



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
FACULDADE DE MEDICINA - CAMPUS SOBRAL

ISABELLY RIBEIRO ARAÚJO

**AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA
PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE SOBRAL, CEARÁ**

SOBRAL – CE

2024

ISABELLY RIBEIRO ARAÚJO

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA
PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE SOBRAL, CEARÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Área de concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dra. Mariana Ramalho de Farias

SOBRAL – CE

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A689a Araújo, Isabelly Ribeiro.

Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos profissionais de saúde de Sobral, Ceará / Isabelly Ribeiro Araújo. – 2024.
89 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2024.

Orientação: Profa. Dra. Mariana Ramalho de Farias.

1. Avaliação em Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Profissional de Saúde. I. Título.

CDD 610

ISABELLY RIBEIRO ARAÚJO

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA
PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE SOBRAL, CEARÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.
Área de concentração: Saúde da Família.

Aprovada em: 20/02/24

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Mariana Ramalho de Farias (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr.^a Ana Karine Macedo Teixeira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Jacques Antônio Maciel Cavalcante
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dedico a todos que me inspiraram e me apoiaram de alguma forma.

AGRADECIMENTOS

À Deus pelas superações e realizações, pois só ele sabe como foi difícil conciliar estudo e trabalho. Apesar dos desafios encontrados, o mestrado reflete não apenas minha conquista acadêmica, mas também foi onde me reencontrei com o meu foco, minha determinação e minha perseverança.

À minha mãe, às minhas irmãs e à minha namorada, que compartilharam das minhas angústias e medos, me apoiaram e me realinharam nos trilhos todas as vezes que precisei.

Ao Quinteto MASF (Suelem, Dilene, Taísa e Edilayne) agradeço pelos conhecimentos compartilhados, pela nossa união nas dores, e por toda a vontade de crescer juntas.

Aos voluntários (Lívia, Evandro e Aurenir) que colaboraram realizando a coleta de dados comigo e ao Thalanikelson que me ajudou incansavelmente na análise de todos os dados. Enfrentamos chuva e sol para no fim atingirmos nossas metas, expresso aqui meu reconhecimento pelo esforço, dedicação e paciência de cada um.

Aos participantes da pesquisa e à Secretária de Saúde de Sobral, agradeço pela parceria, disponibilidade e pelo tempo dedicado aos questionários.

À minha orientadora que confiou no meu esforço e dedicação e me incentivou até quando eu mesma não acreditava. Por todos os ensinamentos compartilhados, pela paciência e compreensão nos momentos difíceis. Se fez presente mesmo distante durante as orientações nos feriados, nos finais de semana e até mesmo quando estava doente. Sua confiança, apoio e dedicação fez total diferença, serei eternamente grata por tudo. Você é uma inspiração para mim!

Aos convidados da banca avaliadora por apreciarem e dedicarem seu tempo confiando no crescimento do nosso trabalho.

À instituição Universidade Federal do Ceará por me proporcionar todos os meios para que o meu sonho da docência e da pesquisa se torne real.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada uma estratégia para a organização e reorganização dos sistemas de saúde, além de promover mudanças nas práticas profissionais. É orientada a partir de eixos estruturantes denominados de atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural. Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos profissionais do município de Sobral, Ceará. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa, delineamento transversal, realizada com 238 profissionais da Estratégia Saúde da Família. Os dados foram coletados por meio de entrevistas utilizando um questionário sociodemográfico estruturado e o instrumento PCATool – Versão Profissionais. Os atributos da APS foram calculados por meio das médias dos escores obtidos, sendo os escores classificados em alto ($\geq 6,6$) e baixo ($<6,6$). Os dados foram analisados no programa SPSS 27.0, a partir do teste de Kruskal Wallis, MannWhitney e Qui-quadrado, considerando nível de significância de 5%. Os profissionais avaliaram a qualidade da APS satisfatória, considerando o Escore Geral. Apesar da avaliação positiva, o atributo Acesso de primeiro contato (Acessibilidade) foi o único atributo avaliado de forma insatisfatória, enquanto o atributo Integralidade (serviços disponíveis) foi o mais bem avaliado entre os atributos essenciais. Dentre os atributos derivados, também avaliado de forma positiva, o atributo Orientação comunitária foi o mais bem avaliado. Diante dos achados desse estudo, apesar da avaliação positiva da APS, persistem desafios a serem enfrentados, principalmente em relação a garantia do acesso do usuário ao serviço. Assim, sugere-se que estratégias de gestão sejam implementadas a fim de melhorar a qualidade e o desempenho dos serviços de saúde e minimizar esse desafio.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Profissional de Saúde.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is considered a strategy for organization and reorganization of the health systems, in addition to promoting changes in professional practices. It is advised by structuring axes called essential attributes: attention to first contact, longitudinality, integrality and coordination; and derived attributes: family and community orientation and cultural competence. This paper aimed to evaluate the quality of Primary Health Care from the professionals' perspective in the city of Sobral, Ceará. It sorts an evaluative research out, with a quantitative approach, cross-sectional design, carried out with 238 professionals from the Family Health Strategy. Data were collected through interviews using a structured sociodemographic questionnaire and the PCATool – Professional Version instrument. The PHC attributes were calculated using the average scores obtained, with the scores classified as high (≥ 6.6) and low (<6.6). The data were analyzed using the SPSS 27.0 program, from the Kruskal Wallis test, Mann-Whitney and Chi-square, considering a significance level of 5%. The professionals assessed the quality of PHC as satisfactory, considering the General Score. Despite the positive evaluation, the attribute First contact access (Accessibility) was the only attribute evaluated unsatisfactory, while the integrality attribute (services available) was the best evaluated among the essential attributes. Among the derived attributes, also evaluated positively, the Community Orientation attribute was the best evaluated. Given the findings of this study, despite the positive evaluation of PHC, challenges remain to be faced, mainly in relation to guaranteeing user access to the service. Therefore, it is suggested that management strategies be implemented in order to improve the quality and performance of health services and minimize this challenge. Among the derived attributes, also evaluated positively, the Community Orientation attribute was the best evaluated. Given the findings of this study, despite the positive evaluation of PHC, challenges remain to be faced, mainly in relation to guaranteeing user access to the service. Therefore, it is suggested that management strategies be implemented in order to improve the quality and performance of health services and minimize this challenge.

Keywords: Evaluation in Health, Primary Health Care, Healthcare Professional.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados.....	20
Quadro 2 - Matriz de Síntese da Revisão Integrativa.....	22
Tabela 1 - Quantidade de população e amostra segundo as categorias profissionais da sede de Sobral.....	34
Tabela 2 - Caracterização dos dados sociodemográficos e profissionais dos participantes.....	37
Tabela 3 - Distribuição da análise descritiva dos escores de cada atributo, na visão dos profissionais de saúde dos CSF da sede de Sobral – CE, 2022.....	39
Tabela 4 - Avaliação dos atributos essenciais e o valor de p segundo as variáveis socioeconômicas, demográficas e profissionais. Sobral, 2022.....	40
Tabela 5 - Avaliação dos atributos derivados e o valor de p segundo as variáveis socioeconômicas, demográficas e profissionais. Sobral, 2022.....	42
Tabela 6 - Avaliação da APS de Sobral e a relação com as variáveis sociodemográficas, econômicas e profissionais dos participantes da pesquisa. Sobral, 2022.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
AB	Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
MS	Ministério da Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
PCATool	Primary Care Assessment Tool
AMAQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
Quali-AB	Instrumento de Avaliação de Serviços de Atenção Básica
IAPS	Índice de Atenção Primária à Saúde
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	Atenção Primária à Saúde.....	10
1.2	Avaliação em saúde.....	14
1.3	Avaliação em saúde no Brasil.....	14
1.4	Revisão de literatura.....	17
1.5	Justificativa e relevância.....	30
2	OBJETIVOS.....	31
2.1	Objetivo Geral.....	31
2.2	Objetivos Específicos.....	31
3	METODOLOGIA.....	32
3.1	Abordagem e tipologia da pesquisa.....	32
3.2	Local da pesquisa.....	32
3.3	População/Amostra.....	33
3.4	Técnicas e Instrumentos de coleta de dados.....	34
3.5	Análise dos dados.....	35
3.6	Aspectos éticos.....	35
4	RESULTADOS.....	37
5	DISCUSSÃO.....	46
6	CONCLUSÃO.....	53
	REFERÊNCIAS.....	54
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	62
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO.....	64
	ANEXO 1 - PCATool BRASIL 2020 (VERSÃO PROFISSIONAIS).....	66
	ANEXO 2 - ANUÊNCIA DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA SECRETARIA DE SAÚDE DE SOBRAL.....	84
	ANEXO 3 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ (UVA) ATRAVÉS DA PLATAFORMA BRASIL.....	86

1 INTRODUÇÃO

1.1 Atenção Primária à Saúde

O conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido debatido desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, em setembro de 1978. À época, discutia-se a necessidade de que os governos deveriam agir no sentido de promover saúde a toda a população. A partir dessa conferência, houve a publicação da “Declaração de Alma-Ata”, que enfatizava a Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente em países em desenvolvimento, como estratégia de alcançar esse objetivo (WHO, 2018).

Os cuidados ambulatoriais de primeiro nível que são ofertados aos usuários do sistema de saúde, como serviços de fácil acesso, direcionados para suprir as demandas mais comuns e geralmente consegue a resolubilidade da maioria dos problemas da população, em geral é denominada de APS (Cunha & Carnut, 2013). A APS utiliza procedimentos clínicos e tecnologias práticas para realizar os cuidados primários em saúde. É necessário que esses métodos sejam acessíveis a todos, sejam eles indivíduo, família e comunidade. A APS representa o primeiro nível de contato dos usuários aos serviços de saúde, facilitando e trazendo a atenção a saúde de forma acessível para o indivíduo, família e comunidade no local onde essas pessoas habitam, vivem e trabalham. É uma peça fundamental para o processo de atenção continuada nos serviços de saúde (OMS, 1978).

No Brasil, para eliminar as desigualdades em saúde, foi necessário reordenar o sistema de saúde com a ajuda da APS. Foi adotada a nomenclatura Atenção Básica (AB), para debater o ponto de vista de alguns países e órgãos governamentais, como o Banco Mundial, os quais compreendem a APS como ações necessárias de baixa complexidade, capazes de ajudar populações precárias, no intuito de diminuir a desigualdade econômica e a exclusão social advindas do crescimento do capitalismo mundial (CONASS, 2011).

No Brasil, esta AB é formada por inúmeras ações de saúde de cunho individual e coletivo, que envolvem promoção, proteção e prevenção de agravos. Além de proporcionar diagnóstico, tratamento, reabilitação, diminuição de danos e conservação da saúde ao longo do tempo. A AB tem o propósito de oferecer atenção integral aos usuários de forma que tenha efeito na sua situação de saúde, na sua autonomia e nos seus

determinantes e condicionantes de saúde das coletividades que participam. É estruturada a partir de práticas de cuidado e gestão, de forma democrática e interativa. Conta com a participação de uma equipe que trabalha conjuntamente para populações em um determinado território. Para ajudar no controle dos casos são utilizadas ferramentas tecnológicas para analisar a fragilidade, a recuperação, o grau de risco e ético que esses usuários se encontram. Para se tornar mais próximo da comunidade, essa atenção é desenvolvida de forma descentralizada (Brasil, 2012a).

Além de ser responsável por proporcionar a entrada dos usuários nos serviços de saúde de forma facilitada e preferencial, a AB também é ordenadora na comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2012a). As RAS foram criadas pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 4.279, em 30 de dezembro de 2010 e pelo Decreto nº 7.508, em 2011 (Brasil, 2010; Brasil, 2011). Surgiu com o objetivo de integrar os serviços por meio de redes assistenciais, entendendo que um nível de atenção à saúde, sozinho, não disponibiliza a totalidade dos recursos e, dessa forma, busca a integralidade do cuidado (Hartz & Contandriopoulos, 2004). Por vezes, a coordenação assistencial pode apresentar falhas que dificultam a organização das RAS. Estas falhas podem ser reparadas utilizando mecanismos que facilitem a transferência de informações, que realizem o aprimoramento das trocas de conhecimentos e que melhorem a comunicação dos profissionais (Núñez et al., 2006; Hartz & Contandriopoulos, 2004).

A organização do sistema de atenção à saúde pode dar-se de duas formas. A primeira é a forma fragmentada que se organiza de modo isolado e com difícil comunicação, o que a torna incapaz de promover cuidado contínuo aos indivíduos. Sendo assim, a atenção primária não consegue se articular com a atenção secundária, com a atenção terciária e outros sistemas. A segunda forma são os sistemas integrados de atenção à saúde (Redes de Atenção à Saúde, citadas anteriormente) que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde para oferecer um cuidado contínuo e integral a uma população adscrita (Mendes, 2010). A organização da Atenção Primária modifica o dever e o funcionamento dos hospitais e dos serviços especializados. A APS não dispensa a função dos hospitais e serviços secundários, pelo contrário, ela age integrada a estes em redes assistenciais quando necessário realizando assistência integral ao indivíduo (Mendonça et al., 2018).

Em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), que com o passar dos anos foi se tornando importante ferramenta para fornecer o primeiro contato dos usuários ao serviço de saúde no Brasil, se mostrando uma mudança do modelo assistencial. Após

doze anos, este modelo, que já era considerado como eixo norteador do Sistema Único de Saúde (SUS), foi transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF), que através da portaria GM/648 publicada pelo Ministério da Saúde (MS), teve sua consolidação e expansão como instrumento primordial para o acesso preferencial aos serviços de saúde e a responsabilização da coordenação da atenção na rede (Pinto & Giovanella, 2018).

A ESF mostrou-se como um modelo que se propõe a reorientar as práticas dos profissionais e realinhar os serviços na APS. Está presente em todo o Brasil e configura-se como o meio fundamental de acesso aos serviços de saúde, gerando mudanças no modelo biomédico e nas práticas curativistas e individuais, para uma atenção voltada à família e comunidade de forma integral, continuada ao longo do tempo, nas práticas de promoção, prevenção e recuperação (Brasil, 2017; Brasil, 2009; Silva *et al.*, 2010).

Em 21 de setembro de 2017, a partir da portaria nº 2.436, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no Brasil. Esta portaria foi responsável por estabelecer a revisão de diretrizes para a organização da AB, no âmbito do SUS, colocando a AB como acesso preferencial dos usuários ao sistema de saúde. A AB deve ser o centro de comunicação da RAS e responsável pela coordenação do cuidado e ordenação das ações e serviços disponibilizados na rede (Brasil, 2017).

A APS é considerada uma estratégia que funciona para realizar a organização e reorganização dos sistemas de saúde, além de promover mudanças nas práticas profissionais. É orientada a partir de eixos estruturantes, que na literatura internacional, são denominados de atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural (Starfield, 2002).

Segundo Starfield (2001), para que possamos realizar a análise da APS é necessário detectar se os atributos estão de fato conduzindo esses serviços, pois os atributos garantem uma melhoria do sistema através da satisfação dos usuários, com a diminuição dos custos, com a obtenção de melhoria nos indicadores de saúde, e com isso proporciona a melhora na saúde dos usuários e da comunidade.

Faz parte dos atributos essenciais a Atenção no Primeiro Contato, onde essa expressão diz respeito à acessibilidade do usuário ao serviço de saúde e da utilização dele se necessitar, de maneira fácil e conveniente. É o principal acesso do usuário ao serviço de saúde. Outro atributo essencial é a Longitudinalidade, o qual ressalta que a equipe de saúde é responsável por manter o cuidado ao usuário ao longo do tempo, na qual a APS garante os cuidados através da organização dos serviços e do fortalecimento do elo entre

usuário e profissional de saúde (Starfield, 2002; Macincko *et al.*, 2003). Este atributo condiz ao relacionamento interpessoal entre profissionais de saúde e usuários, onde o bom relacionamento interpessoal, mesmo em curto prazo de tempo, tende a trazer mais resultados positivos no tratamento (Starfield, 2002; Baratieri & Marcon, 2011).

A Integralidade também faz parte dos atributos essenciais, em que visa cuidar do indivíduo em sua totalidade, levando em consideração sua subjetividade, além da adequação e redefinição das práticas de trabalho segundo a necessidade de cada um para intervir quando necessário (Oliveira & Pereira, 2013). É o comprometimento do serviço de analisar as necessidades do usuário e procurar resolver sua demanda através de recursos que estão ao seu alcance no âmbito da AB (Starfield, 2002). O quarto e último atributo essencial é a Coordenação, que nada mais é que a organização e coordenação dos serviços de saúde e das ações desenvolvidas, de forma que a demanda do usuário seja respondida por meio de diferentes pontos da rede de atenção à saúde (Oliveira & Pereira, 2013). Os prestadores da APS precisam organizar o serviço de forma que haja resolutividade das demandas menos frequentes e mais complexas, além de assegurar o acompanhamento assistencial ao longo do tempo. Para facilitar a continuidade e o acompanhamento do tratamento conta-se com o uso de ferramentas de informação e comunicação, e também das referências/fluxos entre os níveis de atenção (Giovanella & Mendonça, 2012; Almeida *et al.*, 2010).

Considera-se que ao tornar a família um objeto de atenção, a ESF está abrangendo os atributos derivados da APS: Orientação Familiar e Orientação Comunitária e a Competência Cultural. Estes atributos implicam o reconhecimento das necessidades das famílias nos cenários físicos, econômicos e culturais (Oliveira & Pereira, 2013). No atributo Orientação Familiar, entende-se que as necessidades do indivíduo devem ser analisadas de forma integral, levando em consideração seu contexto familiar. Na Orientação Comunitária, as demandas da população são analisadas através do contato direto e/ou a partir de dados epidemiológicos. O terceiro e último atributo derivado é a Competência Cultural, que se refere à adequação, em termos culturais específicos de cada comunidade e região, que a equipe de saúde precisa estabelecer para se adaptar, e com isso ajudar a obter uma melhor comunicação e relação com aquelas pessoas (Shi *et al.*, 2001).

1.2 Avaliação em saúde

Para tornar adequado o funcionamento da APS, é necessária a identificação das potencialidades e fragilidades destes serviços. Assim, pode-se lançar mão de ferramentas avaliativas capazes de verificar as condições da APS e gerar resultados confiáveis. Ferramentas de que, além de avaliarem o serviço de saúde em si, possam avaliar como os profissionais e usuários do serviço estão percebendo e se beneficiando dessas ações no município.

Segundo Donabedian (1992), o campo da saúde pode ser avaliado e classificado a partir de três dimensões. A primeira dimensão é a Estrutura, que está relacionada com a área física, recursos materiais, financeiros e modelo organizacional. A segunda é o Processo, que é referente aos elos entre profissionais e usuários. E a terceira dimensão é o Resultado, que diz respeito aos efeitos da assistência na saúde da população através da conquista das qualidades cobçadas dos produtos ou serviços.

A proposta de Donabedian sugere a utilização de ferramentas avaliativas para conduzir a análise das dimensões. A avaliação do primeiro ponto de atenção do sistema de saúde abrange as dimensões da APS e seus atributos essenciais e derivados. A qualidade da APS estimula o aprimoramento da assistência, amplia a cobertura universal e também melhora a resolução das demandas de saúde da comunidade (Hone *et al.*, 2018).

A institucionalização da avaliação em saúde na APS tem como um de seus principais objetivos estimular a prática da avaliação no processo de trabalho das equipes de saúde. No entanto, é necessário discutir a real capacidade dessa institucionalização ao ser implantada no cotidiano das equipes, além de avaliar a influência que esse método pode causar na qualidade dos serviços de saúde e nas condições de saúde da população. Esta avaliação é ferramenta fundamental e indispensável para a melhoria dos serviços de saúde, auxiliando no processo decisório, contribuindo para identificar falhas, avaliar eficiência e efetividade das práticas assistenciais (Sarti *et al.*, 2008).

1.3 Avaliação em saúde no Brasil

Ao longo dos anos foram implementados diversos modelos de avaliação da APS no Brasil. Um desses modelos foi o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que foi lançado em 19 de julho de 2011 pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 1.654 GM/MS (Gomes *et al.*, 2016). Este

programa visava o aperfeiçoamento do SUS com a ampliação do acesso e da qualidade da APS, e tinha o propósito de atingir qualidade de saúde semelhante em todas as partes do país (Brasil, 2012b). Com isso o programa contribuiria com o desenvolvimento de um modelo de qualidade de saúde comparável em todas as regiões do Brasil, além de atender as demandas dos usuários proporcionando acesso facilitado às unidades de saúde e uma melhor qualidade nesses serviços. Para atingir essas metas o programa pretendia estimular a administração da AB através da promoção da autoavaliação e da educação permanente (Brasil, 2015). Porém dentre as desvantagens, que foram vistas ao decorrer da implantação desse programa, a utilização de muitas perguntas (mais de mil questões), a metodologia da aplicação do instrumento, que era bastante complicada, e havia baixa comparabilidade a nível mundial. Necessitando assim, de uma reformulação desse instrumento ou adoção de outro (Brasil, 2020).

Posteriormente, em 2017, foi lançado o Projeto Qualifica APSUS, que tinha como objetivo principal auxiliar os municípios no avanço da APS. Para isso as equipes de saúde teriam que estar aptas a alcançar os atributos, a demanda da população adscrita teria que ser resolvida, além de proporcionar fluidez na comunicação entre os demais níveis de atenção à saúde e assumir o controle do cuidado das Redes de Atenção à Saúde (RAS) em relação às doenças crônicas e se envolver na rede de atenção às urgências (Ceará, 2017).

Dentre as diretrizes clínicas prioritárias selecionadas da RAS em relação às doenças crônicas estavam: Gestante, Criança menor de dois anos, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Saúde do Idoso, Saúde Bucal e Saúde Mental. Para a resolução dessa demanda o serviço de saúde deveria lançar mão de padrões de cuidados e manter linguagem comum nos diversos pontos de atenção. Para a rede de atenção às urgências, a Unidade Básica de Saúde (UBS) deveria adotar o Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco do Ministério da Saúde (Ceará, 2017).

As equipes de saúde eram certificadas, após instrumento de avaliação, com selos que estabeleciam padrões de qualidade, sendo eles Selo Bronze, Prata e Ouro. Para o Selo Bronze os itens mensurados visavam a segurança dos usuários da equipe. Para o Selo Prata os itens presentes tinham em vista a coordenação dos processos, e o Selo Ouro agrupava os itens que tem como objetivo os resultados que foram obtidos para a comunidade. Para a obtenção dos Selos era exigido que a UBS atingisse as metas e prolongasse a melhoria da qualidade do serviço de forma contínua (Ceará, 2017).

Posteriormente, em 2019, o MS apresentou a nova política de financiamento da APS denominada “Previne Brasil” através da portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. O Previne Brasil tinha como objetivo o fortalecimento dos atributos essenciais e derivados da APS defendidos por Starfield, além de se comprometer a encarar as demandas não resolvidas da APS no SUS e modernizar a organização do sistema de saúde (Harzheim, 2020). Até o ano de 2022, sete indicadores foram lançados para serem alcançados, sendo estes: proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação; proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente; cobertura de exame citopatológico; percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; e percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada. O restante dos indicadores será definido após monitoramento, avaliação e pactuação tripartite (Brasil, 2020).

O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – Primary Care Assessment Tool (PCATool) foi elaborado no ano de 1998, por Starfield e colaboradores, e baseou-se na proposta de avaliação de qualidade de Donabedian, onde mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS através da experiência dos profissionais e dos usuários dos serviços de saúde (Brasil, 2010).

Segundo Fracolli e colaboradores (2014), em sua revisão de literatura, foi identificado que dentre os instrumentos avaliativos da APS utilizados no Brasil, o que mais prevalece é o instrumento PCATool, sendo este o que mais se aproxima da proposta de avaliação da APS e que contribui para a criação de novas propostas que possam ajudar na qualificação da ESF.

O PCATool possui questionários destinados para aplicação com usuários (crianças, o PCATool Versão Criança e com adultos maiores de 18 anos, o PCATool Versão Adulto), voltado para profissionais (PCATool Versão Profissionais), além da versão que é destinada para a saúde bucal, e outra para os gestores/coordenadores do serviço de saúde. O instrumento PCATool tem o objetivo de medir a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS. Para contabilizar a pontuação é adotada uma nota de zero (0) a dez (10) pontos (score) para cada atributo individual, e ao final é realizada a média deles (score geral) (Brasil, 2020).

Para adaptar o instrumento à realidade brasileira, a versão original do PCATool foi modificada, além de passar por um processo de tradução e tradução reversa,

adaptação, debriefing e validação de conteúdo e de construto e análise de confiabilidade. Além de dispor da mesma escala de Likert originalmente proposta por Starfield (Harzheim *et al.*, 2006a; 2006b, 2020).

Nessa etapa de adaptação do instrumento PCATool no Brasil, decidiu-se por manter o formato original com suas versões (criança, usuário adulto e profissionais de saúde), os atributos essenciais e derivados da APS e da escala Likert com um a quatro valores, e opção adicional 9 (não sei/não lembro). Esse instrumento, que já havia sido validado em outros países, recebeu no Brasil a nomenclatura Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool-Brasil. Posteriormente ganharia Versão para adultos maiores de 18 anos e Versão para Cirurgiões-Dentistas componentes das equipes de saúde bucal da APS no Brasil (Cardoso *et al.*, 2020; Dávila, 2016).

O PCATool é um instrumento relevante devido à baixa incidência de instrumentos validados que avaliem a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS que garantam uma avaliação de qualidade. Entre muitas de suas vantagens estão a opção de ser utilizado tanto em pesquisas acadêmicas quanto em avaliações rotineiras da qualidade dos serviços de saúde (Brasil, 2020).

1.4 Revisão de literatura

Este estudo de Revisão integrativa da literatura foi conduzido com base nas recomendações propostas no guia Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – PRISMA (Page *et al.* 2021).

A identificação e a seleção dos estudos ocorreram nos meses de dezembro de 2021 a abril de 2022, por uma pesquisadora, mediante a pergunta norteadora: “Como é a avaliação da APS sob a perspectiva dos profissionais de saúde?”.

As principais bases de dados em saúde consultadas foram: PubMed (US National Library of Medicine National Institutes of Health), Web of Science, Literatura Latino Americana e do Caribe (Lilacs), Scopus e Literatura Cinzenta (Google Acadêmico). Foram excluídos artigos de Revisões de Literatura, Revisões Sistemáticas e os Bancos de Dissertações e Teses. Foram incluídos artigos nas línguas inglesa e portuguesa que abordassem o tema desejado, sem restrições de data de publicação.

Para a seleção dos artigos, foi realizada a busca com os descritores controlados no MeSH (Medical Subject Headings). Os termos usados foram: “Health evaluation”, “Primary health care”, “Health personnel”, “Primary care”, “Brazil”. Esses termos foram

combinados com o auxílio do operador booleano “AND”. Elaborando a seguinte estratégia de busca: (HEALTH EVALUATION) AND (PRIMARY HEALTH CARE) AND (HEALTH PERSONNEL) AND (PRIMARY CARE) AND (BRAZIL) (Quadro 1).

Assim, foram encontrados 504 artigos. Após aplicação dos filtros, obteve-se o total de 155 estudos e, após realizada a leitura dos títulos e resumos, foram escolhidos 24 artigos para a leitura de texto completo. Após avaliação e leitura minuciosa, foram incluídos 11 artigos que atendiam a proposta da pergunta norteadora (Figura 1). Para agrupar os artigos e analisá-los de forma crítica, foi confeccionada uma Matriz Síntese (Quadro 2) no programa *Microsoft Office Excel 2022 for Windows*. Esse quadro sinóptico categorizou os artigos a partir dos tópicos: título, autor(es), população, local, instrumento, tipo de estudo, objetivos/principais resultados e base de dados.

Foram selecionados 11 artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, compreendidos entre 2010 e 2021. Todos realizados em territórios brasileiros, dos quais cinco da região Nordeste (45,45%), um da região Norte (9,09%) e cinco da região o Sudeste (45,45%).

Dentre os tipos de estudo encontrados, a maioria (81,81%) apresentava abordagem quantitativa. Quanto à população estudada, identificou-se seis pesquisas com gestores; oito com a categoria médica; oito com a categoria de enfermagem; três com cirurgiões-dentistas; dois com auxiliares e técnicos de enfermagem e dois com a categoria dos ACS. O restante das pesquisas não especificou as categorias profissionais envolvidas.

Quanto aos tipos de serviços, sete foram exclusivamente realizados nos Centros/Unidades de Saúde da Família e os demais realizados em outros serviços de atenção primária.

As ferramentas de avaliação utilizadas foram: Primary Care Assessment Tool (PCA-Tool); Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMAQ); Instrumento de Avaliação de Serviços de Atenção Básica (Quali-AB); Índice de Atenção Primária à Saúde (IAPS) e um Questionário avaliativo semiestruturado.

Quadro 1 – Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados

COMBINAÇÃO	BASES DE DADOS	TOTAL DE ARTIGOS ENCONTRADOS NA BUSCA COMBINADA	TOTAL DE ARTIGOS ENCONTRADOS NA BUSCA COMBINADA COM OS FILTROS DE EXCLUSÃO E INCLUSÃO	ARTIGOS ESCOLHIDOS APÓS LEITURA DOS TÍTULOS E RESUMOS	ARTIGOS ESCOLHIDOS APÓS LEITURA DO TEXTO COMPLETO
1. (HEALTH EVALUATION) AND (PRIMARY HEALTH CARE) AND (HEALTH PERSONNEL) AND (PRIMARY CARE) AND (BRAZIL)	PUBMED	359	25	0	0
2. (HEALTH EVALUATION) AND (PRIMARY HEALTH CARE) AND (HEALTH PERSONNEL) AND (PRIMARY CARE) AND (BRAZIL)	WEB OF SCIENCE	69	57	12	04
3. (HEALTH EVALUATION) AND (PRIMARY HEALTH CARE) AND (HEALTH PERSONNEL) AND (PRIMARY CARE) AND (BRAZIL)	LILACS	9	09	02	02
4. (“HEALTH EVALUATION”) AND (“PRIMARY HEALTH CARE”) AND (“HEALTH PERSONNEL”) AND (“PRIMARY CARE”) AND (“BRAZIL”)	SCOPUS	11	08	04	01
5. "HEALTH EVALUATION" "PRIMARY HEALTH CARE" "HEALTH PERSONNEL" "PRIMARY CARE" "BRAZIL"	Literatura Cinzenta (Google Acadêmico)	56	56	06	04

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 2 – Matriz de Síntese da Revisão Integrativa

TÍTULO	AUTOR (ES) E ANO	POPULAÇÃO	LOCAL	INSTRUMENTO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVOS/PRINCIPAIS RESULTADOS	BASE DE DADOS
Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde para crianças: reflexões sobre a viabilidade do uso rotineiro do Primary Care Assessment Tool-Brazil	Ponnet <i>et al.</i> (2019)	7 profissionais de saúde e gestores (médicos e enfermeiros) da APS e 502 usuários	Joanópolis/SP	PCA-Tool (Primary Care Assessment Tool)	Estudo com abordagem quantitativa e delineamento transversal	<p>- Teve como objetivo avaliar os serviços da APS em relação ao atendimento às crianças e também avaliar a viabilidade do instrumento.</p> <p>- No geral, os usuários responsáveis pelas crianças avaliaram os atributos com resultados insatisfatórios (5,62). Dentre os atributos essenciais mais bem avaliados estavam o “Primeiro Contato de Assistência à Saúde” (9,57) e “Coordenação do cuidado” (8,54). Dentre os piores avaliados estavam o “Primeiro contato aos serviços de saúde – Acessibilidade” (4,09) e “Longitudinalidade” (5,48). Os atributos derivados obtiveram escores baixos como a “Orientação familiar” (2,04) e a “Orientação comunitária” quase ausente (0,01).</p> <p>- No geral os profissionais de saúde avaliaram os serviços da APS prestados às crianças como insatisfatórios (5,52). Dentre os atributos essenciais mais bem avaliados estavam a “Acessibilidade do primeiro contato” (7,20). E dentre os piores avaliados estão “Longitudinalidade” (5,57), a “Coordenação do cuidado” (5,32), a “Coordenação dos sistemas de informação” (4,44), a “Integralidade dos serviços</p>	WEB OF SCIENCE

						disponíveis” (5,95) e Serviços oferecidos (5,56). Os atributos derivados obtiveram escores baixos como a “Orientação familiar” (5,71) e a “Orientação comunitária” (4,44). - Para esse estudo, o PCA-Tool mostrou-se uma ferramenta não viável devido aos custos, falta de pessoal treinado e a carga horária exigida para executá-lo.	
Avaliação do acesso de primeiro contato na perspectiva dos profissionais	Bispo <i>et al.</i> (2020)	163 profissionais da saúde da ESF (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas)	Juazeiro do Norte/CE	Questionário semi-estruturado (caracterização sociodemográfica) e PCA-Tool	Estudo avaliativo, com abordagem quantitativa e delineamento transversal	- Teve como objetivo avaliar o atributo “Acesso de primeiro contato”. - Diante dos resultados obtidos pôde-se observar que o atributo, no geral, foi mal avaliado (3,3). Os enfermeiros obtiveram o menor escore (3,2) e os cirurgiões-dentistas o maior escore (3,4). - Esses dados demonstram que para os profissionais, na prática clínica, há carência de atendimento à demanda da comunidade.	WEB OF SCIENCE
Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde	Silva & Caldeira (2010)	129 profissionais de saúde da ESF (43 médicos, 43 enfermeiros e 43 cirurgiões-dentistas)	Montes Claros/MG	AMQ (Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família)	Estudo descritivo, com abordagem quantitativa e delineamento transversal	- Teve como objetivo identificar o grau de desenvolvimento das dimensões pelas equipes de saúde. - Na dimensão “Consolidação do modelo” o escore mais alto foi “Organização do trabalho em saúde da família” (15,63), e o mais baixo foi referente à “Participação comunitária e controle social” (1,26). Na dimensão “Atenção à saúde” o escore mais alto foi “Saúde do adulto (homens e mulheres)” (27,53), e o mais baixo foi “Saúde do adolescente” (2,63).	WEB OF SCIENCE
Satisfação dos profissionais e da comunidade com a	Perez, L. G. <i>et al.</i> (2013)	77 profissionais de saúde da	Vespasiano /MG	Questionário semi-estruturado	Abordagem qualitativa	- Teve como objetivo avaliar as limitações e os pontos positivos da ESF na perspectiva dos profissionais de saúde e da comunidade.	WEB OF SCIENCE

estratégia da saúde da família		ESF (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS) e 293 usuários				- Tanto para os cuidadores quanto para os profissionais a ESF possui limitação em relação aos serviços que são prestados à comunidade.	
Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	Feitosa <i>et al.</i> (2016)	14 profissionais da saúde e gestores da ESF	Grossos/RN	PMAQ-AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica)	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa	- Teve como objetivo avaliar a compreensão dos profissionais sobre o PMAQ-AB e as mudanças que o instrumento proporcionou. - Os profissionais relataram um bom conhecimento acerca do PMAQ-AB, e descreveram melhora considerável após incentivo e implantação desse instrumento.	LILACS
Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil	Costa <i>et al.</i> (2020)	73 profissionais da saúde e gestores da ESF, e 386 usuários	José Ribamar/MA	PCA-Tool	Estudo avaliativo, com abordagem quantitativa	- Teve como objetivo avaliar a qualidade dos serviços da APS a partir do instrumento PCA-Tool. - No geral os profissionais de saúde avaliaram os atributos com resultados satisfatórios (7,54). Os atributos essenciais foram bem avaliados na perspectiva dos profissionais, exceto no atributo “Acesso” (3,91), o escore mais alto foi o do componente “Sistema de Informação” do atributo “Coordenação” (8,93). Nos atributos derivados notou-se que “Orientação Familiar” (8,9) obteve o maior escore dentre todos os atributos. - No geral os usuários avaliaram os atributos com resultados insatisfatórios (5,47). O componente “Acessibilidade” do atributo “Acesso” obteve a pior avaliação (3,43), e apenas o componente “Utilização” do atributo	LILACS

						“Acesso” (7,77) e o componente “Sistema de Informação” do atributo “Coordenação” (6,97) foram considerados alto escore. Para os atributos derivados também não foram bem avaliados, notou-se o pior escore para a “Orientação Comunitária” (5,03).	
Avaliação da atenção primária à saúde por profissionais de saúde: Comparação entre modelo tradicional versus estratégia saúde da família	Flôr <i>et al.</i> (2017)	3 gestores e 81 profissionais da saúde da APS (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS)	Divinópolis/MG	PCA-Tool e Índice de Atenção Primária à Saúde (IAPS)	Estudo transversal com abordagem quantitativa	- Teve como objetivo comparar o desempenho dos modelos de atenção presentes na APS (ESF e modelo tradicional). - Os escores médios gerais da ESF (3,6) obtiveram melhor desempenho que o Modelo tradicional (3,2), contudo não atingiu o desempenho desejado. Em comparação entre a ESF e o Modelo tradicional. os atributos tiveram como resultado: “Longitudinalidade” (4.1 <i>versus</i> 3.3); “Integralidade” (4.1 <i>versus</i> 3.6). O atributo “Atenção no primeiro contato” foi o que obteve maior escore nos modelos de atenção. O atributo com menor escore foi “Acessibilidade” em ambos modelos.	SCOPUS
Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde: visão dos profissionais	Montello <i>et al.</i> (2019)	24 profissionais de saúde da ESF (médicos, enfermeiros e dentistas)	Palmas/TO	Questionário semi-estruturado (caracterização sociodemográfica) e PCA-Tool	Estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa e delineamento transversal	- Teve como objetivo avaliar os atributos da APS na perspectiva dos profissionais. - No geral, os atributos obtiveram resultados que indicam forte orientação para atenção primária (6,92). Os atributos essenciais com melhores escores foram “Coordenação” (8,21) e “Integralidade” (7,56). E piores escores foram “Acessibilidade” (4,04) e “Orientação comunitária (6,55).	LITERATURA CINZENTA (Google Acadêmico)
Avaliação da dimensão estrutura para a qualidade	Barreto <i>et al.</i> (2020)	18 gerentes e 46 profissionais	Sobral/CE	Quali AB (Instrumento de Avaliação	Estudo avaliativo, com	- Teve como objetivo avaliar a qualidade da dimensão estrutura.	LITERATURA CINZENTA

da atenção primária à saúde		de saúde da ESF		de Serviços de Atenção Básica)	abordagem quantitativa	- 50% das CSF possuíam a quantidade ideal de equipe/habitante; 89% eram médicos de família e comunidade o que favorece a longitudinalidade continuidade do cuidado; 17% das unidades não possuíam banheiros adaptados e 6% não garantiam estruturalmente acesso às pessoas com deficiência na Unidade.	(Google Acadêmico)
Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários	Carneiro <i>et. al.</i> (2014)	98 profissionais de saúde da ESF (médicos e enfermeiros) e 607 usuários	Sobral/CE	Questionário semi-estruturado (caracterização sociodemográfica) e PCA-Tool	Estudo avaliativo, com abordagem quantitativa	- Teve como objetivo avaliar a qualidade da APS através do atributo coordenação. - Para o componente “Coordenação – integração de cuidados”, no que se refere aos CSF da sede, total 15 unidades, 4 obtiveram escores abaixo da média de acordo com a perspectiva dos profissionais. Os usuários obtiveram escores abaixo da média em 11 unidades. Em relação às unidades dos distritos foram obtidos escores satisfatórios e semelhantes tanto para profissionais quanto para usuários. - Para o componente “Coordenação – sistema de informações”, no que se refere aos CSF da sede, foram obtidos altos escores tanto para profissionais quanto para usuários, tendo este último apenas um CSF abaixo da média. Situação semelhante ocorreu para os CSF dos distritos.	LITERATURA CINZENTA (Google Acadêmico)
Avaliação da estratégia saúde da família sob a ótica dos profissionais	Gomes. & Fracolli (2018)	19 gestores de saúde, 39 médicos e 44 enfermeiros da ESF	21 municípios da região de Presidente Prudente/SP	Questionário semi-estruturado (caracterização sociodemográfica)	Estudo avaliativo e descritivo, com abordagem quantitativa	- Teve como objetivo avaliar a presença dos atributos essenciais e derivados na ESF. - O único atributo que esteve abaixo da média foi o “Acesso de primeiro contato – Acessibilidade” (5,57). O componente “Coordenação – Sistema de informações do	LITERATURA CINZENTA (Google Acadêmico)

				áfica) e PCA-Tool		atributo “Coordenação da atenção” obteve o maior escore (8,74). Todos os outros atributos essenciais e derivados obtiveram escore acima da média (6,6). - No geral, nos escores dos atributos por categoria os médicos obtiveram maior média tendo resultados que indicam forte orientação para atenção primária, enquanto os gestores obtiveram os menores escores médios.	
--	--	--	--	-------------------	--	--	--

Fonte: elaborado pela autora.

No que diz respeito ao desempenho dos serviços avaliados através do instrumento PCA-Tool (média de referência 6,6), os estudos apresentaram média que variava de 3,6 a 7,5. Observou-se que nos estudos de Costa *et al.* (2020); Montello *et al.* (2019) e Gomes e Fracolli (2018) avaliaram os atributos com resultados satisfatórios, demonstrando forte orientação e desempenho da APS, os profissionais analisados atribuíram pontuações positivas aos atributos devido ao conhecimento das limitações dos serviços, ao contrário do que se verifica na perspectiva dos usuários que, por apresentarem mais expectativas, eram mais críticos diante dos atributos a serem avaliados. Os estudos que apresentaram resultados insatisfatórios para os serviços avaliados pelos profissionais foram influenciados pela necessidade de ampliação da cobertura da ESF e da baixa qualidade dos serviços ofertados (Ponnet *et al.*, 2019; Flôr *et al.*, 2017).

De acordo com os estudos analisados, o componente “Sistema de informação” do atributo “Coordenação” apresentou o melhor desempenho na perspectiva dos profissionais, com média que variou de 8,21 a 8,93, influenciado pelo conhecimento desses sobre o trajeto dos usuários dentro da rede. Gomes e Fracolli (2018) apontam que, apesar do bom desempenho do atributo, ainda há fragilidade no conhecimento dos profissionais em relação ao sistema de referência e contrarreferência (Costa *et al.*, 2020; Carneiro *et al.*, 2014; Montello *et al.*, 2019).

Já Ponnet *et al.* (2019) e Flôr *et al.* (2017), avaliaram o atributo “Acesso de primeiro contato” como o de maior valor (7,2) e (4,9) apesar de que este último não atingiu a média de referência (6,6). Na visão destes profissionais as facilidades para ter acesso ao serviço de saúde atendiam, no momento do estudo, às demandas da comunidade.

O “Acesso de primeiro contato” foi o atributo essencial que apresentou o pior escore nos estudos analisados, com média que variou de 1,6 a 5,57, com pior escore para o componente “Acessibilidade” (Costa *et al.*, 2020; Bispo *et al.*, 2020; Montello *et al.*, 2019; Gomes & Fracolli, 2018; Flôr *et al.*, 2017). Estudo realizado por Perez *et al.* (2013), utilizou como instrumento da sua pesquisa um questionário semiestruturado aplicado aos profissionais e apontou dificuldades do acesso aos serviços de saúde pela população. O baixo desempenho envolvendo esse atributo está associado ao funcionamento dos serviços de saúde, que possuíam limitações de horários e acesso aos profissionais em determinados dias e horários.

Dentre os atributos derivados, “Orientação familiar” foi o que apresentou melhor desempenho, com médias que variavam de 4,5 a 8,9. Isto se deve ao fato de que, com o

desenvolver das mudanças nas práticas tradicionais, o profissional desenvolveu um olhar mais amplo envolvendo o contexto em que o indivíduo está inserido, explorando suas potencialidades e conhecendo suas vulnerabilidades através de um enfoque na família, comunidade e na promoção de saúde (Ponnet *et al.*, 2019; Costa *et al.*, 2020; Flôr *et al.*, 2017; Montello *et al.*, 2019; Gomes & Fracoli, 2018).

Entretanto, mesmo com a mudança no modelo de saúde, o atributo “Orientação comunitária” apresentou a pior avaliação (médias de 2,2 a 8,1), indicando que ainda há uma dificuldade para que os profissionais da APS extrapolem a visão curativista/biomédica e consigam interagir com outros aspectos da família e da comunidade para o manejo dos usuários (Ponnet *et al.*, 2019; Costa *et al.*, 2020; Flôr *et al.*, 2017; Montello *et al.*, 2019; Gomes & Fracoli, 2018).

Uma das formas de garantir e facilitar o acesso do usuário às unidades de saúde é através da estrutura. Um dos instrumentos encontrados que avaliou a dimensão da estrutura foi o PMAQ-AB. Feitosa *et al.* (2016), avaliaram o desempenho dos serviços a partir da perspectiva dos profissionais após a implantação do PMAQ-AB na unidade de saúde que atuavam. Em relação às mudanças na estrutura, os profissionais relataram mudanças positivas, o que acarreta melhor conforto dos profissionais e uma melhor qualidade de assistência para os usuários. Descreveram também uma melhora considerável na gestão, planejamento e organização no fluxo, proporcionando um atendimento mais humanizado aos pacientes. Ainda sobre a importância da estrutura dentro da APS, o Quali-AB foi mais um instrumento encontrado que avalia essa dimensão. Ao utilizar esta ferramenta, Barreto *et al.* (2020), avaliaram a qualidade da dimensão estrutura, verificando que os indicadores relacionados às instalações gerais, equipamentos e recursos de apoio disponíveis tiveram boa avaliação. Entretanto, a ausência de veículo disponível e a quantidade insuficiente de consultórios foram apontados como fatores que interferem negativamente no acolhimento do usuário e na qualidade do ambiente de trabalho para os profissionais.

Para avaliar as dimensões de processo e resultado da APS, Silva e Caldeira (2010) utilizaram o AMAQ para analisar a perspectiva dos profissionais das equipes de ESF a partir das dimensões “Consolidação do modelo” e “Atenção à saúde”. Os melhores desempenhos em cada dimensão, respectivamente, foram na subdimensão “Organização do trabalho em saúde da família” (média de 15,63), e na subdimensão “Saúde do adulto” (homens e mulheres) (média de 27,53). Indica que a equipe possui uma maior adequação ao modelo de assistência proposto pela ESF, e com isso gera o distanciamento do modelo

biomédico. Os piores desempenhos foram na subdimensão referente à “Participação comunitária e controle social” (média de 1,26) e “Saúde do adolescente” (média 2,63). Em relação à subdimensão “Participação comunitária e controle social”, ter tido avaliação negativa, deve-se ao fato de a equipe de saúde considerar que este atributo depende mais da comunidade do que de suas próprias ações, e não compreendem que essas ações têm influência política e ideológica para consolidar o modelo proposto pela ESF. A explicação para que a subdimensão “Saúde do adolescente” tenha adquirido escore baixo é pelo fato de haver limitações do próprio instrumento e/ou pelo motivo das ações de atenção à saúde do adolescente não serem priorizadas quanto às dos outros grupos. De modo geral, as equipes identificaram positivamente as dimensões nos serviços de saúde que atuavam.

1.5 Justificativa e relevância

Essa pesquisa justifica-se pela necessidade de realização de estudos avaliativos para que os serviços de saúde possam redirecionar as suas práticas seguindo a base dos fundamentos e princípios do SUS. Com os resultados de estudos avaliativos como este, é possível avaliar as fragilidades e potencialidades da APS e, a partir desses dados, minimizar as limitações e reforçar os pontos positivos, gerando uma ferramenta importante para os gestores e profissionais e, conseqüentemente, resultar na melhoria dos serviços de saúde ofertados. Além de contribuir com dados importantes na literatura acadêmica, corroborando ou divergindo com outros estudos, resultando em novas reflexões e contribuições acerca do tema.

Este estudo torna-se relevante, pois a partir dos resultados obtidos será possível mensurar como os serviços de atenção primária estão organizados a partir da realidade dos profissionais envolvidos. Assim, possibilita uma reflexão e mudança na ação desses profissionais, reorientando práticas e planejamento para melhores resultados. Será possível também aperfeiçoar o elo entre usuário e profissional, resultando na melhoria do processo de trabalho, no cuidado e na resolução dos problemas. De posse dos resultados, a gestão pode se programar e traçar estratégias para melhoria do sistema de saúde a partir da reorientação de ações para, na prática, obter resultados positivos. Espera-se que, com esse estudo, as práticas avaliativas possam ser mais frequentes na APS tornando-se, de fato, fundamental e inseparável dos planejamentos da gestão e da equipe de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde a partir dos atributos da APS na perspectiva dos profissionais do município de Sobral, Ceará.

2.2 Objetivos Específicos:

- Caracterizar a população estudada a partir de dados socioeconômicos, demográficos e profissionais;
- Medir a presença e a extensão dos atributos Acesso de primeiro contato, Longitudinalidade, Coordenação, Integralidade e Orientação familiar/comunitária na ESF do município de Sobral a partir do ponto de vista dos profissionais;
- Relacionar a presença e extensão dos atributos da APS com as características socioeconômicas, demográficas e profissionais dos participantes do estudo.
- Avaliar o uso das ferramentas avaliativas no Brasil a partir de uma revisão integrativa.

3 METODOLOGIA

3.1 Abordagem e tipologia da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa com delineamento transversal.

A abordagem quantitativa abrange as investigações de pesquisa empírica. Realiza coleta sistemática de dados de populações a partir de ferramentas quantitativas como, por exemplo, entrevistas, questionários, formulários, entre outros (Marconi & Lakatos, 2021).

Os estudos de avaliação de programa, ou estudos avaliativos, são pesquisas quantitativo-descritivas que buscam avaliar os efeitos e resultados de um determinado programa ou método específico (Marconi & Lakatos, 2021). Corresponde ao julgamento das práticas sociais a partir de um questionamento que ainda não foi respondido na literatura, sobre as práticas no geral ou em um contexto mais específico. Dentre as práticas sociais mais utilizadas como objetos de estudo estão as resultantes da ação social planejada como a política, os programas e os serviços de saúde (Hartz & Silva, 2005).

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Sobral, Ceará. Esta cidade desenha-se como uma referência para a Macrorregião Norte do estado do Ceará, no qual participam 55 municípios, disponibilizando serviços de média e alta complexidade.

Segundo censo do IBGE de 2021, a cidade de Sobral localizada na região norte do estado do Ceará, a 235 km da capital Fortaleza, possui uma área territorial de 2.068,474 km², uma população estimada em 212.437 pessoas em 2021, e tinha como densidade demográfica em 2010 o total de 88,67hab/km² (IBGE, 2011). Tendo como PIB per capita em 2019, o total de 21.919,49 R\$, assumindo a nível nacional a posição de número 2275º do total de 5570 municípios. E a nível estadual ocupava o 9º lugar de 184 cidades (IBGE, 2019).

No que se refere a APS, são 38 Centros de Saúde da Família, dos quais 23 encontram-se na sede e 15 nos distritos. Possui 70 equipes de Estratégia Saúde da Família onde estão incluídos, por categoria profissional, 84 médicos, 107 enfermeiros, 64 cirurgiões-dentistas, 64 auxiliares ou técnicos em saúde bucal, 168 auxiliares ou técnicos de enfermagem e 439 ACS, incluindo os profissionais residentes dessas categorias

profissionais. A sede da cidade conta com 623 profissionais, sendo eles: 55 médicos, 75 enfermeiros, 45 cirurgiões-dentistas, 44 auxiliares ou técnicos em saúde bucal, 97 auxiliares ou técnicos de enfermagem e 307 ACS, incluindo os profissionais residentes dessas categorias profissionais, conforme dados do relatório retirado do ESUS em abril de 2022.

Em 1997, houve a estruturação da rede de atenção à saúde, a partir da organização do Sistema Municipal de Saúde de Sobral, que possuía coordenação através de gestão local e que objetivava a melhoria dos serviços de saúde da população. Essa organização se pautou por um diagnóstico da situação de saúde a partir de dados secundários e da realização de um Seminário de Planejamento Estratégico Participativo. Durante esse seminário, foram estabelecidos alguns objetivos, como a mudança do modelo hospitalocêntrico, que até então era o adotado na época, para um modelo voltado para a atenção integral à saúde; a adoção de práticas de promoção à saúde, pautadas nos princípios doutrinários do SUS e na implantação da ESF como nova estratégia para organização da APS (Andrade *et al.*, 2004). Passadas mais de duas décadas da reestruturação do modelo de saúde, o desafio é organizar os processos de trabalho a partir da articulação da APS com os demais pontos de atenção, fortalecendo seu papel como ordenadora e coordenadora da rede de atenção à saúde (Ribeiro, 2020).

3.3 População/Amostra

A amostra que compôs o estudo contou com os profissionais de saúde da APS de Sobral, dos 23 CSF da sede, que compõem a Equipe de Saúde da Família (EqSF): Agente comunitário de saúde (ACS), Técnico ou Auxiliar de enfermagem, Enfermeiro e Médico; e a Equipe de Saúde Bucal (ESB): Cirurgião-dentista, Auxiliar ou Técnico em saúde bucal.

Para se encaixar nos critérios de inclusão os profissionais precisavam atuar na equipe, no mínimo, a 06 meses. Não participaram do estudo os profissionais que estiveram, por algum motivo, afastados de suas atividades laborais.

Para a definição do tamanho mínimo para a amostra dos participantes da pesquisa, foi utilizado o programa OpenEpi – versão 3.01, considerando 95% de confiança (erro alfa 5%), frequência antecipada de 50% e efeito de desenho 1,0. Para compor a amostra considerou-se a equipe mínima de Sobral (incluindo as equipes de saúde bucal), conforme dados do relatório retirado do ESUS, totalizando 238 profissionais (Tabela 1).

Para cada CSF foi calculado o número de profissionais de modo proporcional ao número de equipes, e para selecionar os profissionais houve um sorteio (Tabela 1). Caso houvesse ausência ou recusa do participante, a coleta deveria ser complementada em outro CSF.

Tabela 1 - Quantidade de população e amostra segundo as categorias profissionais da sede de Sobral.

Categoria profissional	População	Amostra
Agente comunitário de saúde	307	108
Auxiliar ou técnico de enfermagem	97	38
Enfermeiro	75	33
Cirurgião-dentista	45	21
Auxiliar ou técnico em saúde bucal	44	19
Médico	55	19
Total	623	238

Fonte: Elaborado pela autora

3.4 Técnicas e Instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados se deu no período de setembro de 2022 a março de 2023, a partir de um formulário elaborado por meio da plataforma Jotform, de forma presencial.

A equipe foi composta por uma mestrandia em saúde da família, dois bolsistas do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), e uma voluntária. Estes três últimos foram orientados acerca da aplicação correta dos formulários e da coleta, de forma ética, dos dados.

Para coletar os dados sociodemográficos e profissionais dos participantes foi utilizado um questionário estruturado (APÊNDICE A). E para a avaliação da APS de acordo com os seus atributos o instrumento utilizado foi o PCATool Brasil 2020 - Versão Profissionais (BRASIL, 2020) (ANEXO 1). Esta ferramenta possui 111 itens divididos em 08 componentes que são os atributos essenciais e derivados. Dentre os componentes que fazem parte dos atributos essenciais estão o Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (9 itens), Longitudinalidade (13 itens), Coordenação – Integração de Cuidados (6 itens), Coordenação – Sistema de Informações (8 itens), Integralidade –

Serviços Disponíveis (22 itens) e Integralidade – Serviços Prestados (18 itens). Dentre os componentes que fazem parte dos atributos derivados estão a Orientação Familiar (14 itens) e a Orientação Comunitária (21 itens).

Para responder às questões o profissional pode escolher entre as opções do tipo Likert variando de 04 (Com certeza, sim), 03 (Provavelmente, sim), 02 (Provavelmente, não), 01 (Com certeza, não) e 09 (Não sei/Não lembro).

3.5 Análise dos dados

Para o cálculo dos escores de cada componente do PCATool foi realizada a média aritmética simples dos valores das respostas dos itens do componente em específico. Foi realizada a média referente ao escore dos atributos essenciais através da análise das questões referentes a estes atributos. Assim como foi realizada a média para os escores dos atributos derivados realizando a análise das questões referentes a estes atributos. Ao final, foi obtido um escore geral a partir das médias aritméticas dos atributos essenciais e derivados. O escore de cada componente, atributo e escore geral é categorizado a partir de um valor preconizado: escores maiores ou iguais a 6,6 (Serviços com orientação para a APS) e escores menores que 6,6 (Serviços sem orientação para APS). Dito isso, os dados puderam ser expostos de forma quantitativa, por meio das médias dos escores, e de forma qualitativa alto (escore $\geq 6,6$) e baixo (escore $< 6,6$). Os valores dos escores variam num intervalo de 0 a 10 (Brasil, 2020).

Para analisar a fidedignidade da nossa coleta, os dados foram submetidos ao coeficiente alfa de Cronbach. O teste Qui-quadrado foi utilizado para realizar a comparação entre os valores obtidos e análise das variáveis categóricas dependentes (atributos da APS, classificados em alto/baixo). E os testes U de MannWithney e H de Kruskal-Wallis foram utilizados para analisar os dados independentes (aspectos sociodemográficos). Em todas as análises utilizamos o intervalo de confiança de 95%, com nível de significância de 5%.

O banco de dados foi construído tanto no software Microsoft Excel®, como no software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 27.

3.6 Aspectos éticos

O presente estudo seguiu as normas e diretrizes da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Cada participante após ser devidamente esclarecido sobre o estudo

consentiu com a sua participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Esta pesquisa tem como base seres humanos sem conflitos de interesse que não fere os princípios éticos.

Cada participante teve seu anonimato e sigilo garantidos, conservando os princípios éticos referentes à pesquisa com seres humanos. Dentre os possíveis riscos da pesquisa poderiam ter ocorrido desconforto ou constrangimento diante das questões, e o participante pôde optar por responder ou não as questões do questionário, ou até mesmo retirar o seu consentimento a qualquer momento.

Este projeto de pesquisa teve a anuência da Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral (Parecer nº 0095/2020) (ANEXO 2) e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) através da Plataforma Brasil (Parecer nº 4.696.710) (ANEXO 3).

O estudo tem potencial de gerar dados importantes para o melhor manejo e planejamento das ações na APS, contribuindo como benefício indireto na identificação da qualidade dos atendimentos realizados sob a perspectiva dos profissionais a partir das dimensões avaliadas.

O pesquisador se responsabiliza a realizar o feedback dos resultados deste estudo ao Sistema de Saúde de Sobral como uma forma de contribuir na ciência com os gestores da perspectiva dos profissionais de saúde diante dos atributos da APS.

4. RESULTADOS

A amostra final foi de 238 profissionais, a maioria do sexo feminino (n=201, 84,50%) com média de idade de 38 anos (DP \pm 11,13). Quanto as categorias profissionais, houve maior frequência de Agentes Comunitários de Saúde (n=108, 45,40%), seguido por Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem (n=38, 15,95%), Enfermeiros (n=33, 13,85%), Cirurgiões-dentistas (n=21, 8,80%), Auxiliares ou Técnicos em Saúde Bucal (n=19, 8,00%) e Médicos (n=19, 8,00%) (Tabela 2).

Em relação ao vínculo empregatício, a maioria eram de contratados (n=130, 54,60%), seguidos por concursados (n=102, 42,9%) e residentes/bolsistas (n=6, 2,50%). A maioria afirmou que trabalhava entre 5 e 14 anos na Atenção Primária à Saúde (n=82, 34,50%), em contrapartida, a maioria trabalhava na Atenção Primária à Saúde de Sobral há menos de 1 ano a 4 anos (n=87, 36,60%) (Tabela 2).

Segundo o nível de escolaridade dos entrevistados, houve uma maior frequência de Ensino fundamental e médio (n=98, 41,10%), seguidos por Graduação (n=69, 29,00%), Pós-graduação (n=41, 17,30%) e Técnico (n=30, 12,60%). E a maioria obtinha uma renda individual de 2 salários-mínimos (n=103, 43,30%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização dos dados sociodemográficos e profissionais dos participantes. (Continua)

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	201	84,50%
Masculino	37	15,50%
Categoria profissional		
Agente comunitário de saúde	108	45,40%
Auxiliar ou técnico de enfermagem	38	15,95%
Enfermeiro	33	13,85%
Médico	19	8,00%
Cirurgião-dentista	21	8,80%
Auxiliar ou técnico em saúde bucal	19	8,00%
Vinculação		
Contratado	130	54,60%
Concursado	102	42,90%
Residência/Bolsa	6	2,50%
Tempo que atua na atenção primária à saúde		
Menos de 4 anos	81	34,00%
Entre 5 anos e 14 anos	82	34,50%
Entre 15 anos e mais de 20 anos	75	31,50%

Tabela 2 - Caracterização dos dados sociodemográficos e profissionais dos participantes. (Conclusão)

Variável	n	%
Tempo que atua na atenção primária à saúde em Sobral		
Menos de 4 anos	87	36,60%
Entre 5 anos e 14 anos	80	33,60%
Entre 15 anos e mais de 20 anos	71	29,80%
Nível de escolaridade		
Fundamental e Médio	98	41,1%
Técnico	30	12,60%
Graduação	69	29,00%
Pós-graduação	41	17,30%
Renda individual (SM)*		
1 salário	61	25,60%
2 salários	103	43,30%
3 salários	45	18,90%
4 salários	5	2,10%
5 salários	4	1,70%
6 salários	3	1,30%
Acima de 06 salários	17	7,10%

*SM = Salário Mínimo. Fonte: elaborado pela autora.

O escore geral da APS foi 7,3 (DP \pm 0,94), obtido pela média dos escores de todos os atributos, e o escore médio dos Atributos Essenciais foi 7,0 (DP \pm 0,99). Na avaliação da presença e da extensão dos Atributos Essenciais da APS na ESF, destaca-se como o de melhor escore médio o atributo Integralidade (Serviços disponíveis) (média 8,4, DP \pm 0,96) e o de pior escore médio o Acesso de primeiro contato - Acessibilidade (média 4,3, DP \pm 1,29). Observa-se também que os atributos Longitudinalidade (média 7,2, DP \pm 1,68), Coordenação - Integração de Cuidados (média 7,6, DP \pm 1,74), Coordenação - Sistemas de Informação (média 7,4, DP \pm 1,87), Integralidade - Serviços Prestados (média 7,1, DP \pm 2,33), obtiveram escores adequados, maiores ou iguais a 6,6 (Tabela 3).

Os Atributos Derivados da APS obtiveram escore médio 8,0 (DP \pm 1,44), obtido a partir das médias dos escores do atributo Orientação Familiar (média 7,5, DP \pm 2,38) e Orientação Comunitária (média 8,5, DP \pm 1,13), este último o maior escore médio dentre todos escores (essenciais e derivados) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da análise descritiva dos escores de cada atributo, na visão dos profissionais de saúde dos CSF da sede de Sobral – CE, 2022

Atributos	\bar{X}* (DP)	IC 95%
Acesso de primeiro contato (Acessibilidade)	4,28 (1,29)	4,11 \pm 4,44
Longitudinalidade	7,21 (1,68)	7,00 \pm 7,43
Coordenação (Integração de cuidados)	7,57 (1,74)	7,35 \pm 7,79
Coordenação (Sistemas de informação)	7,41 (1,87)	7,17 \pm 7,65
Integralidade (Serviços disponíveis)	8,42 (0,96)	8,30 \pm 8,54
Integralidade (Serviços prestados)	7,05 (2,33)	6,75 \pm 7,35
Orientação familiar	7,46 (2,38)	7,15 \pm 7,76
Orientação comunitária	8,46 (1,13)	8,32 \pm 8,61
Escore Essencial da APS	7,03 (0,99)	6,90 \pm 7,16
Escore Derivado da APS	8,04 (1,44)	7,85 \pm 8,22
Escore Geral da APS	7,25 (0,94)	7,13 \pm 7,37

* \bar{X} = Média. Fonte: elaborado pela autora.

A tabela 4 abaixo expressa a avaliação dos atributos essenciais da APS e a relação com as variáveis sociodemográficas, econômicas e profissionais dos participantes da pesquisa (Tabela 4).

Tabela 4 – Avaliação dos atributos essenciais e o valor de p segundo as variáveis socioeconômicas, demográficas e profissionais. Sobral, 2022.
(Continua)

Variáveis	Acesso de primeiro contato (Acessibilidade)		Longitudinalidade		Coordenação (Integração de cuidados)		Coordenação (Sistemas de informação)		Integralidade (Serviços disponíveis)		Integralidade (Serviços prestados)	
	\bar{X} (DP)	Valor de p	\bar{X} (DP)	Valor de p	\bar{X} (DP)	Valor de p	\bar{X} (DP)	Valor de p	\bar{X} (DP)	Valor de p	\bar{X} (DP)	Valor de p
Sexo		0,03		0,88		0,20		0,23		0,01		0,31
Feminino	4,2 (1,3)		7,2 (1,7)		7,6 (1,7)		7,3 (1,9)		8,4 (1,0)		7,1 (2,3)	
Masculino	4,7 (1,4)		7,2 (1,5)		7,3 (1,9)		7,7 (1,9)		8,8 (0,8)		6,8 (2,3)	
Categoria profissional		0,32		0,29		0,76		0,30		0,84		0,31
Agente comunitário de saúde	4,5 (1,3)		8,0 (1,7)		7,7 (1,8)		7,2 (2,0)		8,4 (0,9)		7,6 (2,2)	
Auxiliar/técnico de enfermagem	4,5 (1,2)		6,5 (1,9)		7,0 (1,6)		7,6 (1,7)		8,6 (0,8)		6,7 (2,6)	
Enfermeiro	3,9 (1,1)		6,9 (1,6)		7,8 (1,9)		7,9 (1,9)		8,1 (0,9)		7,2 (2,3)	
Médico	3,9 (1,6)		7,0 (1,4)		7,3 (1,4)		7,4 (1,3)		8,5 (0,9)		7,7 (2,3)	
Cirurgião-dentista	3,8 (1,4)		6,0 (1,5)		8,1 (2,0)		7,1 (2,0)		8,5 (1,3)		5,5 (2,1)	
Auxiliar/técnico em saúde bucal	4,3 (1,2)		6,4 (1,9)		7,3 (1,6)		7,5 (1,7)		8,5 (1,2)		5,6 (2,7)	
Equipes		0,87		0,03		0,41		0,95		0,95		0,03
EqSF	4,3 (1,3)		7,4 (1,7)		7,6 (1,7)		7,4 (1,9)		8,4 (0,9)		7,4 (2,3)	
ESB	4,1 (1,3)		6,2 (1,7)		7,7 (1,8)		7,3 (1,9)		8,5 (1,3)		5,6 (2,4)	
Vinculação		0,15		0,23		0,28		0,81		0,28		0,86
Contratado	4,4 (1,3)		7,4 (1,6)		7,4 (1,8)		7,3 (1,9)		8,5 (0,9)		7,2 (2,1)	
Concursado	4,2 (1,2)		7,1 (1,7)		7,7 (1,7)		7,4 (1,8)		8,4 (1,0)		6,9 (2,5)	
Residência/Bolsa	3,7 (1,6)		6,7 (1,8)		7,5 (1,7)		7,9 (2,0)		8,4 (1,4)		7,1 (2,3)	

Tabela 4 – Avaliação dos atributos essenciais e o valor de p segundo as variáveis socioeconômicas, demográficas e profissionais. Sobral, 2022.
(Conclusão)

Variáveis	Acesso de primeiro contato (Acessibilidade)		Longitudinalidade		Coordenação (Integração de cuidados)		Coordenação (Sistemas de informação)		Integralidade (Serviços disponíveis)		Integralidade (Serviços prestados)	
	\bar{X} (DP)	Valor de p	\bar{X} (DP)	Valor de p	\bar{X} (DP)	Valor de p	\bar{X} (DP)	Valor de p	\bar{X} (DP)	Valor de p	\bar{X} (DP)	Valor de p
Tempo que atua na atenção primária à saúde		0,10		0,02		0,39		0,32		0,54		0,37
Menos de 4 anos	4,0 (1,3)		7,0 (1,7)		7,5 (1,9)		7,2 (2,0)		8,5 (1,0)		7,1 (2,3)	
Entre 5 anos e 14 anos	4,4 (1,3)		7,2 (1,6)		7,5 (1,8)		7,3 (1,9)		8,4 (1,0)		6,9 (2,4)	
Entre 15 anos e mais de 20 anos	4,4 (1,2)		7,6 (1,7)		7,8 (1,5)		7,7 (1,7)		8,4 (0,9)		7,3 (2,3)	
Tempo que atua na atenção primária à saúde em Sobral		0,19		0,02		0,48		0,16		0,45		0,18
Menos de 4 anos	4,1 (1,3)		7,0 (1,7)		7,5 (1,8)		7,2 (2,0)		8,4 (1,0)		7,1 (2,3)	
Entre 5 anos e 14 anos	4,4 (1,3)		7,2 (1,6)		7,4 (1,8)		7,3 (1,9)		8,4 (1,0)		6,8 (2,5)	
Entre 15 anos e mais de 20 anos	4,3 (1,2)		7,6 (1,7)		7,8 (1,6)		7,8 (1,7)		8,5 (0,9)		7,4 (2,3)	
Nível de escolaridade		0,12		0,64		0,63		0,36		0,12		0,27
Fundamental e Médio	4,3 (1,3)		7,4 (1,7)		7,8 (1,5)		7,6 (1,8)		8,3 (1,0)		7,2 (2,3)	
Técnico	4,2 (1,2)		6,9 (2,0)		7,4 (2,0)		7,4 (2,2)		8,5 (0,8)		6,6 (2,8)	
Graduação	4,5 (1,3)		7,3 (1,6)		7,5 (1,9)		7,4 (1,9)		8,6 (0,8)		6,8 (2,2)	
Pós-graduação	4,0 (1,3)		7,1 (1,6)		7,3 (1,9)		7,0 (1,9)		8,3 (1,2)		6,5 (2,2)	
Renda individual (SM)		0,51		0,82		0,95		0,78		0,72		0,79
1 salário	4,3 (1,1)		7,1 (1,8)		7,5 (1,8)		7,5 (1,8)		8,4 (0,9)		6,7 (2,6)	
2 salários	4,3 (1,4)		7,3 (1,8)		7,7 (1,7)		7,4 (1,9)		8,5 (0,9)		7,1 (2,3)	
3 salários	4,1 (1,3)		7,4 (1,6)		7,4 (2,0)		7,0 (2,0)		8,5 (0,9)		7,3 (2,1)	
4 salários	4,1 (0,3)		6,6 (1,5)		7,0 (1,7)		7,4 (1,2)		7,9 (1,0)		6,7 (2,1)	
5 salários	5,3 (1,1)		7,9 (0,9)		7,6 (2,2)		6,4 (3,2)		8,8 (0,4)		7,4 (2,6)	
6 salários	4,1 (1,6)		6,6 (1,9)		8,0 (0,9)		7,7 (1,7)		7,1 (3,3)		8,3 (1,8)	
Acima de 6 salários	4,2 (1,6)		7,0 (1,4)		7,7 (1,4)		7,9 (1,3)		8,5 (1,0)		7,3(2,4)	

Fonte: elaborado pela autora

A tabela 5 expressa a avaliação dos atributos derivados da APS e a relação com as variáveis sociodemográficas, econômicas e profissionais dos participantes da pesquisa (Tabela 5).

Tabela 5 – Avaliação dos atributos derivados e o valor de p segundo as variáveis socioeconômicas, demográficas e profissionais. Sobral, 2022. (Continua)

Variáveis	Orientação familiar		Orientação comunitária	
	\bar{X} (DP)	Valor de p	\bar{X} (DP)	Valor de p
Sexo		0,90		0,28
Feminino	7,4 (2,4)		8,4 (1,2)	
Masculino	7,7 (2,0)		8,7 (0,9)	
Categoria profissional		0,74		0,11
Agente comunitário de saúde	8,2 (2,3)		8,5 (1,2)	
Auxiliar ou técnico de enfermagem	6,3 (2,2)		8,7 (1,0)	
Enfermeiro	7,9 (2,5)		8,2 (0,9)	
Médico	8,4 (2,0)		8,1 (1,1)	
Cirurgião-dentista	6,7 (2,6)		8,4 (1,1)	
Auxiliar ou técnico em saúde bucal	5,1 (2,9)		8,7 (1,3)	
Equipes		0,21		0,04
EqSF	7,8 (2,3)		8,4 (1,1)	
ESB	5,9 (2,7)		8,5 (1,2)	
Vinculação		0,65		0,19
Contratado	7,6 (2,2)		8,6 (1,1)	
Concursado	7,3 (2,5)		8,4 (1,2)	
Residência/Bolsa	8,2 (1,4)		8,4 (0,8)	

Tabela 5 – Avaliação dos atributos derivados e o valor de p segundo as variáveis socioeconômicas, demográficas e profissionais. Sobral, 2022. (Conclusão)

Variáveis	Orientação familiar		Orientação comunitária	
	\bar{X} (DP)	Valor de p	\bar{X} (DP)	Valor de p
Tempo que atua na atenção primária à saúde		0,77		0,04
Menos de 4 anos	7,4 (2,5)		8,2 (1,2)	
Entre 5 anos e 14 anos	7,6 (2,3)		8,4 (1,1)	
Entre 15 anos e mais de 20 anos	7,4 (2,3)		8,7 (1,0)	
Tempo que atua na atenção primária à saúde em Sobral		0,99		0,01
Menos de 4 anos	7,5 (2,4)		8,3 (1,2)	
Entre 5 anos e 14 anos	7,5 (2,3)		8,4 (1,1)	
Entre 15 anos e mais de 20 anos	7,5 (2,4)		8,8 (1,0)	
Nível de escolaridade		0,01		0,18
Fundamental e Médio	7,9 (2,1)		8,6 (1,1)	
Técnico	7,6 (2,8)		8,5 (1,5)	
Graduação	6,8 (2,5)		8,4 (1,0)	
Pós-graduação	7,4 (2,2)		8,3 (1,2)	
Renda individual (SM)		0,61		0,43
1 salário	7,5 (2,5)		8,5 (1,3)	
2 salários	7,5 (2,3)		8,6 (1,0)	
3 salários	7,3 (2,5)		8,4 (1,0)	
4 salários	5,4 (3,1)		8,5 (0,7)	
5 salários	7,4 (2,1)		7,3 (2,3)	
6 salários	8,2 (1,2)		7,9 (1,0)	
Acima de 6 salários	7,5 (2,1)		8,2 (1,1)	

Fonte: elaborado pela autora.

A avaliação da APS a partir dos atributos essenciais, derivados e geral e sua relação com as características sociodemográficas, econômicas e profissionais encontram-se detalhadas na tabela 6.

Tabela 6 - Avaliação da APS de Sobral e a relação com as variáveis sociodemográficas, econômicas e profissionais dos participantes da pesquisa. Sobral, 2022. (Continua)

Variáveis	Escore Essencial		Escore Derivado		Escore Geral da APS	
	\bar{X} (DP)	Valor de p	\bar{X} (DP)	Valor de p	\bar{X} (DP)	Valor de p
Sexo		0,51		0,47		0,30
Feminino	7,0 (1,0)		8,0 (1,5)		7,2 (0,9)	
Masculino	7,1 (1,0)		8,3 (1,2)		7,4 (0,9)	
Categoria profissional		0,47		0,37		0,19
Agente comunitário de saúde	7,3 (1,0)		8,4 (1,4)		7,5 (0,9)	
Auxiliar ou técnico de enfermagem	6,8 (1,0)		7,5 (1,4)		7,0 (1,0)	
Enfermeiro	7,0 (0,9)		8,2 (1,3)		7,3 (0,9)	
Médico	7,0 (0,9)		8,4 (1,3)		7,3 (0,7)	
Cirurgião-dentista	6,5 (0,9)		7,7 (1,5)		6,8 (0,8)	
Auxiliar ou técnico em saúde bucal	6,6 (1,2)		7,0 (1,9)		6,7 (1,2)	
Equipes		0,08		0,09		0,02
EqSF	7,1 (1,0)		8,2 (1,4)		7,4 (0,9)	
ESB	6,6 (1,0)		7,3 (1,7)		6,7 (1,0)	
Vinculação		0,63		0,62		0,49
Contratado	7,1 (1,0)		8,2 (1,3)		7,3 (0,9)	
Concursado	7,0 (0,9)		7,9 (1,6)		7,2 (0,9)	
Residência/Bolsa	6,9 (1,4)		8,4 (1,1)		7,3 (1,2)	

Tabela 6 - Avaliação da APS de Sobral e a relação com as variáveis sociodemográficas, econômicas e profissionais dos participantes da pesquisa. Sobral, 2022. (Conclusão)

Variáveis	Score essencial		Score derivado		Score Geral da APS	
	\bar{X} (DP)	Valor de p	\bar{X} (DP)	Valor de p	\bar{X} (DP)	Valor de p
Tempo que atua na atenção primária à saúde		0,06		0,85		0,12
Menos de 4 anos	6,9 (0,9)		7,9 (1,6)		7,1 (0,9)	
Entre 5 anos e 14 anos	7,0 (1,0)		8,1 (1,4)		7,2 (0,9)	
Entre 15 anos e mais de 20 anos	7,2 (1,0)		8,1 (1,3)		7,4 (0,9)	
Tempo que atua na atenção primária à saúde em Sobral		0,03		0,64		0,06
Menos de 4 anos	6,9 (1,0)		8,0 (1,6)		7,2 (0,9)	
Entre 5 anos e 14 anos	6,9 (1,0)		8,0 (1,4)		7,2 (0,9)	
Entre 15 anos e mais de 20 anos	7,3 (1,0)		8,2 (1,3)		7,5 (0,9)	
Nível de escolaridade		0,22		<0,01		0,07
Fundamental e Médio	7,1 (1,0)		8,3 (1,3)		7,4 (0,9)	
Técnico	6,9 (1,1)		8,1 (1,9)		7,2 (1,2)	
Graduação	7,0 (0,9)		7,7 (1,4)		7,1 (0,8)	
Pós-graduação	6,9 (0,9)		7,9 (1,3)		7,1 (0,9)	
Renda individual (SM)		0,76		0,57		0,63
1 salário	7,0 (1,0)		8,1 (1,7)		7,2 (1,0)	
2 salários	7,1 (1,0)		8,1 (1,3)		7,3 (0,9)	
3 salários	7,0 (0,9)		7,9 (1,2)		7,2 (0,9)	
4 salários	6,7 (0,5)		7,0 (1,8)		6,7 (0,5)	
5 salários	7,2 (1,3)		7,5 (2,1)		7,3 (0,9)	
6 salários	7,0 (1,3)		8,1 (1,2)		7,3 (1,4)	
Acima de 6 salários	7,1 (0,9)		7,9 (1,4)		7,3 (0,7)	

Fonte: elaborado pela autora.

5. DISCUSSÃO

O presente estudo revela que os profissionais da Estratégia Saúde da Família de Sobral avaliaram a Atenção Primária a Saúde, no geral, de forma positiva, atribuindo forte orientação para os atributos essenciais e derivados. Estudos como os de Costa *et al.* (2022), Gomes *et al.* (2021), Penso *et al.* (2017) e Lima *et al.* (2016) demonstraram resultados semelhantes. Fatores como o sexo, tipo de equipe e tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família influenciaram na forma como esses profissionais avaliaram a APS.

Apesar da avaliação geral positiva, o atributo Acesso de primeiro contato (Acessibilidade) apresentou avaliação negativa e o menor escore dentre os demais. Resultados similares estão sendo encontrados com recorrência em estudos (Abrantes *et al.* 2020), o que demonstra que, na visão dos profissionais, os usuários estão encontrando dificuldades nas formas de acesso e conseqüentemente na garantia de usufruir o serviço de saúde. Este cenário é alarmante para a APS, pois como ocorre pelo intermédio do acesso de primeiro contato as demais interações profissional-usuário, haverá falhas no acolhimento, diminuição do vínculo e da relação de confiança, e conseqüentemente atingirá (a longo prazo) a longitudinalidade e a integralidade do cuidado (Bispo *et al.* 2020).

Outro fator relevante observado no estudo, é a pouca flexibilidade de dias e horários para acessar os serviços, pois como geralmente é utilizado o horário comercial no funcionamento das unidades, uma boa parte dos usuários estão em horário de trabalho ou em horário de estudo. Estudo realizado por Freire *et al.* (2021) aponta que este fator pode ocasionar transtorno para os usuários que não possuem autonomia para abonar suas faltas e, conseqüentemente, os impede de acessar os serviços de saúde. O hiato causado pelos sábados e domingos, também ocasionam sobrecarga do setor secundário (Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais) devido à essa demanda reprimida. Horários alternativos, como o noturno, e atendimentos aos sábados e domingos seriam uma opção para auxiliar na possibilidade de acesso desses usuários (Bispo *et al.* 2020). Apesar da existência do Programa Saúde na Hora (Brasil, 2020), estratégia que amplia o horário de funcionamento de algumas unidades de saúde (no turno noturno e aos sábados e domingos), ainda se apresenta insuficiente diante da demanda reprimida e da necessidade de atendimento nesses horários.

Considerando a atuação da Equipe de Saúde da Família, essa demanda reprimida

pode também sobrecarregar o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde que, muitas vezes, conforme afirmam Speroni et al. (2016), excedem seus horários de trabalho, precisando atender aos usuários no período noturno e aos finais de semana, interferindo em seus momentos de descanso e lazer. Apesar de não ter sido objeto de estudo dessa pesquisa, é importante refletir sobre esse impacto na saúde mental desses trabalhadores. Os resultados do nosso estudo também mostraram que, para o escore baixo do atributo Acesso de primeiro contato, houve influência de outros fatores como a falta de ferramentas para aconselhamento rápido (telefonia e aplicativos da internet), o tempo longo de espera para os atendimentos nas unidades e as dificuldades encontradas para as marcações de consultas, fatores que convergem com o estudo realizado por Pedraza et al. (2018).

O atributo Longitudinalidade alcançou uma avaliação positiva, assim como no estudo realizado por Lima et al. (2016). Compreende-se que na realidade estudada estão presentes fatores como o bom relacionamento profissionais-usuários através da familiaridade e identificação, o que fortalece o vínculo e beneficia a ambos em um diagnóstico e tratamento de sucesso. Constatamos, pelos nossos resultados, que o vínculo é fortalecido pelo fator tempo, ou seja, quanto maior o tempo de atuação na APS melhor é o resultado do escore do atributo Longitudinalidade. Resultados semelhantes foram encontrados em alguns estudos (Costa et al, 2022; Rolim et al, 2019) que corroboram a afirmação de que a rotatividade dos profissionais da equipe influencia negativamente no vínculo com o usuário. O interesse dos profissionais, quanto às condições de vida dos usuários e de sua família, fortifica esse vínculo, o qual também foi demonstrado pelo alto escore do atributo Orientação familiar neste estudo. A atenção gerada pelos profissionais acerca dos riscos sociais é fundamental para o conhecimento do território, das famílias e dos determinantes sociais. É importante a inclusão de membros familiares para discussões e tomadas de decisões no tratamento, cabendo aos profissionais o respeito à singularidade das famílias (Rolim et al., 2019). Starfield (2002), destaca que os profissionais que estão focados apenas nos aspectos biológicos, e não no contexto socioambiental, apresentam dificuldades durante o sucesso dos diagnósticos e tratamentos, pois estes não estão familiarizados com o meio que aqueles usuários estão inseridos.

Em relação ao tipo de equipe, considerando a classificação em EqSF e ESB, observou-se que a EqSF atingiu o escore de Longitudinalidade mais alto em relação à ESB. A participação do ACS na EqSF potencializa e fortalece o vínculo da equipe com a comunidade, pois uma das atribuições do ACS é desenvolver ações de prevenção de

doenças e agravos, promoção de saúde e vigilância à saúde por meio das visitas domiciliares. Sendo assim, a proximidade com a realidade a partir dessa ação, possibilita o estreitamento de laços entre o profissional e o usuário (Santos et al, 2018). O empenho nas visitas domiciliares refletiu também no alto escore alcançado pelo atributo derivado Orientação comunitária, que avalia o vínculo estabelecido a partir das visitas domiciliares pela equipe de saúde, além de monitorar o andamento dos programas desenvolvidos.

A Orientação comunitária permite à equipe de saúde analisar a realidade da população adscrita e, conseqüentemente, gerar conhecimentos suficientes para aplicabilidade de programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais (Mendes, 2012). Observa-se, na análise detalhada dos itens do atributo Orientação comunitária, que o acompanhamento das equipes de saúde, através das visitas domiciliares, ocorre de forma fortificada e recorrente. Segundo Rocha et al. (2017), as visitas domiciliares se mostram como uma importante ferramenta para identificação acerca das vulnerabilidades, envelhecimento, necessidades de cuidados paliativos, relacionamento familiar e sua participação no processo de cuidado. É uma intervenção que aproxima a família do serviço de saúde, aumentando o vínculo e conseqüentemente, a percepção mais positiva do atributo de Longitudinalidade.

Vale mencionar que, apesar de atingir uma boa avaliação, as avaliações mais deficientes do atributo Longitudinalidade referiram-se ao item: “Se os pacientes têm uma pergunta sobre a saúde deles, podem telefonar ou utilizar alguma forma de comunicação virtual e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?”. Percebe-se que a comunicação entre profissional e usuário ainda se mostra, na realidade da ESF, insuficiente e interfere tanto no atributo do Acesso de primeiro contato quanto no atributo da Longitudinalidade. Assim, na percepção desses profissionais, ainda há dificuldades relacionadas ao contato por telefone ou por forma virtual, o que nos alerta sobre falhas nestas comunicações. Resultado semelhante também foi encontrado em estudo realizado por Rolim et al. (2019), em que observou que a utilização de ferramentas de comunicação ainda não é tão presente na rotina das unidades de saúde, indicando a necessidade de repensar a realidade e promover ações para mudança desse cenário.

A telemedicina é uma alternativa para sanar esta problemática, pois se configura como uma possibilidade de acesso e acompanhamento contínuo e diário dos pacientes que a necessitam (Donatelli & Cuberli, 2020). O termo telemedicina se refere à utilização de ferramentas tecnológicas da comunicação e da informação em saúde, e muitas vezes, na literatura, é visto como sinônimo dos termos telessaúde e e-saúde (Mariani &

Fernandes, 2012). Uma das aplicações da telemedicina é realizar interações entre médicos e pacientes, ou de médicos para médicos, através da comunicação bidirecional de vídeo e áudio (Bashshur et al., 2011). Assim, a telemedicina pode ser uma alternativa para melhorar essa comunicação profissional-paciente e fortalecer o vínculo, a longitudinalidade do cuidado e o acesso do paciente ao acompanhamento das suas necessidades.

Os atributos Coordenação (integração de cuidados) e Coordenação (sistemas de informação) alcançaram escores positivos, assim como em outros estudos (Gomes et al. (2021); Gomes & Fracoli (2018); Penso et al., 2017). Ao analisar os resultados do atributo Coordenação (integração de cuidados), podemos inferir que a APS de Sobral realiza, através da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a integração do cuidado de forma eficiente por meio de orientações, informações e marcações dos encaminhamentos para serviços especializados. É papel da APS coordenar, de forma compartilhada, as ações dos componentes da rede, e com isso garantir o cuidado do paciente de forma integral. Caso essa coordenação não seja adequada, o cuidado se torna deficiente e fragmentado (Protasio et al., 2014).

Outro ponto forte da avaliação deste atributo foi a comunicação entre os profissionais da APS e os profissionais de referência especializados (referência e contrarreferência), o que confere importância significativa para a atenção continuada do paciente. Enquanto coordenadora do cuidado, é responsabilidade da APS articular o cuidado entre os níveis primário, secundário e terciário da RAS, o que possibilita ao sistema de saúde uma maior capilaridade. Assim, a atuação eficiente da ESF e dos demais atores desse cenário, possibilita um melhor planejamento e manejo no tratamento dos pacientes a partir da comunicação entre os níveis. O resultado desses fatores é a garantia de um tratamento integral dos indivíduos a partir da continuidade da assistência e da integração dessa rede de cuidados (Batista et al., 2016).

Ao analisar os resultados do atributo Coordenação (sistemas de informação), foi possível avaliar a disponibilização e a utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) através das respostas referentes aos itens: “Os prontuários dos pacientes estão sempre disponíveis quando você os atende?”, “Você utiliza os seguintes métodos para assegurar que os serviços indicados estão sendo fornecidos: Lista de problemas no prontuário dos pacientes; e Lista de medicamentos em uso no prontuário dos pacientes”. O PEC é um software gratuito que foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde juntamente com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e, dentre outras funções, tem

papel de armazenar os dados clínicos e administrativos dos pacientes que são realizados nas UBS. Os profissionais podem registrar, além dos seus atendimentos, listas de problemas, alergias, medicamentos em uso, procedimentos realizados e encaminhamentos (Brasil, 2017). Segundo estudo realizado por Ávila et al. (2022), o prontuário médico (registrado e utilizado a partir da ferramenta PEC) permite que o profissional tenha acesso a informações mais completas de seus pacientes, o que torna mais prática a realização da distinção das características e das situações de saúde.

Apesar de o atributo Coordenação (sistemas de informação) ter atingido escore positivo, é importante ressaltar que houve baixa avaliação no item: “Se os pacientes quisessem, você permitiria que eles examinassem os prontuários deles?”, demonstrando desconhecimento por parte dos profissionais acerca dos direitos dos pacientes de acesso às informações do prontuário. Segundo a Portaria nº 1286/93 (Brasil, 1993), o paciente tem direito a um prontuário médico evoluído de forma legível, e tem direito a acessar esse documento quando desejar. Portanto, os profissionais não podem negar o acesso dos pacientes a esses prontuários, o que em muitas respostas deste estudo, os profissionais afirmaram negar o acesso, ou a não saber se poderia disponibilizá-lo.

Os atributos Integralidade (serviços disponíveis) e Integralidade (serviços prestados) alcançaram escores positivos, assim como em outros estudos (Abrantes et al., 2021; Gomes et al., 2018 e Penso et al., 2017). O atributo Integralidade é imprescindível para garantir a atenção necessária aos usuários em seu contexto geral. O serviço precisa se adequar à realidade e lançar mão de estratégias para sanar as problemáticas daquele cenário, de forma que o indivíduo seja visto e tratado de forma integral (Starfield, 2002). Compreende-se que, na realidade estudada, de acordo com os profissionais, a APS busca reconhecer as necessidades da população e disponibiliza recursos para atendê-la, realizando assim o atendimento de forma integral da população adscrita a partir de orientações, tratamentos e procedimentos realizados pela ESF.

O atributo Integralidade (serviços disponíveis) foi o mais bem avaliado entre os atributos essenciais. Podemos destacar para este atributo que, dentre os serviços ofertados, a vacinação obteve avaliações altamente positivas. A eficácia da imunização, através das vacinas, é incontestável na redução da morbimortalidade, tanto a nível individual quanto a nível coletivo. Devido à sua relevância, a imunização é peça primordial no contexto da APS (Nascimento et al., 2021). Segundo Sala et al. (2011), o alcance da ampla cobertura vacinal depende de algumas ações pontuais, como por exemplo, buscas ativas dos cartões de vacina atrasadas realizadas pelo ACS, campanhas

de vacina recorrentes e o acompanhamento dos quadros vacinais através dos sistemas de informações a que as UBS têm acesso.

Apesar da avaliação positiva, é importante ressaltar que procedimentos como a colocação de tala e a remoção de verrugas foram avaliados, em grande parte, como indisponíveis nas unidades de saúde. Para realizar estes procedimentos é necessário, além do conhecimento e habilidade dos profissionais, fatores como estrutura, instrumentos adequados, materiais de insumo suficientes, ou seja, condições que viabilizem estas práticas de forma segura tanto para os profissionais quanto para os usuários atendidos (Pedraza et al., 2018). Infelizmente esta é uma realidade que afeta outros locais no Brasil e essas deficiências inviabilizam o tratamento integral dos usuários que necessitam destes procedimentos (Bousquat et al., 2017).

Dentre os itens mais bem avaliados do atributo Integralidade (serviços prestados), destacamos o item referente à: “Maneiras de lidar com os conflitos familiares”. O vínculo, mencionado anteriormente no atributo Longitudinalidade e nos atributos derivados, é ferramenta importantíssima para a realização destas ações de contato direto. Cabe ao profissional o manejo necessário para lidar com as problemáticas que possam atingir as famílias. Destacamos anteriormente o ACS como um dos profissionais que mantém forte o vínculo com as famílias, e com isso possui facilidade para adentrar nas realidades dos grupos em desacordo. Esse profissional se expõe frequentemente a situações desconfortáveis para a resolução de conflitos familiares e, muitas vezes, por ser um dos principais mediadores, podem sofrer desgaste mental e sentir incômodo durante o manejo dos conflitos familiares (Gama, 2013).

Contudo, a frequência negativa esteve presente no item que trata sobre o conhecimento do profissional acerca da “Disponibilidade, armazenagem e segurança de armas”. Segundo Abrantes et al. (2021), os profissionais encontram dificuldades para explorar este assunto, principalmente devido à timidez ou ao receio em explorar um tema invasivo e de potencial risco. Uma alternativa para contornar esta situação seria uma abordagem de comunicação menos invasiva para que tanto o profissional quanto o paciente se sintam à vontade para falar sobre este assunto.

Por fim, ao analisar e discutir os dados coletados, o instrumento PCATool apresenta-se como uma ferramenta apropriada para avaliar os atributos da APS a partir da percepção dos profissionais. Este instrumento possui itens precisos e de fácil aplicação, que resultam em dados padronizados para realizar as avaliações das orientações dos serviços, podendo compará-los com outros estudos. Porém, este instrumento denota

algumas limitações, pois por ser extenso, torna-se muitas vezes cansativo tanto para o entrevistador quanto para o entrevistado, o que pode influenciar na recusa de alguns profissionais em participar do estudo. Outro ponto importante a destacar é que alguns itens do PCATool não condizem com a realidade das Unidades de Saúde brasileiras, como os atendimentos aos domingos, o que pode influenciar no escore dos atributos.

6. CONCLUSÃO

Conclui-se que, na perspectiva dos profissionais do município de Sobral, no Ceará, a APS apresenta-se com qualidade satisfatória, considerando o Escore Geral. Apesar da avaliação positiva, o atributo Acesso de primeiro contato (Acessibilidade) foi o único atributo avaliado de forma insatisfatória, enquanto o atributo Integralidade (serviços disponíveis) foi o mais bem avaliado entre os atributos essenciais. Dentre os atributos derivados, também avaliado de forma positiva, o atributo Orientação comunitária foi o melhor avaliado.

Para os atributos Acesso de primeiro contato (Acessibilidade) e Integralidade (serviços disponíveis), as mulheres apresentaram menor avaliação quando comparadas aos homens. Em relação às equipes, a ESB apresentou menores avaliações para o Escore Geral e para os atributos Longitudinalidade e Integralidade (serviços prestados) em relação a EqSF. Enquanto para o atributo Orientação comunitária, a ESB apresentou melhor avaliação em comparação com a EqSF.

O tempo de trabalho na APS e o tempo de trabalho na APS de Sobral apresentou associação com os atributos Longitudinalidade e Orientação comunitária, em que quanto maior o tempo de trabalho, a avaliação da APS tende a ser mais positiva. A categoria escolaridade apresentou associação com os atributos Orientação familiar e Escore derivado, em que quanto menor nível de escolaridade maior foi o escore destes atributos.

Diante dos achados desse estudo, apesar da avaliação positiva da APS, persistem desafios a serem enfrentados, principalmente em relação a garantia do acesso do usuário ao serviço. Assim, sugere-se que estratégias de gestão sejam implementadas a fim de melhorar a qualidade e o desempenho dos serviços de saúde e minimizar esse desafio.

REFERÊNCIAS

- ABRANTES, R. S.; LUZ, A. P. R. G.; COSTA, A. R. V. FALCÃO, P. K. P. Avaliação do atributo integralidade por enfermeiros da atenção primária do município de Campina Grande, Paraíba. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, v. 8, p. 180-193, 2021.
- ABRANTES, R. S.; LUZ, A. P. R. G.; COSTA, A. R. V.; FALCÃO, P. K. P. Desempenho da atenção primária à saúde na perspectiva dos profissionais: uma revisão integrativa. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, v. 7, n. 1, p. 1398-1413, 2020.
- ALMEIDA, Patty Fidellis de; GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães; ESCOREL, Sarah. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.
- ANDRADE, L. O. M. de; BARRETO, I. C. H.; GOYA, N.; MARTINS JÚNIOR, T. Estratégia saúde da família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, Sobral, n. 1, p. 9–20, jan./fev./mar. 2004.
- ÁVILA, G. S.; CAVALCANTE, R. B.; GONTIJO, T. L.; CARBOGIM, F. C.; BRITO, M. J. M. Prontuário eletrônico na gestão do cuidado em equipes de saúde da família. **Cogitare Enferm**, v. 27, 2022.
- BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 802-10, out-dez 2011.
- BARRETO, R.M. *et al.* Avaliação da dimensão estrutura para a qualidade da atenção primária à saúde. **Enferm. Foco**, v. 11, n. 3, p. 225-232, 2020.
- BASHSHUR, R.; SHANNON, G.; KRUPINSKI, E.; GRIGSBY, J. The taxonomy of telemedicine. **Telemed J E Health**, v. 17, p. 484-94, 2011.
- BATISTA, V. C. L.; RIBEIRO, L. C. C.; RIBEIRO, C. D. A. L.; PAULA, F. A.; ARAÚJO, A. Evaluation of the attributes of primary health care according to family health professionals. **Sanare**, Sobral, v. 15, n. 2, p. 87-93, 2016.
- BISPO, G. M. B. *et al.* Avaliação do acesso de primeiro contato na perspectiva dos profissionais. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, n. 3, 2020.
- BOUSQUAT A. *et al.* Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.8, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 397, de 16 de março de 2020. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o

Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1286, de 1993. Dispõe sobre a explicitação de cláusulas necessárias nos contratos de prestação de serviços entre o Estado, o Distrito Federal e o Município e pessoas naturais e pessoas jurídicas de direito privado de fins lucrativos, sem fins lucrativos ou filantrópicas participantes, complementarmente, do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1993.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011 (BR). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.920, de 31 de outubro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para inclusão do Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde - PIUBS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 172, 11 dez. 2019.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2017)**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil – 2020** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual instrutivo/Ministério da Saúde**. Brasília, 2012b.

CARDOSO, D. D. et al. Presence and extension of the attributes of primary health care in public dental services in Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 1-13, 2020.

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

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Projeto QualificaAPSUS Ceará: Qualificando a Atenção Primária no Estado**. Ceará, 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília, 2011.

COSTA, A. P. B.; GUERRA, M. R.; LEITE, I. C. G. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde sob a ótica dos profissionais médicos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 44, p. 3085, jan-dez, 2022.

COSTA, M. A. *et al.* Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 24, n. 1, p. 1-14, 2020.

CUNHA, C. L. F.; CARNUT, L. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1478–1479, jul. 2013.

D'AVILA, O. P. **Avaliação de Serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária a Saúde: análise conceitual, psicométrica e exploratória**. 2016. 125f. Tese (Doutorado em Odontologia – Área de concentração: Saúde Bucal Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Quality Review Bulletin**, v.20, n.6, p.975-92, nov. 1992.

DONATELLI, L.; CUBERLI, M.. **Mediaciones tecnológicas y su impacto en la relación médico-paciente**. M. Petracci y KPN Schwarz y PG Rodríguez Zoya, Comunicación y Salud. Emergencia y desafíos de eHealth, p. 95-116, 2020.

FEITOSA, R. M. M. *et al.* Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 821-829, 2016.

FLÔR, C. R. *et al.* Avaliação da atenção primária à saúde por profissionais de saúde: Comparação entre modelo tradicional versus estratégia saúde da família. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 20, n. 4, p. 714-726, out.-dez. 2017.

FRACOLLI, Lisaine Aparecida et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à saúde: Revisão de literatura e metassíntese. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4851-4860, 2014.

FREIRE, D. E. W. G. *et al.* Acesso em saúde bucal no Brasil: análise das iniquidades e não acesso na perspectiva do usuário, segundo o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014 e 2018. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 30, n. 3, p. 1-13, 2021.

FREIRE, M. P.; SILVA, L. G.; MEIRA, A. L. P.; LOUVISONI, M. C. P. Telemedicina no acesso à saúde durante a pandemia de covid-19: uma revisão de escopo. **Rev Saude Publica**, v. 57 (Supl 1):4s, 2023.

GAMA, P. F. “Quem acolhe o agente de saúde?”: O agente comunitário como mediador de conflitos na estratégia de saúde da família. **Revista Habitus**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p.114-124, dez. 2013.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 493-546, 2012.

GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. **Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade (PMAQ-AB)**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.

GOMES, M. F. P. & FRACOLLI, L. A. Avaliação da estratégia saúde da família sob a ótica dos profissionais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 3, p. 1-13, jul./set. 2018.

GOMES, M. F. P. & FRACOLLI, L. A.; RETICENA, K. O. Avaliação da Estratégia Saúde da Família no interior do Estado de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Colet**, v. 29, n. 2, p. 179-189, 2021.

HARTZ, Z. M. A. & CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. S331-S336, 2004.

HARTZ, Z. M. A. & SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 275, 2005.

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. Saude Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, ago. 2006a.

HARZHEIM, E. et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Services Research**, v. 6, n. 156, dez. 2006b.

HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da atenção Primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1189-1196, mar. 2020.

HONE, T.; MACINKO, J.; MILLETT, C. Revisiting Alma-Ata: What is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? **Lancet**. v. 392, n. 10156, p. 1461-1472, out. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Área territorial brasileira 2020**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010, Área territorial brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus – SUFRAMA**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

LIMA, E. F. A.; SOUSA, A. I.; LEITE, F. M. C.; LIMA, R. C. D.; NASCIMENTO, M. H.; PRIMO, C. C. Avaliação dos atributos da atenção primária. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, abr-jun 2016.

MACINCKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. **Health Serv Res**, v. 38, n. 3, p. 831-865, jun. 2003.

MARCONI, M. A. & LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2021.

MARIANI, A.; FERNANDES, P. Telemedicine: a technological revolution. **Med J**, São Paulo, v. 130, p. 277-8, 2012.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

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

MENDONÇA, M. H. M. *et al.* **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

MONTELLO, F. M. *et al.* Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde: visão dos profissionais. **Enferm. Foco**, v. 10, n. 6, p. 111-117, 2019.

NASCIMENTO, C. C.; MONTEIRO, D. S.; RODRIGUES, I. L.; PEREIRA, A. A.; NOGUEIRA, L. M.; SANTOS, F. V. Práticas de enfermeiros sobre imunização: construção compartilhada de tecnologia educacional. **Enferm Foco**, v. 12, n. 2, p. 305-11, 2021.

NÚÑEZ, Rebeca Terraza; LORENZO, Ingrid Vargas; NAVARRETE, María Luisa Vázquez. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. **Gac Sanit**, v.20, n. 6, p. 485-495, 2006.

OLIVEIRA, M. A. C. & PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção Primária e a estratégia Saúde da família. **Rev Bras Enferm**, v. 66, p. 158-164, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma Ata sobre cuidados primários**. URSS, 1978.

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v. 372, n. 71, 2021.

PEDRAZA, D. F., NOBRE, A. M. D., ALBUQUERQUE, F. J. B., MENEZES, T. N. Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos. **Ciênc saúde coletiva**. v 23, n. 3, p. 923-33, 2018.

PEDRAZA D. F. *et al.* Characterization of work of nurses and health professionals in Support Center for Family Health in Primary Health Care. **ABCS Health Sciences**, São Paulo, v. 43, n. 3, p.77-83, 2018.

PENSO, J. M.; PÉRICO, E.; OLIVEIRA, M. M. C.; STROHSCHOEN, A. A. G.; CARRENO, I.; REMPEL, C. Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017.

PEREZ, L. G. *et al.* Satisfação dos profissionais e da comunidade com a estratégia da saúde da família. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n 2, p. 403-413, 2013.

PINTO, L. F., & GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.

PONNET, L. *et al.* Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde para crianças: reflexões sobre a viabilidade do uso rotineiro do Primary Care Assessment Tool-Brazil. **Einstein**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 1-8, 2019.

PROTASIO, A. P. L.; SILVA, P. B.; LIMA, E. C.; GOMES, L. B.; MACHADO, L. S.; VALENÇA, A. M. G. Evaluation of the reference and counter-reference system based on the responses of the Primary Care professionals in the first External Evaluation cycle of PMAQ-AB in the state of Paraíba. **Saúde debate**, v. 38 (spe), p. 209-220, 2014.

RIBEIRO, M. A.; JUNIOR, D. G. A.; CAVALCANTE, A. S. P.; MARTINS, A. F.; SOUSA, L. A.; CARVALHO, R. C.; CUNHA, I. C. K. O. (RE)Organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19: Experiência de Sobral-CE. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 177-188, jun. 2020.

ROCHA, K. B.; CONZ, J.; BARCINSKI, M.; PAIVA, D.; PIZZINATO, A. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 18, n. 1, p. 170-185, 2017.

ROLIM, L. B.; MONTEIRO, J. G.; MEYER, A. P. G. F. V.; NUTO, S. A. S.; ARAÚJO, M. F. M.; FREITAS, R. W. J. F. **Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. Rev Bras Enferm**, v. 72, n. 1, p. 24-31, 2019.

SALA, A.; LUPPI, C. G.; SIMÕES, O.; MARSIGLIA, R. G. Integralidade e atenção primária à saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saude soc**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 948-60, 2011.

SANTOS, R. O. M.; ROMANO, V. F.; ENGSTROM, E. M. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, 2018.

SARTI, T. D. et al. A institucionalização da avaliação na atenção básica: alguns aspectos para a construção de práticas democráticas no contexto da estratégia saúde da família. **UFES Revista de Odontologia**, v. 10, n. 1, p. 63-69, 2008.

SILVA, J. M. & CALDEIRA, A. P.. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n 6, p. 1187-1193, jun. 2010.

SILVA, S. A.; NOGUEIRA, D. A.; PARAIZO, C. M. S.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48 (esp), p 126-132, 2014.

SILVA, V. G.; MOTTA, M. C. S.; ZEITOUNE, R. C. G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 441-8, 2010.

SPERONI, K. S.; FRUET, I. M. A.; DALMOLIN, G. L.; LIMA, S. B. S. Percepções dos agentes comunitários de saúde: contribuições para a gestão em saúde. **Rev Cuid**, v. 7, n. 2, p. 1325-37, 2016.

STARFIELD, B. **Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología**. Barcelona: Masson, 2001.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Declaration on Primary Health Care**. Astana, 2018.

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
SOCIODEMOGRÁFICOS**

QUESTIONÁRIO

A - PERFIL DO ENTREVISTADO

1 Idade: _____

2 Sexo:

() Feminino () Masculino () Não quero informar

3 Categoria Profissional:

- () Médico
() Enfermeiro
() Auxiliar ou Técnico em Enfermagem
() Agente Comunitário de Saúde
() Cirurgião-Dentista
() Auxiliar ou Técnico em Saúde Bucal

4 Vinculação:

- () Concursado
() Contrato de trabalho
() Residência

5 Há quanto tempo trabalha na atenção primária à saúde?

- () Há menos de 1 ano () Entre 5 e 9 anos () Entre 15 e 19 anos
() Entre 1 e 4 anos () Entre 10 e 14 anos () Há mais de 20 anos

6 Há quanto tempo trabalha na atenção primária à saúde em Sobral?

- () Há menos de 1 ano () Entre 5 e 9 anos () Entre 15 e 19 anos
() Entre 1 e 4 anos () Entre 10 e 14 anos () Há mais de 20 anos

7 Nível de escolaridade (classifique com sua maior titulação):

- () Fundamental () Médio () Técnico
() Graduação () Graduação em andamento Curso: _____

- Especialização Especialização em andamento Área: _____
- Mestrado Mestrado em andamento Área: _____
- Doutorado Doutorado em andamento Área: _____

8 Renda individual (em salários mínimos):

- 01 02 03 04 05 6
- Acima de 6, quantos? _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a):

Você está sendo convidado (a) por Isabelly Ribeiro Araújo, pesquisadora e discente do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral, para participar de uma pesquisa intitulada: “AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE SOBRAL, CEARÁ”.

Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Venho por meio deste termo, solicitar sua participação. Caso concorde em participar, os princípios éticos da beneficência, não maleficência e autonomia, previstos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional da Saúde que trata de pesquisa com seres humanos serão integralmente preservados. Sua identidade será completamente preservada e as informações obtidas pela sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa, além disso, a divulgação dessas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. Não haverá nenhum tipo de pagamento pela sua participação nessa pesquisa. Será garantido o direito de retirar seu consentimento em qualquer etapa se assim o desejar, sem nenhum tipo de prejuízo ou ônus a você.

A pesquisa objetiva avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde a partir dos atributos da APS na perspectiva dos profissionais do município de Sobral, Ceará. Os seus dados serão coletados a partir de um formulário elaborado por meio da plataforma Jotform, e a coleta será realizada de forma presencial. Se desejar, você poderá acessar as questões por meio de um link enviado pela pesquisadora, e também poderá solicitar a desistência da participação a qualquer momento sem nenhum prejuízo. Além disso, todas as suas informações que forem obtidas serão sigilosas e os seus dados guardados em local seguro. Os dados resultantes dessa pesquisa serão divulgados junto à comunidade científica, sendo respeitado o caráter confidencial das identidades dos participantes.

O estudo poderá trazer dados importantes para o melhor manejo e planejamento

das ações na APS, contribuindo como benefício indireto na identificação da qualidade dos atendimentos realizados sob a perspectiva dos profissionais a partir das dimensões avaliadas.

Ao assinar, afirmo que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa e de outras informações supracitadas. Informo ainda que fui orientado a respeito do método que será utilizado. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Endereço da responsável pela pesquisa:

Nome: Isabelly Ribeiro Araújo

Discente da Instituição: Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral

Endereço: Rua Conselheiro José Júlio, s/n – Centro, Sobral

Telefones para contato: (88) 3695-4626

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú: Avenida Comandante Maurocélvio Rocha Pontes, 150, Derby Clube, Sobral, Ceará. Fone: (88) 3677-4255.

O CEP da Universidade Estadual Vale do Acaraú é a instância responsável pela avaliação acompanhamento dos aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos.

Eu, _____, _____ anos,
RG/CPF: _____, declaro que é de minha livre e espontânea vontade ser participante nesta pesquisa. Declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas.

Sobral, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa

Assinatura do participante

Nome do pesquisador

Assinatura do pesquisador

ANEXO 1 - PCATOOL BRASIL 2020 (VERSÃO PROFISSIONAIS)

A1. O seu serviço de saúde está aberto no sábado e/ou no domingo?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

A2. O seu serviço de saúde está aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

A3. Quando o seu serviço de saúde está aberto e algum(a) paciente adoecer, alguém do seu serviço o(a) atende no mesmo dia?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

A4. Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) se acreditam ser necessário?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

A5. Quando o seu serviço de saúde está fechado e os pacientes adoecem, existe um número de telefone ou contato de ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) o qual possam contatar?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

A6. Quando o seu serviço de saúde está fechado no sábado e no domingo e algum(a) paciente adoecer, alguém do seu serviço o(a) atende no mesmo dia?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

A7. Quando o seu serviço de saúde está fechado e algum(a) paciente adoecer durante a noite, alguém do seu serviço o(a) atende na mesma noite?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

A8. É fácil para um(a) paciente marcar uma consulta de revisão (consulta de rotina, checkup) no seu serviço de saúde?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

A9. Na média, os pacientes precisam esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo(a) médico(a) ou pelo(a) enfermeiro(a) (sem considerar a triagem ou o acolhimento)?

- 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(a) mesmo(a)médico(a) ou enfermeiro(a)?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

B2. Você consegue entender as perguntas dos seus pacientes?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

B3. Você acredita que os seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

B4. Se os pacientes têm uma pergunta sobre a saúde deles, podem telefonar ou utilizar alguma forma de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout,e-mail) e falar com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que os conhece melhor?

- Com certeza sim

- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

B5. Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem (discutirem) sobre as suas preocupações ou problemas?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

B6. Você acredita que os seus pacientes se sentem confortáveis ao contar para você as suas preocupações ou problemas?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

B7. Você acredita que conhece “muito bem” os pacientes do seu serviço de saúde?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

B8. Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

B9. Você sabe quais problemas são mais importantes para os seus pacientes?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

B10. Você conhece a história clínica (história médica) completa de cada paciente?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

B11. Você sabe qual o trabalho ou o emprego de cada paciente?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

B12. Você saberia se os seus pacientes tivessem problemas em obter ou pagar por medicamentos receitados?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

B13. Você sabe a respeito de todos os medicamentos que os seus pacientes estão tomando?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

C1. Você sabe de todas as consultas que os seus pacientes fazem com especialistas ou nos serviços especializados?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

C2. Quando os seus pacientes necessitam de encaminhamento, você discute sobre os diferentes serviços onde eles podem ser atendidos?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

C3. Alguém do seu serviço de saúde ajuda o(a) paciente a marcar essa consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

C4. Quando os seus pacientes são encaminhados, você fornece aos pacientes alguma informação que seja para o(a) especialista ou serviço especializado?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim

- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

C5. Você recebe do(a) especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o(a) paciente encaminhado(a)?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

C6. Após a consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado, você conversa com o(a) seu(sua) paciente sobre os resultados dessa consulta?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

D1. Você solicita aos pacientes que tragam os seus registros médicos recebidos em atendimentos anteriores (ex.: fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação, resultados de exames de laboratório)?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

D2. Se os pacientes quisessem, você permitiria que eles examinassem os prontuários deles?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

D3. Os prontuários dos pacientes estão sempre disponíveis quando você os atende?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

Entrevistador(a): Você utiliza os seguintes métodos para assegurar que os serviços indicados estão sendo fornecidos?

D4. Fluxogramas dos resultados dos exames laboratoriais.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim

- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

D5. “Guidelines”/protocolos impressos junto aos prontuários dos pacientes.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

D6. Auditorias periódicas dos prontuários médicos.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

D7. Lista de problemas no prontuário dos pacientes.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

D8. Lista de medicamentos em uso no prontuário dos pacientes.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

Entrevistador(a): Se um(a) paciente necessita de qualquer dos seguintes serviços, poderia obtê-los no seu serviço de saúde?

E1. Aconselhamento sobre nutrição ou dieta.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

E2. Vacinas (imunizações).

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

E3. Verificar se a família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais (ex.: Programa Bolsa Família, tarifa social).

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

E4. Avaliação da saúde bucal (exame dentário).

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

E5. Tratamento dentário.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

E6. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

E7. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas lícitas ou ilícitas (ex.: álcool, cocaína, remédios para dormir).

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

E8. Aconselhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão).

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

E9. Sutura de um corte que necessite de pontos.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

E10. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HiV.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

E11. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

E12. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

E13. Colocação de tala (ex.: para tornozelo torcido).

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

E14. Remoção de verrugas.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

E15. Exame preventivo para câncer de colo do útero (CP, teste Papanicolau).

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

E16. Aconselhamento sobre tabagismo (ex.: como parar de fumar).

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

E17. Cuidados pré-natais.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

E18. Remoção de unha encravada.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

E19. Orientações sobre os cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma).

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

E20. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

E21. Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do(a) paciente (ex.: curativos, troca de sondas, banho na cama).

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

E22. Inclusão em programa de suplementação nutricional (ex.: leite, alimentos).

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

F1. Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente).

- Com certeza sim
- Provavelmente sim

- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

F2. Segurança no lar (ex.: como guardar medicamentos com segurança, proteção para piscina, proteção para tomada).

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

F3. Orientações sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro ou sobre como evitar que crianças tenham queda de altura.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

Entrevistador(a): Você discute os seguintes assuntos com os seus pacientes ou seus responsáveis?

F4. Maneiras de lidar com conflitos familiares.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

F5. Orientações sobre exercícios físicos apropriados.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

F6. Níveis de colesterol.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

F7. Medicações em uso.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

F8. Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex.: veneno para formiga/para rato, água sanitária) no lar, no trabalho ou na vizinhança.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

F9. Disponibilidade, armazenagem e segurança de armas.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

F10. Prevenção de queimaduras (ex.: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

F11. Prevenção de quedas.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

F12. Prevenção de osteoporose em mulheres.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

F13. Cuidado de problemas comuns relacionados à menstruação ou à menopausa.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

Entrevistador(a): Você discute os seguintes assuntos com a criança e/ou pais/responsável pelos cuidados de saúde da criança?

F14 - Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.

- Com certeza sim

- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

F15 - Mudanças de crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária (ex.: quando a criança irá caminhar, controlar o xixi).

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

F16. Tópicos de segurança para crianças menores de 6 anos: ensiná-las a atravessar a rua em segurança e a usar assentos de segurança para crianças nos carros.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

F17. Tópicos de segurança para crianças entre 6 e 12 anos: manter distância das armas, usar cintos de segurança e usar capacetes (para ciclistas).

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

F18. Tópicos de segurança para crianças acima de 12 anos: sexo seguro, dizer não às drogas, não beber e dirigir.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

G1. Você pergunta aos pacientes quais são as suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e o cuidado do paciente ou alguém da família?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

G2. Você pergunta sobre doenças ou problemas de saúde que podem ocorrer na família dos pacientes?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não

() Não sei/ Não lembro

G3. Você está disposto(a) e capacitado(a) para se reunir com membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou familiar?

() Com certeza sim

() Provavelmente sim

() Provavelmente não

() Com certeza não

() Não sei/ Não lembro

Entrevistador(a): Os seguintes itens são incluídos como parte rotineira da sua avaliação de saúde?

G4. Uso de genogramas e/ou outros instrumentos de avaliação do funcionamento familiar.

() Com certeza sim

() Provavelmente sim

() Provavelmente não

() Com certeza não

() Não sei/ Não lembro

G5. Discussão sobre fatores de risco familiares (ex.: genéticos).

() Com certeza sim

() Provavelmente sim

() Provavelmente não

() Com certeza não

() Não sei/ Não lembro

G6. Discussão sobre recursos econômicos da família dos pacientes.

() Com certeza sim

() Provavelmente sim

() Provavelmente não

() Com certeza não

() Não sei/ Não lembro

G7. Discussão sobre fatores de risco sociais (ex.: perda de emprego).

() Com certeza sim

() Provavelmente sim

() Provavelmente não

() Com certeza não

() Não sei/ Não lembro

G8. Discussão sobre condições de vida (ex.: refrigerador em condições de funcionamento).

() Com certeza sim

() Provavelmente sim

() Provavelmente não

() Com certeza não

() Não sei/ Não lembro

G9. Discussão sobre estado de saúde de outros membros da família.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

G10. Discussão sobre as funções parentais.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

G11. Avaliação de sinais de abuso infantil.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

G12. Avaliação de sinais de crise familiar.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

G13. Avaliação do impacto da saúde do paciente sobre o funcionamento da família.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

G14. Avaliação do nível de desenvolvimento familiar.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

H1. Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

H2. Você acredita que o seu serviço de saúde tem o conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade atendida?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

H3. No seu serviço de saúde são obtidas opiniões e ideias da comunidade sobre como melhorar os serviços de saúde?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

H4. No seu serviço de saúde podem ser adaptados serviços ou programas em resposta a problemas específicos de saúde da comunidade?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

Entrevistador(a): No seu serviço de saúde, os seguintes tipos de dados são utilizados para determinar quais os programas ou serviços são necessários à comunidade atendida?

H5. Informações de mortalidade (dados sobre óbitos).

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

H6. Dados de doenças de notificação compulsória (ex.: DSTs, TB).

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

H7. Taxas de imunização da comunidade.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

H8. Dados secundários sobre saúde e riscos ocupacionais.

- Com certeza sim

- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

H9. Informações clínicas do próprio serviço (ex.: número de gestantes, número de pacientes hipertensos, número de pacientes com TB).

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

Entrevistador(a): No seu serviço de saúde os seguintes métodos são utilizados para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços ou programas?

H10. Pesquisas com os seus pacientes.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

H11. Pesquisas na sua comunidade.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

H12. Feedback (retorno das informações) de organizações comunitárias ou conselhos gestores de saúde.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

H13. Feedback (retorno das informações) da equipe de saúde.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

H14. Análise de dados de saúde locais ou estatísticas vitais.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

H15. Avaliações sistemáticas de seus programas e serviços prestados.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

H16. Atuação dos agentes Comunitários de saúde.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

H17. Presença de usuários no Conselho Local de saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de saúde.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

Entrevistador(a): No seu serviço de saúde as seguintes atividades são utilizadas para alcançar as populações da comunidade atendida?

H18. Atuar em rede com agências estatais e locais envolvidas com grupos culturalmente diversos.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

H19. Vínculos com serviços/organizações religiosas.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

H20. Envolvimento com associações de moradores/lideranças comunitárias.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

H21. Agentes comunitários de saúde ou membros do Conselho Local de saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de saúde.

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ Não lembro

ANEXO 2 - ANUÊNCIA DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA SECRETARIA DE SAÚDE DE SOBRAL



PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA

PARECER PROTOCOLO Nº 0095/2020

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do Projeto de Pesquisa vinculado a Universidade Federal do Ceará (UFC), intitulada: **AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL, CEARÁ**, desenvolvido pela pesquisadora Dra. Mariana Ramalho de Farias.

Após análise, a comissão emitiu o seguinte parecer:

Na condição de instituição coparticipante do projeto supracitado, concordamos em **AUTORIZAR** a coleta de informações nos Centros de Saúde da Família (CSF) localizados na sede do município de Sobral-CE. A coleta será com os profissionais da equipe de Saúde da Família, atuante na Atenção Básica do município, e pessoas acompanhadas pelos CSF. Salienta-se a necessidade de pactuação prévia entre a equipe de pesquisa e a gerência dos serviços quanto aos melhores dias, horários e local para realização da coleta com os participantes do estudo.

Recomendamos que na execução da coleta os pesquisadores de campo devem estar devidamente paramentados com equipamentos de proteção individual, possibilitando proteção a si e aos participantes, considerando as recomendações atuais para o contexto da COVID-19.

Ressaltamos que esta autorização **NÃO** desobriga a pesquisadora de solicitar anuência junto a todos os participantes da pesquisa, devendo estes serem convidados a participar e/ou autorizar a participação na pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas propostas na Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde -CNS/MS, as quais, enquanto instituição coparticipante, nos comprometemos a cumprir. Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de

Código de verificação: 9958202011000507

Emissão em Sobral, 07 de Outubro de 2020, às 13:03, pela Secretária Integrada da Comissão Científica - 0022

Este documento pode ser validado na rede ouça ptbr.sobral.ce.gov.br/ptbr/secretaria-saude, através das informações acima.



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

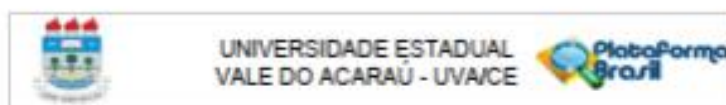
retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa. Lembramos ainda que é de responsabilidade da pesquisadora encaminhar a esta Comissão Científica cópia da pesquisa no prazo através das informações acima, máximo de 30 dias após sua conclusão, como forma de compromisso com a sociedade e o Sistema de Saúde de Sobral, em razão das possíveis melhorias advindas dos resultados do estudo. Reitera-se que pendências no envio do Relatório de Pesquisa podem levar a não apreciação de solicitações posteriores. Em caso de dúvidas, contate-nos pelo telefone (88) 3614-5520 ou pelo e-mail comissao.cientifica1@gmail.com

Sobral, 07 de Outubro de 2020

Lielma Carla Chagas da Silva

Profa. Ms. Lielma Carla Chagas da Silva
Coordenadora da Comissão Científica

ANEXO 3 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ (UVA) ATRAVÉS DA PLATAFORMA BRASIL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL, CEARÁ

Pesquisador: MARGARA RAMALHO DE FARIAS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39078630.7.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.696.710

Apresentação do Projeto:

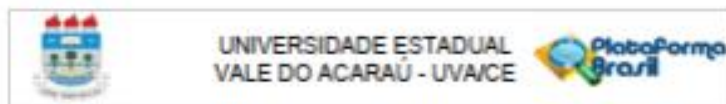
Pesquisa avaliativa. A população do estudo será profissionais da equipe mínima e usuários da Estratégia Saúde da Família da área urbana de Sobral. A amostra será de 382 usuários e 235 profissionais, selecionados de forma estratificada proporcional e aleatória. A coleta dos dados ocorrerá por meio de entrevistas, realizadas no CSF obedecendo as recomendações de prevenção à Covid-19 ou por meios digitais (quando for possível). Utilizar-se-ão os instrumentos de Avaliação da Atenção Primária PCATod Brasil 2013 - Versão Adulto e Versão Profissional. O instrumento conta com informações sociodemográficas e com questões do tipo Likert para avaliar a APS de acordo com os seus atributos. Os atributos da APS serão calculados por meio das médias dos escores obtidos e qualitativamente nas categorias: alto e baixo referentes à avaliação do serviço. A comparação entre os valores obtidos nos escores dos profissionais com os dos usuários será feita utilizando o teste de Mann-Whitney ou t de student. Para a comparação das médias obtidas utilizar-se-á o teste de Kruskal Wallis ou o ANOVA. Para analisar as variáveis dependentes e independentes, utilizar-se-á o teste qui-quadrado, considerando nível de significância de 5%. Os participantes da pesquisa assentem o TCLE e os preceitos éticos serão respeitados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário

Avaliar os atributos da Atenção Primária à Saúde na Estratégia Saúde da Família do município de

Endereço: Av. Conselheiro Manoelão Rocha Pires, 130
 Bairro: Derby CEP: 62.261-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (85)3677-4355 Fax: (85)3677-0141 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com



Continuação do Formulário LBR/10

Soatná, Ceará.

Objetivo Secundário:

- Classificar as Equipes de Saúde com base nos atributos da Atenção Primária à Saúde a partir dos instrumentos do PCATool-Brasil nas variáveis adulto e profissional;
- Avaliar a presença do atributo longitudinalidade na ESP a partir da aplicação do PCATool-Brasil nas variáveis adulto e profissional;
- Identificar a presença do atributo acessibilidade na ESP a partir da aplicação do PCATool-Brasil nas variáveis adulto e profissional;
- Mensurar a presença do atributo orientação familiar e comunitária na ESP a partir da aplicação do PCATool-Brasil nas variáveis adulto e profissional;
- Observar correlações entre os valores atribuídos nos atributos e os aspectos sociodemográficos dos usuários, a partir da aplicação do PCATool-Brasil nas variáveis adulto e profissional;
- Comparar os valores atribuídos entre os instrumentos PCATool-Brasil nas variáveis usuário e profissional no que se refere aos atributos acessibilidade, coordenação e longitudinalidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos descritos pelo pesquisador: Por tratar-se de uma coleta de dados por meio de entrevista, apresenta riscos mínimos, caracterizados por possível desconforto ou constrangimento diante das questões. Para minimizar essa situação, o participante poderá se recusar a responder alguma questão, ou retirar o seu consentimento. Benefícios apresentados: A pesquisa poderá contribuir como benefício indireto com a identificação da qualidade dos atendimentos prestados à comunidade nas unidades de Saúde com fins de melhorias institucionais nas dimensões avaliadas. O pesquisador responsável se compromete na devolutiva dos resultados desta pesquisa ao Sistema de Saúde de Soatná numa forma de contribuir na ciência aos gestores da percepção de usuários e profissionais da Estratégia Saúde da Família diante dos atributos da Atenção Primária à Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

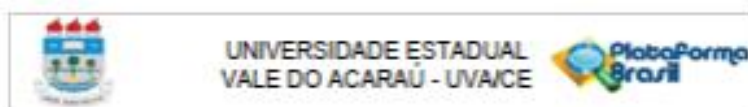
Pesquisa relevante, que utilizará um instrumento validado e de satisfatória aplicabilidade local. Projeto bem escrito, possibilitando a adequada avaliação dos aspectos éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados

Endereço: Av. Conselheiro Manoelito Rocha Pires, 130
 Bairro: Dety CEP: 62.341-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (85)3677-4155 Fax: (85)3677-4141 E-mail: uva_comitadeweb@uval.com

Página 2 de 04



Continuação do Parecer / CENEPE

Recomendações:

Ver conclusões

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências a cerca da coleta de dados foram solucionadas. O TCLE se encontra adequado e esclarece todas as etapas aos voluntários.

O projeto deve ser aprovado. Após o final da pesquisa emitir relatório final a este CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	01_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P1 PROJETO_1643190.pdf	13/04/2017 14:28:44		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	03_Projeto_Protocolo_SPM_V2.pdf	13/04/2017 14:21:52	THALANKELSON DE OLIVEIRA BRITO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Avaliação	002_TCLE_v2.pdf	13/04/2017 14:28:35	THALANKELSON DE OLIVEIRA BRITO	Aceito
Cronograma	001_cronograma_v2.pdf	13/04/2017 14:19:09	THALANKELSON DE OLIVEIRA BRITO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	09/10/2016 09:59:39	MARISANA RAMALHO DE FARIAS	Aceito
Outros	ausencia_Sobral.pdf	07/10/2016 19:04:14	MARISANA RAMALHO DE FARIAS	Aceito
Orçamento	01_orcamento_plataforma_brasil_protocolo.pdf	09/10/2016 19:58:41	THALANKELSON DE OLIVEIRA BRITO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ausencia_UFC.pdf	09/10/2016 11:50:54	MARISANA RAMALHO DE FARIAS	Aceito

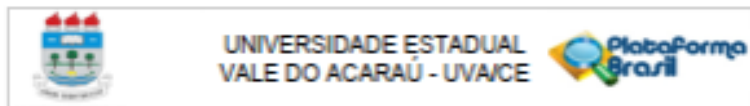
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Conselheiro Manoelillo Rocha Pente, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.241-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (85)3677-6125 Fax: (85)3677-6141 E-mail: uva_centroetico@hotmail.com



Continuação de Processo LEM/15

SOBRAL, 06 de Maio de 2021

Assinado por:
Luiz Vieira da Silva Neto
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Conselheiro Maurício Rocha Pente, 130
Bairro: Derby CEP: 62.915-040
UF: CE Município: SOBRAL
Telefone: (85)3677-4555 Fax: (85)3677-4142 E-mail: uva_comitedevoto@uval.com

Página 02 de 02