

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
Mestrado Profissional em Saúde Pública

VANESSA LAÍS LEÃO RAPOSO MARQUES

**AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA
PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JABOATÃO
DOS GUARARAPES - PERNAMBUCO**

Recife

2020

VANESSA LAÍS LEÃO RAPOSO MARQUES

**AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA
PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JABOATÃO
DOS GUARARAPES - PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Sydia Rosana de Araújo Oliveira

Recife

2020

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

M357a Marques, Vanessa Laís Leão Raposo.

Avaliação de qualidade da estratégia saúde da família na perspectiva dos profissionais de saúde do município de Jaboatão dos Guararapes - Pernambuco/Vanessa Laís Leão Raposo Marques. — Recife: [s. n.], 2020.

94 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Sydia Rosana de Araújo Oliveira.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Avaliação em Saúde. I. Oliveira, Sydia Rosana de Araújo. II. Título.

CDU 614.39

VANESSA LAÍS LEÃO RAPOSO MARQUES

**AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA
PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JABOATÃO
DOS GUARARAPES - PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Aprovado em: 18 / 06 / 2020

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Sydia Rosana de Araújo Oliveira
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Profa. Dra. Aletheia Soares Sampaio
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dra. Cinthia Kalyne de Almeida Alves
Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus por me guiar, iluminar e me dar tranquilidade para seguir em frente com os meus objetivos e não desanimar com as dificuldades.

Aos meus pais, que nunca mediram esforços para me ensinar o caminho do bem e sempre me apoiaram em todas as etapas da minha vida. À vocês, sou eternamente grata por tudo que sou, por tudo que consegui conquistar e pela felicidade que tenho. A meu pai Ângelo (*in memoriam*) por sempre me apoiar e vibrar a cada conquista minha. Sei que onde quer que esteja, está muito feliz! À minha mãe Valmira, o maior exemplo de mãe e mulher. Sua força me inspira. Obrigada por se fazer presente em todos os momentos. Meu amor por vocês é incondicional.

Ao meu marido, Humberto, por estar sempre ao meu lado e por acreditar nos meus sonhos, me incentivando e apoiando em todos os momentos. Amo você!

À minha família, sinônimo de amor e união. Obrigada por acreditar no meu sonho e sempre me motivar a seguir em frente. É muito bom saber que posso contar com vocês.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Sydia Rosana de Araújo Oliveira, pela confiança em meu trabalho e pelos ensinamentos compartilhados. Agradeço pela atenção e paciência durante todo esse período.

Aos colegas de turma do Mestrado Profissional em Saúde Pública que tornaram esses dois anos de convivência maravilhosos. Muito obrigada por toda forma de ajuda, pela companhia e pelas inúmeras conversas e risadas. Vocês são muito especiais.

À Prefeitura de Jabotão dos Guararapes, em especial à Secretaria de Saúde, por ter concedido a liberação necessária para a realização do mestrado.

Aos profissionais de saúde de Jabotão dos Guararapes que participaram da pesquisa.

Aos funcionários do Instituto Aggeu Magalhães pela disponibilidade e paciência.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, o meu muito obrigada!

MARQUES, Vanessa Laís Leão Raposo. Avaliação de qualidade da Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos profissionais de saúde do município de Jaboatão dos Guararapes - Pernambuco. 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

RESUMO

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi adotada como uma estratégia para ampliar a efetividade da assistência à saúde. Sua expansão iniciou a partir de 1994, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), com resultados positivos. Contudo, verifica-se que sua efetivação apresenta dificuldades, refletindo na qualidade do serviço. O presente estudo tem por objetivo avaliar a qualidade da ESF do município de Jaboatão dos Guararapes-PE, na perspectiva dos profissionais de saúde. Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo avaliação da qualidade, considerando os atributos da APS. As unidades de análise da pesquisa foram as equipes de Saúde da Família que possuíam equipes de Saúde Bucal, perfazendo um total de 75 equipes. Participaram do estudo os profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas, totalizando 141 entrevistados. Para coleta de dados foram utilizados dois instrumentos, o primeiro avaliou o perfil sócio demográfico e profissional e o segundo foi o PCATool-Brasil versão profissional de saúde. Cada atributo da APS foi avaliado separadamente e depois em Escore Essencial e Geral. A estratificação dos escores para análise dos resultados foi definida conforme a seguir: valores $\geq 6,6$ foram considerados elevados e valores $< 6,6$, insatisfatórios. Para verificar associações, foram utilizados os testes *t-student*, ANOVA, Levene, LSD e Tamhane. Os resultados encontrados revelaram que o Escore Geral e Essencial da ESF foram insatisfatórios. Os atributos Acessibilidade e Integralidade foram os que apresentaram escores abaixo da média. Longitudinalidade, Coordenação da Atenção, Orientação Familiar e Orientação Comunitária foram satisfatórios. A associação entre o Escore Geral e a categoria profissional e tipo de vínculo empregatício, foi significativa. O estudo demonstra que há a necessidade de melhoria da ESF do município para promover uma assistência à saúde de qualidade.

Palavras chaves: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Avaliação em Saúde.

MARQUES, Vanessa Laís Leão Raposo. Quality assessment of the Family Health Strategy from the perspective of health professionals in the municipality of Jaboatão dos Guararapes - Pernambuco. 2020. Dissertation (Professional Master in Public Health) - Aggeu Magalhães Institute, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2020.

ABSTRACT

In Brazil, Primary Health Care (PHC) was adopted as a strategy to increase the effectiveness of health care. Its expansion started in 1994, through the Family Health Strategy (FHS), with positive results. However, it appears that its implementation presents difficulties, reflecting on the quality of the service. This study aims to assess the quality of the FHS in the municipality of Jaboatão dos Guararapes-PE, from the perspective of health professionals. It is an evaluative research of the type of quality assessment, considering the attributes of PHC. The units of analysis of the research were the Family Health teams that had Oral Health teams, making a total of 75 teams. Medical professionals, nurses and dental surgeons participated in the study, totaling 141 respondents. For data collection, two instruments were used, the first evaluated the socio-demographic and professional profile and the second was the PCATool-Brazil professional version of health. Each PHC attribute was assessed separately and then Essential and General Score. The stratification of the scores for analysis of the results was defined as follows: values $\geq 6,6$ were considered high and values $<6,6$, unsatisfactory. To verify associations, the t-student, ANOVA, Levene, LSD and Tamhane tests were used. The results found revealed that the ESF General and Essential Score were unsatisfactory. The Accessibility and Comprehensiveness attributes were those with scores below average. Longitudinality, Attention Coordination, Family Orientation and Community Orientation were satisfactory. The association between the General Score and the professional category and type of employment relationship was significant. The study demonstrates that there is a need to improve the municipality's FHS to promote quality health care.

Keywords: Primary Health Care. Family Health Strategy. Health Quality Assessment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade, Jaboatão dos Guararapes, 2010	34
Quadro 1 – Características sócio-demográficas, sanitárias e epidemiológicas de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco	35
Figura 1 – Mapa de Jaboatão dos Guararapes por Regional de Saúde, 2019.....	36
Quadro 2 – Distribuição das EqSF com ESB e o quantitativo de profissionais por Regional de Saúde. Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2019	37
Quadro 3 – Distribuição dos atributos da APS, seus componentes e a forma de cálculo do Escore médio, segundo o instrumento PCATool-Brasil, versão Profissionais	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sócio-demográficas, de formação e atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2019	44
Tabela 2 - Distribuição dos valores mínimos, máximos, médias e Desvio-Padrão dos atributos da Atenção Primária à Saúde segundo os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2019 ...	46
Tabela 3 - Distribuição percentual das respostas dos profissionais que trabalham na ESF referentes a alguns itens que compõem o atributo Longitudinalidade. Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2019	49
Tabela 4 - Distribuição percentual das respostas dos profissionais que trabalham na ESF aos itens que compõem o atributo Coordenação – Integração de Cuidados. Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2019	51
Tabela 5 - Associação entre as características sócio-demográficas, de formação e atuação dos profissionais e os atributos da APS. Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2019	55
Tabela 6 - Associação entre as características de formação e atuação dos profissionais e os Escores Essencial e Geral da APS. Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2019	56

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DAB	Departamento da Atenção Básica
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
EE	Escore Essencial
EG	Escore Geral
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IES	Instituição de Ensino Superior
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVO GERAL	13
3.1 Objetivos Específicos.....	13
4 REFERENCIAL TEÓRICO	14
4.1 Atenção Primária à Saúde	14
4.2 Estratégia Saúde da Família.....	16
4.3 Avaliação da Qualidade em Saúde.....	21
5 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA.....	33
5.1 Desenho do Estudo	33
5.2 Período do Estudo.....	33
5.3 Local do Estudo e Unidade de Análise	33
5.4 População do Estudo	36
5.5 Cálculo e descrição da amostra	37
5.6 Fonte e instrumento de coleta dos dados.....	37
5.7 Análise dos dados.....	38
6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	42
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	43
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	67
APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico, de Formação e Profissional.....	69
APÊNDICE C – Projeto de Intervenção	70
ANEXO A - Instrumento de Avaliação da Atenção Primária Pcatool - Brasil versão profissionais/ gestores.....	84

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo objeto de discussão mundial desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata no ano de 1978. Esta Conferência ressaltou a importância de um sistema de saúde universal e integrativo, enfatizando a APS como núcleo central de um sistema de saúde. Esta, por sua vez, deve representar o primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema, através de um processo de assistência continuada que abrange prevenção, promoção, cura e reabilitação, como parte do processo de desenvolvimento social e econômico (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1979).

No Brasil, a APS é denominada como Atenção Básica à Saúde, e foi adotada como uma estratégia para ampliar a efetividade da assistência à saúde (COSTA, 2016). Sua expansão se deu através do Programa Saúde da Família (PSF) a partir de 1994, caracterizando uma proposta mais abrangente de APS, sendo implantado inicialmente de forma mais intensa em municípios de grande porte, apesar de ter apresentado baixa cobertura. Posteriormente, houve a implantação em municípios menores, acompanhada de uma ampliação potencial na cobertura (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

Devido a suas potencialidades, o PSF passou a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo definida como um conjunto de ações e serviços voltados para a vigilância, prevenção e promoção da saúde. Essa iniciativa é baseada no reconhecimento das necessidades de saúde da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculo entre o usuário do serviço e o profissional de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Dessa forma, a ESF veio como uma proposta de mudança do modelo de atenção tradicional – fragmentado, hospitalocêntrico e centrado na doença – para um modelo onde o cuidado seja longitudinal, integral e com a atenção centrada na família. Leva em consideração o ambiente físico e social, proporcionando uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013; SORATTO et al., 2015).

Embora essa mudança não tenha ocorrido em totalidade, a implantação da ESF representa uma inovação tecnológica em saúde, a partir da nova forma de organização dos serviços e das práticas assistenciais, com reflexos positivos na saúde da população

(SORATTO et al., 2015). Há evidências de que a implantação da ESF nos municípios resultou numa melhoria de vários indicadores, alterando o perfil de morbimortalidade da população além da redução de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária (AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2009; MACINKO et al., 2010; MENDONÇA et al., 2012; ROCHA; SOARES, 2010).

A efetivação da APS, através da ESF, se dá por meio de alguns atributos orientadores, sistematizados operacionalmente por Starfield (2002) em quatro atributos essenciais e três derivados, os quais qualificam os serviços como provedor de atenção primária. Além disso, a identificação da presença e extensão desses atributos refletem a qualidade e efetividade dos serviços de APS.

Para avaliar a presença e extensão desses atributos, criou-se um instrumento de avaliação da APS, o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), cuja origem baseou-se no modelo de avaliação da qualidade da estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde proposto por Donabedian (1988). O instrumento consiste em um questionário que mede empiricamente os atributos essenciais e derivados da APS a partir da avaliação de usuários, profissionais de saúde e gestores, sendo validado em diferentes países, inclusive no Brasil (BRASIL, 2010; FRACOLLI et al., 2014; HARZHEIM et al., 2006). Esse instrumento é o mais utilizado para avaliar a APS, estando presente nos estudos nacionais e internacionais, sendo considerado o mais compatível com a proposta da ESF (FRACOLLI et al., 2014; PRATES, et al., 2017).

No Brasil, nos últimos anos, houve uma intensificação na produção de estudos avaliativos sobre a qualidade da ESF, muitos deles constatando qualidade superior dessa estratégia quando comparada com a assistência tradicional. No município de Divinópolis, Minas Gerais, resultados de um estudo transversal revelam que a ESF obteve melhor avaliação do que o modelo tradicional, na perspectiva de gestores e profissionais de saúde (FLÔR et al., 2017). Martins et al. (2016), em estudo realizado na zona leste de São Paulo, constatou melhor desempenho da ESF em relação às Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Apesar dos avanços, a ESF ainda enfrenta dificuldades para alcançar resultados satisfatórios no que diz respeito às necessidades do usuário e às diversas questões propostas pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), apresentada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017). Nessa perspectiva, alguns fatores como recursos humanos insuficientes,

formação profissional com excessiva valorização da doença, problemas de comunicação entre profissionais na rede assistencial e insuficiência de serviços especializados de referência dificultam a presença dos atributos da APS nos serviços, interferindo diretamente na qualidade e efetividade do cuidado (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

O campo da avaliação vem recebendo atenção crescente e tem sido bastante utilizado para estudar aspectos relacionados à ESF. Dentre as diversas possibilidades de direcionamento da avaliação, destaca-se a avaliação voltada para a qualidade em saúde, que se baseia nos pressupostos da pesquisa avaliativa de forma que seus resultados sejam realmente utilizados nos processos de tomada de decisões, preocupando-se sempre com o envolvimento dos diversos atores e grupos de interesses envolvidos (SERAPIONI, 2009).

Desse modo, a avaliação de qualidade da ESF possibilita uma melhor definição das políticas públicas, sendo possível identificar, através da presença e extensão dos atributos da APS, os pontos críticos que possam afastar a população de um cuidado integral, bem como contribuir diretamente com a tomada de decisão dos gestores na busca por melhoria de qualidade de assistência, considerando relevante a opinião dos profissionais que estão dentro do serviço exercendo a gestão do cuidado e vivenciando a realidade, enfrentando as dificuldades presentes no sistema (LIMA et al., 2016^a; SILVA et al., 2014).

Na presença de um cenário de teto de gastos e mudanças na PNAB, torna-se cada vez mais necessário realizar avaliações em todos os níveis do sistema de saúde, principalmente na APS que é considerada a ordenadora do cuidado. O município de Jaboatão dos Guararapes, em Pernambuco, vem ampliando a cobertura da Atenção Básica, em especial a Estratégia Saúde da Família. Porém, a realização de pesquisas avaliativas sobre a atuação da ESF nesse município é incipiente. Diante do exposto, questiona-se: qual a qualidade da ESF do município de Jaboatão dos Guararapes, na perspectiva dos profissionais de saúde?

2 JUSTIFICATIVA

- a) Os processos avaliativos voltados para a ESF, levando em conta a percepção dos profissionais de saúde, são essenciais e contribuem para a construção de alternativas conjuntas entre serviço de saúde e população, fortalecendo o controle social e propiciando avanços na produção de cuidados e gestão de serviços.
- b) A publicação de pesquisas de avaliação sobre a atuação da ESF é incipiente no município de Jaboatão dos Guararapes-PE.
- c) Diante da magnitude da ESF, justifica-se a necessidade de avaliar sua qualidade, levando em consideração a percepção dos profissionais de saúde, visto que esses atores estão inseridos nos serviços, vivenciando a realidade e dificuldades do sistema de saúde.
- d) A avaliação da qualidade do serviço de saúde fornece subsídios para a criação de novas propostas que possam contribuir com as políticas voltadas para o setor.
- e) Os profissionais de saúde são dotados de perspectivas próprias de avaliação, possibilitando identificar se o serviço satisfaz as necessidades definidas pelos profissionais que prestam a atenção e se as ações e serviços são executados de forma adequada.

Assim, faz-se necessário uma avaliação da qualidade da ESF do município de Jaboatão dos Guararapes, na perspectiva dos profissionais de saúde.

3 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade da Estratégia Saúde da Família do município de Jaboatão dos Guararapes-PE, na perspectiva dos profissionais de saúde.

3.1 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar o perfil sociodemográfico, de formação e atuação dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família do município de Jaboatão dos Guararapes-PE;
- b) Medir a qualidade da Estratégia Saúde da Família do município de Jaboatão dos Guararapes-PE, a partir dos atributos da atenção primária à saúde;
- c) Disseminar os resultados da pesquisa através de Seminários voltados para os gestores da Atenção Básica e profissionais da ESF de Jaboatão dos Guararapes-PE.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção será apresentada a revisão da literatura que busca definir o contexto histórico, os conceitos e as bases teóricas quanto a outros trabalhos publicados na área da APS e ESF. Em continuidade, será abordada a caracterização do processo avaliativo com enfoque na avaliação da qualidade em saúde.

4.1 Atenção Primária à Saúde

A sistematização do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu no Reino Unido, em 1920, através do Relatório de Dawson, o qual dividiu um sistema de saúde em três níveis: primário (com generalistas em comunidades), secundário (com especialistas atuando em ambulatorios) e terciário (com especialistas vinculados à atenção hospitalar). O Relatório propôs uma organização regionalizada e hierarquizada dos serviços de saúde, por nível de complexidade e sob um território definido, e serviu como base para a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (LAVRAS, 2011).

Outro marco histórico da APS foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata no ano de 1978, sob o apoio da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância, UNICEF. Nessa conferência, a APS foi definida como “cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, comprovadas cientificamente e socialmente aceitáveis, com acesso universal, participação social e custo sustentável à medida que se desenvolve” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1979).

Com ampla repercussão para a saúde pública, a Declaração de Alma-Ata lançou a meta “saúde para todos no ano 2000”, sendo a saúde definida como um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença. Tal documento enfatiza a priorização das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e destaca a participação popular, individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1979).

A partir de Alma Ata, a APS ganhou destaque na organização dos serviços de saúde e as evidências são abundantes. Atun (2004) realizou uma revisão sistemática de 107 trabalhos internacionais sobre as vantagens e desvantagens da reestruturação de um serviço de saúde

com base na APS e evidenciou que sistemas com forte orientação para APS apresentaram melhores resultados de saúde com relação à mortalidade por todas as causas, mortalidade prematura por todas as causas e mortalidade prematura por causas específicas das principais doenças respiratórias e cardiovasculares. Além disso, esses sistemas de saúde com base na APS apresentaram maior satisfação dos usuários e menores gastos com assistência. Esse mesmo estudo identificou que sistemas de saúde estruturados com base na atenção especializada reforça a desigualdade no acesso (ATUN, 2004).

Uma revisão sistemática feita por Kringos et al. (2010) examinou a amplitude dos sistemas de atenção primária na Europa através da identificação e avaliação de suas principais dimensões e inter-relações para os resultados no nível primário do sistema de saúde. A partir desse estudo, definiu-se um sistema de atenção primária como um sistema multidimensional estruturado pela governança, condições econômicas e desenvolvimento da força de trabalho; determinou-se que o processo de atenção primária é moldado pelo acesso, continuidade, coordenação e integralidade do cuidado e que o resultado desse sistema é caracterizado pela qualidade, eficiência e equidade alcançada em saúde. A multidimensionalidade da APS contribuiu, de forma bastante significativa, para o desempenho do sistema de saúde e para a melhoria da saúde da população.

No Brasil, houve várias tentativas de organização da APS. De acordo com Mendes (2015), essa trajetória pode ser dividida em ciclos de desenvolvimento da APS. O primeiro ciclo deu início em 1924, com a criação dos Centros de Saúde na Universidade de São Paulo (USP), com a proposta de atenção integral com foco em educação sanitária e promoção da saúde; o segundo ciclo teve início nos anos 40, a partir da criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) cujas ações de saúde e assistência médica predominaram nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste; o terceiro ciclo, instituído nos anos 60, teve como marco a expansão dos centros de saúde vinculados às Secretarias Estaduais de Saúde, com atuação nos programas de saúde pública voltados especialmente para a área materno-infantil e doenças infecciosas.

Nos anos 70, iniciou-se o quarto ciclo sob influência da proposta de APS apresentada na Conferência de Alma-Ata, que resultou na criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento inicialmente no Nordeste, alcançando abrangência nacional posteriormente; o quinto ciclo iniciou-se na década de 80, com a instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS); O sexto ciclo é marcado pela criação do Sistema Único de Saúde

(SUS), onde houve uma expansão dos cuidados e uniformidade na estruturação da APS através da municipalização; o sétimo ciclo de desenvolvimento, em vigência, iniciou-se a partir da implantação do PSF em 1994, após avaliação positiva do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esse ciclo sofreu influência de modelos de medicina familiar praticados em países como Canadá, Cuba e Inglaterra, com proposta de melhoria na qualidade da atenção, buscando superar o modelo de atenção primária seletiva (MENDES, 2015).

Na prática social, existem distintas interpretações da APS a nível mundial, podendo assumir três diferentes decodificações: a APS como atenção primária seletiva; a APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde; e a APS como estratégia de organização do sistema de saúde. Essas variações se explicam pela forma histórica como se gestou e evoluiu este conceito, pela ambiguidade de suas definições e pelo uso diferenciado que fazem do termo (MENDES, 2015). Na primeira interpretação, a concepção denominada de seletiva representa uma oferta restrita de serviços de baixa densidade tecnológica e baixo custo, destinados a populações em situações de pobreza, sem possibilidade de referência a níveis de atenção secundário e terciário; na segunda, entende-a como um nível primário de atenção do sistema de saúde, como a forma organizativa da porta de entrada do sistema, enfatizando a resolubilidade desses serviços para os problemas de saúde mais comuns; e na terceira, como uma estratégia de organização de todo o sistema de atenção à saúde para satisfazer as necessidades de saúde da população, o que demanda a articulação da APS numa Rede de Atenção à Saúde (RAS) exercendo a função de coordenadora do cuidado (MENDES, 2015).

O autor ainda destaca que, no Brasil, é necessário haver uma mudança de paradigma, pois apesar de considerar a APS como estratégia de organização do sistema de saúde, ainda há a presença de elementos das outras interpretações mais restritas (MENDES, 2015).

4.2 Estratégia Saúde da Família

A partir da necessidade de mudança do modelo de atenção à saúde, o Brasil adotou, em 1991, o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como estratégia para contribuir na construção desse novo modelo. Esse programa foi implantado inicialmente na Região Nordeste do País (Ceará e Pernambuco) e tinha como objetivo ofertar assistência básica de saúde nos locais em que não houvesse condições de garantir assistência médica, através do Agente Comunitário de Saúde (ACS), capacitado para realizar atividades como:

cadastro dos indivíduos, diagnóstico de território, identificação de áreas de risco e ações de promoção e prevenção voltadas para o campo materno infantil (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Outra experiência exitosa aconteceu em Niterói, em 1992, onde surgiu o Programa Médico da Família, inspirado nas práticas de saúde cubanas (GALENDI JUNIOR; TRISTÃO; PAULA, 2009). Essa experiência juntamente com o PACS, serviu de base para a criação do PSF, em 1994, com a proposta de melhorar a saúde da população através de um modelo de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde, abrangendo indivíduo, família e comunidade (SORATTO et al., 2015).

O conceito do PSF representava a tentativa de repensar e reorganizar as práticas assistenciais, tornando-as de acordo com os princípios SUS e buscando um olhar ampliado para o processo saúde-doença a fim de gerar intervenções além das práticas curativas. Dessa forma, o PSF iniciou como um programa piloto, sendo implantadas equipes em alguns municípios dos estados de Alagoas, Sergipe, Pernambuco, Ceará, Paraíba, Minas Gerais, Goiás, Pará, São Paulo, Rio de Janeiro, Santa Catarina e Paraná (SOUSA; FRANCO; MENDONÇA, 2014).

Gradualmente, o PSF foi se tornando a principal estratégia de mudança do modelo assistencial, ampliando o acesso à saúde e a oferta de serviços. Pouco mais de uma década depois, devido as suas potencialidades e seu caráter estruturante, o PSF foi transformado em ESF, principal estratégia de expansão e consolidação da APS no Brasil. A ESF é respaldada pela Portaria nº648, do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelecem diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, sendo revisada posteriormente em 2011 e 2017 (ALMEIDA et al., 2018).

Diferentemente dos programas existentes com caráter verticalizado e descontextualizado das realidades locais, a proposta da ESF é atuar no território de abrangência com base nos princípios da vigilância da saúde, realizando as intervenções a partir do reconhecimento dos problemas do território e da população adscrita (CARNEIRO, 2011).

Outro objetivo da ESF é fazer com que os usuários participem ativamente, atuando junto com a equipe de Saúde da Família no enfrentamento dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Além disso, a comunidade deve ser orientada e estimulada a

exercer o controle social das ações e serviços de saúde, apesar desse papel muitas vezes ser ignorado pelos usuários, trabalhadores e gestores da saúde (PAULA et al., 2017).

Com relação aos recursos humanos, as equipes da ESF devem ter uma abordagem multiprofissional, sendo composta no mínimo por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS), podendo fazer parte da equipe o Agente de Combate às Endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista e técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

A cobertura da ESF no Brasil vem apresentando uma tendência crescente, 45,3% em 2006 e 64,0% em 2016, com destaque para as regiões Norte, Sudeste e Sul, que exibiram maior crescimento, apresentando uma cobertura maior ou igual a 75%. Apesar de a cobertura ter aumentado em todas as Unidades Federadas e regiões, evidenciam-se diferenças em sua progressão, devido aos processos de gestão dos municípios e a priorização dos investimentos na Atenção Básica (NEVES et al., 2018).

Passados 25 anos do surgimento do Programa Saúde da Família (PSF), a ESF atualmente conta com 42.610 equipes cadastradas no sistema do Departamento de Atenção Básica (DAB) até o mês de janeiro de 2019, distribuídas em 5.469 municípios existentes no Brasil, representando 98,2% destes. No ano de 2018, obteve uma cobertura de 64,19% (BRASIL, 2019a).

Essa expansão na cobertura da ESF resultou no aumento da oferta de ações e serviços, com efeitos positivos na saúde da população. Há evidências de que essa expansão tem contribuído de maneira significativa para a redução de várias causas de mortalidade, principalmente a mortalidade infantil (MACINKO et al., 2006; RASELLA; AQUINO; BARRETO, 2010; ROCHA; SOARES, 2010; ZANINI et al., 2009). Além do mais, observa-se declínio significativo nas internações por condições sensíveis à atenção primária, possivelmente devido ao acompanhamento das condições crônicas, ao aprimoramento no diagnóstico e a expansão do acesso aos medicamentos (MAIA et al., 2019; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Além disso, a ESF facilitou o acesso e a utilização de serviços de saúde para toda população, com melhoria na equidade do acesso e diminuição de desigualdades na saúde. Evidencia-se também, ampliação do acesso a tratamentos, controle de algumas doenças infecciosas e melhora na qualidade de estatísticas vitais (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Estudos comparativos evidenciam a superioridade do modelo ESF em relação ao modelo tradicional (FLÔR et al., 2017; MARTINS et al., 2016). No estudo de Martins et al. (2016), a presença dos atributos da APS foi mais marcante na ESF, nas dimensões de longitudinalidade, integralidade e orientação comunitária, elucidando que o processo de trabalho na ESF favorece o melhor desempenho desses atributos.

Soratto et al. (2015) defende que a ESF representa uma inovação tecnológica não material do tipo incremental, pois obteve impacto positivo no trabalho em saúde através do aperfeiçoamento da assistência, sem abandonar integralmente as práticas de cuidado utilizadas pelo modelo tradicional de saúde.

Em meio a tantos resultados positivos, encontram-se muitos desafios que precisam ser enfrentados para que a consolidação da ESF realmente aconteça. Arantes, Shimizu, Merchán-Hamann (2016) apontam que a estrutura federativa do país, as iniquidades regionais e o crescimento substancial do setor privado favorecem o surgimento de alguns problemas que dificultam a organização da ESF como eixo principal e estruturante do serviço de saúde.

O enfrentamento desses problemas depende de fatores complexos, no âmbito político-institucional, relacionados ao financiamento, à formação profissional, à intersetorialidade e à gestão do trabalho. Além disso, é importante destacar os desafios relacionados ao acesso, à consolidação da ESF como porta de entrada, à integração dos níveis assistenciais na RAS e à participação social (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Facchini, Tomasi e Dilélio (2018), destacam algumas propostas para enfrentamento dos desafios da qualidade dos serviços de APS no SUS: universalização da ESF como modelo de atenção, com a superação de seus problemas estruturais e organizacionais; ampliação e qualificação dos equipamentos clínicos, de apoio e de tecnologia de informação; garantia de equipes multiprofissionais completas; programas de provimento, educação permanente e desenvolvimento da força de trabalho em saúde com foco na ESF e institucionalização de práticas de monitoramento e avaliação das ações na APS.

Estudo realizado em Pernambuco avaliou a estrutura das equipes de ESF por porte populacional, constatando que apenas 5,6% das equipes cumprem todos os requisitos relacionados ao componente estrutura. Com relação ao componente recursos humanos, evidenciou a precariedade do vínculo dos profissionais, principalmente nos municípios de médio porte (PIMENTEL; ALBUQUERQUE; SOUZA, 2015).

Por ser considerado o principal serviço de APS no Brasil, a ESF deve apresentar os atributos essenciais para ser considerado um serviço provedor de atenção primária, aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade à medida que apresenta também os atributos derivados (BRASIL, 2010).

A ESF tem sido amplamente avaliada, considerando a percepção de diversos atores sociais, como usuários, profissionais de saúde e gestores, reforçando a complexidade do conceito de qualidade da atenção à saúde, onde cada um deles percebe a qualidade a partir da posição que assumem, dos ideais e interesses (SERAPIONI, 2009).

No Brasil, foram realizados estudos avaliativos da ESF considerando a percepção dos profissionais de saúde. Os mesmos apontam que a maioria dos serviços possuem, na experiência dos profissionais, atributos que precisam ser melhorados (BATISTA et al., 2016; FERREIRA et al., 2016; FLÔR et al., 2017; GOMES; FRACOLLI, 2018; LIMA et al., 2016a; MARTINS et al., 2016).

Estudo realizado no interior do estado de São Paulo avaliou a ESF a partir da percepção dos profissionais e gestores de saúde e verificou que apenas o atributo acesso de primeiro contato – acessibilidade não foi alcançado de forma satisfatória. Os demais atributos foram avaliados positivamente, sendo o atributo coordenação – sistema de informações o mais bem avaliado (GOMES; FRACOLLI, 2018).

Entretanto, pesquisa semelhante realizada em um município mineiro, apontou que os atributos acesso, longitudinalidade, integralidade de serviços disponíveis e orientação comunitária apresentaram valores insatisfatórios, do ponto de vista dos profissionais de saúde, o que reflete a necessidade de fortalecer a ESF como porta de entrada, aumentar a oferta de serviços e integrar os profissionais de saúde e a população adscrita (BATISTA et al., 2016).

Lima et al. (2016a), ao realizarem um estudo na ESF de um município do Espírito Santo, constataram que os atributos longitudinalidade e orientação familiar foram melhor avaliados pelos profissionais. Além disso, a associação do atributo essencial com o nível de instrução dos profissionais de saúde e a experiência anterior na ESF obteve significância estatística.

Diversas pesquisas apontam que o atributo acesso de primeiro contato não obteve avaliação satisfatória pelos profissionais, apresentando os piores índices de avaliação em

comparação com os outros atributos (BATISTA et al., 2016; FERREIRA et al., 2016; FLÔR et al., 2017; GOMES; FRACOLLI, 2018; LIMA et al., 2016a).

Diante da magnitude e heterogeneidade da ESF, emerge a necessidade de estabelecer processos avaliativos em todos os níveis federativos, principalmente no que diz respeito à qualidade da atenção no âmbito dessa estratégia (BOSI; PONTES; VASCONCELOS, 2010).

4.3 Avaliação da Qualidade em Saúde

A avaliação é um campo que possui muitos conceitos e diversas metodologias, estando sempre presente desde a existência da sociedade, seja para determinar o valor de algo segundo desejos e intenções, ou através de um processo avaliativo em diversos contextos (FURTADO et al., 2011).

A valorização do processo avaliativo tornou-se crescente para as instituições e programas indicados nas novas e complexas conjunturas da nossa sociedade, no qual busca obter os resultados com a velocidade de informações, economia em escala e a focalização de ações voltadas para a necessidade de tomada de decisão como a utilização dos recursos (MINAYO, 2011).

O conceito de avaliação como também a sua prática, enfrenta obstáculos e não há uma consonância entre os diversos estudiosos sobre a temática da avaliação, uma vez que o processo avaliativo envolve a compreensão da complexidade do objeto associado à sistematização de ferramentas que possam contribuir para a obtenção dos dados e informações confiáveis e cientificamente fidedignas (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; MALTA; MERHY, 2004).

Segundo Contandriopoulos (2006), a avaliação consiste em realizar um julgamento de valor sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes, por meio de instrumentos que forneçam informações validadas cientificamente de forma a permitir julgamento, decisões e ações por parte dos diferentes atores interessados e envolvidos com o objeto avaliado.

Para Patton (1997), a avaliação corresponde à coleta sistemática de informações sobre as atividades, características e produtos dos programas para poder realizar julgamentos e

consequentemente, proporcionar a melhora da efetividade e ou buscar informações para subsidiar a tomada de decisão futuras atividades ou ações.

Contudo para emitir um juízo de valor é necessária a busca por parâmetros desejáveis para o objeto a ser avaliado, no qual pode ser definido pela subjetividade individual ou coletiva dos avaliadores ou podem-se tomar como base os padrões e critérios preestabelecidos através de conhecimentos prévios daqueles que emitem o juízo de valor. Assim, pode-se concluir que a avaliação é uma função de gestão, cuja aplicabilidade ocorre no processo decisório, fornecendo informações e tendo como meta a racionalidade e efetividade das ações ou serviços (PERTENCE; MELLEIRO, 2010).

Existem diversas possibilidades de direcionamento da avaliação, uma destas opções de bastante destaque é a avaliação voltada para a qualidade em saúde (SILVA, 2009). Donabedian (1992) define qualidade em saúde como o grau em que os melhores meios são utilizados para atingir o maior nível de saúde possível. Quanto à saúde, devem-se considerar os aspectos físicos, fisiológicos, psicológicos e sociais para fins de avaliação da qualidade do cuidado em saúde.

Assim como o termo avaliação, o conceito de qualidade em saúde é complexo e polissêmico, sendo possível encontrar inúmeras abordagens e definições. Esse campo da avaliação desenvolveu-se inicialmente nos Estados Unidos no começo do século XX, a partir da avaliação do cuidado médico com o objetivo de controlar as variações nos resultados terapêuticos (SERAPIONI, 2009). Porém, somente no final da década de 80, com os estudos de Donabedian (1988), que esse campo ganha força e se desenvolve conceitual e metodologicamente, difundindo-se mundialmente.

Serapioni (2009) destaca que, historicamente a avaliação da qualidade em saúde pode ser dividida em três etapas: inicialmente, a qualidade da atenção à saúde voltava-se somente à dimensão técnico-profissional, baseada na capacidade de escolha dos profissionais de saúde no que diz respeito às práticas assistenciais consideradas mais adequadas; no segundo momento, consideravam-se os aspectos organizacionais e os processos gerenciais, focalizando nas expectativas do cliente e em relações mais igualitárias entre profissionais e pacientes; na terceira fase, além da perspectiva técnica e organizacional, o ponto de vista do paciente sobre a qualidade da atenção à saúde e a sua satisfação tornou-se essencial.

Donabedian (1988) defende que a qualidade dos serviços de saúde obtém-se através da associação da tecnologia destinada ao cuidado médico, no qual é derivada da ciência, com a aplicação dessa ciência e tecnologia na prática concreta, ou seja, na prestação de serviços à saúde sob a influência das relações interpessoais. Esta associação busca uma relação entre os benefícios, os riscos e os custos de uma intervenção.

Considera-se que uma intervenção é de qualidade se ela for capaz de obter um elevado padrão de assistência e satisfação do paciente através da união do conhecimento científico com a execução das ações estabelecidas visando a proporcionar a geração de benefícios a um custo que seja socialmente aceitável com a menor possibilidade de trazer riscos (DONABEDIAN, 1988).

Para Serapioni (2009), a avaliação da qualidade em saúde deve se basear nos pressupostos da pesquisa avaliativa de forma que seus resultados sejam realmente utilizados nos processos de tomada de decisões, devendo reconhecer o pluralismo de valores, preocupando-se sempre com o envolvimento dos diversos atores e grupos de interesses envolvidos.

Outro conceito de grande valia, associado ao processo de avaliação de qualidade em saúde, é o de padrão, no qual traz a ideia de agregar um valor representativo de qualidade aos indicadores ou critérios e assim poder estabelecer se as práticas ou os serviços de saúde atingem os níveis de satisfação ou não (DONABEDIAN, 1988; REIS et al., 1990).

Para realizar uma avaliação em saúde é imprescindível selecionar os indicadores de qualidade que serão avaliados para julgar e posteriormente fazer uma adequação, identificar benefícios, efeitos não esperados e os custos, possibilitando a realização de comparações das ações, tecnologias ou serviços de saúde em momentos distintos, reduzindo a incerteza na consideração dos indicadores e padrões de qualidade da saúde (DONABEDIAN, 1988; REIS et al., 1990).

Um estudo realizado por Reis et al. (1990) destacou a necessidade de aprofundar o conhecimento na área de avaliação da qualidade em saúde voltados para a realidade brasileira e ressaltou alguns pontos reflexivos: as entidades profissionais não incorporam a prática da avaliação no dia a dia e a inexistência de mecanismos sociais de controle do Estado limitam o papel do paciente como “consumidor” do serviço de saúde.

Um modelo bastante utilizado para avaliar a qualidade dos serviços de saúde foi proposto por Donabedian, no qual sistematizou as múltiplas classificações de avaliações de qualidade existentes e definiu que o processo de avaliação da qualidade requer diversas outras definições metodológicas no que diz respeito ao desenho da avaliação, à delimitação da realidade, à seleção de prioridades, à amostra e à obtenção de consenso na definição de indicadores e padrões (DONABEDIAN, 1988).

Donabedian (1988) adaptou um sistema de indicadores focado em três componentes, Estrutura, Processo e Resultado para desenvolver uma sistematização da avaliação de qualidade nos serviços de saúde.

O componente da estrutura é o elemento que fornece menos informações sobre a qualidade da atenção à saúde e, geralmente, estas informações estão relacionadas ao credenciamento de unidades de saúde, porém elas são fundamentais para complementar avaliação do processo e dos resultados (ARAÚJO, 2014).

O processo refere-se à execução das atividades e da dinâmica que envolve os profissionais de saúde e os pacientes, incluindo o diagnóstico, o tratamento e os aspectos éticos, nos quais estão fortemente relacionados ao resultado para ser utilizado como estimativa da qualidade. A avaliação do processo baseia-se na ideia que quando as tecnologias em saúde são utilizadas de maneira adequada aumenta a probabilidade da ocorrência de resultados favoráveis (SILVA, 2008).

A avaliação de processo descreve as atividades desenvolvidas nos serviços de saúde e compara os procedimentos utilizados com aqueles estabelecidos como normas pelos próprios profissionais. Esta avaliação é realizada através da observação direta das ações e de estudos baseados nas anotações médicas (REIS et al., 1990).

Para Tanaka (2011), ao iniciar a avaliação pelo processo, é possível identificar os resultados esperados e utilizá-los como parâmetro para o juízo de valor na avaliação dos resultados alcançados.

A avaliação do resultado descreve a situação de saúde do indivíduo ou da população como produto da interação ou não com os serviços de saúde. Além disso, corresponde ao produto final da assistência prestada em todos seus aspectos, considerando a saúde, satisfação dos padrões e expectativas dos usuários, como também, os aspectos físicos e fisiológicos, a

função social e psicológica, conhecimentos adquiridos relacionados com a doença ou o processo de cuidado (SILVA, 2008).

Segundo Portela (2000), a avaliação de resultados fundamenta-se no propósito de medir a melhoria da condição de saúde através da identificação do impacto das ações e serviços de saúde no estado de saúde da população.

A avaliação dos componentes da Tríade de Donabedian tem que ser realizada de maneira conjunta, uma vez que a sua avaliação dissociada evidencia problemas e insuficiências. Além disso, para obter uma avaliação de qualidade, utiliza-se um conjunto de indicadores representativos dos três componentes, no qual auxiliam o gerenciamento e acompanham e avaliam a qualidade das ações planejadas e executadas relativas à assistência e às atividades de um serviço. (DONABEDIAN, 1992; LIMA; KURGANCT, 2009).

O conceito de qualidade foi ampliado quando Donabedian analisou os indicadores sob a ótica de atributos de cuidados de saúde e elaborou o modelo dos sete pilares, no qual propõe sete atributos, são eles: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990).

A eficiência refere-se a um parâmetro de produtividade e custo, proporcionando o melhor tratamento ao paciente utilizando o menor recurso possível. Já a eficácia corresponde a um conjunto de condições ideais para o tratamento do paciente, com melhores equipamentos e serviços (DONABEDIAN, 1990).

A eficácia e a eficiência são critérios importantes a serem avaliados, pois o desperdício pode ser associado de alguma forma com a baixa qualidade do cuidado, implicando na redução do estoque de cuidados de saúde ou outros serviços. Dessa forma, o ideal é alcançar os maiores benefícios de saúde possíveis com o menor custo (DONABEDIAN, 1990).

A efetividade relaciona-se às melhorias possíveis na saúde nas condições usuais da prática cotidiana, ou seja, o efeito real obtido no contexto existente. Sendo assim, ao avaliar a qualidade, a efetividade corresponde ao grau em que o cuidado prestado alcança os níveis de melhoria da saúde estabelecidos pelos estudos de eficácia (DONABEDIAN, 1990).

A otimização está intrinsecamente relacionada com a ideia de custo e benefício mais favorável, ou seja, quando o benefício é maior em relação ao seu custo econômico. Sendo assim, os efeitos do cuidado da saúde são avaliados de acordo com os custos. A dimensão da

aceitabilidade refere-se ao cuidado prestado de acordo com as preferências e expectativas do paciente e está relacionado à efetividade, eficiência e otimização (DONABEDIAN, 1990).

A legitimidade leva em consideração as preferências sociais, é a aceitação do cuidado da forma que ele é visto pela sociedade em geral. E a última dimensão, a equidade, corresponde à justiça na distribuição do cuidado para a população, o que torna o cuidado aceitável e legítimo para a sociedade (DONABEDIAN, 1990).

Donabedian (1992) em suas publicações destaca algumas limitações de sua metodologia. Primeiramente, ele destaca que essa metodologia é uma simplificação da realidade e que a análise isolada dos componentes da tríade gera problemas e insuficiências. Dessa forma, para melhorar a qualidade da avaliação, devem-se utilizar indicadores referentes às três abordagens, que analisem e representem a estrutura da instituição, o processo de trabalho e os resultados do cuidado prestado.

Outra limitação está relacionada com a subjetividade do conceito de qualidade, pois cada paciente ou profissional de saúde possui percepções e padrões de qualidade próprios, podendo divergir em ideias e conceitos, geralmente influenciados pela própria trajetória de vida e julgamento pessoal (VASCONCELOS, 2002).

No Brasil, a avaliação em saúde tornou-se uma política, devido à necessidade de resultados, monitoramentos e avaliações, para contribuir nos processos decisórios, na identificação de problemas e na incorporação de novas práticas (PINTO JÚNIOR et al., 2015). No entanto, apesar da importância do processo avaliativo como ferramenta de gestão, percebe-se que essa prática não é tão comum na rotina dos serviços, seja por falta de interesse, de divulgação ou de dificuldades com a metodologia e a operacionalização na execução (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

No sentido de institucionalizar a avaliação dos serviços de saúde, duas iniciativas propostas pelo Ministério da Saúde estão consolidadas, o PCATool-Brasil e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

O PMAQ foi resultado de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS que debateram e formularam um desenho do programa. Foi instituído pela portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção primária. Entre seus objetivos

específicos, está a institucionalização de uma cultura de avaliação da APS no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados. Está organizado em quatro fases que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da APS, perpassando a adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização (BRASIL, 2012). Atualmente o PMAQ encontra-se em seu 3º ciclo de avaliação.

O PCATool Brasil, denominado Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, foi instituído pelo Ministério da Saúde em 2010 como resultado de uma adaptação do instrumento criado por Bárbara Starfield (BRASIL, 2010). Starfield (2002), a partir do referencial de Donabedian, propõe um modelo de avaliação da qualidade dos serviços prestados a um indivíduo ou população na APS, a partir de quatro atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) e três atributos derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural).

O *acesso de primeiro contato* refere-se à acessibilidade e utilização do serviço de saúde pelo usuário a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, ou até mesmo para acompanhamento rotineiro de sua saúde. Constitui-se como porta de entrada do sistema de saúde, sendo necessário que a população e a equipe possuam o entendimento de que o serviço de APS representa o primeiro recurso a ser buscado a cada necessidade ou problema de saúde (STARFIELD, 2002).

Embora acesso e acessibilidade sejam muitas vezes utilizados como sinônimos possuem significados diferentes. Starfield (2002) destaca que acessibilidade se refere às características da oferta como, por exemplo, a agilidade, a segurança e a facilidade dos serviços; enquanto o acesso é a forma como os indivíduos percebem a acessibilidade.

Para a efetivação desse atributo, é necessário que o serviço de APS esteja acessível à população, eliminando-se barreiras geográficas, financeiras, organizacionais e culturais, de forma a garantir a utilização do mesmo. Outro requisito é a integração do serviço de APS com a atenção especializada, através da exigência de encaminhamento realizado pelo profissional da atenção primária para acesso à atenção especializada, fazendo com que o primeiro serviço seja a porta de entrada preferencial, exercendo um papel de filtro para acesso a outros níveis, devendo esse papel não ser entendido como barreira, mas sim como garantia de acesso a outros níveis de atenção (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Fatores de ordem estrutural, operacional e relacional influenciam o acesso aos serviços de saúde. Na dimensão estrutural, o subfinanciamento do sistema de saúde impacta negativamente o acesso da população aos serviços de saúde; na dimensão operacional, destacam-se a dificuldade para marcação de consultas, longos tempos de espera para o atendimento e deficiência no sistema de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção; e na dimensão relacional a falta de alinhamento referente à estrutura e aos fluxos de funcionamento do sistema/serviço de saúde reflete negativamente na relação do profissional com o usuário, tornando um fator determinante para o acesso (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015).

Dessa forma, para que os serviços de APS configurem-se como porta de entrada e sejam acessíveis e resolutivos, é necessário aumentar os investimentos na ESF, adequar o número de usuários vinculados às equipes, expandir a formação médica em Médicos de Família e Comunidade e adotar estratégias de gerenciamento, tais como a abordagem multidisciplinar, a organização horizontal do trabalho, o planejamento das ações e o compartilhamento do processo decisório de forma a contribuir na oferta da atenção ao primeiro contato (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).

A *longitudinalidade* é entendida como uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, através de uma relação contínua entre profissionais e usuários. Essa relação ao longo do tempo é o que difere da continuidade do cuidado, que por sua vez está relacionada ao acompanhamento do usuário sem preocupar-se com a relação ao longo do tempo (STARFIELD, 2002).

Revisão sistemática realizada por Cunha e Giovanella (2011) aponta a existência de três elementos imprescindíveis na composição da longitudinalidade: o primeiro é a existência e o reconhecimento por parte da população de uma fonte regular de cuidados de atenção primária, o segundo é o estabelecimento da relação interpessoal contínua entre os usuários e os profissionais de saúde da APS, e o terceiro elemento é a continuidade informacional que está relacionada à qualidade dos registros em saúde e sua disponibilização, de forma que haja um acúmulo de informações sobre o usuário favorecendo a conduta terapêutica.

Com relação ao atributo em questão e modelos de atenção, Kessler et al. (2018) evidenciou que a longitudinalidade foi melhor avaliada na ESF em comparação com outros modelos assistenciais, estando associada à idade de 60 anos ou mais e ao modelo de atenção

correspondente à ESF. No entanto, os autores reforçam a necessidade de investimento na formação, fixação de profissionais e educação continuada nos serviços de APS como proposta de melhoria na longitudinalidade e conseqüentemente, qualificação da APS.

O privilégio que a equipe de saúde da família possui em relação ao conhecimento do indivíduo no seu contexto social, familiar, emocional e financeiro favorece o estabelecimento do vínculo terapêutico e o alcance da longitudinalidade, resultando em diagnósticos e tratamentos mais precisos e maior resolutividade (BATISTA et al., 2016; MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013).

A *integralidade* implica na prestação de ações e serviços de atenção à saúde de modo integral, baseado na necessidade de cada indivíduo, envolvendo ações de promoção, prevenção, recuperação, cura e reabilitação. O profissional da APS deve responsabilizar-se pelos problemas de saúde mais comuns, assim como pelo encaminhamento para os outros níveis de atenção quando necessário (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; STARFIELD, 2002).

Para o alcance desse atributo é imprescindível que a APS conheça as necessidades de saúde da população e ofereça os recursos devidos para abordá-las. Pode-se considerar esse atributo um dos mais importantes no que tange a questão da resolubilidade da APS (PORTELA, 2017).

A gama de serviços ofertados pela APS é fundamental para a integralidade. Portela (2017) relata que em outros países o campo de práticas da APS incorpora determinados procedimentos, como pequenas cirurgias, métodos diagnósticos, reabilitação e procedimentos especializados. Fazendo uma simples comparação, o autor destaca que esses serviços e tecnologias no Brasil são considerados pertencentes a outros níveis de atenção, dispensando a APS da responsabilidade de ofertar ações e serviços de saúde de forma mais ampla, evidenciando assim uma assimetria na abordagem da integralidade e resolubilidade da APS.

Portanto, para o exercício da integralidade é preciso repensar práticas e formas de organização dos serviços de saúde de forma a garantir continuidade assistencial. Além do mais, o cuidado deve ser centrado no indivíduo, utilizando-se de ferramentas como o vínculo e o acolhimento para intervir de forma singular de acordo com as necessidades do sujeito (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A *coordenação do cuidado* é a capacidade de garantir, através da articulação dos níveis assistenciais, a continuidade da atenção no interior da rede de serviço, por meio da disponibilidade de informações a respeito dos serviços prestados tanto pelos profissionais da APS quanto pelos profissionais de outros níveis de atenção. Torna-se cada vez mais necessária a efetivação desse atributo, pois devido ao envelhecimento populacional e mudanças no perfil epidemiológico, onde as doenças crônicas estão cada vez mais prevalentes, há uma demanda de várias fontes de atenção (PORTELA, 2017).

Por ser baseada na transferência de informação e de manejo do usuário, a coordenação da atenção necessita de registro adequado de informações através de prontuário de acompanhamento longitudinal e um sistema eficaz de referência e contrarreferência (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Nesse sentido, o profissional da APS assume o papel de coordenador do cuidado, assegurando a continuidade da atenção nos outros pontos da rede evitando duplicações desnecessárias de exames e procedimentos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

O atributo *orientação familiar* compreende o contexto familiar e sua influência sobre o indivíduo, tornando-se uma ferramenta potencial de cuidado ou de ameaça à saúde, por isso a importância do uso de ferramentas de abordagem familiar com o intuito de envolver a família nos cuidados à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Uma revisão sistemática de estudos que avaliaram o desempenho dos serviços de APS em âmbito mundial constatou que o atributo orientação familiar representou uma das piores porcentagens de desempenho de todo o estudo. Os autores associam esse baixo desempenho a uma dificuldade dos serviços de APS em prestarem uma atenção integral à família, prevalecendo a assistência centrada no indivíduo de forma curativa (PRATES et al, 2017). Outros estudos apontam que a importância dada à família ainda ocorre de maneira insatisfatória nos modelos de APS existentes (HARZHEIM et al., 2016; PAULA et al., 2017; REICHERT et al., 2016; SANTOS et al., 2016).

Essas evidências são preocupantes, pois a orientação familiar é essencial para o fortalecimento do vínculo entre o serviço e as famílias. Andrade et al. (2015) destaca a visita domiciliar como uma ferramenta fundamental para o alcance desse atributo, pois permite o conhecimento da realidade das famílias ao mesmo tempo que identifica fatores sociais e

ambientais que impõem riscos à saúde, tornando o momento propício para o desenvolvimento de ações de vigilância, prevenção e promoção da saúde.

Além de tornar as ações direcionadas à família mais evidentes, as equipes de saúde devem ampliar o olhar para a família no sentido de torná-la peça fundamental no cuidado à saúde, respeitando suas necessidades e contextos existentes, alcançando melhores resultados na produção de saúde (PAULA et al., 2017).

A *orientação comunitária* implica no reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade a partir de dados epidemiológicos e do contato direto com a mesma, objetivando estabelecer os planos assistenciais, assim como a avaliação conjunta dos serviços (STARFIELD, 2002). O desenvolvimento do cuidado orientado para a comunidade compreende as seguintes etapas: diagnóstico da comunidade, priorização dos problemas de saúde, avaliação detalhada do problema, planejamento da intervenção, implementação e avaliação (MULAN; EPSTEIN, 2002).

Comparando-se ESF e Unidades Básicas de Saúde tradicionais de um município em Minas Gerais, no atributo orientação comunitária, a ESF obteve score maior que as UBS. Os autores relacionam esse resultado com a presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na ESF, atuando como um elo entre a comunidade e o serviço de saúde (FERREIRA et al., 2016).

Reichert et al. (2016) enfatiza que para a efetivação desse atributo é necessário mudanças no processo de trabalho das equipes de APS, de modo que a população participe ativamente na formulação de propostas e na avaliação dos serviços, fortalecendo o vínculo longitudinal e o controle social.

A *competência cultural* consiste em considerar as diferentes necessidades da população, suas características étnicas, raciais e culturais que influenciam no processo do cuidado, sendo importante a adaptação do serviço e dos profissionais de saúde a essas características, de modo que se estabeleça uma boa relação entre as partes envolvidas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Devido a peculiaridades culturais, alguns grupos populacionais podem estar afastados dos serviços, por isso é de extrema importância que os profissionais de saúde estejam

capacitados para reconhecer as particularidades e necessidades desses grupos para ofertar uma assistência adequada e de qualidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Essa operacionalização do conceito de APS em atributos permite identificar o grau de orientação à APS, além de possibilitar a comparação entre sistemas ou tipos de serviços. Também é possível associar a presença dos atributos e a efetividade da atenção, tanto em nível individual, quanto populacional (HARZHEIM et al., 2006).

No Brasil, são crescentes as pesquisas avaliativas voltadas para a APS que utilizam o PCATool-Brasil como estratégia para levantar as informações necessárias à avaliação. Um estudo bibliográfico realizado por Ribeiro e Scatena (2019), que teve como objetivo examinar estudos de avaliação da APS no Brasil, verificou que 64,9% dos estudos utilizaram o PCATool-Brasil como instrumento de coleta de dados. Esse instrumento vem sendo descrito na literatura como uma ferramenta preferencial para avaliar a qualidade da APS por ser fidedigno e validado (FRACOLLI et al., 2014; PRATES, et al., 2017).

5 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Nesta seção serão descritas as etapas da pesquisa necessárias para o alcance dos objetivos propostos, considerando o desenho do estudo, período, local, sujeitos, estratégia de produção de dados, análise e processamento das informações.

5.1 Desenho do Estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo avaliação da qualidade, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, considerando os atributos da Atenção Primária à Saúde, propostos por Starfield, 2002.

5.2 Período do Estudo

O presente estudo foi realizado no município de Jaboatão dos Guararapes, no estado de Pernambuco, no período de abril a agosto de 2019.

5.3 Local do Estudo e Unidade de Análise

O estudo foi realizado no município de Jaboatão dos Guararapes que está situado no litoral do Estado de Pernambuco, localizado na Região Nordeste do país, com área territorial de aproximadamente 258,724 km². Limita-se ao Norte com a capital pernambucana e o município de São Lourenço da Mata, ao Sul com o Cabo de Santo Agostinho, a Leste com o Oceano Atlântico e a Oeste com Moreno. Faz parte da Região Metropolitana do Recife (IBGE, 2019).

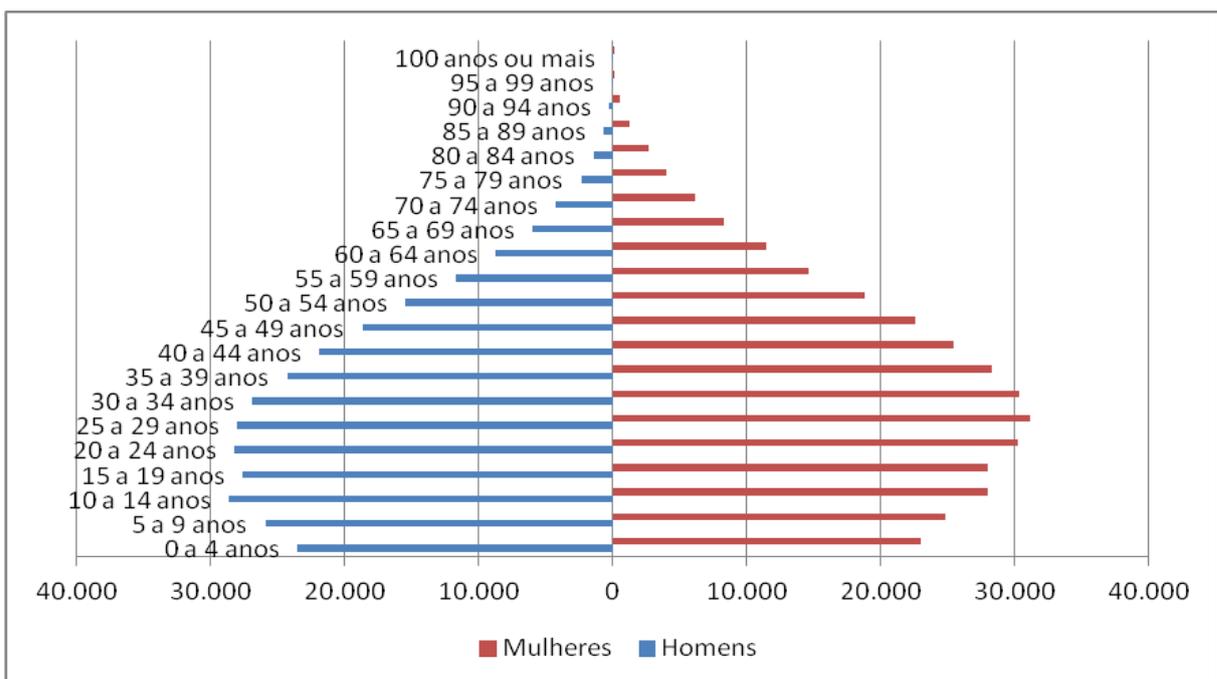
O município possui uma população de 644.620 habitantes, de acordo com o último censo realizado em 2010, distribuídas em 27 bairros. Segundo previsão dos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a estimativa populacional é de 702.298 pessoas para o ano de 2019, sendo o segundo município mais populoso de Pernambuco (IBGE, 2019).

Analisando a distribuição da estrutura populacional em relação ao sexo, percebe-se o predomínio de mulheres, com 339.770 mulheres e 304.850 homens. A pirâmide etária indica

queda na taxa de natalidade e envelhecimento populacional, com estreitamento na base da pirâmide e alargamento da porção superior (IBGE, 2019) (Gráfico 1).

Os dados socioeconômicos mostram que o município apresenta um Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$ 19.463,25, atingindo a segunda posição entre os municípios com maior renda do Estado. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é considerado alto. Com relação ao trabalho e rendimento, em 2017 o salário médio mensal era de 2,1 salários mínimos e a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 15,8%, ocupando as posições 11 e 20 de 185, respectivamente, quando comparado com outros municípios do Estado (IBGE, 2019) (Quadro 1).

Gráfico 1 – Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade. Jaboatão dos Guararapes, 2010.



Fonte: IBGE (2019).

Quanto aos indicadores relacionados à saúde, o município apresenta uma taxa de mortalidade infantil considerada baixa, com valor abaixo da média nacional. Na educação, possui índices relativamente favoráveis, com uma taxa de escolarização de 96,8% entre indivíduos de 6 a 14 anos de idade e com taxa de analfabetismo de 9,1%, considerando a população de 15 anos ou mais (IBGE, 2019) (Quadro 1).

As condições sanitárias não são adequadas devido à precariedade da rede pública de esgoto e a falta de abastecimento de água da rede geral para toda a população. Essa situação é preocupante, pois a população fica cada vez mais exposta a doenças, podendo ocasionar um agravamento de epidemias, como por exemplo, as arboviroses (Quadro 1).

Quadro 1 – Características sócio-demográficas, sanitárias e epidemiológicas de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco.

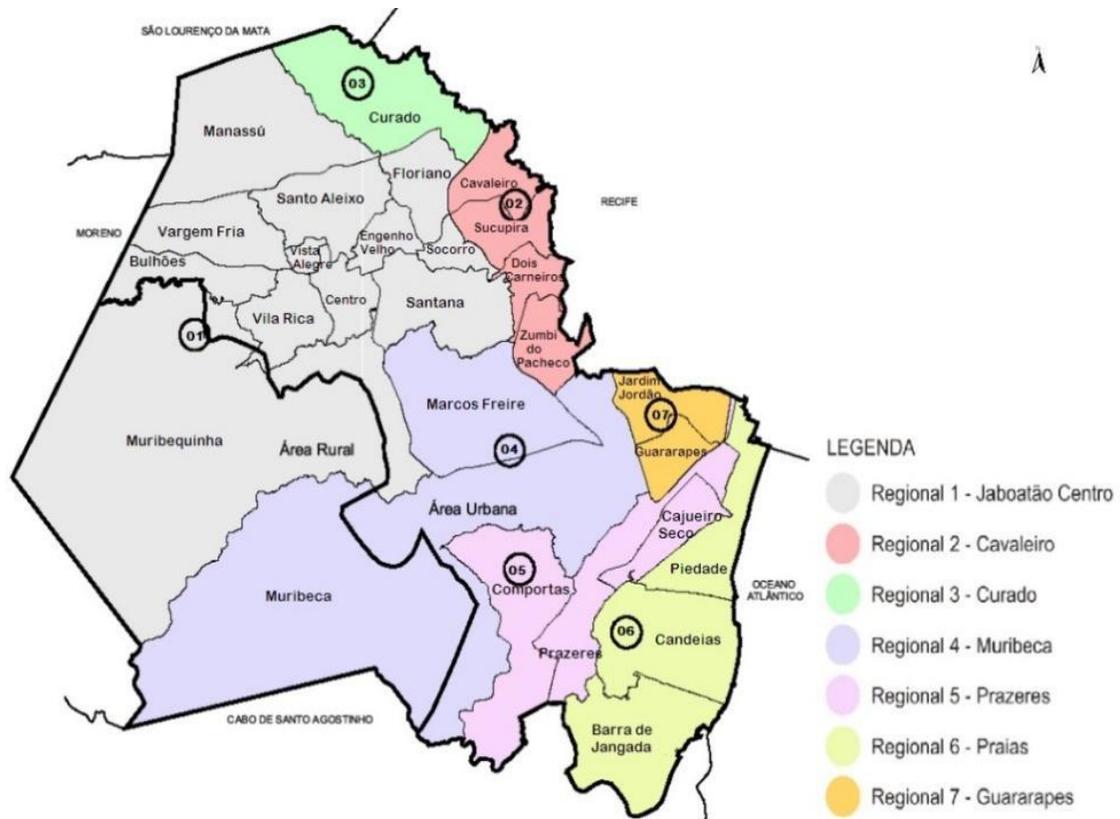
INDICADORES	VALORES APROXIMADOS
População (hab) (2010)	644.620
População menor de 29 anos (%)	50,8
Densidade populacional (hab./km ²)	2.491,82
Extensão territorial (km ²)	258,724
PIB per capita (R\$) (2017)	19.463,25
IDHM (2010)	0,717
% da população ≥ 15 anos analfabeta	9,1
% da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo (2010)	48
% da população vivendo com renda até que ¼ salário mínimo	19,1
% de domicílios sem abastecimento de água da rede geral	21,4
% de domicílios sem ligação à rede pública de esgoto	54,6
% de domicílios sem coleta pública de lixo	6,0
Taxa de mortalidade infantil	10,63/1000NV

Fonte: IBGE, 2019.

A gestão municipal adotou o modelo de regionalização e instituiu sete Regionais de Saúde, seguindo critérios demográficos, epidemiológicos, sociais, culturais e econômicos, sendo os serviços de saúde distribuídos entre elas (Figura 1). A Rede de Atenção Básica é a porta de entrada do sistema de saúde, com uma cobertura de 57,59%, sendo composta por 102 Equipes de Saúde da Família (EqSF), 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 14 equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), 75 Equipes de Saúde Bucal (ESB) e 8 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2019b).

Para a ESF, Jaboatão dos Guararapes possui cobertura de 51%, perfazendo um total de 102 EqSF distribuídas em 86 Unidades de Saúde da Família (USF), das quais apenas 75 EqSF contam com Equipes de Saúde Bucal (ESB) (BRASIL, 2019b).

Figura 1 – Mapa do município Jaboatão dos Guararapes por Regional de Saúde, 2019.



Fonte: Secretaria de Saúde de Jaboatão dos Guararapes (2019)

5.4 População do Estudo

Participaram da pesquisa os profissionais de nível superior das EqSF que possuíam ESB - médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, que seguiram os seguintes critérios:

a) Critério de inclusão:

- Atuação na ESF do município há no mínimo seis meses.
- Possuir ESB na EqSF.

b) Critério de exclusão:

- Férias ou afastamento do serviço durante o período da coleta de dados.

5.5 Cálculo e descrição da amostra

As EqSF que possuíam ESB totalizavam 75 equipes. Algumas dessas equipes estavam com déficit de recursos humanos, o que resultou em um universo de 199 profissionais (Quadro 2). Então, a amostra foi calculada a partir desse universo, com uma margem de erro de 5% e uma confiabilidade de 95%. Considerando uma prevalência de 50%, a amostra totalizou 132 profissionais.

Quadro 2 – Distribuição das EqSF com ESB e o quantitativo de profissionais por Regional de Saúde. Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2019.

REGIONAL DE SAÚDE	Nº DE EQUIPES COM SB	Nº DE PROFISSIONAIS
I	13	31
II	17	47
III	6	17
IV	5	12
V	14	38
VI	11	31
VII	9	23
Total	75	199

Fonte: A autora.

5.6 Fonte e instrumento de coleta dos dados

Para coleta de dados foram utilizados dois instrumentos, o primeiro foi um questionário estruturado que avaliou o perfil sócio demográfico e profissional (sexo, idade, categoria profissional, nível de instrução, tempo de atuação, experiência anterior na ESF e vínculo empregatício) (Apêndice B) e o segundo instrumento foi o PCATool-Brasil (Anexo A), validado a partir do instrumento construído por Starfield (2002) e baseado na avaliação de qualidade proposta por Donabedian (1988). Esse instrumento, que avalia estrutura e processo, possui versões destinadas ao profissional de saúde/gestor, usuário criança e usuário adulto e foi criado nos Estados Unidos sendo traduzido e validado em diversos países, inclusive no Brasil (BRASIL, 2010).

O PCATool-Brasil versão profissional (Anexo A) é composto por 77 itens, divididos em 8 componentes da seguinte maneira em relação aos atributos da APS:

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

Para todas as questões dos atributos A ao H foi utilizado o Cartão Resposta, com cinco possibilidades de resposta: “Com certeza sim”, “provavelmente sim”, “provavelmente não”, “com certeza não” e “não sei/não lembro”.

A etapa da coleta de dados teve início em abril de 2019 e finalizou em agosto do mesmo ano. Utilizou-se o aplicativo HCMaps® na aplicação dos dois instrumentos de coleta de dados. Tal sistema comporta um aplicativo de celular ou tablet (para coleta de dados) que propicia a captura de imagens georreferenciadas para posterior análise dos dados. O aplicativo compreende a informatização de todas as etapas relacionadas à entrevista dos profissionais. O HCMaps® teve seu arcabouço planejado para facilitar a estruturação do processo de trabalho na Atenção Básica, visando melhoria da qualidade dos dados e rapidez na consolidação das informações. Os dados gerados podem ser agregados e organizados produzindo um contexto que apoiará também na tomada de decisões (DUARTE et al., 2018).

5.7 Análise dos dados

Para tabulação dos dados, foi utilizado o programa Microsoft Excel, e o processamento e análises dos dados foram realizadas através do *software* SPSS for Windows®, versão 22.0.

Os dados foram analisados de acordo com o Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: *Primary care assessment tool pcatool* – Brasil (BRASIL, 2010). Cada atributo da APS foi analisado separadamente e depois em Escore Essencial e Geral. As respostas possíveis para cada um dos itens foram: “Com certeza sim” (valor = 4), “provavelmente sim” (valor = 3), “provavelmente não” (valor = 2), “com certeza não” (valor = 1) e “não sei/não lembro” (valor = 9). Os escores para cada um dos atributos foram calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente. Para isso, seguiram-se os seguintes passos descritos abaixo.

- a) **1º Passo:** O item A9 foi formulado de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para a APS. Logo, este item teve seu valor invertido para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4);
- b) **2º Passo:** Para o entrevistado que a soma de respostas em branco (“*missing*”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) atingiu 50% ou mais do total de itens de um componente (A a H), não foi calculado o escore deste componente para este entrevistado, ficando em branco (“*missing*”) no banco de dados.

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

Para obter o escore de qualidade da ESF, calculou-se a média de cada atributo (Quadro 3). Após a consolidação dos dados relativos a cada atributo, os valores foram transformados em uma escala contínua, variando entre zero e dez, utilizando a fórmula a seguir:

$$[\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo})] \times 10 / 4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo}).$$

Ou Seja:

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

Quadro 3 – Distribuição dos atributos da APS, seus componentes e a forma de cálculo do Escore médio, segundo o instrumento PCATool-Brasil, versão Profissionais.

ATRIBUTOS	COMPONENTES	FORMA DE CÁLCULO DO ESCORE
Acesso de Primeiro Contato	Acessibilidade (A): Itens = A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8 e A9.	A questão A9 tem o valor invertido. Após inversão dos valores deste item, o escore foi calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens: $\text{Escore} = \sum (A1 \text{ a } A9) / 9$
Longitudinalidade	Longitudinalidade (B): Itens = B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, B9, B10, B11, B12 e B13.	O escore foi calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens: $\text{Escore} = \sum (B1 \text{ a } B13) / 13$
Coordenação da Atenção	Integração de Cuidados (C): Itens = C1, C2, C3, C4, C5 e C6.	O escore foi calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens: $\text{Escore} = \sum (C1 \text{ a } C6) / 6$
	Sistema de Informações (D): Itens = D1, D2 e D3.	O escore foi calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens: $\text{Escore} = \sum (D1 \text{ a } D3) / 3$
Integralidade	Serviços Disponíveis (E): Itens = E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21 e E22.	O escore foi calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens: $\text{Escore} = \sum (E1 \text{ a } E22) / 22$
	Serviços Prestados (F): Itens = F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, F11, F12, F13, F14 e F15.	O escore foi calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens: $\text{Escore} = \sum (F1 \text{ a } F15) / 15$
Orientação Familiar	Orientação Familiar (G): Itens = G1, G2 e G3.	O escore foi calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens: $\text{Escore} = \sum (G1 \text{ a } G3) / 3$
Orientação Comunitária	Orientação Comunitária (H): Itens: H1, H2, H3, H4, H5 e H6.	O escore foi calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens: $\text{Escore} = \sum (H1 \text{ a } H6) / 6$

Fonte: A autora a partir do Manual do PCATool-Brasil, 2010.

Escore Essencial:

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

$$(A + B + C + D + E + F) / 6$$

Escore Geral:

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

$$(A + B + C + D + E + F) + (G + H) / 8$$

A estratificação dos escores para análise dos resultados foi definida de acordo com os valores a seguir:

- 1) Valores de escores $\geq 6,6$ foram definidos como elevados e equivalentes ao valor três ou mais na escala Likert;
- 2) Valores de escore $< 6,6$ foram considerados insatisfatórios e equivalentes ao valor 2,99 ou menos na escala Likert.

Realizou-se uma análise descritiva para expor os resultados obtidos. A apresentação das variáveis mensuradas foi feita através de tabelas e/ou gráficos incluindo também o uso de algumas medidas descritivas como mínimo, máximo, média e desvio padrão. Para análise comparativa das variáveis quantitativas foi aplicado o teste *t-student* ou de Análise de Variância (ANOVA). Para testar os contrastes, foi aplicado o teste de Levene para verificar a suposição de homogeneidade das variâncias, assim, quando esta foi verificada utilizou-se o teste de *Least Square Deviance* (LSD) e quando não o teste de Tamhane. Todas as conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%.

6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo foi desenvolvido obedecendo aos preceitos éticos expressos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães - CEP/IAM, e aprovado com o CAAE 28306220.9.0000.5190.

Quanto aos riscos e desconfortos, os possíveis constrangimentos ocasionados pelo estudo, na resposta ao instrumento de coleta de dados, foram minimizados esclarecendo aos(as) entrevistados(as) a garantia no sigilo das informações bem como seu anonimato, e que sua participação poderia ser interrompida a qualquer momento, ou até mesmo recusada sem que lhe causasse nenhum dano de atendimento no serviço de saúde. Os profissionais que concordaram em participar da pesquisa, após esclarecimentos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), em duas vias.

Como benefício, os resultados da pesquisa auxiliarão na implantação do processo de avaliação de qualidade na atenção básica, a partir dos instrumentos utilizados na pesquisa.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo compreendeu as 75 EqSF do município de Jaboatão dos Guararapes-PE que possuem ESB. Participaram do estudo 141 profissionais que atuam na ESF, sendo 27 médicos (19,1%), 59 enfermeiros (41,8%) e 55 cirurgiões-dentistas (39%) (Tabela 1).

A predominância de profissionais enfermeiros e cirurgiões-dentistas entre os participantes desse estudo pode ser explicada pela ausência de profissionais médicos em algumas equipes de saúde da família durante o período de realização do estudo. Após a saída dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos no final do ano de 2018, algumas equipes de saúde da família ficaram desfalcadas.

Em relação ao perfil sócio demográfico dos profissionais entrevistados, observou-se uma predominância do sexo feminino (84,4%), com média de idade de 37,7 ($\pm 11,9$) anos e com mais de 50% abaixo de 34 anos (Tabela 1). Destaca-se que, na faixa etária de 50 anos ou mais, 55% dos profissionais são médicos.

Os achados referentes ao gênero são compatíveis com a literatura, que revela uma feminização da força de trabalho em saúde nas últimas décadas (BARBOSA et al., 2019; LIMA et al., 2016b; OLIVEIRA et al., 2016). Wermelinger et al. (2010) destaca que, a nível mundial, o setor saúde possui uma forte vocação feminina ligada a papéis tido como de cuidadores e que nos países mais ricos essa vocação é ainda mais forte.

A média de idade dos entrevistados foi menor quando comparada com outros estudos. (PENSO et al., 2017; SANTOS et al., 2017). Em estudo realizado no Rio Grande do Sul, Penso e colaboradores (2017) encontraram uma média de 39,7 ($\pm 10,5$) anos entre os profissionais das UBS e ESF. De acordo com pesquisa realizada em Fortaleza, os profissionais médicos, enfermeiros e dentistas que atuam na ESF obtiveram uma média de idade de 39,5 anos (ROLIM et al., 2019). Santos et al. (2017) destacam que a presença de trabalhadores jovens atuando na Saúde da Família pode ser justificada pelas modificações curriculares nos cursos de graduações, com objetivo de reorientar a formação na saúde, enfatizando a qualificação profissional voltada às demandas da APS. Nesse sentido, aumentam as chances dos egressos buscarem oportunidade de trabalho no SUS.

Tabela 1 - Características sócio-demográficas, de formação e atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2019.

Variáveis	N	%
Categoria profissional		
Cirurgião-dentista	55	39,0
Enfermeiro	59	41,8
Médico	27	19,1
Sexo		
Masculino	22	15,6
Feminino	119	84,4
Faixa etária (anos)		
25 a 29	32	22,7
30 a 34	46	32,6
35 a 39	25	17,7
40 a 44	12	8,5
45 a 49	6	4,3
50 ou +	20	14,2
Nível de instrução		
Superior completo	17	12,1
Pós-graduação	124	87,9
Pós-graduação em Saúde da Família, Saúde e Comunidade, Saúde Coletiva ou Saúde Pública *		
Sim	90	72,6
Não	34	27,4
Experiência anterior em ESF		
Sim	83	58,9
Não	58	41,1
Tempo de atuação na equipe (anos)		
<=1	26	18,4
>1 a 2	27	19,1
> 2 a 3	44	31,2
> 3 a 4	34	24,1
> 4	10	7,1
Tipo de vínculo		
Efetivo	111	78,7
Contrato	30	21,3

Fonte: A autora.

Nota:* Considerado apenas indivíduos que referiram ter feito alguma pós- graduação.

A predominância de profissionais médicos em faixas etárias mais elevadas é um resultado que se assemelha a outro estudo, o qual evidenciou que cerca de 1/3 dos profissionais médicos da ESF de João Pessoa possuíam 60 anos ou mais (BRITO et al., 2016).

Essa atuação nos períodos tardios da carreira profissional vai além da complementação de renda à aposentadoria, é uma questão de dignidade associada à vontade de manter-se ativo profissionalmente, fazendo parte do processo produtivo (VANZELLA; LIMA NETO; SILVA, 2011).

O perfil de formação/qualificação dos profissionais mostra predominância de profissionais com pós-graduação, merecendo destaque o expressivo número de especializações na área de Saúde da Família, Saúde Coletiva e/ou Saúde Pública, totalizando 72,6% dos cursos, corroborando os achados de Barbosa et al. (2019) e Brito et al. (2016). Esses dados revelam uma tendência entre os profissionais em buscar qualificação na área de atuação, o que contribui para a implementação e consolidação da ESF. Nesse sentido, iniciativas governamentais como, por exemplo, a criação do Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e o aumento na oferta de vagas nos programas de residências multiprofissionais e médicas em Saúde da Família vem contribuindo para a qualificação dos profissionais de saúde para o trabalho na APS (BARBOSA et al., 2019; BRITO et al., 2016).

Vale ressaltar que em Jaboatão dos Guararapes, algumas Instituições de Ensino Superior (IES) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) vem ofertando cursos e especializações na área da APS, além de Residências Multiprofissionais em Saúde da Família e Residência de Medicina de Família e Comunidade.

Nesse estudo, mais da metade dos profissionais referiram possuir experiência anterior em ESF, o que coincide com o estudo de Lima et al. (2016b), onde 81,3% dos médicos e 71,9% dos enfermeiros possuíam experiência anterior em ESF.

No que diz respeito ao tempo de inserção na atual equipe de Saúde da Família, a média de tempo foi de 2,97 ($\pm 2,38$) anos, onde a maioria dos profissionais atuava por períodos de até três anos. Um estudo realizado na Paraíba evidenciou uma média de tempo de serviço de 5,1 anos, onde mais da metade dos enfermeiros (65,3%) e cirurgiões-dentistas (56,8%) estavam alocados na mesma equipe há no mínimo três anos (BRITO et al., 2016). Esse resultado com um curto tempo de atuação dos profissionais pode ser consequência da renovação dos recursos humanos do município após a realização de concurso público no ano de 2015.

Com relação ao vínculo empregatício, grande parte dos entrevistados possuía vínculo estatutário (78,7%) o que favorece as relações dos profissionais com os usuários e comunidade, já que a estabilidade gera uma satisfação no trabalho. Além do mais, permite uma melhor organização dos serviços e um planejamento de cuidados de saúde em longo prazo (LIMA et al., 2016b). Por outro lado, um estudo realizado com profissionais de nível superior que atuam na ESF em Minas Gerais observou que 67,4% dos profissionais possuíam contratos temporários de trabalho, o que se torna um problema na medida em que se podem romper os vínculos, prejudicando a longitudinalidade da assistência (BARBOSA et al., 2019).

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos valores mínimos, máximos, médias e desvio padrão, para cada um dos atributos da APS, bem como os Escores Essencial e Geral, avaliados no município de Jaboatão dos Guararapes-PE, segundo os profissionais de saúde.

Tabela 2 - Distribuição dos valores mínimos, máximos, médias e Desvio-Padrão dos atributos da Atenção Primária à Saúde segundo os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2019.

Atributos	N	Mínimo	Máximo	Média	DP*
Acesso de primeiro contato - Acessibilidade	141	0,74	4,81	2,55	0,72
Longitudinalidade	141	3,85	9,49	7,02	1,19
Coordenação - Integração de Cuidados	141	3,89	9,44	6,81	1,14
Coordenação - Sistema de Informações	141	4,44	10,00	8,34	1,39
Integralidade - Serviços Disponíveis	141	2,73	8,94	5,74	1,16
Integralidade - Serviços Prestados	141	0,44	10,00	6,55	2,14
Orientação Familiar	141	2,22	10,00	8,27	1,83
Orientação Comunitária	140	2,78	10,00	7,16	1,48
Escore Essencial	141	3,90	8,09	6,17	0,81
Escore Geral	141	3,97	8,57	6,55	0,86

Fonte: A autora.

Nota:

*DP – Desvio-Padrão

Com relação à qualidade da ESF, oito atributos da APS foram avaliados. Na avaliação do Escore Geral - EG (média de todos os oito atributos) e do Escore Essencial - EE (média dos seis primeiros atributos), ambos apresentaram valores insatisfatórios, 6,55 e 6,17 respectivamente, não atingindo valores superiores ao ponto de corte (valor igual o maior a 6,6) (Tabela 2). Da mesma forma, estudo realizado no Ceará também apresentou escores baixos para ESF (ROLIM et al., 2019). Tal achado é bastante preocupante, demonstrando que ainda há muito o que melhorar na qualidade desses serviços, de forma a garantir não apenas a presença desses atributos, mas também a extensão deles.

Estudos realizados em outros estados brasileiros, considerando a perspectiva dos profissionais de saúde da APS, evidenciaram valores de Escores Geral (EG) e Essencial (EE) superiores ao presente estudo, especificamente nos estados de São Paulo – EG: 7,88 e EE: 7,73 (GOMES; FRACOLLI, 2018), Rio Grande do Sul - EG: 6,66 e EE: 7,60 (PENSO et al., 2017), Goiás - EG: 7,26 e EE: 7,01 (SANTOS et al., 2017) e Minas Gerais - EG: 6,9 e EE: 6,7 (SILVA; ALVES, 2019).

Na avaliação da presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS, observa-se que Longitudinalidade, Coordenação – Integração de Cuidados, Coordenação – Sistema de Informações, Orientação Familiar e Orientação Comunitária, apresentaram escores satisfatórios, merecendo destaque o atributo Coordenação – Sistema de Informações, sendo o melhor avaliado pelos profissionais, apresentando média de 8,34. Os atributos Acessibilidade, Integralidade – Serviços Disponíveis e Integralidade – Serviços Prestados, apresentaram escores abaixo da média (< 6,6) (Tabela 2).

A Acessibilidade, componente do atributo Acesso de Primeiro Contato, obteve a pior avaliação entre os profissionais, com um escore médio de 2,55, o que contribuiu bastante para a redução do escore geral. A falta de acesso também foi identificada por Martins et al. (2016) no município de São Paulo; Penso et al. (2017) em Lajeado-RS; Araújo, Mendonça e Sousa (2015) no Distrito Federal; Silva e Alves (2019) em Diamantina-MG; Rolim et al. (2019) em Fortaleza-CE; Lima et al. (2016a) em Serra-ES e Ferreira et al. (2016) em Passos-MG, sendo, em todos esses estudos, o atributo que apresenta menor escore em relação aos demais.

Por outro lado, um estudo realizado em Recife-PE avaliou a qualidade da ESF e verificou que o atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade apresentou escore satisfatório, com média de 8,5, para os serviços denominados Upinha 24h. Esses serviços representam um dos arranjos organizacionais da ESF desse município e ofertam atendimento estendido para as consultas, das 7h às 19h e 24 horas para pequenas urgências (PEREIRA, 2019).

A acessibilidade vai além do acesso dos usuários ao serviço, ela equivale à presença ou à ausência de obstáculos geográficos, organizacionais, socioculturais e econômicos para adquirir assistência à saúde (TESSER; NORMAN, 2014). Martins et al. (2016) considera a acessibilidade como um atributo prioritário, pois um baixo escore relacionado ao acesso de primeiro contato pode inviabilizar a efetivação dos demais atributos.

Estudo realizado na microrregião de saúde de Alfenas – MG mostrou que apesar da alta cobertura populacional, há várias barreiras para o acesso à assistência na ESF, principalmente nas formas de comunicação e horários de funcionamento das unidades, que favorecem apenas os atendimentos de rotina durante a semana, sendo necessária a presença do usuário para informações e agendamentos (SILVA; BAITELLO; FRACOLLI, 2015).

No PCA-Tool Brasil, o atributo acessibilidade é avaliado a partir de alguns itens que considera a disponibilidade para o atendimento ao usuário com flexibilidade de dias e horários, como por exemplo, período noturno e finais de semana, bem como a disponibilidade de um telefone de referência para aconselhamento no período em que as unidades estão fechadas. Além disso, avalia também o tempo de espera dos usuários para receber atendimento (BRASIL, 2010). No entanto, isso não corresponde à realidade de diversos municípios brasileiros, inclusive o município de Jaboatão dos Guararapes. Dessa forma, é necessário refletir sobre uma mudança no modelo de atenção, com um maior investimento financeiro na qualificação do acesso, através da ampliação do horário de funcionamento das Unidades de Saúde da Família e de melhores condições de trabalho para as equipes de saúde.

Vale destacar que, levando em consideração a realidade brasileira, é importante discutir também as limitações do instrumento, que inicialmente foi construído em um contexto bem diferente do brasileiro. É imprescindível uma discussão ampla, especialmente no que diz respeito à acessibilidade, já que o Brasil possui dimensões continentais e a presença desses itens de avaliação acaba influenciando em resultados negativos (ROLIM et al., 2019).

Quanto ao atributo Longitudinalidade, os profissionais avaliaram de forma satisfatória, corroborando os achados encontrados em outras pesquisas (GOMES; FRACOLLI, 2018; LIMA et al., 2016a; SANTOS et al., 2017). Entretanto, em pesquisas realizadas com a mesma perspectiva no Rio Grande do Sul, no Ceará e em Minas Gerais, esse atributo apresentou baixo escore, com médias inferiores a 6,6 (BATISTA et al., 2016; PENSO et al., 2017; ROLIM et al., 2019;).

A longitudinalidade é entendida como uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, através de uma relação contínua entre profissionais e usuários (STARFIELD, 2002). Dessa forma, pode-se afirmar que, no município em estudo, existe uma continuidade na relação entre o usuário e o serviço de saúde que, por sua vez, reconhece sua população adscrita. Cunha e Giovanella (2011) destacam que o estabelecimento de vínculo a partir da

relação interpessoal contínua entre os usuários e os profissionais de saúde da APS é um elemento imprescindível na composição da longitudinalidade.

Porém, apesar desse atributo ter apresentado escore satisfatório, alguns itens que o compõe merecem destaque por terem sido avaliados negativamente. Para avaliar de forma detalhada o atributo Longitudinalidade, construiu-se a Tabela 3 a partir dos itens que receberam maior quantidade de avaliações negativas.

Tabela 3 - Distribuição percentual das respostas dos profissionais que trabalham na ESF referentes a alguns itens que compõem o atributo Longitudinalidade. Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2019.

Itens do atributo Longitudinalidade	Com certeza sim n (%)	Provavelmente sim n (%)	Provavelmente não/ não sei/não lembro n (%)	Com certeza não n (%)
Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico/enfermeiro/dentista que os conhece melhor?	4 (2,84)	21 (14,90)	58 (41,13)	58 (41,13)
Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	9 (6,38)	69 (48,94)	42 (29,79)	21 (14,89)
Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	33 (23,40)	67 (47,52)	35 (24,82)	6 (4,26)
Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	17 (12,06)	44 (31,20)	61 (43,26)	19 (13,48)
Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	33 (23,40)	69 (48,94)	32 (22,70)	7 (4,96)

Fonte: A autora.

A análise da tabela 3 permite inferir que há um déficit no conhecimento do profissional a cerca do histórico de saúde e condições de vida dos usuários, atingindo baixos escores nos questionamentos relacionados à atividade laboral, ao núcleo familiar, ao histórico de saúde e ao uso de medicamentos pelo usuário, indicando que existem problemas na continuidade do cuidado.

Dentre os fatores que interferem na prática da longitudinalidade na APS destacam-se às lacunas na organização e gestão dos serviços de saúde, como por exemplo, a grande

demanda de trabalho, a falta de profissionais, as más experiências e a falta de conhecimento sobre a saúde dos usuários. Para minimizar esses fatores, é necessário investimento em educação permanente e em recursos materiais e humanos (PAULA et al., 2015).

O atributo Coordenação da Atenção corresponde à articulação entre a APS e a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município, sendo composto por duas dimensões, Integração de Cuidados e Sistema de Informações. Na dimensão da Coordenação – integração de cuidados, os resultados avaliados foram positivos, da mesma forma que em outras avaliações (ARAÚJO; MENDONÇA; SOUSA, 2015; FERREIRA et al., 2016; MARTINS et al., 2016). Trata-se de uma continuidade da atenção no interior da RAS, onde as Equipes de Saúde da Família atuam como ordenadoras do cuidado à medida que organizam os fluxos entre os diferentes pontos de atenção, responsabilizando-se pelos usuários ao longo desta rede.

Porém, devido às avaliações negativas atribuídas pelos profissionais, percebe-se certa fragilidade na coordenação da atenção ao avaliar aspectos relacionados à referência e contra referência dos usuários entre os níveis assistenciais (Tabela 4). Pouco mais da metade dos profissionais entrevistados não possuem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados, 39,01% dos profissionais relataram que provavelmente não recebem do especialista as informações úteis sobre o usuário encaminhado e 53,19% afirmaram não receber do especialista essas informações. Tais afirmações também foram encontradas nos estudos realizados em Fortaleza-CE e em municípios do interior de São Paulo, reforçando problemas na regulação assistencial. (GOMES; FRACOLLI et al., 2018; ROLIM et al., 2019).

A implantação do sistema de prontuário eletrônico integrado entre os níveis de atenção possibilitaria uma melhoria no fluxo de informações e, conseqüentemente, contribuiria para a qualidade da coordenação da atenção (MENDES, 2015). Em Jabotão dos Guararapes, a adscrição dos usuários e o registro das visitas domiciliares realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) são feitos eletronicamente, por meio de um programa instalado em tablets. Tais informações podem ser acompanhadas diariamente pela equipe multiprofissional. Com relação ao sistema de prontuário eletrônico, o município está iniciando a implantação em pouquíssimas unidades da ESF.

Tabela 4 - Distribuição percentual das respostas dos profissionais que trabalham na ESF aos itens que compõem o atributo Coordenação – Integração de Cuidados. Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2019.

Itens do atributo Coordenação - Integração de Cuidados	Com certeza sim n (%)	Provavelmente sim n (%)	Provavelmente não/ não sei/não lembro n (%)	Com certeza não n (%)
Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas?	10 (7,09)	52 (36,89)	58 (41,13)	21 (14,89)
Quando seus pacientes necessitam de um encaminhamento, você discute sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	64 (45,39)	60 (42,55)	12 (8,51)	5 (3,55)
Alguém do seu serviço ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	111 (78,72)	27 (19,15)	2 (1,42)	1 (0,71)
Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista?	123 (87,23)	17 (12,06)	1 (0,71)	0 (0,00)
Você recebe do especialista informações úteis sobre o paciente encaminhado?	3 (2,13)	8 (5,67)	55 (39,01)	75 (53,19)
Após consulta com o especialista você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	67 (47,52)	66 (46,81)	7 (4,96)	1 (0,71)

Fonte: A autora.

Os profissionais avaliaram satisfatoriamente a dimensão Coordenação – sistema de informações, com escore no valor de 8,34, semelhante a outras pesquisas (BATISTA et al., 2016; PENSO et al., 2019; SANTOS et al., 2017). Essa dimensão avalia se os profissionais solicitam aos pacientes os registros médicos do passado e se os prontuários estão disponíveis tanto para os profissionais quanto para os pacientes, caso queiram acessá-los (BRASIL, 2010).

Outro atributo avaliado, a Integralidade, obteve baixo escore em suas duas dimensões, “serviços disponíveis”, que corresponde ao leque de ações e serviços que devem fazer parte da APS e “serviços prestados”, que trata da disponibilidade de ações de prevenção e promoção da saúde. A integralidade acontece a partir do momento que o serviço oferece ações

de prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde baseadas no reconhecimento das necessidades de saúde da população adscrita (MENDES, 2015).

Estudo realizado no município de Passos, Minas Gerais que avaliou a extensão dos atributos da APS na perspectiva dos enfermeiros das USF e UBS convencionais, mostrou resultados equivalentes ao deste estudo no que se refere à dimensão integralidade – serviços disponíveis, sendo observados escores médios insatisfatórios nos dois modelos de atenção, com menor escore para as UBS convencionais. Porém, diferentemente deste estudo, na dimensão integralidade – serviços prestados, ambos os modelos atingiram alto escore (UBS: 7,69; USF: 7,92) (FERREIRA et al., 2016).

A análise detalhada do atributo Integralidade - serviços disponíveis permite verificar que a avaliação extremamente baixa atribuída a alguns itens como: sutura de corte que necessite de pontos, identificação de problemas auditivos, identificação de problemas visuais, colocação de tala, remoção de verrugas, aconselhamento/tratamento sobre como parar de fumar e remoção de unha encravada contribuíram para que o escore médio desse atributo fosse baixo.

No que se refere ao atributo Integralidade – serviços prestados, itens relacionados a orientações sobre segurança no trânsito, prevenção de queimaduras e prevenção de acidentes com arma de fogo foram os que mais receberam avaliações negativas pelos profissionais, retratando que ações de prevenção e promoção à saúde relacionada a esses assuntos não são abordadas com os usuários.

Fica evidente que ações de saúde voltadas a promoção e prevenção ainda são incipientes, revelando a persistência do modelo assistencial centrado na doença (SILVA; BAITILO; FRACOLLI, 2015). Porém é importante destacar que além das questões relacionadas à qualificação profissional e ao conhecimento das necessidades dos usuários, existem àquelas relacionadas à gestão, que deve fornecer subsídios para que alguns serviços, muitos deles importantes e necessários aos usuários, sejam ofertados na ESF (SILVA; ALVES, 2019).

O atributo Orientação Familiar foi bem avaliado pelos profissionais que participaram da presente pesquisa. Esse resultado assemelha-se ao encontrado no estudo realizado em Recife-PE, onde os profissionais de três arranjos organizacionais da ESF avaliaram a orientação familiar como satisfatória (PEREIRA, 2019). Em Diamantina – MG, a orientação

familiar apresentou uma avaliação positiva na percepção dos profissionais, mas não na dos usuários (SILVA; ALVES, 2019). Esse atributo considera o ambiente familiar como uma ferramenta potencial de cuidado ou de ameaça à saúde, por isso a importância do uso de ferramentas de abordagem familiar com o intuito de envolver a família nos cuidados à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Outro atributo avaliado de forma satisfatória pelos profissionais foi a orientação comunitária, com escore 7,16. Esse achado aponta que a participação e o controle social estão inseridos na ESF do município estudado. Porém, esses achados não conferem com os estudos realizados em Diamantina-MG e no Distrito Federal, cujo escore não foi bem avaliado (ARAÚJO; MENDONÇA; SOUSA, 2015; SILVA; ALVES, 2019). Pesquisa realizada no município de São Paulo comparou os atributos da APS entre UBS tradicionais e unidades que desenvolvem a ESF e verificou que o atributo orientação comunitária apresentou melhor desempenho na ESF, de uma forma estatisticamente significativa, o que sugere a existência nesse serviço de um processo de trabalho voltado para a comunidade adscrita, com destaque para a presença dos Agentes Comunitários de Saúde que contribuem no fortalecimento do vínculo serviço-comunidade (MARTINS et al., 2016).

Ao associar os atributos da APS com as variáveis sócio-demográficas, de formação e atuação profissional, não foram identificadas diferenças significativas em relação à Regional de Saúde, ao sexo, à pós-graduação na área da APS e à experiência anterior em ESF ($p \geq 0,05$). Porém, ao correlacionar os atributos da APS com a categoria profissional, faixa etária, nível de instrução, vínculo profissional e tempo de serviço, houve significância estatística ($p < 0,05$), conforme ilustrado nas Tabelas 5 e 6.

Verificou-se que faixas etárias mais avançadas estão relacionadas a alto escore nos atributos longitudinalidade e coordenação - integração de cuidados. Profissionais com idades mais avançadas e, conseqüentemente, com maior experiência profissional, geralmente adaptam-se melhor ao emprego e possuem uma visão mais objetiva do processo de trabalho (CARRILLO-GARCÍA et al., 2013) (Tabela 5).

Ao analisar a variável Pós-graduação em Saúde da Família, Saúde e Comunidade, Saúde Coletiva ou Saúde Pública, não houve diferenças relevantes nos escores entre os profissionais que possuíam ou não essa formação, coincidindo com o estudo realizado com os profissionais da APS em Goiás (SANTOS et al., 2017). Porém, o fato de ter uma pós-

graduação em qualquer área, esteve associado a maiores escores relacionados aos atributos Coordenação – sistema de informações e Integralidade – serviços prestados, diferentemente da pesquisa realizada em Minas Gerais que não encontrou uma correlação significativa ao associar a variável pós-graduação com os atributos da APS (BATISTA et al., 2016) (Tabela 5).

Corroborando com os achados do presente estudo, pesquisa realizada no Espírito Santo observou significância estatística ao associar o nível de instrução com os escores essencial e geral da APS. Diante dessas constatações, destaca-se a importância da qualificação profissional, principalmente voltada para a área da saúde da família, por ser um campo que exige dos profissionais conhecimentos específicos e processos de trabalho complexos, voltados para a prevenção, promoção, reabilitação e cura (LIMA et al., 2016a).

Também houve diferença estatisticamente significativa ao associar o tempo de atuação do profissional na equipe com o atributo longitudinalidade e com o escore essencial, evidenciando escores maiores entre os profissionais que possuíam mais de quatro anos de atuação em comparação àqueles que possuíam de 2 a 3 anos (Tabelas 5 e 6). Presume-se que quanto mais tempo de trabalho na ESF, melhor será a orientação quanto aos atributos, já que a experiência profissional, o conhecimento da situação de saúde da população e o vínculo profissional-comunidade aumentam com o passar do tempo (SANTOS et al., 2017). Essa análise reforça a influência negativa da rotatividade dos profissionais na qualidade dos serviços.

Tabela 5 - Associação entre as características sócio-demográficas, de formação e atuação dos profissionais e os atributos da APS. Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2019.

Variáveis	A		L		C-IC		C-SI		I-SD		I-SP		OF		OC		
	Média	p-valor	Média	p-valor	Média	p-valor	Média	p-valor	Média	p-valor	Média	p-valor	Média	p-valor	Média	p-valor	
Faixa etária (anos)	25 a 29	2,50	6,92		6,77		8,47		5,53		6,88		8,47		7,38		
	30 a 34	2,60	6,59		6,58		8,41		5,63		5,87		7,87		6,76		
	35 a 39	2,52	0,947	7,30	0,009	6,89	0,058	7,91	0,537	5,95	0,633	6,39	0,063	8,62	0,583	7,07	0,225
	40 a 44	2,47		6,97		6,39		8,06		5,97		7,44		8,24		7,31	
	45 a 49	2,41	7,39	7,50	8,52	6,09	6,33	8,70	7,78								
	50 ou +	2,65	7,72	7,36	8,61	5,86	7,32	8,28	7,60								
Nível de instrução	Superior completo	2,57	0,902	7,33	0,251	6,93	0,657	7,65	0,029	5,77	0,911	6,39	0,013	8,50	0,581	7,65	0,152
	Pós-graduação	2,55		6,97		6,80		8,43		5,74		7,75		8,23		7,10	
Tempo de atuação na equipe (anos)	<=1	2,48	7,36	6,92	8,59	5,84	7,18	8,46	7,11								
	>1 a 2	2,50	6,90	6,91	8,27	5,66	6,34	8,19	7,04								
	> 2 a 3	2,49	0,567	6,53	0,004	6,52	0,1	8,16	0,774	5,73	0,869	6,14	0,165	8,06	0,868	7,32	0,746
	> 3 a 4	2,73		7,28		6,81		8,43		5,66		6,47		8,37		6,98	
	> 4	2,52	7,72	7,56	8,33	6,06	7,58	8,56	7,56								
Tipo de vínculo	Efetivo	2,54	0,718	6,87	0,005	6,75	0,224	8,26	0,195	5,74	0,903	6,27	0,003	8,05	0,001	7,07	0,136
	Contrato	2,60		7,56		7,04		8,63		5,77		7,59		9,07		7,53	

Fonte: A autora.

Nota:

A = Acessibilidade; L = Longitudinalidade; C-IC = Coordenação - Integração de Cuidados; C-SI = Coordenação - Sistema de Informações; I-SD = Integração - Serviços Disponíveis; I-SP = Integração - Serviços Prestados; OF = Orientação Familiar; OC = Orientação Comunitária.

Tabela 6 - Associação entre as características de formação e atuação dos profissionais e os Escores Essencial e Geral da APS. Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, 2019.

Variáveis		Escore Essencial		Escore Geral	
		Média	<i>p</i> -valor	Média	<i>p</i> -valor
Categoria Profissional	Cirurgião-dentista	5,88		6,30	
	Enfermeiro	6,25	0,001	6,59	0,003
	Médico	6,58		6,97	
Tempo de atuação na equipe (anos)	<=1	6,40		6,71	
	>1 a 2	6,10		6,48	
	> 2 a 3	5,93	0,045	6,37	0,223
	> 3 a 4	6,23		6,59	
	> 4	6,63		6,98	
Tipo de vínculo	Efetivo	6,07		6,44	
	Contrato	6,53	0,005	6,94	0,004

Fonte: A autora.

Com relação à categoria profissional, observou-se que as médias do escore geral ($p=0,003$) e escore essencial ($p=0,001$) foram significativamente menores na perspectiva dos profissionais dentistas, resultado semelhante ao estudo realizado no Ceará, o que sugere um desconhecimento ou até mesmo uma falta de aproximação dessa classe profissional dos problemas de saúde da população, com reflexos importantes na orientação da APS (ROLIM et al., 2019) (Tabela 6).

Ao associar o tipo de vínculo empregatício com os escores essencial e geral observaram-se escores significativamente maiores na percepção dos profissionais que possuíam contratos de trabalho temporários. A instabilidade no vínculo com o sistema municipal determina uma postura profissional que pode comprometer a percepção a cerca da qualidade do serviço, visto que esses profissionais atuam de forma insegura, com receio iminente de uma possível demissão (MOURA; PINTO; ARAGÃO, 2016) (Tabela 6).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da ESF de Jaboatão dos Guararapes-PE, através da presença e extensão dos atributos da APS, não atingiu os padrões de qualidade adotados pelo Ministério da Saúde, apresentando Escores Geral e Essencial da APS abaixo do ponto de corte estabelecido. Tais achados apontam que alguns atributos precisam ser melhorados, como é o caso do Acesso de Primeiro Contato e da Integralidade, ambos com avaliação negativa, na perspectiva dos profissionais.

O Acesso de Primeiro Contato – acessibilidade foi o atributo com a pior avaliação, sendo um resultado bem preocupante, pois revela que a ESF não se constitui em uma porta de entrada abrangente. Mudanças no modelo de atenção, adequações no horário de funcionamento das unidades e melhores condições de trabalho são necessárias para a qualificação do acesso. Sobre a integralidade, os serviços disponíveis à população não contemplam as ações e serviços que devem fazer parte da APS, assim como os serviços prestados a partir das ações de prevenção e promoção ainda são incipientes, persistindo as práticas assistenciais tradicionais, centradas na doença.

A Coordenação da Atenção foi bem avaliada pelos profissionais, o que demonstra o fortalecimento da APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. Porém os resultados indicaram a necessidade de estabelecer estratégias que garantam fluxos de informações claramente definidos entre os níveis assistenciais e uma maior qualificação da atenção especializada para o trabalho em rede, de forma a assegurar uma continuidade do cuidado. Os atributos Longitudinalidade, Orientação familiar e Orientação Comunitária apresentaram escores acima da média, na opinião dos profissionais entrevistados, o que evidencia uma consolidação desses atributos na ESF do município estudado.

É preciso destacar que ao associar o Escore Geral com a categoria profissional, bem como com o vínculo empregatício, verificou-se significância estatística ($p < 0,05$), o que quer dizer que médicos e enfermeiros atribuíram escores mais altos em comparação aos cirurgiões-dentistas e que profissionais contratados avaliaram melhor a ESF. Da mesma forma, o Escore Essencial esteve relacionado com a categoria profissional, o tempo de serviço e o vínculo empregatício.

Os resultados apresentados ressaltam a importância da avaliação permanente dos serviços de saúde, principalmente da APS, considerada eixo estruturante do SUS. Além disso, contribuem para o monitoramento da qualidade da APS no Brasil, fomentando seu fortalecimento. Acredita-se que é possível alcançar uma assistência de qualidade a partir do momento em que se discutem as fragilidades do sistema e se busca possíveis soluções para que as políticas sejam de fato concretizadas.

É importante que esses achados sejam discutidos entre os profissionais da APS e da gestão, com o intuito de estabelecer ações estratégicas para fortalecer os atributos que foram bem avaliados e proporcionar avanços na melhoria daqueles que obtiveram baixa avaliação, pois a identificação da presença e extensão desses atributos refletem a qualidade e efetividade dos serviços de APS.

Algumas limitações desse estudo podem ser destacadas, como o fato da investigação ter sido feita apenas em um município e somente três categorias profissionais foram pesquisadas (médico, enfermeiro e cirurgião dentista). Além disso, considerou apenas a opinião dos profissionais, inviabilizando comparações com outros atores. Sugere-se, fortemente, a realização de novos estudos nos quais seja possível obter a opinião de usuários e gestores.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. R. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, DC, v. 42: e180, out. 2018.
- ANDRADE, R. D. *et al.* Visita domiciliária: tecnologia de cuidado utilizada pelo enfermeiro na defesa da saúde da criança. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1130-1138, out./dez. 2015.
- AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. **American Journal of Public Health**, Washington, DC, v. 99, n. 1, p. 87-93, jan. 2009.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, maio 2016.
- ARAÚJO, R. E. **Análise exploratória dos indicadores de resultado dos núcleos de apoio a saúde da família (NASF): A experiência de Belo Horizonte**. 2014. Dissertação (Mestrado) - Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.
- ARAÚJO, R. L.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 387-399, abr./jun. 2015.
- ATUN, R. What are the advantages and the disadvantages of restructuring a health system to more focused on primary care services? Copenhagen, **Health Evidence Network**, jan. 2004.
- BARBOSA, L. G. *et al.* Recursos Humanos e Estratégia Saúde da Família no norte de Minas Gerais: avanços e desafios. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 287-294, jul./set. 2019.
- BATISTA, V. C. L. *et al.* Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde segundo os profissionais de saúde da família. **Sanare**, Sobral, v.15, n. 2, p. 87-93, jun./dez. 2016.
- BOSI, M. L. M.; PONTES, R. J. S.; VASCONCELOS, S. M. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 318-324, abr. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. **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), 2017. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 19 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informação e Gestão da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_pagamento_sf.php. Acesso em: 11 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota Técnica - Informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica**. 2019b. Disponível em: <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>. Acesso em: 11 fev. 2019.

BRITO, G. E. G. *et al.* Perfil dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família de uma capital do nordeste do Brasil. **Revista de APS**, v. 19, n. 3, p. 434-445, jul./set. 2016.

CARRILLO-GARCÍA, C. *et al.* Influência do gênero e da idade: satisfação no trabalho de profissionais da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 6, p. 1314-1320, nov./dez. 2013.

CARNEIRO, T. S. **A Estratégia Saúde da Família em Campina Grande/PB**. 2011. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, jul./set. 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

COSTA, N. R. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1389-1398, 2016.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl.1, p. 1029-1042, 2011.

DONABEDIAN, A. The Quality of Care: How can it be assessed? **Jama**, Chicago, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, sep. 1988.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology Laboratory Medicine**, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, nov. 1990.

DONABEDIAN, A. **Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica**: un texto introductorio. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 1992. 72 p.

DUARTE, K. V. N. *et al.* Contribuições de um sistema tecnológico para a construção de ecomapas na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos: estudo de caso com equipes NASF. **Revista de APS**, v. 21, n. 4, p. 534-550, out./dez. 2018.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 208-223, set. 2018.

FERREIRA, V. D. *et al.* Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um Município Mineiro. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, nov. 2016.

FLÔR, C. R. *et al.* Primary health care as assessed by health professionals: comparison of the traditional model versus the Family Health Strategy. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 714-726, oct./dec. 2017.

FRACOLLI, L. A. *et al.* Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4851-4860, dez. 2014.

FURTADO, J. P. *et al.* Avaliação de uma rede de serviços de saúde mental. Efeitos de pesquisa. In: CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**. Campinas: Ed. Unicamp, 2011. p. 223-235.

GALENDI JÚNIOR, G.; TRISTÃO, J. A. M.; PAULA, R. A. C. O Programa Saúde da Família: uma avaliação do desempenho no município de Botucatu. **Pesquisa em Debate**, edição especial, 2009.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

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

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

HARZHEIM, E. *et al.* Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1399-1408, mai. 2016.

IBGE. **Panorama do município de Jaboaão dos Guararapes – PE**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/jaboatao-dos-guararapes/panorama>. Acesso em: 14 fev. 2019.

- KESSLER, M. *et al.* A longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde: comparação entre modelos assistenciais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3, p. 1063-1071, 2018.
- KRINGOS, D. S. *et al.* The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. **BMC Health Services Research**, v. 10, n. 65, mar. 2010.
- LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, out./dez. 2011.
- LIMA, A. F. C.; KURGANCT, P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 234-239, mar./abr. 2009.
- LIMA, E. F. A. *et al.* Avaliação da Estratégia Saúde da Família na Perspectiva dos Profissionais de Saúde. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 275-280, abr./jun. 2016a.
- LIMA, E. F. A. *et al.* Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, 2016b.
- MACINKO, J. *et al.* Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, jan. 2006.
- MACINKO, J. *et al.* Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. **Health Affairs**, v. 29, n. 12, p. 2149-2160, dec. 2010.
- MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 18-37, set. 2018.
- MAIA, L. G. *et al.* Hospitalizations due to primary care sensitive conditions: an ecological study. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, n. 2, dec. 2019.
- MALTA, D. C.; MERHY, M. E. A avaliação do Projeto Vida e do Acolhimento no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 259-267, abr./jun. 2004.
- MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M. Y. A. D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde Tradicionais e da Estratégia de Saúde da Família pela ótica dos usuários. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 780-788, Jul./Set. 2013.
- MARTINS, J. S. *et al.* Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-13, jan./dez. 2016.
- MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

MENDONÇA, C. S. *et al.* Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. **Health Policy and Planning**, v. 27, n. 4, p. 348-355, jul. 2012.

MINAYO, M. C. S. Importância da Avaliação Qualitativa combinada com outras modalidades de Avaliação. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 1, n. 3, p. 2-11, 2011.

MOURA, D. C. N.; PINTO, J. R.; ARAGÃO, A. E. A. Perfil dos profissionais atuantes na Gestão em Saúde frente ao novo modelo de reorganização do SUS: A regionalização. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 10, n. 1, p. 75-93, 75-93, mar. 2016.

MULAN, F.; EPSTEIN, L. Community-oriented primary care: new relevance in a changing world. **American Journal Public Health**, v. 92, n. 11, p. 1748-1755, nov. 2002.

NEVES, R. G. *et al.* Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 3, set. 2018.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, p. 158-164, 2013.

OLIVEIRA, M. P. R. *et al.* Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 547-559, out./dez. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados primários de saúde**: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia. Brasília: UNICEF, 1979.

PATTON, M. Q. **Utilization-focused evaluation**: the new century text. Thousand Oaks: Sage, 1997.

PAULA, C. C. *et al.* Fatores que interferem no atributo longitudinalidade da Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 4, out./dez. 2015.

PAULA, W. K. A. S. *et al.* Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 242-248, abr./jun. 2017.

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

PEREIRA, C. M. S. Avaliação da qualidade dos diferentes arranjos da Estratégia Saúde da Família no município de Recife – PE [Dissertação de Mestrado]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 104 p. 2019.

- PERTENCE, P. P.; MELLEIRO, M. M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1024-1031, dez. 2010.
- PIMENTEL, F. C.; ALBUQUERQUE, P. C.; SOUZA, W. Z. A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 88-101, jan./mar. 2015.
- PINTO JUNIOR, E. P. *et al.* Análise da produção científica sobre avaliação, no contexto da saúde da família, em periódicos brasileiros. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 268-278, jan./mar. 2015.
- 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 (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, jun. 2018.
- PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, abr./jun. 2017.
- PORTELA, M. C. Avaliação da qualidade em saúde. *In*: ROZENFELD, S. **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 259-269, 2000.
- PRATES, M. L. *et al.* Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1881-1893, jun. 2017.
- RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. **Pediatrics**, v. 126, n. 3, p. 534-540, sep. 2010.
- REICHERT, A. P. S. *et al.* Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 119-127, jan. 2016.
- REIS, E. J. F. B. *et al.* Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, jan./mar. 1990.
- RIBEIRO, L. A.; SCATENA, J. H. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 2, p. 95-110, abr./jun. 2019.
- ROCHA, R.; SOARES, R. R. Evaluating the impact of community- based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. **Health Economics**, v. 19, p. 126-158, sep. 2010.
- ROLIM, L. B. *et al.* Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 1, p. 24-31, 2019.
- SANTOS, N. A. *et al.* Avaliação dos atributos da Atenção Primária por profissionais de saúde. **Revista de APS**, v. 20, n. 3, p. 339-348, jul./set. 2017.

SANTOS, N. C. C. B. *et al.* Orientação familiar e comunitária segundo três modelos de atenção à saúde da criança. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 6, p. 610-617, 2016.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v. 85, p. 65-82, Jun. 2009.

SILVA, C. S. O. *et al.* Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4407-4415, nov. 2014.

SILVA, G. S.; ALVES, C. R. L. Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, fev. 2019.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013.

SILVA, L. M. V. Avaliação da qualidade de programas e ações de vigilância Sanitária. *In*: COSTA, E. A. **Vigilância Sanitária: temas para debate**. Salvador: EDUFBA, 2009.

SILVA, M. V. Conceitos, Abordagens e Estratégias para Avaliação em Saúde. *In*: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 275 p. 2008.

SILVA, S. A.; BAITELO, T. C.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 979-987, set./out. 2015.

SORATTO, J. *et al.* Estratégia Saúde da Família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-592, abr./jun. 2015.

SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas: Saberes Editora, 2014.

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

TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-934, dez. 2011.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 869-883, jul./set. 2014.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 361-378, set. 2018.

VANZELLA, E.; LIMA NETO, E. A.; SILVA, C. C. A Terceira Idade e o Mercado de Trabalho. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 14, n. 4, p. 97-100, 2011.

VASCONCELLOS, P. P. Desenvolvimento de um modelo de avaliação da qualidade do serviço odontológico [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina. 91 p. 2002.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 100-112, jan./mar. 2015.

WERMELINGER, M. *et al.* A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 54-70, 2010.

ZANINI, R. R. *et al.* Infant mortality trends in the State of Rio Grande do Sul, Brazil, 1994–2004: a multilevel analysis of individual and community risk factors. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 1035-1045, may. 2009.

Os questionários serão tabulados e toda informação que possa lhe identificar será retirada. Um código será associado a cada questionário e só os agentes de pesquisa terão acesso a esta informação. As informações extraídas serão tratadas de maneira a proteger a fonte e evitar a associação com pessoas em particular.

Liberdade de participação e liberdade de retirada do estudo

A sua participação nessa pesquisa é totalmente voluntária. O(a) senhor(a) pode retirar-se da pesquisa quando quiser, sem que isso lhe cause prejuízo algum. No caso de retirada, os dados referentes a sua participação serão destruídos sob pedido. O(a) senhor(a) tem o direito de se recusar a responder a uma questão ou de se retirar em qualquer momento, sem nenhuma consequência.

Informações adicionais

Se o(a) senhor(a) desejar informações suplementares ou emitir comentários, pode contatar Vanessa Laís Leão Raposo Marques no E-mail vanessa.leaomarques@hotmail.com, Telefones: (81) 99635-2625 / (81)99635-2625. Toda e qualquer queixa relativa à sua participação nessa pesquisa deve ser enviada ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães. Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste Instituto, localizado na Av. professor Moraes Rego, s/n – Campus da UFPE – Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50670-420, através do telefone (81)2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Adesão a pesquisa e assinaturas

Eu tomei conhecimento da descrição da pesquisa apresentada acima e considero ter sido suficientemente informado(a). Eu compreendo que posso recusar de participar ou ainda retirar a participação desse estudo a qualquer momento sem nenhuma consequência. Eu compreendo ainda que toda e qualquer informação nominativa que me concerne será guardada de maneira estritamente confidencial. Eu, abaixo-assinado(a), aceito participar desse estudo.

_____	_____	_____
Nome do(a) participante	Assinatura do(a) participante	Data

Eu atesto: a) ter explicado tudo o que está presente neste Termo à pessoa que o assina; b) ter explicado claramente que o(a) entrevistado(a) permanece livre para retirar-se a qualquer momento desta pesquisa.

_____	_____	_____
Nome da pesquisadora	Assinatura da pesquisadora	Data

APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico, de Formação e Profissional

1. **Data da entrevista:** ____/____/____

2. **Regional de Saúde:** _____

3. **Unidade de Saúde da Família em que trabalha:**

4. **Sexo:**

Feminino

Masculino

5. **Idade:** _____

6. **Qual a sua categoria profissional?**

Cirurgião-dentista

Enfermeiro

Médico

7. **Nível de instrução:**

Superior completo

Pós-graduação

8. **Caso possua pós-graduação, a mesma é em alguma dessas áreas: Saúde da Família, Saúde e Comunidade, Saúde Coletiva ou Saúde Pública?**

Sim

Não

9. **Possui experiência anterior em Estratégia Saúde da Família?**

Sim

Não

10. **Há quanto tempo você trabalha nessa equipe?** _____

11. **Tipo de vínculo:**

Efetivo

Contrato

APÊNDICE C – Projeto de Intervenção

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
Mestrado Profissional em Saúde Pública**

Vanessa Laís Leão Raposo Marques

**SEMINÁRIO DE DISSEMINAÇÃO DE RESULTADOS DA PESQUISA:
AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA
PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JABOATÃO
DOS GUARARAPES - PERNAMBUCO**

**Recife
2020**

Vanessa Laís Leão Raposo Marques

**SEMINÁRIO DE DISSEMINAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA:
AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA
PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JABOATÃO
DOS GUARARAPES - PERNAMBUCO**

Projeto de intervenção apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Sydia Rosana de Araújo Oliveira

Recife
2020

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é denominada como Atenção Básica à Saúde, e foi adotada como uma estratégia para ampliar a efetividade da assistência à saúde (COSTA, 2016). É definida como o primeiro nível de assistência em um sistema de saúde e sua efetivação se dá por meio da presença e extensão de atributos orientadores, como acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002).

A expansão da APS se deu através do Programa Saúde da Família (PSF) a partir de 1994, caracterizando uma proposta mais abrangente de APS. Devido a suas potencialidades, o PSF passou a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo definida como um conjunto de ações e serviços voltados para a vigilância, prevenção e promoção da saúde. Essa iniciativa é baseada no reconhecimento das necessidades de saúde da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculo entre o usuário do serviço e o profissional de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Há evidências de que a implantação da ESF nos municípios resultou numa melhoria de vários indicadores, alterando o perfil de morbimortalidade da população além da redução de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária (MACINKO; MENDONÇA, 2018; MACINKO et al., 2010; AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2009; ROCHA; SOARES, 2010; MENDONÇA et al., 2012).

A efetivação da APS, através da ESF, se dá por meio de alguns atributos orientadores, sistematizados operacionalmente por Starfield (2002) em quatro atributos essenciais e três derivados, os quais qualificam os serviços como provedor de atenção primária. Além disso, a identificação da presença e extensão desses atributos refletem a qualidade e efetividade dos serviços de APS.

O campo da avaliação vem recebendo atenção crescente e tem sido bastante utilizado para estudar aspectos relacionados à ESF. Dentre as diversas possibilidades de direcionamento da avaliação, destaca-se a avaliação voltada para a qualidade em saúde, que se baseia nos pressupostos da pesquisa avaliativa de forma que seus resultados sejam realmente utilizados nos processos de tomada de decisões, preocupando-se sempre com o envolvimento dos diversos atores e grupos de interesses envolvidos (SERAPIONI, 2009).

É importante e necessário avaliar a qualidade e a orientação da ESF à APS, pois essa avaliação possibilita uma melhor definição das políticas públicas, sendo possível identificar, através da presença e extensão dos atributos da APS, os pontos críticos que possam afastar a

população de um cuidado integral, bem como contribuir diretamente com a tomada de decisão dos gestores na busca por melhoria de qualidade de assistência.

No Brasil, nos últimos anos, houve uma intensificação na produção de estudos avaliativos sobre a qualidade da ESF, muitos deles constatando qualidade superior dessa estratégia quando comparada com a assistência tradicional. No município de Divinópolis, Minas Gerais, resultados de um estudo transversal revelam que a ESF obteve melhor avaliação do que o modelo tradicional, na perspectiva de gestores e profissionais de saúde (FLÔR et al., 2017). Martins et al. (2016), em estudo realizado na zona leste de São Paulo, constatou melhor desempenho da ESF em relação às Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Para avaliar a presença e extensão dos atributos da APS, foi eleito nesse estudo o instrumento de avaliação da APS, o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), cuja origem baseou-se no modelo de avaliação da qualidade da estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde proposto por Donabedian (1988). O instrumento consiste em um questionário que mede empiricamente os atributos essenciais e derivados da APS a partir da avaliação de usuários, profissionais de saúde e gestores, sendo validado em diferentes países, inclusive no Brasil (FRACOLLI et al., 2014; HARZHEIM et al., 2006; BRASIL, 2010). Esse instrumento é o mais utilizado para avaliar a APS, estando presente nos estudos nacionais e internacionais, sendo considerado o mais compatível com a proposta da ESF (FRACOLLI et al., 2014; PRATES, et al., 2017).

2 OBJETIVO GERAL

Disseminar, através de um Seminário, os resultados da pesquisa “Avaliação de qualidade da Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos profissionais de saúde do município de Jaboatão dos Guararapes – Pernambuco”.

2.1 Objetivos Específicos

- Criar uma agenda junto à gestão municipal da Atenção Básica do Município de Jaboatão dos Guararapes-PE para a realização de dois Seminários, um voltado para a equipe gestora da Atenção Básica e outro para os profissionais da ESF do município;
- Apresentar o instrumento avaliativo PCATool-Brasil, versão profissional de saúde, à equipe gestora da Atenção Básica e aos profissionais da ESF do município de Jaboatão dos Guararapes-PE;
- Detalhar os resultados encontrados nas Unidades de Saúde da Família avaliadas por este instrumento, identificando a qualidade e o grau de orientação da APS;
- Discutir os resultados insatisfatórios encontrados no estudo na busca de soluções a curto, médio e longo prazo.

3 MÉTODO

3.1 Cenário da Intervenção

Foi realizada uma pesquisa avaliativa no município de Jaboatão dos Guararapes-PE, no período de abril a agosto de 2019, nas Equipes de Saúde da Família que possuíam Equipe de Saúde Bucal.

O município de Jaboatão dos Guararapes está situado no litoral do Estado de Pernambuco, localizado na Região Nordeste do país, com área territorial de aproximadamente 258,724 km². Limita-se ao Norte com a capital pernambucana e o município de São Lourenço da Mata, ao Sul com o Cabo de Santo Agostinho, a Leste com o Oceano Atlântico e a Oeste com Moreno. Faz parte da Região Metropolitana do Recife (IBGE, 2019).

O município possui uma população de 644.620 habitantes, de acordo com o último censo realizado em 2010, distribuídas em 27 bairros. Segundo previsão dos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a estimativa populacional é de 702.298 pessoas para o ano de 2019, sendo o segundo município mais populoso de Pernambuco (IBGE, 2019).

A gestão municipal adotou o modelo de regionalização e instituiu sete Regionais de Saúde, seguindo critérios demográficos, epidemiológicos, sociais, culturais e econômicos, sendo os serviços de saúde distribuídos entre elas. A Rede de Atenção Básica é a porta de entrada do sistema de saúde, com uma cobertura de 57,59%, sendo composta por 102 Equipes de Saúde da Família (EqSF), 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 14 equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), 75 Equipes de Saúde Bucal (ESB) e 8 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2019).

Para a ESF, Jaboatão dos Guararapes possui cobertura de 51%, perfazendo um total de 102 EqSF distribuídas em 86 Unidades de Saúde da Família (USF), das quais apenas 75 EqSF contam com Equipes de Saúde Bucal (ESB) (BRASIL, 2019).

Participaram desse estudo 75 Equipes de Saúde da Família (EqSF). Dos 199 profissionais de nível superior dessas EqSF, foram selecionados 141 profissionais, compreendendo médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas.

Foram utilizados dados primários a partir da coleta de informações através de um questionário sócio-demográfico, de formação e atuação profissional e do Instrumento de

Avaliação da Atenção Primária à Saúde, o PCATool-Brasil. Tal instrumento, construído a partir dos pressupostos da avaliação em saúde proposta por Donabedian, foi desenvolvido nos EUA por Starfield (2002), sendo traduzido e validado em diferentes países, inclusive no Brasil (BRASIL, 2010).

O PCATool-Brasil versão profissional é composto por 77 itens, divididos em 8 componentes da seguinte maneira em relação aos atributos da APS:

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

Para todas as questões dos atributos A ao H foi utilizado o Cartão Resposta, com cinco possibilidades de resposta: “Com certeza sim”, “provavelmente sim”, “provavelmente não”, “com certeza não” e “não sei/não lembro”.

Utilizou-se o aplicativo HCMaps® na aplicação dos dois instrumentos de coleta de dados. Tal sistema comporta um aplicativo de celular ou tablet (para coleta de dados) que propicia a captura de imagens georreferenciadas para posterior análise dos dados. O aplicativo compreende a informatização de todas as etapas relacionadas à entrevista dos profissionais. O HCMaps® teve seu arcabouço planejado para facilitar a estruturação do processo de trabalho na Atenção Básica, visando melhoria da qualidade dos dados e rapidez na consolidação das informações. Os dados gerados podem ser agregados e organizados produzindo um contexto que apoiará também na tomada de decisões (DUARTE et al., 2018).

Para tabulação dos dados, foi utilizado o programa Microsoft Excel, e o processamento e análises dos dados foram realizadas através do *software* SPSS for Windows, versão 22.0.

Os dados foram analisados de acordo com o Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: *Primary care assessment tool pcatool* – Brasil (BRASIL, 2010). Cada atributo da APS foi analisado separadamente e depois em Escore Essencial e Geral. Os escores para cada um dos atributos foram calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente.

Após a consolidação dos dados relativos a cada atributo, os valores foram transformados em uma escala contínua, variando entre zero e dez, onde valores de escores $\geq 6,6$ foram definidos como elevados e valores de escore $< 6,6$ foram considerados insatisfatórios.

Realizou-se uma análise descritiva para expor os resultados obtidos. A apresentação das variáveis mensuradas foi feita através de tabelas e/ou gráficos incluindo também o uso de algumas medidas descritivas como mínimo, máximo, média e desvio padrão. Para análise comparativa das variáveis quantitativas foi aplicado o teste *t-student* ou de Análise de Variância (ANOVA). Para testar os contrastes, foi aplicado o teste de Levene para verificar a suposição de homogeneidade das variâncias, assim, quando esta foi verificada utilizou-se o teste de *Least Square Deviance* (LSD) e quando não o teste de Tamhane. Todas as conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%.

3.2 Processos, Meios e Recursos

Os resultados encontrados no estudo revelaram a qualidade da ESF do município de Jaboatão dos Guararapes-PE, obtida através da média dos escores dos atributos da APS. Na avaliação do Escore Geral - EG (média de todos os oito atributos) e do Escore Essencial - EE (média dos seis primeiros atributos), ambos apresentaram valores insatisfatórios, 6,55 e 6,17 respectivamente, não atingindo valores superiores ao ponto de corte (valor igual o maior a 6,6).

Na avaliação da presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS, observou-se que Longitudinalidade, Coordenação – Integração de Cuidados, Coordenação – Sistema de Informações, Orientação Familiar e Orientação Comunitária, apresentaram escores satisfatórios, merecendo destaque o atributo Coordenação – Sistema de Informações, sendo o melhor avaliado pelos profissionais, apresentando média de 8,34. Os atributos Acessibilidade, Integralidade – Serviços Disponíveis e Integralidade – Serviços Prestados, apresentaram escores abaixo da média ($< 6,6$).

A Acessibilidade, componente do atributo Acesso de Primeiro Contato, obteve a pior avaliação entre os profissionais, com um escore médio de 2,55, o que contribuiu bastante para a redução do escore geral.

Outro atributo avaliado, a Integralidade, obteve baixo escore em suas duas dimensões, “serviços disponíveis”, que corresponde ao leque de ações e serviços que devem fazer parte da APS e “serviços prestados”, que trata da disponibilidade de ações de prevenção e promoção da saúde.

Apesar do atributo Longitudinalidade ter apresentado escore satisfatório, alguns itens que o compõe foram avaliados negativamente, permitindo inferir que há um déficit no conhecimento do profissional a cerca do histórico de saúde e condições de vida dos usuários, atingindo baixos escores nos questionamentos relacionados à atividade laboral, ao núcleo familiar, ao histórico de saúde e ao uso de medicamentos pelo usuário, indicando que existem problemas na continuidade do cuidado.

A Coordenação da Atenção foi bem avaliada pelos profissionais, o que demonstra o fortalecimento da APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. Porém os resultados indicaram a necessidade de estabelecer estratégias que garantam fluxos de informações claramente definidos entre os níveis assistenciais e uma maior qualificação da atenção especializada para o trabalho em rede, de forma a assegurar uma continuidade do cuidado.

De modo geral foi possível observar os atributos da APS que apresentaram maiores fragilidades. Portanto foi pensado na realização de dois seminários, um com a equipe gestora do município para apresentar os resultados e a forma de avaliação da qualidade, a fim de instituir o processo avaliativo para todo o município; e outro com os profissionais da ESF para que estes possam fazer análise crítica dos resultados e pensar na possibilidade de mudanças no processo de trabalho para fortalecer os atributos da APS.

O Seminário com a equipe gestora terá duração de quatro horas e o Seminário com os profissionais da ESF terá duração de oito horas, divididas nos turnos manhã e tarde. A apresentação dos processos e meios para realização dos Seminários será detalhada no quadro abaixo.

QUADRO 1: Apresentação dos processos e meios para realização dos Seminários de disseminação dos resultados da pesquisa “Avaliação de qualidade da Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos profissionais de saúde do município de Jaboatão dos Guararapes – Pernambuco”.

ENCONTRO	PROCESSOS	MEIOS
<p>Seminário com a Equipe gestora da Atenção Básica do município de Jaboatão dos Guararapes-PE.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Introdução inicial ao tema de avaliação de qualidade na APS; - Apresentação dos resultados da dissertação intitulada Avaliação de qualidade da Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos profissionais de saúde do município de Jaboatão dos Guararapes-PE. - Discutir a implantação do processo avaliativo no município de Jaboatão dos Guararapes-PE. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sala de Reunião da Secretaria Municipal de Saúde do município de Jaboatão dos Guararapes-PE. - Computador e datashow para apresentação dos resultados da dissertação.
<p>Seminário com os profissionais da ESF do município de Jaboatão dos Guararapes-PE.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Introdução inicial ao tema de avaliação de qualidade na APS; - Apresentação dos resultados da dissertação intitulada Avaliação de qualidade da Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos profissionais de saúde do município de Jaboatão dos Guararapes-PE. - Distribuição dos participantes dos encontros em seis grupos; - Cada grupo ficará com um atributo da APS a fim de analisar suas práticas, relacionando com os resultados apresentados. - Discutir os resultados insatisfatórios e propor soluções a curto, médio e longo 	<ul style="list-style-type: none"> - Auditório da Faculdade Integrada Tiradentes – FITS. - Computador e datashow para apresentação dos resultados da dissertação. - Insumos: papel, caneta, pincel atômico e fita adesiva.

	<p>prazo.</p> <ul style="list-style-type: none">- Discutir a implantação do processo avaliativo no município de Jaboatão dos Guararapes-PE.- Construção de um documento final para ser entregue à equipe gestora da Atenção Primária à Saúde do município de Jaboatão dos Guararapes-PE.	
--	---	--

Fonte: A autora.

4 RESULTADOS ESPERADOS

A realização de Seminários para discutir os resultados da avaliação de qualidade da ESF e a implantação do processo avaliativo junto à equipe gestora e aos profissionais, auxiliará na tomada de decisão dos gestores e na implementação de processos que visem melhorar a qualidade e efetividade da ESF do município de Jaboatão dos Guararapes-PE.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 1, p. 87-93, jan. 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: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portal do Departamento de Atenção Básica. **Nota Técnica - Informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica**. 2019. Disponível em: <<http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>>. Acesso em: 11 de fevereiro de 2019.
- COSTA, N. R. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1389-1398, 2016.
- DONABEDIAN, A. The Quality of Care: How can it be assessed? **Jama**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, sep. 1988.
- DUARTE, K. V. N. *et al.* Contribuições de um sistema tecnológico para a construção de ecomapas na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos: estudo de caso com equipes NASF. **Revista de APS**, v. 21, n. 4, p. 534-550, out/dez. 2018.
- FLÔR, C. R. *et al.* Primary health care as assessed by health professionals: comparison of the traditional model versus the Family Health Strategy. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 714-726, oct/dec. 2017.
- FRACOLLI, L. A. *et al.* Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4851-4860, dec. 2014.
- 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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, ago. 2006.
- IBGE. **Panorama do município de Jaboatão dos Guararapes – PE**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/jaboatao-dos-guararapes/panorama>. Acesso em: 14 fev. 2019.
- MACINKO, J. *et al.* Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. **Health Affairs**, v. 29, n. 12, p. 2149-2160, dec. 2010.
- MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 18-37, set. 2018.

MARTINS, J. S. *et al.* Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-13, jan/dez. 2016.

MENDONÇA, C. S. *et al.* Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. **Health Policy and Planning**, v. 27, n. 4, p. 348-355, jul. 2012.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, 2013.

PRATES, M. L. *et al.* Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1881-1893, jun. 2017.

ROCHA, R.; SOARES, R. R. Evaluating the impact of community- based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. **Health Economics**, v. 19, p. 126-158, sep. 2010.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v. 85, p. 65-82, Jun. 2009.

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

**ANEXO A - Instrumento de Avaliação da Atenção Primária Pcatool - Brasil versão
profissionais/ gestores**

A – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
A1 – Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
A3 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
A4 – Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
A6 - Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
A7 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
A8 – É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
A9 – Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico / enfermeiro / dentista (sem contar a triagem ou o acolhimento)?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()

B- LONGITUDINALIDADE*Entrevistador –*

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
B1 – No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro/dentista?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
B2 – Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
B3 – Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
B4 – Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
B5 – Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
B6 – Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
B7 – Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
B8 – Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
B9 – Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
B10 – Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
B11 – Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
B12 – Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
B13 – Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()

C- COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 – Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
C2 – Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
C6 – Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()

D- COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D1 – Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
D2 – Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
D3 – Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()

E- INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Entrevistador –

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (Repetir essa frase a cada 3-4 itens)

Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E1 – Aconselhamento nutricional.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
E2 – Imunizações.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
E3 – Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
E4 – Avaliação da saúde bucal.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
E5 – Tratamento dentário.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
E6 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
E7 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
E8 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
E9 – Sutura de um corte que necessite de pontos.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
E10 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
E11 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
E12 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
E13 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
E14 – Remoção de verrugas.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
E15 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
E16 – Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
E17 – Cuidados pré-natais.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
E18 – Remoção de unha encravada.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
E19 – Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()

E20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
E21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
E22 – Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos).	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()

F – INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Pergunte: Você atende pacientes (leia as alternativas):

() de todas as idades

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

() somente adultos

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

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

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

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

Perguntas F1 – F3 se aplicam a todas faixas etárias

Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis? (repeita esta pergunta a cada 3 itens)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
F2 – Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
F3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
Perguntas F4 – F13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima).					
Entrevistador pergunte: “Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ?”					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
F5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()

F6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
F7 – Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
F8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/ para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
F9 – Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
F10 – Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
F11 – Como prevenir quedas.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
F12 – Prevenção de osteoporose em mulheres.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
F13 - Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()

As perguntas F14 – F15 se aplicam apenas a crianças.

Entrevistador pergunte: “Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?”

F14 – Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
F15 – Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()

G - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G1 – Você pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
G2 – Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()

G3 – Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
--	-------	-------	-------	-------	-------

H - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
H1 – Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
H2 – Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
H3 – Seu serviço de saúde ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
H4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
H5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()
H6 – Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).	4 ()	3 ()	2 ()	1 ()	9 ()