 1                | 0,6 | 1                  | 0,6 |                    |

Fonte: Elaboração própria.

Nota: D1 – Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)? D2–Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem? D3 – Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende

De modo semelhante, foi avaliado o atributo Integralidade – Serviços Disponíveis. Vale ressaltar que, para essa avaliação, foram realizadas 22 perguntas aos profissionais de saúde. O escore obtido para este atributo foi de 6,7.

Somente quatro itens obtiveram expressivas respostas negativas (provavelmente, não e com certeza, não), a saber: realização de sutura de um corte que necessite de pontos (n=118; 72,4%); colocação de talas (n=145; 89,0%); remoção de verrugas (n=142; 87,1%) e remoção de unha encravada (n=145; 89%). Os dados estão sumarizados na Tabela 07.

**Tabela 07:** Distribuição de frequência dos itens do atributo Integralidade - Serviços Disponíveis na Perspectiva dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família. Juazeiro do Norte – CE, 2017.

| Item | Com certeza, sim |      | Provavelmente, sim |      | Provavelmente, não |      | Com certeza, não |      | Não sei/não lembro |     | Escore do atributo |
|------|------------------|------|--------------------|------|--------------------|------|------------------|------|--------------------|-----|--------------------|
|      | n                | %    | n                  | %    | n                  | %    | n                | %    | n                  | %   |                    |
| E1   | 41               | 25,1 | 60                 | 36,8 | 28                 | 17,2 | 28               | 17,2 | 6                  | 3,7 | 6,7                |
| E2   | 143              | 87,7 | 19                 | 11,7 | -                  | -    | -                | -    | 1                  | 0,6 |                    |
| E3   | 69               | 42,3 | 66                 | 40,5 | 12                 | 7,4  | 4                | 2,4  | 12                 | 7,4 |                    |
| E4   | 114              | 70   | 15                 | 9,2  | 14                 | 8,6  | 17               | 10,4 | 3                  | 1,8 |                    |
| E5   | 108              | 66,3 | 20                 | 12,3 | 8                  | 4,9  | 23               | 14,1 | 4                  | 2,4 |                    |
| E6   | 143              | 87,7 | 18                 | 11,1 | -                  | -    | -                | -    | 2                  | 1,2 |                    |
| E7   | 67               | 41,1 | 60                 | 36,8 | 20                 | 12,3 | 6                | 3,7  | 10                 | 6,1 |                    |
| E8   | 79               | 48,5 | 60                 | 36,8 | 14                 | 8,6  | 4                | 2,4  | 6                  | 3,7 |                    |
| E9   | 16               | 9,8  | 21                 | 12,9 | 34                 | 20,9 | 84               | 51,5 | 8                  | 4,9 |                    |
| E10  | 131              | 80,4 | 25                 | 15,3 | 3                  | 1,8  | -                | -    | 4                  | 2,5 |                    |
| E11  | 43               | 26,4 | 38                 | 23,3 | 35                 | 21,5 | 35               | 21,5 | 12                 | 7,3 |                    |
| E12  | 45               | 27,6 | 49                 | 30,1 | 31                 | 19   | 25               | 15,3 | 13                 | 8   |                    |
| E13  | 5                | 3,1  | 1                  | 0,6  | 36                 | 22,1 | 109              | 66,9 | 12                 | 7,3 |                    |
| E14  | 7                | 4,3  | 3                  | 1,8  | 37                 | 22,7 | 105              | 64,4 | 11                 | 6,8 |                    |
| E15  | 133              | 81,6 | 20                 | 12,3 | 2                  | 1,2  | 2                | 1,2  | 6                  | 3,7 |                    |
| E16  | 91               | 55,8 | 54                 | 33,1 | 9                  | 5,5  | 5                | 3,1  | 4                  | 2,5 |                    |
| E17  | 152              | 93,3 | 8                  | 4,9  | 1                  | 0,6  | -                | -    | 2                  | 1,2 |                    |
| E18  | 3                | 1,8  | 2                  | 1,2  | 34                 | 20,9 | 111              | 68,1 | 13                 | 8   |                    |
| E19  | 71               | 43,6 | 52                 | 31,9 | 14                 | 8,6  | 16               | 9,8  | 10                 | 6,1 |                    |
| E20  | 91               | 55,8 | 54                 | 33,1 | 5                  | 3,1  | 3                | 1,9  | 10                 | 6,1 |                    |
| E21  | 98               | 60,1 | 52                 | 31,9 | 5                  | 3    | 4                | 2,5  | 4                  | 2,5 |                    |
| E22  | 52               | 31,9 | 55                 | 33,7 | 22                 | 13,5 | 19               | 11,7 | 15                 | 9,2 |                    |

Fonte: Elaboração própria

Nota: Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços, poderia obtê-los no seu serviço de saúde? E1 – Aconselhamento nutricional. E2 – Imunizações. E3 – Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social. E4 – Avaliação da saúde bucal. E5 – Tratamento dentário. E6 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais. E7 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas). E8 – Aconselhamento para problemas de saúde mental. E9 – Sutura de um corte que necessite de pontos. E10 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV. E11 – Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar). E12 – Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar). E13 – Colocação de tala (ex.: para tornozelo torcido). E14 – Remoção de verrugas. E15 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau). E16 – Aconselhamento sobre como parar de fumar. E17 – Cuidados pré-natais. E18 – Remoção de unha encravada. E19 – Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex.: coma). E20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair). E21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente, como: curativos, troca de sondas, banho na cama. E22 – Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimento).

Ao ser avaliado o atributo Integralidade – Serviços Prestados, o escore médio obtido foi de 7,2. Quinze itens compuseram esse atributo e, de maneira geral, o percentual de respostas positivas (com certeza, sim e provavelmente, sim) foi expressivo perfazendo um total de quase totalidade (n= 14; 93,3%). Apenas para um questionamento, foi atribuído elevado percentual de respostas negativas: “Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança” (n=136; 83,4 %) (Tabela 8).

**Tabela 08:** Distribuição de frequência dos itens do atributo Integralidade - Serviços Prestados na Perspectiva dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família. Juazeiro do Norte – CE, 2017.

| Item       | Com certeza, sim |      | Provavelmente, sim |      | Provavelmente, não |      | Com certeza, não |      | Não sei/ não lembro |     | Escore do atributo |
|------------|------------------|------|--------------------|------|--------------------|------|------------------|------|---------------------|-----|--------------------|
|            | n                | %    | n                  | %    | n                  | %    | n                | %    | n                   | %   |                    |
| <b>F1</b>  | 106              | 65   | 49                 | 30,1 | 5                  | 3,1  | 1                | 0,6  | 2                   | 1,2 | 7,2                |
| <b>F2</b>  | 99               | 60,7 | 41                 | 25,2 | 9                  | 5,5  | 9                | 5,5  | 5                   | 3,1 |                    |
| <b>F3</b>  | 46               | 28,2 | 53                 | 32,5 | 34                 | 20,9 | 23               | 14,1 | 7                   | 4,3 |                    |
| <b>F4</b>  | 56               | 34,4 | 64                 | 39,2 | 29                 | 17,8 | 13               | 8    | 1                   | 0,6 |                    |
| <b>F5</b>  | 93               | 57,1 | 47                 | 28,8 | 12                 | 7,4  | 9                | 5,5  | 2                   | 1,2 |                    |
| <b>F6</b>  | 107              | 65,6 | 27                 | 16,6 | 13                 | 8    | 14               | 8,6  | 2                   | 1,2 |                    |
| <b>F7</b>  | 115              | 70,6 | 39                 | 23,9 | 5                  | 3,1  | 3                | 1,8  | 1                   | 0,6 |                    |
| <b>F8</b>  | 71               | 43,6 | 53                 | 32,5 | 23                 | 14,1 | 14               | 8,6  | 2                   | 1,2 |                    |
| <b>F9</b>  | 11               | 6,8  | 7                  | 4,3  | 62                 | 38   | 74               | 45,4 | 9                   | 5,5 |                    |
| <b>F10</b> | 62               | 38   | 48                 | 29,5 | 27                 | 16,6 | 24               | 14,7 | 2                   | 1,2 |                    |
| <b>F11</b> | 82               | 50,3 | 53                 | 32,5 | 11                 | 6,8  | 15               | 9,2  | 2                   | 1,2 |                    |
| <b>F12</b> | 85               | 52,2 | 45                 | 27,6 | 14                 | 8,6  | 18               | 11   | 1                   | 0,6 |                    |
| <b>F13</b> | 106              | 65   | 24                 | 14,7 | 12                 | 7,4  | 15               | 9,2  | 6                   | 3,7 |                    |
| <b>F14</b> | 81               | 49,7 | 58                 | 35,6 | 14                 | 8,6  | 8                | 4,9  | 2                   | 1,2 |                    |
| <b>F15</b> | 105              | 64,4 | 34                 | 20,9 | 17                 | 10,4 | 5                | 3,1  | 2                   | 1,2 |                    |

Fonte: Elaboração própria.

Nota: F1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente. F2 – Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança. F3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura. F4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando. F5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados. F6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol. F7 – Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando. F8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente. F9 – Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança. F10 – Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente. F11 – Como prevenir quedas. F12 – Prevenção de osteoporose em mulheres. F13 – Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa. F14 – Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças. F15 – Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.

De acordo com a tabela 9, pode-se verificar que o atributo “Orientação Familiar” obteve escore médio de 7,9. Os três itens que compõem o referido atributo obtiveram elevados percentuais de respostas positivas.

**Tabela 9:** Distribuição de frequência dos itens do atributo Orientação Familiar na Perspectiva dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família. Juazeiro do Norte – CE, 2017.

| Item      | Com certeza, sim |      | Provavelmente, sim |      | Provavelmente, não |      | Com certeza, não |     | Não sei/ não lembro |     | Escore do atributo |
|-----------|------------------|------|--------------------|------|--------------------|------|------------------|-----|---------------------|-----|--------------------|
|           | n                | %    | n                  | %    | n                  | %    | n                | %   | n                   | %   |                    |
| <b>G1</b> | 61               | 37,4 | 64                 | 39,3 | 24                 | 14,7 | 11               | 6,8 | 3                   | 1,8 | 7,9                |
| <b>G2</b> | 97               | 59,5 | 51                 | 31,3 | 8                  | 4,9  | 5                | 3,1 | 2                   | 1,2 |                    |
| <b>G3</b> | 102              | 62,6 | 45                 | 27,6 | 9                  | 5,5  | 4                | 2,5 | 3                   | 1,8 |                    |

Fonte: Elaboração própria.

Nota: G1 – Você pergunta aos pacientes quais suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família? G2 – Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes? G3 – Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar



O último atributo avaliado, “Orientação Comunitária”, obteve escore de 6,5. Os piores itens avaliados foram: fazer pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo as necessidades das pessoas (n = 80; 49,1%) e fazer pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que os profissionais de saúde deveriam conhecer (n=86; 52,8%). A Tabela 10 sumariza esse resultado.

**Tabela 10:** Distribuição de frequência dos itens do atributo Orientação Comunitária na Perspectiva dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família. Juazeiro do Norte – CE, 2017.

| Item      | Com certeza, sim |      | Provavelmente, sim |      | Provavelmente, não |      | Com certeza, não |      | Não sei/não lembro |      | Escore do atributo |
|-----------|------------------|------|--------------------|------|--------------------|------|------------------|------|--------------------|------|--------------------|
|           | n                | %    | n                  | %    | n                  | %    | n                | %    | n                  | %    |                    |
| <b>H1</b> | 130              | 79,8 | 26                 | 16   | 2                  | 1,2  | 3                | 1,8  | 2                  | 1,2  | 6,5                |
| <b>H2</b> | 81               | 49,7 | 72                 | 44,2 | 6                  | 3,7  | 2                | 1,2  | 2                  | 1,2  |                    |
| <b>H3</b> | 77               | 47,2 | 65                 | 39,9 | 14                 | 8,6  | 3                | 1,8  | 4                  | 2,5  |                    |
| <b>H4</b> | 20               | 12,3 | 55                 | 33,7 | 47                 | 28,8 | 33               | 20,3 | 8                  | 4,9  |                    |
| <b>H5</b> | 16               | 9,8  | 53                 | 32,5 | 54                 | 33,1 | 32               | 19,7 | 8                  | 4,9  |                    |
| <b>H6</b> | 21               | 12,9 | 59                 | 36,2 | 35                 | 21,5 | 28               | 17,2 | 20                 | 12,2 |                    |

Fonte: Elaboração própria.

Nota: H1 – Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares? H2 – Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende? H3 – Seu serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde? H4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas? H5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer? H6 – Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários)

A Tabela 11 expressa os valores mínimos, máximos, médias, desvio - padrão e grau de orientação estabelecidos para a APS por meio da avaliação dos atributos.

**Tabela 11:** Distribuição dos valores mínimos, máximos, médias, desvio - padrão e grau de orientação para os atributos da APS. Juazeiro do Norte – CE, 2017.

| Atributos                                      | Mínimo | Máximo | Média | Desvio-Padrão | Grau de orientação |
|--|--------|--------|-------|---------------|--------------------|
| <b>A – Acessibilidade de Primeiro Contato</b>  | 0,7    | 8,9    | 3,3   | 1,2           | <b>Baixo</b>       |
| <b>B – Longitudinalidade</b>                   | 0,3    | 10,0   | 7,0   | 1,4           | Alto               |
| <b>C –Coordenação -Integração de Cuidados</b>  | 1,1    | 10,0   | 7,0   | 1,6           | Alto               |
| <b>D - Coordenação Sistema de Informações</b>  | 3,3    | 10,0   | 8,5   | 1,6           | Alto               |
| <b>E –Integralidade - Serviços Disponíveis</b> | 3,5    | 8,9    | 6,7   | 1,2           | Alto               |
| <b>F – Integralidade -Serviços Prestados</b>   | 0,7    | 10,0   | 7,2   | 2,2           | Alto               |
| <b>G - Orientação Familiar</b>                 | 0,0    | 10,0   | 7,9   | 2,2           | Alto               |
| <b>H - Orientação Comunitária</b>              | 1,7    | 10,0   | 6,5   | 1,8           | <b>Baixo</b>       |
| <b>Escore Essencial</b>                        | 4.1    | 9.2    | 6.6   | 1.1           | Alto               |
| <b>Escore Geral</b>                            | 3.7    | 9.4    | 6.8   | 1.1           | Alto               |

Fonte: Elaboração própria.

#### 5.4 Associações entre os Atributos e as Variáveis do Estudo

Várias associações foram estudadas e serão mostradas na seguinte ordem: associação entre as variáveis sociodemográficas e de formação acadêmica com a categoria profissional; em seguida, foi verificada a associação entre as categorias profissionais e a média dos atributos do PCATool. Logo após, verificou-se a relação entre os distritos de saúde e a pontuação média dos atributos; e, por fim, a relação entre a zona de atuação das ESF e o escore médio dos atributos.

As relações entre as variáveis sociodemográficas e de formação acadêmica com a categoria profissional estão representadas na tabela 12. O sexo feminino prevaleceu entre os cirurgiões-dentistas e enfermeiros, sendo tal associação estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Por sua vez, houve maior predomínio de pessoas casadas/união estável entre os cirurgiões-dentistas. No entanto, sem associação estatística significativa ( $p = 0,225$ ). Em se tratando da zona de atuação, os médicos foram, proporcionalmente, os que mais exercem atividades no meio urbano.

**Tabela 12:** Associação entre as categorias profissionais e as variáveis sociodemográficas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Juazeiro do Norte – CE, 2017.

| Variáveis                                       | Cirurgião-dentista |      | Enfermeiro(a) |      | Médico(a)   |       | Valor <i>p</i>               |
|---|--------------------|------|---------------|------|-------------|-------|------------------------------|
|   | <i>n</i>           | %    | <i>n</i>      | %    | <i>n</i>    | %     |                              |
| <b>Pós-graduação</b>                            |                    |      |               |      |             |       |                              |
| Sim   | 34                 | 24,5 | 62            | 44,6 | 43          | 30,9  |                              |
| Não   | 4                  | 26,7 | 0             | 0,0  | 11          | 73,3  | <b>&lt;0,001</b>             |
| Em andamento                                    | 2                  | 22,2 | 1             | 11,1 | 6           | 66,7  |                              |
| <b>Tipo de pós concluída (n=139)</b>            |                    |      |               |      |             |       |                              |
| Especialização                                  | 31                 | 28,0 | 55            | 49,5 | 25          | 22,5  |                              |
| Residência                                      | -                  | -    | -             | -    | 12          | 100,0 | <b>&lt;0,001</b>             |
| Mestrado  | 3                  | 20,0 | 7             | 46,7 | 5           | 33,3  |                              |
| Doutorado                                       | -                  | -    | -             | -    | 1           | 100   |                              |
| <b>Anos de trabalho (média ± desvio padrão)</b> | 11,0 - 3,5         |      | 11,6 - 5,5    |      | 10,2 - 6,9  |       | 0,367 <sup>3</sup>           |
| <b>Anos na ESF (média ± desvio padrão)</b>      | 7,6 - 3,4          |      | 6,6 - 4,3     |      | 5,4 - 4,9   |       | <b>0,008<sup>3</sup></b>     |
| <b>Idade (média ± desvio padrão)</b>            | 42,2 ± 8,6         |      | 39,8 ± 7,9    |      | 42,4 ± 13,5 |       | 0,460 <sup>3</sup>           |
| <b>Faixa etária</b>                             |                    |      |               |      |             |       |                              |
| 24 a 29   | 2                  | 11,8 | 5             | 29,4 | 10          | 58,8  |                              |
| 30 a 39   | 19                 | 30,6 | 29            | 46,8 | 14          | 22,6  |                              |
| 40 a 49   | 6                  | 14,6 | 17            | 41,5 | 18          | 43,9  | <b>&lt;0,001<sup>2</sup></b> |
| 50 a 59   | 9                  | 47,4 | 7             | 36,8 | 3           | 15,8  |                              |
| 60 ou mais                                      | 1                  | 9,1  | 1             | 9,1  | 9           | 81,8  |                              |
| <b>Sexo</b>                                     |                    |      |               |      |             |       |                              |
| Masculino                                       | 19                 | 33,3 | 6             | 10,6 | 32          | 56,1  | <b>&lt;0,001<sup>1</sup></b> |
| Feminino  | 20                 | 19,6 | 55            | 53,9 | 27          | 26,5  |                              |
| <b>Estado civil</b>                             |                    |      |               |      |             |       |                              |
| Casado  | 33                 | 27,5 | 43            | 35,8 | 44          | 36,7  | 0,225 <sup>1</sup>           |

|             |    |      |    |      |    |      |                    |
|-------------|----|------|----|------|----|------|--------------------|
| Não casado  | 6  | 15,0 | 19 | 47,5 | 15 | 37,5 |                    |
| <b>Zona</b> |    |      |    |      |    |      |                    |
| Urbana      | 35 | 24,2 | 55 | 37,9 | 55 | 37,9 | 0,698 <sup>2</sup> |
| Rural       | 5  | 27,8 | 8  | 44,4 | 5  | 27,8 |                    |

<sup>1</sup> Teste Qui-quadrado; <sup>2</sup> Teste Exato de Fisher; <sup>3</sup> Teste de kruskal-Wallis.

Ao associar as médias dos atributos com as categorias profissionais, ficou evidente que os cirurgiões-dentistas atribuíram menor escore para Coordenação - Sistema de Informações, Serviços Prestados e Orientação Familiar. Em tais cruzamentos, foi encontrada associação estatisticamente significativa. Além disso, os escores de médicos e enfermeiros exprimiram convergência, diferentemente do que ocorreu com os cirurgiões-dentistas. Por fim, quando analisados os escores essencial e geral, os valores menores foram atribuídos pelos cirurgiões-dentistas. Em ambas as associações, foi encontrada significância estatística.

**Tabela 13:** Associação entre as categorias profissionais e a pontuação média dos atributos do PCATool. Juazeiro do Norte-CE, 2017.

| Atributos                         | Cirurgião-dentista    | Enfermeiro(a) | Médico(a) | Valor <i>p</i> |
|-----------------------------------|-----------------------|---------------|-----------|----------------|
|                                   | Média ± desvio padrão |               |           |                |
| <b>A – Acessibilidade</b>         | 3,3 ± 1,0             | 3,2 ± 1,2     | 3,4 ± 1,2 | 0,670          |
| <b>B – Longitudinalidade</b>      | 6,6 ± 1,2             | 7,1 ± 1,2     | 7,2 ± 1,7 | 0,076          |
| <b>C - Integração de Cuidados</b> | 7,2 ± 1,7             | 6,7 ± 1,7     | 7,2 ± 1,4 | 0,313          |
| <b>D - Sistema de Informações</b> | 7,5 ± 1,9             | 8,7 ± 1,4     | 8,9 ± 1,3 | <0,001         |
| <b>E - Serviços Disponíveis</b>   | 6,6 ± 1,1             | 6,5 ± 1,1     | 6,9 ± 1,2 | 0,161          |
| <b>F - Serviços Prestados</b>     | 4,5 ± 2,1             | 7,9 ± 1,4     | 8,4 ± 1,3 | <0,001         |
| <b>G - Orientação Familiar</b>    | 6,5 ± 2,5             | 8,1 ± 1,8     | 8,6 ± 2,1 | <0,001         |
| <b>H - Orientação Comunitária</b> | 6,1 ± 1,6             | 6,6 ± 1,9     | 6,7 ± 1,9 | 0,224          |
| <b>Essencial</b>                  | 6,0 ± 1,1             | 6,7 ± 0,9     | 7,0 ± 1,0 | <0,001         |
| <b>Geral</b>                      | 6,1 ± 1,2             | 6,9 ± 1,0     | 7,1 ± 1,1 | <0,001         |

Teste de Kurskal-Wallis.

A Tabela 14 contém a pontuação média dos atributos para os sete distritos avaliados em Juazeiro do Norte-CE. O Distrito IV denotou melhores escores em todos os atributos, por sua vez, os Distritos I, II e V foram as que obtiveram menores escores quando comparados aos demais.

Nos escores Essencial ( $p=0,313$ ) e Geral ( $p=0,410$ ), no entanto, não houve diferença estatística significativa entre os distritos.

**Tabela 14:** Associação entre os distritos de saúde e a pontuação média dos atributos do PCATool. Juazeiro do Norte-CE, 2017.

| Atributos        | Distritos de saúde    |           |           |           |           |           |           | Valor <i>p</i>   |
|------------------|-----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------------|
|                  | I                     | II        | III       | IV        | V         | VI        | VII       |                  |
|                  | Média ± desvio padrão |           |           |           |           |           |           |                  |
| <b>A</b>         | 3,5 ± 1,1             | 2,9 ± 0,9 | 3,2 ± 1,4 | 3,7 ± 1,3 | 3,0 ± 1,0 | 3,2 ± 1,2 | 3,7 ± 1,3 | 0,097            |
| <b>B</b>         | 7,3 ± 1,5             | 6,8 ± 1,0 | 7,2 ± 1,6 | 7,5 ± 1,3 | 6,5 ± 1,8 | 6,9 ± 1,4 | 7,0 ± 1,4 | 0,297            |
| <b>C</b>         | 7,4 ± 1,2             | 6,6 ± 1,5 | 6,2 ± 1,2 | 7,7 ± 1,7 | 6,8 ± 1,5 | 7,2 ± 1,5 | 6,8 ± 2,3 | <b>0,028</b>     |
| <b>D</b>         | 9,0 ± 1,6             | 8,5 ± 1,7 | 8,0 ± 2,1 | 8,8 ± 1,2 | 8,3 ± 1,5 | 8,4 ± 1,5 | 8,1 ± 1,6 | 0,290            |
| <b>E</b>         | 6,9 ± 0,8             | 6,4 ± 1,3 | 6,5 ± 1,2 | 7,3 ± 1,2 | 5,9 ± 0,8 | 6,8 ± 0,8 | 6,9 ± 1,3 | <b>&lt;0,001</b> |
| <b>F</b>         | 6,6 ± 2,8             | 7,3 ± 2,0 | 7,2 ± 1,9 | 7,1 ± 2,6 | 7,5 ± 1,9 | 7,1 ± 2,2 | 7,9 ± 1,9 | 0,664            |
| <b>G</b>         | 7,3 ± 3,1             | 8,0 ± 2,1 | 7,6 ± 2,5 | 7,9 ± 2,4 | 8,3 ± 1,6 | 8,0 ± 2,1 | 8,2 ± 1,8 | 0,986            |
| <b>H</b>         | 6,2 ± 2,0             | 6,0 ± 2,0 | 6,3 ± 1,8 | 7,6 ± 1,6 | 6,4 ± 1,7 | 6,3 ± 1,6 | 6,6 ± 1,9 | 0,052            |
| <b>Essencial</b> | 6,8 ± 1,1             | 6,4 ± 0,9 | 6,4 ± 1,1 | 7,0 ± 1,2 | 6,4 ± 0,9 | 6,6 ± 1,1 | 6,7 ± 1,2 | 0,313            |
| <b>Geral</b>     | 6,8 ± 1,3             | 6,6 ± 1,0 | 6,5 ± 1,1 | 7,2 ± 1,3 | 6,7 ± 0,9 | 6,7 ± 1,2 | 6,9 ± 1,2 | 0,410            |

Teste de Kurskal-Wallis.

Relativamente à associação entre a zona de atuação das unidades de saúde (rural ou urbana) e os escores médios dos atributos percebeu-se que, na zona rural, se concentraram os maiores escores para os atributos: Acessibilidade, Longitudinalidade, Integração de Cuidados, Sistema de Informações, Serviços Disponíveis e Orientação Comunitária.

Encontrou-se significância estatística apenas no atributo Coordenação - Sistema de Informação ( $p=0,022$ ), exprimindo média mais elevada na zona rural do Município (9,3).

**Tabela 15:** Associação entre a zona de atuação das ESF e a pontuação média dos atributos do PCATool. Juazeiro do Norte-CE, 2017.

| Atributos                         | Zona urbana           | Zona rural | Valor <i>p</i> |
|-----------------------------------|-----------------------|------------|----------------|
|                                   | Média ± desvio padrão |            |                |
| <b>A – Acessibilidade</b>         | 3,3 ± 1,2             | 3,7 ± 1,0  | 0,086          |
| <b>B – Longitudinalidade</b>      | 7,0 ± 1,4             | 7,5 ± 1,6  | 0,098          |
| <b>C - Integração de Cuidados</b> | 6,9 ± 1,7             | 7,6 ± 1,3  | 0,075          |
| <b>D - Sistema de Informações</b> | 8,4 ± 1,6             | 9,3 ± 1,0  | <b>0,022</b>   |
| <b>E - Serviços Disponíveis</b>   | 6,6 ± 1,2             | 6,9 ± 0,9  | 0,356          |
| <b>F - Serviços Prestados</b>     | 7,3 ± 2,2             | 7,1 ± 2,6  | 0,928          |
| <b>G - Orientação Familiar</b>    | 8,0 ± 2,1             | 7,3 ± 3,3  | 0,847          |
| <b>H - Orientação Comunitária</b> | 6,5 ± 1,8             | 6,6 ± 1,8  | 0,797          |
| <b>Essencial</b>                  | 6,6 ± 1,1             | 7,0 ± 1,1  | 0,071          |
| <b>Geral</b>                      | 6,8 ± 1,1             | 7,0 ± 1,3  | 0,242          |

Fonte: Elaboração própria - Teste de Mann-Whitney.

Percebeu-se que os atributos Acesso de Primeiro Contato e Coordenação – Sistema de Informações foram os que expressaram menor (3,3) e maior (8,5) escores, respectivamente.

No que tange ao grau de orientação, apenas dois atributos obtiveram escore <6,6 (Acesso de Primeiro Contato e Orientação Comunitária). Além disso, cabe destacar que o escore essencial foi de 6,6 e o geral alcançou valor de 6,8. Os valores encontrados caracterizam elevado grau de aproximação com a APS.

## **6 DISCUSSÃO**

O estudo ora relatoriado buscou avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS no Município de Juazeiro do Norte-CE, na perspectiva dos profissionais, por meio da utilização do PCATool - Brasil versão profissionais. Para isso, teve como objetivos: calcular os escores dos atributos da APS do Município avaliado; calcular os escores essencial e geral da APS; associar as variáveis sociodemográficas e de formação acadêmica com as categorias profissionais; e associar os atributos da APS com a categoria profissional, distrito de saúde e zona de atuação dos profissionais.

Este capítulo apresenta-se na ordem de aparecimento dos resultados obtidos, sendo organizado em tópicos para uma melhor compreensão do conteúdo.

### **6.1 Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde**

Neste estudo, oito atributos foram avaliados, tendo sido “Acesso de Primeiro Contato” o que demonstrou menor escore médio (3,3) e a “Coordenação – Sistema de Informações” o de maior escore (8,5). Vale lembrar que o alto escore de APS é considerado quando atinge valor igual ou superior ao ponto de corte (6,6) estabelecido pelo instrumento utilizado e pelo MS.

Considerando-se o exposto há pouco, seis atributos indicaram escore médio pouco acima do ponto de corte, a saber: “Longitudinalidade” “Coordenação – Integração do Cuidado”, “Coordenação – Sistema de Informação”, “Integralidade – Serviços Disponíveis” “Integralidade – Serviços Prestados” e “Orientação Familiar”. Esse indicador demonstra ser ainda incipiente a implantação de um processo de trabalho voltado para a garantia de práticas resolutivas e sustentáveis, considerando que os dois que apresentaram escores abaixo do ponto de corte (Acesso de Primeiro Contato e Orientação Familiar) são atributos que caracterizam a atenção na ESF.

Objetivando melhor discussão e compreensão mais completa dos resultados optou-se por analisar e discutir separadamente cada atributo.

### **6.2 Acesso do Primeiro Contato – Acessibilidade**

Em razão da complexidade do conceito de acesso e a ausência de consenso sobre sua abrangência na literatura, e tendo utilizado o instrumento e o modelo teórico adotado por

Starfield, optou-se por abarcar a sua definição na qual o Acesso de Primeiro Contato deve representar para a APS o primeiro recurso utilizado pelos usuários na presença de necessidades/ problemas novos ou antigos, tornando-se porta de entrada para o sistema de saúde (STARFIELD, 2002; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

No instrumento utilizado, PCATool-Brasil versão profissionais, visualiza-se uma sutil relação entre a expressão acesso de primeiro contato com a facilidade de se alcançar e utilizar os serviços ofertados, com a expansão dos horários de atendimento das unidades e com a disponibilidade dos profissionais, no que se refere ao atendimento dos usuários (BRASIL, 2010b).

Esse atributo perpassa, no entanto, por uma gama de questões que o constituem, como o acolhimento, a humanização da atenção ofertada, a adequação entre a oferta e a demanda de serviços, incluindo a disponibilidade e acessibilidade geográfica (LIMA *et al.*, 2016a).

A avaliação do Acesso de Primeiro Contato apresentou escore médio igual a 3,3, como visto, muito inferior ao ponto de corte, mostrando assim a insuficiência desse atributo no Município de Juazeiro do Norte - CE.

O fato mostra-se de modo preocupante, porquanto é por meio desse atributo, que o profissional tem o momento do acolher, ouvir e conhecer as necessidades, aumentando o vínculo entre profissional, usuário e serviço, mas também direcionará todo o cuidado necessário. É nesse momento que se estabelecem as relações de confiança, respeito e que se procederá à diferença no tratamento futuro, inclusive na aderência ao tratamento, além, é claro, de proporcionar a acessibilidade, a longitudinalidade do cuidado e sua integralidade.

Além de o resultado referente ao acesso ter se apresentado abaixo do ponto de corte e contribuir para a redução do escore geral, nenhum profissional atribuiu resposta positiva para os itens que se reportam à unidade estar aberta aos sábados e domingo ou após as 20h durante a semana. O contexto violento no qual o Município estudado se encontra inserido, no entanto, torna inviável o funcionamento das unidades de saúde nos finais de semana, feriados e em período noturno, porém, acredita-se que a disponibilidade dos serviços de telefonia traria resultados positivos no que se refere a um acesso mais efetivo.

O valor atribuído ao acesso sinaliza, portanto, para a noção de que as equipes precisam fortalecer esse atributo, constituindo, junto com os gestores estratégias fortalecidas, como o acolhimento efetivo como construtor de vínculo de confiança e opções de comunicação entre os profissionais e usuários, principalmente nos dias e horários em que as unidades permanecem fechadas.

Tal situação se reproduz nos estudos de Batista *et al.* (2016), desenvolvido junto aos profissionais das ESF de Diamantina-BH, assim como em outras pesquisas como as de Dias, Lima e Teixeira (2013), Vitória *et al.* (2013) e Chomatas *et al.* (2013), apontando que, embora se mostrem mudanças positivas no ponto primário de atenção, o acesso continua sendo um dos principais desafios para os serviços de saúde.

Outros estudos, no entanto, como os de Turci, Costa e Macinko (2015), desenvolvido em Belo Horizonte com enfermeiros e gerentes da equipe Saúde da Família em que avaliaram a aproximação com a APS, e Fracolli *et al.* (2015), encontraram alto escore para acessibilidade, resultado esse decorrente da existência de formas alternativas de comunicação entre profissionais e usuários, como a internet e a telefonia.

É conveniente ressaltar que a organização dos serviços da APS do Brasil, especificamente a do Município estudado, por estar inserido na região Nordeste, expressa diferenças significativas no modelo de atenção em relação a outros locais (Sul e Sudeste) onde o PCATool- Brasil versão profissionais foi aplicado. A presença de fragilidade no Acesso de Primeiro Contato, no entanto, deve ser revista, com o objetivo de otimizar o estabelecimento desse atributo de maneira positiva.

### **6.3 Longitudinalidade**

De igual modo que o acesso, a definição de longitudinalidade aponta distintos enfoques. Alguns estudos adotam termos como continuidade do cuidado, acolhimento e vínculo como semelhantes e que definem a relação que se estabelece entre profissional e usuário.

Com base na concepção de Starfield (2002), o presente estudo define Longitudinalidade como a continuidade da atenção, que tem como eixo central relação que se solidifica, no decorrer do tempo, entre profissional e usuário, pressupondo a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso em todas as fases da vida, independentemente da existência de problemas de saúde ou não. Reporta-se, portanto, ao acompanhamento do usuário/equipe no serviço continuamente, favorecendo impactos positivos no estabelecimento e fortalecimento do vínculo e da confiança.

Esse atributo foi avaliado positivamente pelos profissionais, tendo em vista ter mostrado elevado escore médio (7,0). Quando analisados separadamente, contudo, os itens desse atributo, identifica-se um alto percentual de respostas negativas para os questionamentos sobre a comunicação dos usuários com os profissionais, por telefone, mesmo



em dias e horários de trabalho, sobre o conhecimento dos membros da família dos usuários; e percebeu-se, ainda, a ausência do conhecimento acerca das atividades laborais dos usuários. Entende-se portanto, que, mesmo atingindo um bom escore, esse atributo ainda necessita ser revisto e discutido com gestores e profissionais para preencher as lacunas identificadas.

Algumas investigações corroboram os resultados deste estudo, como a de Lima *et al.* (2016a), que investigou a qualidade da ESF, através dos atributos da APS, na perspectiva dos profissionais de saúde em um município do Espírito Santo, tendo identificado um escore de 7,9 para esse atributo. Frank *et al.* (2015), também avaliaram positivamente a longitudinalidade, quando mensuraram a efetividade da APS em um município do Paraná.

O resultado desta investigação, entretanto, exprime desacordo em relação a outro estudos, como o de Krüger *et al.* (2016), desenvolvido em um município do Rio Grande do Sul, que apontou escore de 3,4 para esse atributo e o de Kessler (2016), realizado também no sul do país, quando avaliaram os atributos da APS e encontraram um escore de 6,3, mostrando que, na realidade nacional, a APS se estabelece de forma distinta e com variados desenhos, nas diversas regiões do País.

Baratieri, Mandu e Marcon (2012), acentuam que o vínculo é constituído com base na interação do binômio usuário-profissional com o serviço, devendo ser pautado na humanização, na confiança, no empoderamento e no atendimento integral. O estabelecimento do vínculo é, portanto, de fundamental importância para a configuração da longitudinalidade do cuidado e para a integralidade da atenção à saúde.

Nesse contexto, pode-se afirmar que o município estudado, embora demonstre considerável rotatividade de profissionais e população bastante flutuante apresentou escore elevado para o atributo da longitudinalidade.

#### **6.4 Coordenação – Integração do Cuidado**

Nesta pesquisa, a coordenação do cuidado é entendida como articuladora entre diversos pontos da rede de atenção à saúde e profissionais nela inseridos, de modo que, independentemente do local onde seja prestado o cuidado, e do profissional cuidador se estabeleça uma sintonia para que ocorra comunicação adequada.

O atributo “Coordenação – Integração do Cuidado” obteve escore de 7,0, corroborando os estudos de Silva *et al.* (2014) e Lima *et al.* (2016) desenvolvido ambos com profissionais da Estratégia Saúde da Família, com escores acima do ponto de corte.

A pesquisa de De Almeida Lima *et al* (2016), realizada em Montes Claros-MG, com enfermeiros da ESF apresentou, entretanto, escore de 6,4. Araújo, Mendonça e Sousa (2015), de modo semelhante, encontraram baixos escores, mostrando os distintos desenhos da APS no contexto nacional.

Embora este ensaio, tenha obtido elevado escore para o atributo Coordenação – Integração do Cuidado, um número significativo de profissionais (n=69; 42,3 %) referiu não ter conhecimento de todas as consultas que usuários da área adscrita fazem com especialistas ou em outro ponto da atenção à saúde, fato esse demonstrativo da fragilidade nos vínculos estabelecidos e na comunicação no interior da RAS.

Outro item com baixa avaliação foi o serviço de referência e contrarreferência, retratando apenas o encaminhamento dos profissionais da ESF, sem obtenção do retorno do especialista/serviço especializado.

Evidenciou-se, portanto, a fragilidade nos processos de contrarreferência dos serviços de atenção secundária e terciária para com o ponto primário de atenção. Além disso, reconheceu-se o caminhar dos usuários por outros espaços de saúde, sobretudo pelas limitações de acesso à unidade de Saúde da Família, em horário noturno e nos finais de semana, estabelecendo-se a impossibilidade dos profissionais em acompanhar esse percurso, facilitando, assim, o estabelecimento de lacunas no cuidado integral.

Considerando que a coordenação pressupõe uma continuidade do cuidado, seja por meio do mesmo profissional ou mediada pelos prontuários, identificando ainda os problemas/necessidades levados a outros pontos da RAS e a integração dessa atenção no cuidado integral do usuário (STARFIELD, 2002), pressupõe-se que a implantação do prontuário eletrônico poderia preencher a lacuna ora mencionada, possibilitando aos profissionais o devido acompanhamento da situação de saúde dos usuários.

Vale salientar que a análise cuidadosa dos itens que compõem esse atributo, aponta para a existência de muitos desafios, destacando a efetividade da comunicação adequada no interior da RAS, que deve estabelecer um fluxo de informação entre a ESF e os outros níveis de atenção, tentando manter o equilíbrio entre a oferta de cotas e a demanda para consultas, exame ou procedimentos em serviços especializados.

Turci, Costa e Macinko (2015), mostram que a coordenação da integração do cuidado favorece o acesso do usuário a todos os níveis de atenção, promove redução dos encaminhamentos para especialistas/ serviços especializados e diminui o número das hospitalizações. Por sua vez, sem a coordenação, diminui o potencial da longitudinalidade, compromete a integralidade, enquanto e a acessibilidade assume conotação essencialmente

administrativa.

Pensando-se então a APS como ordenadora da RAS, reconhece-se neste estudo que a fragmentação desta rede e a deficiência de comunicação entre os três níveis de atenção à saúde, se constitui em um desafio importante para profissionais e gestores do município, no sentido de garantir a resolubilidade e continuidade do cuidado.

### **6.5 Coordenação – Sistema de Informação**

O atributo “Coordenação – Sistema de Informação”, nesta pesquisa, expressou alto escore – 8,5, corroborando os estudos de Carneiro *et al.* (2014) e Rolim (2016), que apontam elevados escores em suas pesquisas. Em contrapartida, os estudos de Araújo, Mendonça e Sousa (2015) e de Cotta *et al.* (2016), demonstram achados distintos, mostrando escore inferior ao ponto de corte, confirmando a diversidade de processos de trabalho implantados em todas as regiões do País.

Ao analisar os itens desse atributo, identificou-se o fato de que os profissionais admitem a importância do conhecimento do trânsito que o usuário fez no interior da RAS, haja vista que solicitam o registro médico de atendimentos anteriores à consulta. Questiona-se, no entanto, o quanto essa avaliação pode estar comprometida, já que os usuários podem realizar uma procura por outros níveis de atenção sem o encaminhamento da APS.

Starfield (2002) corroborou essa abordagem, ao afirmar que, na busca pelo atendimento de suas necessidades, os usuários têm que ir a outros lugares, quer seja com o reconhecimento explícito da ESF, por meio de encaminhamentos, ou mediante a busca por si mesmo, e, caso não tenham um vínculo de confiança estabelecido com os profissionais das unidades poderão ocultar atendimentos realizados em outros espaços.

É reconhecida, ainda, nesse contexto, a relevância do prontuário, como instrumento de transferência de informações entre profissionais, podendo ser definido como documento único, constituído de um conjunto de informações, registradas com base em fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde da pessoa. Possui caráter legal, sigiloso e científico, favorecendo a comunicação entre a equipe multiprofissional e a continuidade do cuidado (CARNEIRO *et al.*, 2014).

Os registros em prontuário são ferramentas de utilidade para fornecer dados sobre o objeto de cuidado – usuário/família – não só para os profissionais, mas também para a própria família, visto que proporcionam o conhecimento a respeito de seu desenvolvimento, potencializando a compreensão de sua situação (LEITE; DE SOUSA, 2016). Mostrando-se,

portanto, como instrumento indispensável para o acompanhamento regular das condições de vida dos usuários e familiares, entendendo o contexto em que estão inseridos.

A utilização do prontuário familiar na APS, deve contemplar um amplo olhar para o processo de trabalho, contemplando elementos importantes para direcionar o cuidado voltado para a promoção da saúde e prevenção de doenças, e não apenas pensar na construção de ações curativas (CARNEIRO *et al.*, 2014).

Vale ressaltar que o prontuário familiar contém informações de todos os membros da família, necessitando que os profissionais expliquem aos usuários que cada membro da família terá acesso apenas aos seus próprios dados, respeitando assim os princípios éticos.

Diante do exposto, verifica-se que um dos desafios do SUS é fazer com que a APS exercite a coordenação do cuidado no cotidiano das suas práticas e consiga gerar de forma organizada pontos de atenção especializada integrados, com competência para garantir que a linha de cuidado articule-se com a APS de forma efetiva e possa fornecer aos usuários respostas adequadas as suas necessidades. Para tanto, é necessário lançar mão das estratégias que auxiliam na coordenação da atenção e conseqüentemente contribuem para a integralidade do cuidado.

## **6.6 Integralidade – Serviços Disponíveis**

A integralidade é construída pelas práticas de profissionais da saúde que acreditam e trabalham com foco na subjetividade dos saberes, elaboram um processo de trabalho eficaz e buscam preencher as lacunas encontradas na realidade cotidiana da equipe (ARCE; SOUSA, 2013). Necessário se faz que se mensure o quanto os profissionais conhecem e atendem as demandas da sua população adscrita de modo positivo.

Na avaliação da Integralidade - Serviços Disponíveis na APS em Juazeiro do Norte, foram identificadas limitações correspondentes à disponibilidade de serviços e às relações entre as equipes e a comunidade. Esse atributo obteve escore de 6,7, numa escala de zero a 10.

A utilização da ESF para obtenção dos serviços disponíveis foi avaliada como satisfatória, estando, assim, em conformidade com a PNAB, a qual aponta que a ESF deve estar centrada na promoção e proteção da saúde. A avaliação negativa, todavia, atribuída aos itens E9 - Sutura de um corte que necessite de pontos (n= 118; 72,4%), E13- Colocação de tala (n=145; 89,0%), E14 - Remoção de verrugas (n= 142; 87,1%) e E18 - Remoção de unha encravada (n=145; 89%), fizeram com que o escore médio ficasse apenas um pouco acima do

ponto de corte.

Na verdade, a integralidade reflete a capacidade de a APS realizar ações que atendam às necessidades de saúde da comunidade. Cesar *et al.*, (2014), apontam que os escores do atributo Integralidade – Serviços Disponíveis são maiores nos serviços de saúde que trabalham no modelo da Estratégia Saúde da Família. De semelhante modo, De Almeida Lima *et al* (2016), ao avaliar os atributos da APS na visão dos enfermeiros da ESF em um município de Minas Gerais, identificou também alto escore para esse atributo.

Por sua vez, Brunelli *et al.*, (2016), em pesquisa realizada em São Paulo, apontam para escores abaixo do ponto de corte para esse atributo, sinalizando, portanto, a heterogeneidade dos serviços disponíveis nas equipes de ESF.

Verificou-se, ainda, que a maioria dos participantes respondeu positivamente com relação ao aconselhamento nutricional (n=101; 61,9%). Vale sinalizar que, para Lopes *et al.* (2016), a prática de acompanhamento nutricional, enseja o enfrentamento de doenças crônicas e da obesidade, aspectos de enorme relevância para a manter e recuperar a saúde da população.

Nessa perspectiva, a quase totalidade dos profissionais (n=162; 99,4%) afirmou ofertar de modo efetivo os imunobiológicos aos grupos prioritários, revelando uma aproximação do conceito ampliado do cuidado em saúde na APS.

Objetivando ofertar o cuidado integral na APS, as ações de imunização tornam-se indispensáveis para o cumprimento do Programa Nacional de Imunização (PNI), que prevê livre acesso deste serviço para a população-alvo e sua eficácia está relacionada a altas coberturas, as quais oportunizam proteção individual e coletiva (LUHM; CARDOSO; WALDMAN, 2010).

O planejamento familiar e o aconselhamento e solicitação de testes anti-HIV foram destacados por demonstrarem elevados percentuais de respostas positivas (98,8% e 95,7%), respectivamente. Os profissionais afirmaram que essas ações faziam parte da prática cotidiana da equipe.

Nesse sentido e visando à efetivação da integralidade, o MS preconiza o aconselhamento e a escuta individual de cada usuário, principalmente nos casos há pouco mencionados, criando, assim, um ambiente propício ao estabelecimento de um forte vínculo de confiança (TAQUETTE; RODRIGUES; BORTOLOTTI, 2017).

## 6.7 Integralidade – Serviços Prestados

A integralidade tem como objeto central o empoderamento do usuário sobre práticas de promoção da saúde que deve permear o seu cotidiano. É considerado um dos mais importantes princípios do SUS, podendo ser compreendido por meio de três perspectivas, a abordagem integral do sujeito, que superam a visão fragmentada curativa, buscando a compreensão das suas dimensões biopsicossociais. As práticas de saúde oferecidas com base na integração e articulação das ações de prevenção, promoção, reabilitação e cura. Por último, considera-se o acesso continuado às RAS conforme as necessidades da população, que deve ser garantido mediante a organização dos serviços (KERCHER, *et al.*, 2017).

Com relação a Integralidade – Serviços Prestados, obteve-se escore de 7.2. Portanto, por indicar escore superior ao ponto de corte, deduz-se que a ESF do Município estudado desempenha seu papel como promotora da saúde.

Santos *et al.* (2017), ao avaliarem os atributos na APS em um município do sudoeste goiano, encontraram alto escore atribuído se assemelhando ao estudo ora relatado, enquanto Brunelli *et al.* (2016), identificaram baixo escore para esse atributo.

Vale salientar que, embora apenas um quesito tenha apontado baixo escore, no Município estudado, destaca-se por possuir uma importância significativa, haja vista o fato de que se refere ao uso e guarda de arma de fogo no domicílio, evidenciando a pouca preocupação dos profissionais com uma das maiores causas de morte no *locus* da pesquisa, que é a violência.

Vale salientar que esse indicador conduziu o Município a desenvolver a cultura da paz inserindo-se no Programa Ceará Pacífico, o que levou a uma capacitação de todos os profissionais da ESF sobre promoção de ações voltadas para cultura de paz.

Nesse sentido, pode-se afirmar que a integralidade do cuidado é diretamente proporcional à redefinição de práticas, ao estabelecimento de vínculos, acolhimento e autonomia, valorização da subjetividade inerentes ao trabalho em saúde e às necessidades ímpares dos sujeitos, como norte para qualquer intervenção, estabelecendo a possibilidade do cuidado centrado no usuário. Exercer a integralidade passa pela necessidade de repensar práticas dos serviços de APS ainda hoje caracterizados pela descontinuidade assistencial.

A RAS possui objetivo claro de promover articulação entre os três níveis de atenção, transpondo o obstáculo maior para a efetivação da integralidade que é a descontinuidade do cuidado. A RAS foi elaborada com suporte na Portaria nº 2.446/2014, que redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), no sentido de enfatizar o conceito

ampliado de saúde, buscando articular suas ações com outras redes de proteção social. Vale ressaltar que, nesta redefinição da PNPS, além de instituir a RAS como meio de organizar e garantir o trânsito do usuário no interior do sistema de saúde, ainda adota princípios como a equidade, a participação social, o empoderamento, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade (BRASIL, 2014).

A nova versão da PNPS mostra-se com o objetivo de promover a equidade, a redução das vulnerabilidades e riscos individuais e coletivos, melhorando a qualidade de vida da população. Para tanto, exprime apresenta entre seus objetivos específicos o estímulo para a Promoção da Saúde como parte da integralidade do cuidado na RAS, articulada com as demais redes de proteção social (MALTA *et al.*, 2016).

São muitos, no entanto, os desafios para que a APS seja situada como coordenadora da RAS. Dentre os gargalos apontados pela literatura, destacam-se a falta de política institucional voltada ao fortalecimento da APS, a representação social das comunidades, a visão restrita de gestores que tendem a compreendê-la, por vezes, como seletiva, além da insuficiência de recursos qualificados para o fazer desta estratégia, o que resulta numa significativa carência de dispositivos de apoio que favoreçam a inovação das práticas, o acolhimento dos usuários e a vinculação deles à APS.

## **6.8 Orientação Familiar**

O atributo Orientação Familiar, obteve escore médio de 7,9, o que caracteriza elevado grau de aproximação da APS. Achados semelhantes foram expressos nos estudos de Alencar *et al.* (2014), Lima *et al.* (2016) e Penso *et al.* (2017). Entretanto, mesmo sendo um atributo indispensável para a elaboração do processo de trabalho característico da ESF, ainda há investigações com resultados negativos para esse atributo, como se vê nos achados de Turci, Costa e Macinko (2015) e Leão Caldeira (2011).

Evidenciou-se neste estudo, o fato de que as famílias compõem o núcleo das ações de cuidado da ESF e que estas são compreendidas como espaço de convivência de pessoas ligadas por laços consanguíneos e/ ou afetivos, já que, é nessa realidade que ocorrem as interações e os conflitos, influenciando positiva ou negativamente todos os membros da família.

A Orientação Familiar delinea todo o processo de trabalho dos profissionais inseridos na ESF, considerando que esse atributo é bem avaliado, quando os profissionais são capazes de interagir com as famílias da área adscrita, facilitando, assim, o reconhecimento das

suas reais necessidades/problemas em sua singularidade.

## 6.9 Orientação Comunitária

A orientação para a comunidade refere-se ao entendimento de que as necessidades em saúde das pessoas, famílias e população, como um todo, estão diretamente relacionadas ao contexto social e que o reconhecimento dessas necessidades pressupõe o conhecimento do contexto social da área de atuação das equipes de saúde (PAULA *et al.*, 2017).

Ao contrário da Orientação Familiar, a Comunitária expressou um escore 6,5 e, portanto, abaixo do ponto de corte, corroborando os estudos de Araújo, Mendonça e Sousa (2015), quando analisaram os atributos da APS em duas regiões do Distrito Federal, focalizando o cuidado integral à criança na percepção de usuários e profissionais obtendo escore igual a 5,5. O estudo em tela também assemelhou-se ao ensaio de Batista *et al.* (2016), que avaliou nove enfermeiros e nove médicos atuantes nas equipes de Saúde da Família da sede do município de Diamantina em Minas Gerais e obteve na Orientação Comunitária um escore igual a 6,4.

Estudo desenvolvido por Carrer *et al.* (2017), não corroboram o estudo em tela uma vez que apontam escores elevados para o enfoque comunitário utilizado pela ESF.

O escore atribuído a este atributo sinaliza que os profissionais não reconhecem de maneira ideal as necessidades da comunidade, sendo esta considerada como grupo local, de tamanho variável, integrado por pessoas que ocupam um território geograficamente definido e estão irmanadas por uma mesma herança cultural e histórica, sob a responsabilidade de uma equipe multiprofissional.

Este atributo é composto por itens que privilegiam a visita domiciliar (VD), estabelecida como o diferencial da ESF. Neste contexto, a VD é entendida como método, técnica e/ou instrumento utilizado pelos profissionais da ESF sendo um momento rico, no qual se estabelece o movimento das relações, ou seja, a escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento, favorecendo melhores condições de vida e fomentando nos usuários e familiares a independência na sua produção de saúde (LIMA *et al.*, 2015).

Evidenciou-se, portanto importante fragilidade na ESF no sentido de promover a interação da equipe com a comunidade. Esse atributo, embora, tenha sido bem avaliado nos itens que fazem referência à visita domiciliar, ao conhecimento das necessidades da população atendida e à escuta de opiniões e ideias da comunidade para melhoria do serviço de saúde, deixou a desejar na avaliação dos três últimos itens que mensuraram a satisfação dos



usuários com o serviço ofertado, na investigação dos problemas da comunidade para conhecer as dificuldades ainda desconhecidas e na prática de fomentar a participação social, o que conduziu a um escore abaixo do ponto de corte.

Estudos, como os de Sala *et al.* (2011), e Rodríguez-Villamizar; Acosta-Ramírez; Ruiz-Rodríguez (2013), expressam consonância na avaliação do atributo de orientação comunitária, apontando também escores insatisfatórios.

Fica evidente, com efeito, que o escore do atributo Orientação Comunitária não atende os pressupostos da APS, de incluir a família e a comunidade no plano de cuidado de cada usuário. É urgentemente necessária a ampliação da rede de ESF no Município em estudo, com um processo de trabalho centrado na clínica ampliada, que realmente enfatiza o foco na família e nas necessidades da comunidade. Para tanto, essa ampliação implica reformulações das políticas públicas municipais, bem como em alguns aspectos de estrutura e processo do cuidado para a efetiva implantação do serviço de APS na qualidade que se propõe.

#### ESCORE ESSENCIAL E ESCORE GERAL

O escore essencial compreende a média aritmética da pontuação atribuída aos quatro elementos estruturantes essenciais (Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação), ao passo que o geral resultou da média aritmética dos oito atributos. O estudo apontou 6,6 e 7,2 para o escore essencial e geral, respectivamente, o que representa elevada aproximação com a APS. Compreende-se, no entanto, que ainda há muitos desafios a serem superados para que se consiga melhorar na qualidade dos serviços de saúde ofertados, no sentido de garantir, não só, a presença, mas também uma ampla extensão dos atributos da APS.

Os Escores Essencial e Geral deste estudo assemelhou-se aos de outras investigações realizadas no Brasil, como as realizadas no Paraná (EE: 7,10 e EG: 7,4 – por Chomatas *et al.* (2013)), Santa Catarina (EE: 6,80 e EG: 7,09 – por Vitória *et al.* (2013)), Minas Gerais (EE: 7,12 e EG: 7,40 – por Silva *et al.* (2014)), e Distrito Federal (EE: 6,46 e EG: 6,62 – por Araújo, Mendonça e Sousa (2015)). Em contrapartida o estudo de Brunelli *et al.* (2016), desenvolvido em São Paulo, denotou resultados diferentes, identificando valores inferiores ao ponto de corte (EE: 5,6 e EG: 5,5).

## 6.10 Associação entre as Varáveis Estudadas

Os profissionais enfermeiros e cirurgiões-dentistas atuantes na Estratégia Saúde da Família do Município de Juazeiro do Norte-CE, em sua maioria (90,2% e 51,3% respectivamente), pertencem ao sexo feminino. Tal associação, entretanto, não foi identificada para a categoria médica, já que 50% eram do sexo masculino. Essa associação representou significância estatística ( $p < 0,001$ ).

Pasquetti *et al.* (2017), apresentou resultados semelhantes, em seu estudo, identificando o sexo feminino como predominante. A feminização encontrada entre os profissionais da ESF revelou que esse predomínio é uma das tendências das profissões da saúde e, por conseguinte, dos profissionais das equipes de Saúde da Família, em especial, quando se desenha o perfil do enfermeiro, haja vista ser uma profissão surgida como atividade que deveria ser exercida exclusivamente por mulheres.

Nesse sentido, Andrade *et al.* (2014), desenvolvendo um estudo na cidade de Divinópolis-MG, envolvendo cirurgiões-dentistas, com objetivo de verificar o ponto de conhecimento acerca do câncer de boca, encontraram também a prevalência do sexo feminino.

Acredita-se, portanto, que a feminização não se restringe mais ao profissional enfermeiro, mas também nos estratos dos cirurgiões-dentistas e dos médicos.

Desse modo, considera-se o predomínio feminino característica marcante em todas as atividades que envolvem o cuidado, já que a ideia de cuidar, de proteger, sempre existiu na vida da mulher, todavia, o aumento do número de homens inseridos nas profissões da saúde está acontecendo de maneira gradual, porém contínua (SOUZA *et al.*, 2014).

A Longitudinalidade, compreende o cuidado no decurso do tempo, portanto, compete ao cirurgião-dentista inserir-se na ESF de maneira mais efetiva, estabelecendo um sentimento de pertencimento com os demais membros da equipe, e elaborar planos terapêuticos efetivos, não desenvolvendo suas atividades apenas com foco na agudização das patologias odontológicas.

É relevante considerar o fato de que a ESF possui, dentre os seus objetivos, o cuidado continuado e integral advindo de uma equipe multiprofissional, na qual está inserido o cirurgião-dentista, e que, portanto, possui importância similar à de todos os outros profissionais, devendo contribuir na elaboração dos planos de cuidado individual e coletivo junto com os demais membros da equipe.

Faz-se, efetivamente, necessária a reorganização das práticas dos profissionais na qualidade de equipe, para que assim se estabeleça um serviço de qualidade.

Os enfermeiros foram os que atribuíram menor escore para os atributos Acesso de Primeiro Contato, Coordenação – Integração do Cuidado e Integralidade – Serviços Disponíveis. Percebe-se que esses valores convergiram para aqueles atribuídos pela categoria médica, apontando para uma significância estatística.

Discussões e problemas experienciados na ESF, como a factibilidade de ser porta de entrada para outros serviços de saúde, a promoção da coordenação efetiva dos cuidados, a fragmentação da rede assistencial e a ausência de comunicação entre profissionais do ponto primário com os outros pontos de atenção configuram uma constante nos fóruns de debates sobre a organização do sistema de saúde, desde a implantação da ESF (MENDES, 2015).

As Ciências da Saúde sinalizam positivamente para a necessidade de mudanças no sentido de substituir o modelo com paradigmas mecanicista e cartesianos, impulsionadores de práticas fragmentadas e fundamentadas em especialidades. Esse pensamento simplista, entretanto, negligenciava a complexidade das relações que permeiam e circundam a pessoa (ELLERY; BOSI; LOIOLA, 2013).

Embora já se tenha rompido com esse paradigma e modificado/adequado muitas práticas desde a implantação da ESF, percebe-se ainda uma fragilidade no fazer dos profissionais inseridos nesse contexto. Neste estudo, sobrepuseram resultados segundo os quais enfermeiro e médico atribuíram baixo escore para elementos que são o alicerce da APS, como o Acesso de Primeiro Contato, a Coordenação do Cuidado e a Integralidade. Dos quatro atributos essenciais apenas a Longitudinalidade recebeu um escore acima do ponto de corte por essas duas categorias profissionais.

Acredita-se que seja necessária a mudança, não só de práticas, mas também uma mudança na formação de profissionais, para que não se tornem alheios à reorganização do modelo de saúde. Para tanto, se faz necessário o acercamento do perfil de competências dos profissionais de saúde das reais necessidades dos processos de trabalho na ESF, compreendendo-se que profissionais formados no modelo biomédico têm dificuldades para atuar no novo contexto (VARELA *et al.*, 2016).

Esses autores fazem referência à Diretriz Curricular Nacional (DCN) da Medicina, que se propõe a ter como egressos médicos com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar no processo de saúde-doença em seus distintos níveis de atenção.

Já nas DCN de Enfermagem, percebe-se a indicação que se deve assegurar o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as

relações interpessoais, além de privilegiar as características apontadas para os egressos da medicina.

As DCN para Odontologia sinalizam, além da utilização de metodologias ativas, a participação viva dos alunos, a integração dos conhecimentos das Ciências Básicas com os das Ciências Clínicas e a instituição de programas de iniciação científica como método de aprendizagem. São incipientes, no entanto, os enfoques acerca da saúde coletiva o que pode justificar o baixo escore atribuído pelos cirurgiões-dentistas à orientação familiar e comunitária.

Infere-se, portanto, que a formação pela experiência nos serviços do SUS, viabilizada pela problematização das práticas, configura-se como potente estratégia para permitir a experiencição e a aprendizagem relacionada ao trabalho em equipe, de modo interprofissional, revelando uma possibilidade viável com vistas a garantir a formação coerente com os princípios do SUS e com as práticas colaborativas interprofissionais.

## 7. CONCLUSÃO

Todos os atributos avaliados obtiveram altos escores, exceto o relativo ao Acesso de Primeiro Contato e à Orientação Comunitária.

Na avaliação dos escores essencial, geral e dos atributos sistema de informação; serviços prestados e orientação familiar, o profissional cirurgião-dentista apresentou menores escores.

Na avaliação dos escores geral e essencial não houve diferenças estatísticas, conforme distritos. Entretanto, para os atributos Integração do cuidado e serviços disponíveis o distrito IV obteve melhores escores.

Em se tratando do escore essencial e geral identificou-se valores acima do ponto de corte.

Infere-se, portanto, que a Estratégia Saúde da Família do Juazeiro do Norte é provedora da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos profissionais.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados desse estudo e na sua confrontação com a literatura consultada pode-se concluir que os profissionais da equipe Saúde da Família percebem seu processo de trabalho como adequado favorecendo um alto grau de aproximação com a Atenção Primária à Saúde.

Observou-se elevados escores nos atributos avaliados, à exceção do Acesso de Primeiro Contato e a Orientação Comunitária. Esse fato representa um cenário preocupante tendo em vista que o acesso faz da ESF a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde e que a orientação centrada na comunidade reconhece o usuário como protagonista do processo de saúde-doença individual e coletivo.

É por meio do Acesso de Primeiro Contato, que o profissional tem o momento do acolher, ouvir e conhecer as necessidades, aumentando o vínculo entre profissional, usuário e serviço, mas também direcionará todo o cuidado necessário. É nesse momento que se constroem as relações de confiança, respeito e aumento do vínculo, o que fará toda diferença no tratamento futuro, inclusive na aderência ao tratamento, além é claro de proporcionar a acessibilidade, a longitudinalidade do cuidado e sua integralidade. Esse atributo consiste não apenas no acesso ou chegada dos usuários ao serviço, mas perpassa por vários pontos relacionados ao acolhimento e humanização da atenção ofertada.

O valor atribuído ao acesso sinaliza portanto que as equipes precisam fortalecer esse atributo, construindo junto com os gestores estratégias fortalecidas como o acolhimento efetivo enquanto construtor de vínculo de confiança e alternativas de comunicação entre os profissionais e usuários, principalmente nos dias e horários em que as unidades permanecem fechadas, com o estabelecimento de estratégias viáveis como a telefonia e a internet, considerando ter sido essas as maiores fragilidades na avaliação desse atributo.

A Orientação Comunitária aponta nesse estudo um envolvimento frágil das equipes com a comunidade principalmente, quando se refere a participação da comunidade no planejamento das ações, desfavorecendo o empoderamento dos usuários e comunidade.

Ainda há um longo caminho a ser percorrido para que se possa afirmar que as medidas de fortalecimento da APS adotadas pelo governo federal foram capazes de reorientar o modelo assistencial nos serviços de saúde do país e de consolidar uma maior qualidade e satisfação do usuário com os serviços prestados pela rede pública.

Sabe-se que, apesar dos investimentos crescentes na ESF, ainda se mantém o modelo assistencial em que a lógica da organização da atenção ainda parte muito mais dos

procedimentos previamente definidos do que propriamente das necessidades de saúde apresentadas pela população em territórios específicos. As ações de promoção e prevenção ainda apresentam um viés essencialmente vertical, programático e campanhista. Apesar da ampliação dos recursos financeiros em APS, esses investimentos apresentam mais reflexo na ampliação do acesso do que na redefinição do modelo assistencial.

### **8.1 Limitações do Estudo**

Nesse estudo foram identificadas algumas limitações que devem ser consideradas ao interpretar os resultados apresentados.

O estudo foi desenvolvido apenas com os profissionais, não envolvendo outros atores determinantes como gestores e usuários.

Ainda como limitação acrescenta-se o fato do estudo ter sido apresentado um caráter transversal, o que não permite avaliação do *lócus* do estudo em outro espaço de tempo, impedindo uma comparação temporal dos serviços.

### **9.2 Recomendações do Estudo**

- Recomenda-se que esse estudo seja replicado com outros atores como gestores e usuários.
- Sugere-se que se faça uma pesquisa abrangendo um número maior de município da região para que se obtenha resultados mais robustos.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. S. V. *et al.* Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde em Debate**, v. 38, p.182-194, 2014.
- ALENCAR, M. N. *et al.* Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p.353-364, 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 de saúde (SUS) em ponto local**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, v.10, 2006. 215p.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA.R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: **Saúde em debate**. Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 783-836.
- ANDRADE, S. N. *et al.* Câncer de boca: avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde. **Revistas**, v. 71, n. 1, p. 42, 2014.
- ANTUNES, M. N. *et al.* Avaliação de projetos em saúde: metassíntese. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 18, n. 1, p.140-149, 2017.
- ARAÚJO, L. U. A. *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, 2014.
- ARAÚJO, R.L; MENDONÇA, A. V. M.; DE SOUSA, M. F. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 387-399, 2015.
- ARCE, V.A.R.; SOUSA, M. F. Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 22, n.1, p. 109-123, jan./mar. 2013.
- ASSIS, F.; MISCHIATI, M. F. Retrospectiva Histórica da Implantação do PSF até sua transformação em ESF nos dias de hoje. **Revista Uningá Review**, v. 3, n. 1, p. 77, 2017.
- 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.
- BATISTA, V. C. L. *et al.* Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde Segundo os Profissionais de Saúde da Família. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 15, n. 2, 2016.
- BERRA, *et al.* Properties of a short questionnaire for assessing Primary Care experiences for children in a population survey. **BMC. Public Health**. v.11, n.285. 2011.
- BERTUSSO, F. R. A contribuição do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família. 2017 112 f. Dissertação (Mestrado em Biociências e Saúde) - Universidade Estadual



do Oeste do Paraná, Cascavel, 2017.

BRANDÃO, A.L.R.B.S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C.E.A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Cien Saude Colet.** v.18. n.1, p.103-114, 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, Senado, 1998.

\_\_\_\_\_. 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, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Auto-Avaliação nº 4: Equipe Saúde da Família: Parte 1** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 102 p

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 2010a.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654/GM, 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. 2011a.

\_\_\_\_\_. 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, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ.** Brasília, 2011c.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). 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: MS; 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014.** Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

\_\_\_\_\_. 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, 2017.

BROUSSELLE, A. *et al.* (Org). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

BRUNELLI, B. *et al.* Avaliação da presença e extensão dos atributos de atenção primária em dois modelos coexistentes na rede básica de saúde do Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-12, 2016.

CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. **Manual de práticas da atenção básica: Saúde ampliada e compartilhada**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 411.

CARDOSO, A. V. L. *et al.* Avaliação da gestão da Estratégia Saúde da Família por meio do instrumento Avaliação para Melhoria da Qualidade em municípios de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1267-1284, 2015.

CARNEIRO, A. de O. **Relatório de Atividades e Proposta de Atuação**. Auditoria extraordinária Juazeiro do Norte. Procuradoria Federal da República Justiça Federal XVIª VARA Processos: Nº 00117-31.2015.4.05.810 Nº 00117-31.2015.4.05.8102. Juazeiro do Norte – CE. Maio de 2015.

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

CARRER, A. *et al.* Avaliação da efetividade da atenção primária a saúde: o programa mais médicos sob o olhar dos profissionais. 2017.

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

CESAR, M.C. *et al.* Avaliação da atenção primária no município de Piracicaba, SP, Brasil. **Saúde em debate**. v.38, p.296-306, 2014.

CHAVES, L.A. *et al.* Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. 515, 2018.

CHOMATAS, E. *et al.* Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 294-303, out/dez. 2013.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad Saude Publica.**; v.24, (Supl. 1), p.7-27, 2008.

COTTA, R. M. M. *et al.* **Performance of primary health care according to PCATool instrument: a systematic review.** 2016.

CRESWELL, W.J. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRUZ, M. M. da. *et al.* Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 124-139, 2014.

CUNHA, F.M. da. *et al.* A importância da articulação do trabalho em rede: a experiência do Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade–PMAQ-AB. **A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas.** Porto Alegre: Rede UNIDA, p. 235-250, 2016.

DAVID, H. L.; CAMARGO, J.R.; KENNETH R. de. Prática avaliativa na atenção básica: revisitando a pedagogia da problematização. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 21, n. 1, n. esp, p. 677-681, 2013.

DE ALMEIDA LIMA, C. *et al.* Atributos da Atenção Primária: perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Renome**, v. 4, n. 2, p. 04-18, 2016.

DIAS, H.S.; LIMA, L.D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613-24, 2013.

DYNIWICZ, A. M. Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes. In: **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes.** 2009.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment.** Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

ELLERY, A. E. L.; BOSI, M. L. M.; LOIOLA, F. A. Integração Ensino, Pesquisa e Serviços em Saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.22, n.1, p.187-198, 2013.

FERREIRA, J.M. **Avaliação da atenção primária à saúde: identificação dos atributos, indicadores de qualidade e estratégias de melhoria dos serviços.** Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) –Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Natal, 2017.

FIGUEIREDO, A. M. de. *et al.* Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 41-48, 2013.

FONSECA, L.E.de F. **Avaliação do Acesso de Primeiro Contato da Atenção Primária à Saúde em Campina Grande–PB.** 20f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2014.

FRACOLLI, L. A. *et al.* Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciênc. saúde coletiva**. v.19, n.12, pp.4851-4860, 2014.

FRACOLLI, L. A. *et al.* Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde num município do interior do Estado de São Paulo - Brasil. **O Mundo da Saúde**, v. 39, n. 1, p. 54-61, 2015.

FRANK, B.R.B. *et al.* Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 400-410, 2015.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Cuidados primários de saúde. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma Ata, 1978. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 1979.

GIOVANELLA, L. *et al.* 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.

GIOVANELLA, L. (org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2.ed. rev. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 1100 p.

HAGGERTY, J. L. *et al.* Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. **Ann Fam Med**. v.6, p.116-23, 2008.

HARZHEIM, E. *et al.* 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. *et al.* Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 274-284, 2013.

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

HULLEY, S.B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica: Uma abordagem epidemiológica**. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro. 2015. Disponível em [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa\\_resultados.php?id\\_pesquisa=40](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=40). Acesso em 09/05/2016.

IPECE. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. **Desenvolvimento Econômico do Ceará: Evidências Recentes e Reflexões**. Barreto, F.A.F.D.; Menezes, A.S.B.de (orgs). Fortaleza: IPECE, 2014. 402p. Disponível em [www.ipece.ce.gov.br/.../DesenvolvimentoEconomicodoCearaEvidenci](http://www.ipece.ce.gov.br/.../DesenvolvimentoEconomicodoCearaEvidenci). Acesso em 09/03/2016.

JATRANA, S.; CRAMPTON, P.; RICHARDSON, K. Continuity of care with general practitioners in New Zealand: results from SoFIE-Primary Care. **N Z Med J**. Feb 11; v.124, n.1329, p.16-25, 2011.

JUAZEIRO DO NORTE. Secretaria Municipal de Saúde – **Plano Municipal de Saúde de 2014-2017**. Juazeiro do Norte. 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde – **Coordenação da Atenção Básica**. Juazeiro do Norte - Ceará. 2017.

KERCHER, P. V. *et al.* O Projeto Terapêutico Singular como dispositivo de promoção da integralidade do cuidado em um serviço de emergência. **Residências e a educação e ensino da saúde: tecnologias formativas e o desenvolvimento do trabalho**. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, p. 127-132, 2017.

KESSLER, M. **Avaliação da longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul**. 2016.

KRINGOS, *et al.* The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. **BMC Health Services Research**. v.10, n.65, 2010.

KRÜGER, T. A. *et al.* Atributos Essenciais da Atenção Primária à Saúde sob a Ótica de Profissionais. **Salão do Conhecimento**, v. 2, n. 2, 2016.

LEANDRO, S.S.; MONTEIRO, P.S. Avaliação da coordenação da atenção na perspectiva dos profissionais de saúde. **Enfermagem em Foco**, v. 8, n. 3, 2017.

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. **Cien Saude Colet**, v. 16, n. 11, p. 4415-4423, 2011.

LEE, J.H. *et al.* Development of the Korean primary care assessment tool--measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. **Int J Qual Health Care**. v.21, n.2, p. 103-11, Apr. 2009.

LEITE, J. R.; DE SOUSA, A. C. M. Práticas arquivísticas no contexto de prontuários médicos: um estudo em unidade de saúde da família. **Archeion Online**, v. 3, n. 2, 2016.

LIMA, C.A *et al.* Atributos da Atenção Primária: perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Renome**, v. 4, n. 2, p. 04-18, 2016.

LIMA, E. de F. A. *et al.* Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.23, n.3, p.553-9, maio-jun. 2015.

LIMA, E. de F. A. *et al.* Avaliação da estratégia saúde da família na perspectiva dos profissionais de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, 2016.

LINHARES, P.H.A.; LIRA, G.V.; ALBUQUERQUE, I.M.N. Avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no estado do Ceará. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 195-208, 2014.

LOPES, A.C.S. *et al.* Estratégia de Promoção à Saúde: Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**, v.21, n.04, p. 379-384, 2016.

LUHM, K.R.; CARDOSO, M. R. A.; WALDMAN, E.A. Cobertura vacinal em menores de dois anos a partir de registro informatizado de imunização em Curitiba, PR. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 90-8, 2010.

MALTA, D. C *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, 2016.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, v. 52, p. 38-49, 2014.

MENDES, E.V. **A construção social da atenção primária à saúde.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015.

OLIVEIRA, A.F. de. **O profissional da saúde: uma compreensão do sentido da atuação na atenção primária.** Dissertação Instituto de Ciências. Universidade de São Paulo, 2015.

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.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS.** Contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011.

PASARIN, M.I. *et al* [An instrument to evaluate primary health care from the population perspective] (in Spanish). **Atenção Primária.** v.39, p. 395-401, 2007.

PASQUETTI, P. N. *et al.* Avaliação do Atributo Integralidade na Ótica de Profissionais da Saúde. **Salão do Conhecimento**, v. 3, n. 3, 2017.

PAULA, F. A. *et al.* Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG). **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)**, v. 39, n. 106, p. 802-814, 2015.

PAULA, W.K.A.S. *et al.* Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, 2017.

PENSO, J.M. *et al.* Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017.

PINTO, H. A.; SOUSA, A; FLORÊNCIO, A. R. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. RECIIS: **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde.** Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, supl., ago. 2012.

PIZANELLI, M. *et al.* Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay. **Rev Med Urug.** v.27, n.3, p. 187-189, 2011.

PROTASIO, A.P.L. *et al.* Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1829-1844, 2017.

REIS, R. S. *et al.* Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, 2013.

RIBEIRO, D.T. *et al.* O PMAQ-AB como umas das estratégias de estímulo à prática da educação permanente em saúde. **A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 129-141, 2016.

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 Publica.** v.15, n.2, p.183-95, 2013.

ROLIM, L. B. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza-CE: **estudo através do PCATool-Brasil, versão profissionais.** 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – Nucleadora - Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Fortaleza - CE. 2016.

ROQUE, H.; VELOSO, A.; FERREIRA, P.L. Versão portuguesa do questionário EUROPEP: contributos para a validação psicométrica. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, 2016.

SALA, A. *et al.* [Integrality and primary health care: assessment in the perspective of health services users in the city of São Paulo]. **Saúde Soc.** v.20, n.4, p.948-60, 2011.

SANCHO, L. G.; DAIN, S. **Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção.** 2012.

SANTOS, M. A.; SENNA, M. C. M. atenção primária à saúde: centralidade na agenda pública brasileira e desafios contemporâneos. **Revista Uniabeu**, v. 8, n. 19, p. 354-367, 2015.

SANTOS, N.A. *et al.* Avaliação dos atributos da atenção primária por profissionais de saúde. **Revista de APS**, v. 20, n. 3, 2017.

SARTI, T. D. *et al.* Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 537-548, 2012.

SCHEFFER, M. Para muito além do Programa Mais Médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2664-6, 2016.

SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the adult primary care assessment Tool. **J Fam Pract.** v.50, n.2, p. 161-175, 2001.

SILVA, A. S.; BAITILO, T.C.; FRACOLLI, A. L. Avaliação da atenção primária à saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a estratégia de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 5, 2015.

SILVA, A. P. A. T. **Utilização de protocolos nas ações programáticas na atenção básica: Análise a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. 2016.

SILVA, L. M. S. *et al.* Trabalho interdisciplinar na Estratégia Saúde da Família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. esp. 2, p. 784-788, dez. 2012.

SILVA, S. A. da *et al.* Assessment of primary health care: health professionals' perspective. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.48, n. SPE, p. 122-128, 2014.

SOARES, A.R.A.P. **Avaliação da integralidade na atenção primária à saúde em Campina Grande-PB**. 2015.

SOUZA, A.M.G. *et al.* Avaliação da assistência à pessoa idosa na atenção primária à saúde: perspectiva de usuários. **Revista Ciência Plural**, v. 3, n. 2, p. 42-52, 2017.

SOUZA, L.L. *et al.* Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. **Ciênc Cogniç.** v.19, n.2, p.218-32, 2014.

STARFIELD, B. **Primary care: concept, evaluation, and policy**. Oxford University Press, USA, 1992.

\_\_\_\_\_. **Primary care: balancing health needs, services, and technology**. Oxford University Press, USA, 1998.

\_\_\_\_\_. **Atenção primária - equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 726p.

\_\_\_\_\_. **Atenção primária - equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 726p.

STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice, Parsippany**, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.

SUMAR, N; FAUSTO, M. C. R. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. **JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care**, v. 5, n. 2, p. 202-212, 2014.

TAQUETTE, S.R.; RODRIGUES, A.O.; BORTOLOTTI, L.R. Percepção de pacientes com AIDS diagnosticada na adolescência sobre o aconselhamento pré e pós-teste HIV realizado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n. 01, p.23-30, 2017.

TESSER, C. D. *et al.* Estratégia Saúde da Família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciência & coletiva**. v. 16, n. 11, p. 4295- 4306, 2011.



TOMASI, E. *et al.* Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 15 (2): 171-180 abr. / jun., 2015.

TSAI, J. *et al.* Physician specialty and the quality of medical care experiences in the context of the Taiwan national health insurance system. **J Am Board Fam Med.** 2010.

TURCI, M. A.; COSTA, M. F. L.; MACINKO, J. Influências 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**, Rio de Janeiro v. 31, n. 9, p.1941-1952, 2015.

VARELA, D. S.S. *et al.* Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação de Profissionais para o SUS. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 39-43, 2016.

VITÓRIA, A. M. *et al.* Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro. v. 8, n. 29 (out./dez. 2013), p. 285-293, 2013.

WONG, S.Y. *et al.* 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. 39, 2010.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

| PARTE 1   |         |
|---|---------|
| 1. Idade _____  | 1 _____ |
| 2. Sexo: <input type="checkbox"/> 1 masculino <input type="checkbox"/> 2 feminino   | 2 _____ |
| 3. Estado civil: <input type="checkbox"/> 1 casado(a) / união estável <input type="checkbox"/> 2 solteiro/(a)<br><input type="checkbox"/> 3 viúvo(a) <input type="checkbox"/> 4 divorciado(a) | 3 _____ |

| PARTE 2  |         |
|--|---------|
| FORMAÇÃO ACADÊMICA E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL  |         |
| 4. Profissão: <input type="checkbox"/> 1 dentista <input type="checkbox"/> 2 enfermeiro(a) <input type="checkbox"/> 3 médico (a)   | 4 _____ |
| 5. Ano de conclusão do curso _____   |         |
| 6. Tipo de Instituição de Ensino Superior <input type="checkbox"/> 1 pública <input type="checkbox"/> 2 privada  | 5 _____ |
| 7. Possui alguma pós-graduação? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> Em andamento  | 6 _____ |
| 8. Em caso afirmativo, qual o tipo de pós-graduação?<br><input type="checkbox"/> 1 Especialização <input type="checkbox"/> 2 Residência <input type="checkbox"/> 3 Mestrado <input type="checkbox"/> 4 Doutorado | 7 _____ |
|  | 8 _____ |

|   |         |
|---|---------|
| 9 Sua pós-graduação é na área da Saúde da Família? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2<br>Não   | 9_____  |
| 10. Há quantos anos trabalha na ESF? _____  | 10_____ |
| 11. Há quantos anos trabalha nessa equipe? _____  | 11_____ |
| 12. De que forma ingressou na ESF? <input type="checkbox"/> 1 Concurso <input type="checkbox"/> 2 Contrato temporário | 12_____ |

## **APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**Avaliação da Atenção Primária à Saúde em Juazeiro do Norte na perspectiva dos profissionais**”, cujo objetivo principal é avaliar a APS de Juazeiro do Norte. A investigação está sendo realizada pela discente do curso de Doutorado em Enfermagem, Gláucia Margarida Bezerra Bispo da Universidade Federal do Ceará. Farão parte do estudo os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e dentistas) da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Juazeiro do Norte que aceitarem livremente participar da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Sua participação nesta pesquisa constará em responder um instrumento para avaliar a qualidade da atenção à saúde prestada no seu serviço de saúde. Este estudo implica apenas a disponibilidade de tempo para responder o questionário. Cabe destacar o fato de que o referido instrumento será respondido de presencialmente, por meio de encontros previamente agendados. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Ressalta-se que os benefícios a serem aportadas pela pesquisa se reportam ao conhecimento da avaliação dos serviços de saúde em Juazeiro do Norte, na perspectiva dos profissionais, no que se refere a uma análise dos atributos da APS. Assim, ante os resultados, os profissionais e gestores terão subsídios para aperfeiçoar e melhorar o serviço de saúde.

Vale destacar a ideia de que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada alterará sua condição profissional na Unidade de Saúde onde trabalha e poderá, em qualquer momento, desistir da pesquisa. Para fins do estudo, a pesquisadora assegura que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou do conteúdo individual da sua entrevista será divulgado. Além disso, o(a) Sr(a) tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados da pesquisa.

Destaca-se, ainda, o compromisso da pesquisadora em utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa, assim como a garantia de acesso, de modo que, em qualquer etapa do estudo, o(a) Sr(a) poderá entrar em contato com a profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora é a doutoranda Gláucia Margarida Bezerra Bispo, que pode ser encontrada no endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, 1161 - 63.100-000 - Pimenta - Crato/CE Fone: (88) 3102.1212 / 3102.1204 - E-mail: [urca@urca.br](mailto:urca@urca.br)

Caso tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da URCA - Rua Cel. Antônio Luiz, 1161 - 63.100000 - Pimenta - Crato/CE Fones: (88) 3102.1212 / 3102.1204

Sentindo-se suficientemente informado(a) a respeito do que leu ou do que foi lido para o(a) Sr(a) sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes, que sua participação será voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e se o(a) Sr(a) concordar em participar desta pesquisa, solicito que assine no espaço abaixo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pelo estudo

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Juazeiro do Norte \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **ANEXOS**

**ANEXO A – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

## PCATool - Brasil versão Profissionais

## A – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

| Por favor, indique a melhor opção  | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei / não lembro |
|--|------------------|--------------------|--------------------|------------------|----------------------|
| A1 – Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?   | 4 ( )            | 3 ( )              | 2 ( )              | 1 ( )            | 9 ( )                |
| A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana, até as 20hs?   | 4 ( )            | 3 ( )              | 2 ( )              | 1 ( )            | 9 ( )                |
| A3 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?                      | 4 ( )            | 3 ( )              | 2 ( )              | 1 ( )            | 9 ( )                |
| A4 – Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário? | 4 ( )            | 3 ( )              | 2 ( )              | 1 ( )            | 9 ( )                |
| A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?         | 4 ( )            | 3 ( )              | 2 ( )              | 1 ( )            | 9 ( )                |
| A6. Quando seu serviço   | 4 ( )            | 3 ( )              | 2 ( )              | 1 ( )            | 9 ( )                |



|   |              |              |              |              |              |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?                               |              |              |              |              |              |
| A7 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?                         | <b>4 ( )</b> | <b>3 ( )</b> | <b>2 ( )</b> | <b>1 ( )</b> | <b>9 ( )</b> |
| A8 – É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?         | <b>4 ( )</b> | <b>3 ( )</b> | <b>2 ( )</b> | <b>1 ( )</b> | <b>9 ( )</b> |
| A9 – Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento) | <b>4 ( )</b> | <b>3 ( )</b> | <b>2 ( )</b> | <b>1 ( )</b> | <b>9 ( )</b> |

## PCATool - Brasil versão Profissionais

**B – LONGITUDINALIDADE**

| Por favor, indique a melhor opção  | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei / não lembro |
|--|------------------|--------------------|--------------------|------------------|----------------------|
| B1 – No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?                    | 4 ( )            | 3 ( )              | 2 ( )              | 1 ( )            | 9 ( )                |
| B2 – Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?   | 4 ( )            | 3 ( )              | 2 ( )              | 1 ( )            | 9 ( )                |
| B3 – Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?  | 4 ( )            | 3 ( )              | 2 ( )              | 1 ( )            | 9 ( )                |
| B4 – Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor? | 4 ( )            | 3 ( )              | 2 ( )              | 1 ( )            | 9 ( )                |
| B5 – Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?                | 4 ( )            | 3 ( )              | 2 ( )              | 1 ( )            | 9 ( )                |
| B6 – Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?           | 4 ( )            | 3 ( )              | 2 ( )              | 1 ( )            | 9 ( )                |
| B7 – Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um                              | 4 ( )            | 3 ( )              | 2 ( )              | 1 ( )            | 9 ( )                |

|   |       |       |       |       |       |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| problema de saúde?  |       |       |       |       |       |
| B8 – Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?   | 4 ( ) | 3 ( ) | 2 ( ) | 1 ( ) | 9 ( ) |
| B9 – Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?  | 4 ( ) | 3 ( ) | 2 ( ) | 1 ( ) | 9 ( ) |
| B10 – Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?  | 4 ( ) | 3 ( ) | 2 ( ) | 1 ( ) | 9 ( ) |
| B11 – Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?  | 4 ( ) | 3 ( ) | 2 ( ) | 1 ( ) | 9 ( ) |
| B12 – Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldades de pagar por elas? | 4 ( ) | 3 ( ) | 2 ( ) | 1 ( ) | 9 ( ) |
| B13 – Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?   | 4 ( ) | 3 ( ) | 2 ( ) | 1 ( ) | 9 ( ) |

### C - 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> |
|---|-------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| C1 – Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados? | 4 ( )                   | 3 ( )                     | 2 ( )                     | 1 ( )                   | 9 ( )                       |
| C2 – Quando seus pacientes  | 4 ( )                   | 3 ( )                     | 2 ( )                     | 1 ( )                   | 9 ( )                       |

|  |              |              |              |              |              |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?                |              |              |              |              |              |
| C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?  | <b>4 ( )</b> | <b>3 ( )</b> | <b>2 ( )</b> | <b>1 ( )</b> | <b>9 ( )</b> |
| C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado? | <b>4 ( )</b> | <b>3 ( )</b> | <b>2 ( )</b> | <b>1 ( )</b> | <b>9 ( )</b> |
| C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?                           | <b>4 ( )</b> | <b>3 ( )</b> | <b>2 ( )</b> | <b>1 ( )</b> | <b>9 ( )</b> |
| C6 – Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?       | <b>4 ( )</b> | <b>3 ( )</b> | <b>2 ( )</b> | <b>1 ( )</b> | <b>9 ( )</b> |

#### **D - COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES**

| 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> |
|---|-------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------------|
| D1 – Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)? | <b>4 ( )</b>            | <b>3 ( )</b>              | <b>2 ( )</b>              | <b>1 ( )</b>            | <b>9 ( )</b>               |

|  |       |       |       |       |       |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|
| D2 – Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem? | 4 ( ) | 3 ( ) | 2 ( ) | 1 ( ) | 9 ( ) |
| D3 – Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?         | 4 ( ) | 3 ( ) | 2 ( ) | 1 ( ) | 9 ( ) |

### E – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

**SE UM PACIENTE TEM NECESSIDADE DE QUALQUER DOS SEGUINTESSERVIÇOS PODERIA OBTÊ-LOS NO SEU SERVIÇO DE SAÚDE?**

| Por favor, indique a melhor opção  | Com certeza, sim | Provavel mente, sim | Provavel mente, não | Com certeza, não | Não sei /não lembro |
|--|------------------|---------------------|---------------------|------------------|---------------------|
| E1 – Aconselhamento nutricional.   | 4 ( )            | 3 ( )               | 2 ( )               | 1 ( )            | 9 ( )               |
| E2 – Imunizações.  | 4 ( )            | 3 ( )               | 2 ( )               | 1 ( )            | 9 ( )               |
| E3 – Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social. | 4 ( )            | 3 ( )               | 2 ( )               | 1 ( )            | 9 ( )               |
| E4 – Avaliação da saúde bucal.   | 4 ( )            | 3 ( )               | 2 ( )               | 1 ( )            | 9 ( )               |
| E5 – Tratamento dentário.  | 4 ( )            | 3 ( )               | 2 ( )               | 1 ( )            | 9 ( )               |
| E6 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.   | 4 ( )            | 3 ( )               | 2 ( )               | 1 ( )            | 9 ( )               |
| E7 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).              | 4 ( )            | 3 ( )               | 2 ( )               | 1 ( )            | 9 ( )               |
| E8 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.  | 4 ( )            | 3 ( )               | 2 ( )               | 1 ( )            | 9 ( )               |
| E9 – Sutura de um corte que necessite de pontos.   | 4 ( )            | 3 ( )               | 2 ( )               | 1 ( )            | 9 ( )               |

|   |       |       |       |       |       |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| E10 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.   | 4 ( ) | 3 ( ) | 2 ( ) | 1 ( ) | 9 ( ) |
| E11 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).  | 4 ( ) | 3 ( ) | 2 ( ) | 1 ( ) | 9 ( ) |
| E12 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).   | 4 ( ) | 3 ( ) | 2 ( ) | 1 ( ) | 9 ( ) |
| E13 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).   | 4 ( ) | 3 ( ) | 2 ( ) | 1 ( ) | 9 ( ) |
| E14 – Remoção de verrugas.  | 4 ( ) | 3 ( ) | 2 ( ) | 1 ( ) | 9 ( ) |
| E15 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).  | 4 ( ) | 3 ( ) | 2 ( ) | 1 ( ) | 9 ( ) |
| E16 – Aconselhamento sobre como parar de fumar.   | 4 ( ) | 3 ( ) | 2 ( ) | 1 ( ) | 9 ( ) |
| E17 – Cuidados pré-natais.  | 4 ( ) | 3 ( ) | 2 ( ) | 1 ( ) | 9 ( ) |
| E18 – Remoção de unha encravada.  | 4 ( ) | 3 ( ) | 2 ( ) | 1 ( ) | 9 ( ) |
| E19 – Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões(ex: coma).                | 4 ( ) | 3 ( ) | 2 ( ) | 1 ( ) | 9 ( ) |
| E20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).             | 4 ( ) | 3 ( ) | 2 ( ) | 1 ( ) | 9 ( ) |
| E21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama. | 4 ( ) | 3 ( ) | 2 ( ) | 1 ( ) | 9 ( ) |

|  |       |       |       |       |       |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|
| E22 – Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos). | 4 ( ) | 3 ( ) | 2 ( ) | 1 ( ) | 9 ( ) |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|

### F – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

**Pergunte: Você atende pacientes:**

( ) de todas as idades

( ) somente crianças e adolescentes (menores de 18 anos)

( ) somente adultos

*Conforme a resposta acima, oriente o entrevistado da seguinte forma:*

Se você atende todas as idades, por favor responda todas as perguntas desta seção (F1 a F15).

Se você atende apenas crianças, por favor não responda as perguntas F4 a F13.

Se você atende apenas adultos, por favor não responda as perguntas F14 a F15.

Perguntas F1 – F3 se aplicam a todas faixas etárias.

### VOCÊ DISCUTE OS SEGUINTESS ASSUNTOS COM SEUS PACIENTES OU SEUS RESPONSÁVEIS?

| Por favor, indique a melhor opção  | Com certeza, sim | Provavel mente, sim | Provavel mente, não | Com certeza, não | Não sei /não lembro |
|--|------------------|---------------------|---------------------|------------------|---------------------|
| F1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.   | 4 ( )            | 3 ( )               | 2 ( )               | 1 ( )            | 9 ( )               |
| F2 – Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.           | 4 ( )            | 3 ( )               | 2 ( )               | 1 ( )            | 9 ( )               |
| F3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para | 4 ( )            | 3 ( )               | 2 ( )               | 1 ( )            | 9 ( )               |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura. |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|

Perguntas F4 – F13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima).

**“VOCÊ DISCUTE OS SEGUINTESS ASSUNTOS COM SEUS PACIENTES ?”**

| Por favor, indique a melhor opção  | <b>Com certeza, sim</b> | <b>Provavel mente, sim</b> | <b>Provavel mente, não</b> | <b>Com certeza, não</b> | <b>Não sei /não lembro</b> |
|--|-------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------|----------------------------|
| F4 – 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>               |
| F5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.   | <b>4 ( )</b>            | <b>3 ( )</b>               | <b>2 ( )</b>               | <b>1 ( )</b>            | <b>9 ( )</b>               |
| F6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.  | <b>4 ( )</b>            | <b>3 ( )</b>               | <b>2 ( )</b>               | <b>1 ( )</b>            | <b>9 ( )</b>               |
| F7 – Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.  | <b>4 ( )</b>            | <b>3 ( )</b>               | <b>2 ( )</b>               | <b>1 ( )</b>            | <b>9 ( )</b>               |
| F8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/ para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente. | <b>4 ( )</b>            | <b>3 ( )</b>               | <b>2 ( )</b>               | <b>1 ( )</b>            | <b>9 ( )</b>               |
| F9 – Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.   | <b>4 ( )</b>            | <b>3 ( )</b>               | <b>2 ( )</b>               | <b>1 ( )</b>            | <b>9 ( )</b>               |



|   |       |       |       |       |       |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| F10 – Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.    | 4 ( ) | 3 ( ) | 2 ( ) | 1 ( ) | 9 ( ) |
| F11 – Como prevenir quedas.   | 4 ( ) | 3 ( ) | 2 ( ) | 1 ( ) | 9 ( ) |
| F12 – Prevenção de osteoporose em mulheres.                               | 4 ( ) | 3 ( ) | 2 ( ) | 1 ( ) | 9 ( ) |
| F13 – Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa. | 4 ( ) | 3 ( ) | 2 ( ) | 1 ( ) | 9 ( ) |

As perguntas F14 – F15 se aplicam apenas a crianças.

**“OS SEGUINTESS ASSUNTOS SÃO DISCUTIDOS COM A CRIANÇA E PAIS/RESPONSÁVEL?”**

| Por favor, indique a melhor opção  | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei / não lembro |
|--|------------------|--------------------|--------------------|------------------|----------------------|
| F14 – Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.                      | 4 ( )            | 3 ( )              | 2 ( )              | 1 ( )            | 9 ( )                |
| F15 – Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária. | 4 ( )            | 3 ( )              | 2 ( )              | 1 ( )            | 9 ( )                |

**G - ORIENTAÇÃO FAMILIAR**

| 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> |
|--|-------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------------|----------------------------|
| G1 – Você pergunta aos pacientes quais suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?   | <b>4 ( )</b>            | <b>3 ( )</b>              | <b>2 ( )</b>             | <b>1 ( )</b>            | <b>9 ( )</b>               |
| G2 – Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?                                 | <b>4 ( )</b>            | <b>3 ( )</b>              | <b>2 ( )</b>             | <b>1 ( )</b>            | <b>9 ( )</b>               |
| G3 – Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar? | <b>4 ( )</b>            | <b>3 ( )</b>              | <b>2 ( )</b>             | <b>1 ( )</b>            | <b>9 ( )</b>               |

### **H – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA**

| 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 – Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?   | <b>4 ( )</b>            | <b>3 ( )</b>              | <b>2 ( )</b>             | <b>1 ( )</b>            | <b>9 ( )</b>               |
| H2 – Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende? | <b>4 ( )</b>            | <b>3 ( )</b>              | <b>2 ( )</b>             | <b>1 ( )</b>            | <b>9 ( )</b>               |
| H3 – Seu serviço de saúde   | <b>4 ( )</b>            | <b>3 ( )</b>              | <b>2 ( )</b>             | <b>1 ( )</b>            | <b>9 ( )</b>               |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde? |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|

**Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?**

| 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> |
|--|-------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| H4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas | <b>4 ( )</b>            | <b>3 ( )</b>              | <b>2 ( )</b>              | <b>1 ( )</b>            | <b>9 ( )</b>                |
| H5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?                         | <b>4 ( )</b>            | <b>3 ( )</b>              | <b>2 ( )</b>              | <b>1 ( )</b>            | <b>9 ( )</b>                |
| H6 – Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).                          | <b>4 ( )</b>            | <b>3 ( )</b>              | <b>2 ( )</b>              | <b>1 ( )</b>            | <b>9 ( )</b>                |

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM JUAZEIRO DO NORTE: AVALIAÇÃO NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS

**Pesquisador:** Glauca Margarida Bezerra Bispo

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 58596916.8.0000.5055

**Instituição Proponente:** Universidade Regional do Cariri - URCA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.940.809

**Apresentação do Projeto:**

A pesquisa será avaliativa com abordagem quantitativa e delineamento transversal, realizada no município de Juazeiro do Norte no período de abril de 2015 a julho de 2018. A população compreenderá os profissionais dentistas, enfermeiros e médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família. A amostra será composta por todos os referidos profissionais (n= 169). Para a coleta de dados serão utilizados dois questionários estruturados: o primeiro relacionado ao perfil sociodemográfico e de formação acadêmica, qualificação profissional e características ocupacionais e o segundo denominado Primary Care Assessment Tool(PCATool) versão profissionais, validado no Brasil. A coleta de dados será realizada de forma presencial mediante aplicação dos instrumentos aplicados nas unidades de Estratégia Saúde da Família, em período previamente agendado com os respectivos profissionais e com duração média de 40 min. A análise se dará através da avaliação dos escores geral e específicos do PCATool, que serão encontrados pela média aritmética das respostas dos seus respectivos itens.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Avaliar a Atenção Primária à Saúde no município de Juazeiro do Norte – CE na perspectiva dos profissionais.

**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

Continuação do Parecer: 1.940.809

**Objetivo Secundário:**

Avaliar a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde mediante a utilização do PCATool. Calcular os escores essencial e geral dos atributos da Atenção Primária à Saúde. Comparar os escores essencial e geral nos sete distritos do município

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Os riscos serão mínimos, mesmo assim, serão reduzidos mediante esclarecimentos fornecidos pela pesquisadora.

**Benefícios:**

Os benefícios que a pesquisa trará, se reporta ao conhecimento da avaliação dos serviços de saúde do Juazeiro do Norte, na perspectiva dos profissionais, no que se refere a uma análise dos atributos da APS. Assim, diante dos resultados, os profissionais e gestores terão subsídios para aperfeiçoar e melhorar o serviço de saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Ética e relevante

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentados e aprovados

**Recomendações:**

O relatório final deve ser enviado ao CEP, através da PB (Plataforma Brasil)

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Em observância a resolução Número 510/16-XI-d- O pesquisador responsável deve encaminhar para Plataforma Brasil o relatório final da pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento                  | Arquivo                                      | Postagem               | Autor                           | Situação |
|---------------------------------|--|------------------------|---------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto  | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_751754.pdf | 20/12/2016<br>13:33:45 |                                 | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / | TcleCorr.docx                                | 20/12/2016<br>13:33:27 | Glaucia Margarida Bezerra Bispo | Aceito   |

**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: 1.940.809

|   |                            |                        |                                   |        |
|---|----------------------------|------------------------|-----------------------------------|--------|
| Justificativa de Ausência                       | TcleCorr.docx              | 20/12/2016<br>13:33:27 | Glauca Margarida<br>Bezerra Bispo | Aceito |
| Outros  | IMG_20160630_160921060.jpg | 05/10/2016<br>12:29:56 | Glauca Margarida<br>Bezerra Bispo | Aceito |
| Folha de Rosto                                  | Folha_de_Rosto.pdf         | 01/08/2016<br>09:33:14 | Glauca Margarida<br>Bezerra Bispo | Aceito |
| Projeto Detalhado /<br>Brochura<br>Investigador | PROJETO.pdf                | 01/07/2016<br>18:09:51 | Glauca Margarida<br>Bezerra Bispo | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CRATO, 23 de Fevereiro de 2017

---

**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