



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

RAFAELA SIMÃO DE ABRANTES

**AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE, PARAÍBA: PERCEPÇÃO
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**CAMPINA GRANDE - PB
2020**

RAFAELA SIMÃO DE ABRANTES

**AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE, PARAÍBA: PERCEPÇÃO
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento aos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Wilton Wilney Nascimento Padilha

**CAMPINA GRANDE – PB
2020**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

A161a Abrantes, Rafaela Simão de.

Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde no município de Campina Grande, Paraíba [manuscrito] : percepção dos profissionais de saúde / Rafaela Simão de Abrantes. - 2020.

79 p.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2020.

"Orientação : Prof. Dr. Wilton Wilney Nascimento Padilha , UFPB - Universidade Federal da Paraíba ."

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação de Serviços de Saúde. 3. Profissionais de saúde. I. Título

21. ed. CDD 614

RAFAELA SIMÃO DE ABRANTES

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE, PARAÍBA: PERCEPÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento aos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública.

Aprovada em 27 de março de 2020.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Wilton Wilney Nascimento Padilha (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti (Membro interno)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Edson Hilan Gomes de Lucena (Membro externo)
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe Raimunda Simão, que de longe acompanha minha jornada e acredita em cada escolha feita até aqui.

Aos meus irmãos Sinval Júnior e Francisco Wellington, por serem pessoas as quais sempre pude contar na vida.

Ao amado Harley Jorge, fonte inesgotável de paz, conforto, carinho e lealdade. Obrigada pela confiança e admiração em tudo que faço, você é um verdadeiro companheiro e incentivador das minhas conquistas.

A especial e mais antiga amiga Diane Otília cuja amizade se fortalece a cada ano e tem sido prova de companheirismo e lealdade. A querida Aline Luz, pela sua imensa empatia e dedicação aos meus empecilhos na pesquisa e na vida. A amizade de vocês é essencial em cada conquista.

Aos amigos e colegas do curso, em especial Ana Aline, Ellen Tayanne e Cledinaldo Júnior, cuja cumplicidade e risadas tornaram a caminhada mais leve.

Ao meu orientador Prof. Dr. Wilton Wilney Nascimento Padilha que me abriu portas do conhecimento jamais exploradas. Digo sem exageros que sua existência fez total diferença na construção do ser humano que tenho sido e almejo ser.

Ao Prof. Dr. Ricardo Alves de Olinda por ter colaborado com esta pesquisa acrescentando conhecimentos indispensáveis.

Aos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde, por aceitarem participar do estudo e terem sido receptivos.

Aos demais professores, colegas e pessoas que contribuíram indiretamente para esta pesquisa.

Ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, pelas oportunidades.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve assumir a base da organização dos sistemas de saúde e é considerada a melhor estratégia para atender as necessidades em saúde mais frequentes da população, justificando a avaliação desses serviços para o seu aperfeiçoamento. Resultados de estudos que avaliaram a APS sugerem lacunas quanto ao seu desempenho e os fatores associados. O objetivo do presente estudo é avaliar a presença e extensão dos atributos da APS no município de Campina Grande, Paraíba. Trata-se de um estudo transversal, realizado com 202 profissionais - médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas - selecionados por conveniência, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Foi utilizado o instrumento *Primary Care Assessment Tool – Brasil (PCATool-Brasil)*, versão profissionais, que contempla seis atributos da APS (acessibilidade de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação dos serviços, orientação familiar e orientação comunitária) e fornece escores sobre o seu desempenho. Os escores $\geq 6,6$ foram considerados altos. Informações sociodemográficas, de formação e qualificação profissional e atuação na APS também foram coletadas entre os meses de julho a dezembro de 2019. Os dados foram analisados com o programa *R Core Team Statistical Software*. Na análise descritiva, os escores dos atributos foram apresentados na forma de média e mediana. Foram realizados o teste Qui-quadrado de Pearson, para associação das características dos profissionais com os escores geral alto e baixo, e testes T-Student e Mann Whitney para verificação dos escores dos atributos entre as três categorias profissionais. A análise multivariada baseou-se nas razões de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%), estimados por meio da Regressão de Poisson. Foi adotado um nível de significância de 5% para todas as análises. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Os resultados encontraram um escore geral e essencial de 7,16 e 6,89, respectivamente. Na análise por categoria profissional, os cirurgiões dentistas atribuíram escores inferiores em todos os atributos. Estiveram associados ao escore geral alto a realização de atividade de educação permanente ($p < 0,05$) e os profissionais médicos e enfermeiros em relação aos cirurgiões dentistas ($p < 0,05$). Conclui-se que os atributos da APS estão presentes no município estudado, com exceção da acessibilidade de primeiro contato. A extensão dos atributos variou segundo a categoria profissional, sendo inferior entre os cirurgiões dentistas. Destaca-se a educação permanente como estratégia relevante, visto que esteve associada ao escore geral alto.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde. Profissionais de Saúde.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) must assume the basis of the organization of health systems and is considered the best strategy to meet the most frequent health needs of the population, justifying the evaluation of these services for their improvement. Results of studies that assessed PHC suggest gaps in performance and associated factors. The aim of this study is to evaluate the presence and extent of PHC attributes in the city of Campina Grande, Paraíba. This is a cross-sectional study, carried out with 202 professionals - doctors, nurses and dental surgeons - selected for convenience, in the Basic Health Units (UBS). The Primary Care Assessment Tool - Brazil (PCATool-Brazil), professional version, was used, which includes six attributes of PHC (first contact accessibility, longitudinality, comprehensiveness, service coordination, family guidance and community guidance) and provides scores on the your performance. Scores > 6.6 were considered high. Sociodemographic information, training and professional qualification and performance in PHC were also collected between July and December 2019. The data were analyzed using the R Core Team Statistical Software program. In the descriptive analysis, the scores of the attributes were presented as means and medians. Pearson's chi-square test was performed to associate the characteristics of the professionals with the general high and low scores, and T-Student and Mann Whitney tests to verify the scores of the attributes between the three professional categories. The multivariate analysis was based on the prevalence ratios (PR) and their respective confidence intervals (95% CI), estimated using Poisson Regression. A significance level of 5% was adopted for all analyzes. The research was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Paraíba (UEPB). The results found a general and essential score of 7.16 and 6.89, respectively. In the analysis by professional category, dental surgeons assigned lower scores on all attributes. Permanent education activity ($p < 0.05$) and medical professionals and nurses in relation to dentists ($p < 0.05$) were associated with the high general score. It is concluded that the PHC attributes are present in the studied city, with the exception of first contact accessibility. The extension of the attributes varied according to the professional category, being lower among dental surgeons. Permanent education stands out as a relevant strategy, since it was associated with a high general score.

Descriptors: Primary Health Care. Health Services Evaluation. Health Personnel.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos valores mínimos, máximos, média e mediana dos atributos da Atenção Primária à Saúde segundo os profissionais das Unidades Básicas de Saúde, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2020.....	37
Tabela 2. Comparação de médias e medianas dos escores dos atributos, entre as categorias profissionais das Unidades Básicas de Saúde, Campina Grande, Paraíba, 2020.....	37
Tabela 3. Distribuição das variáveis sociodemográficas, de formação e qualificação profissional e de contexto de trabalho na APS, segundo a avaliação de escore alto e baixo pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2020.....	38
Tabela 4. Regressão bruta e ajustada para o escore geral da Atenção Primária à Saúde atribuído pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2020.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PCATool	Primary Care Assessment Tool
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	OBJETIVOS.....	12
2.1	GERAL.....	12
2.2	ESPECÍFICOS.....	12
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
3.1	HISTÓRICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	13
3.1.2	CONTEXTO INTERNACIONAL.....	13
3.1.3	CONTEXTO NACIONAL.....	15
3.2	AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	18
3.3	PCATOOL E ESTUDOS RELACIONADOS.....	21
4	MÉTODOS.....	27
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	27
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	28
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	28
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	28
4.5	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	28
4.6	VARIÁVEIS DO ESTUDO E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS...	28
4.6.1	VARIÁVEIS INDEPENDENTES.....	28
4.6.2	VARIÁVEL DEPENDENTE.....	29
4.7	COLETA DE DADOS.....	30
4.8	ANÁLISE DOS DADOS.....	30
4.9	ASPECTOS ÉTICO.....	31
5	RESULTADOS.....	32
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
	REFERÊNCIAS.....	50
	ANEXOS.....	62
	ANEXO A.....	63
	ANEXO B.....	64
	ANEXO C.....	65
	ANEXO D.....	66
	ANEXO E.....	75
	APÊNDICES.....	76
	APÊNDICE A.....	77
	APÊNDICE B.....	78

1 INTRODUÇÃO

O processo histórico da Atenção Primária à Saúde (APS) tem seu início no relatório de Dawson, em 1920, no qual foi apresentada como uma forma de organização dos sistemas de saúde, constituindo uma referência na orientação do modelo de saúde inglês daquela época (PEN, 1920). A consolidação do termo APS, no entanto, só ocorreu com a Conferência de Alma Ata, em 1978, onde foi definida sob uma perspectiva abrangente, sendo considerada o principal caminho para o alcance da meta de saúde mundial para o ano de 2000 (OMS, 1979).

A Declaração de Alma Ata, documento elaborado na conferência, trouxe a reafirmação da saúde como direito fundamental. Na ocasião, a APS foi explicitada como cuidados essenciais de saúde à indivíduos e famílias, correspondendo ao primeiro nível de contato de uma continuada atenção, com acesso universal, participação comunitária, com custos dentro dos limites do país, estando integrada ao sistema de saúde e ao desenvolvimento social e econômico da comunidade (OMS/UNICEF, 1979).

A partir de então, muitas concepções têm sido formuladas, incluindo a substituição da terminação APS pela Atenção Básica, no Brasil, fundamentada pelo pensamento do Movimento Sanitário Brasileiro que ensejava a construção de um sistema de saúde público universal, não limitado à uma política para pobres (GIOVANELLA, 2018; CECÍLIO, REIS, 2018).

Dos anos 1920 até a atualidade, o Brasil percorreu uma extensa trajetória em busca de organizar a APS no país, com a implantação de diferentes modelos com distintas concepções em várias regiões, tendo o Programa Saúde da Família (PSF), atual Estratégia Saúde da Família (ESF), como o marco mais relevante nesse processo (LAVRAS, 2011; MENDES, 2012; PAIM, 2012).

Desde sua criação, em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto política pública e sistema universal, tem contribuído sobremaneira para o fortalecimento da APS no Brasil. Tal avanço pode ser notado pela sua abrangência e da ESF que, em 2019, chegou a uma cobertura nacional de 74,76% e 64,47%, respectivamente (BRASIL, 2019).

O Ministério da Saúde (MS) considera o conceito de APS definido por Starfield (2002), como sendo a base do sistema de saúde e ponto de entrada na rede de serviços, integrando e coordenando os diversos estabelecimentos desse sistema para atender as necessidades de saúde mais comuns da população.

Além dos princípios e valores que constituem a APS, existe um conjunto de elementos estruturantes, denominados atributos, bastante utilizados em estudos. São eles: acesso de

primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação da atenção – denominados atributos essenciais; e orientação comunitária, orientação familiar e competência cultural – denominados atributos derivados (STARFIELD, 2002). Assim, considerando a avaliação dos serviços, para ser caracterizado como provedor de uma APS de qualidade, os mesmos precisam estar orientados de acordo com os referidos atributos (BRASIL, 2010).

Ao longo dos anos, o MS investiu na institucionalização da avaliação da APS no Brasil, destacando-se iniciativas como o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), a criação do instrumento de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) dentro do qual estava inserida a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ) (BRASIL, 2003; BRASIL, 2005; BRASIL, 2015).

Apesar dos potenciais, o AMQ não é padronizado de maneira adequada para avaliar todos os atributos da APS (FIGUEIREDO et al., 2013). Já os instrumentos do PMAQ, além de não se basear nos atributos da APS, apresentaram críticas quanto à padronização nas diferentes edições, dificultando o processo avaliativo de evolução das equipes de saúde (LIMA et al., 2018).

Após análise de diversos instrumentos de pesquisa para avaliar a APS, Fracolli et al. (2014) concluíram que a ferramenta considerada mais adequada é o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), caracterizado pela sua simplicidade e aplicabilidade dos resultados dos escores pela gestão local (D'ÁVILA et al., 2017). Esse instrumento, desenvolvido na *Johns Hopkins University*, tem como objetivo identificar a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS sistematizados previamente (STARFIELD, 2002).

O PCATool apresenta-se originalmente direcionado ao usuário adulto, aos cuidadores de crianças e aos profissionais de saúde (STARFIELD, 2002). As três versões foram validadas para o Brasil (HARZHEIM, 2000; HARZHEIM, 2006; HAUSER et al., 2013), onde foi nomeado de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil).

No cenário internacional, a avaliação da APS tem sido realizada, utilizando o PCATool-profissionais, em países como Dominica (MACINKO et al., 2015), China (ZOU et al., 2015), África do Sul (PRESSENTIN et al., 2018) e Chile (PESSE-SORENSE et al., 2019). De modo geral, os resultados encontrados nesses países variam quanto ao desempenho dos atributos, mas convergem para avaliações satisfatórias. Médicos generalistas ou especialistas em APS obtiveram melhores resultados quando comparado aos demais médicos (ZOU et al., 2015; PRESSENTIN et al., 2018).

No Brasil, os resultados dos estudos apresentam variações nos desempenhos dos atributos e os fatores relacionados, tendo sido verificada associação com a idade (PAULA et al., 2017), a qualificação profissional na área da APS (TURCI, COSTA, MACINKO, 2015), a experiência anterior na APS (LIMA et al., 2016) e o vínculo com os serviços (FERREIRA et al., 2016; NASCIMENTO et al., 2016).

Apesar da existência desses estudos no Brasil, pesquisas com profissionais de saúde ainda são escassas, sobretudo no Nordeste (Carneiro et al., 2014; Rolim et al., 2019) considerando a extensão territorial do país e a proporção dos serviços públicos de APS nas diferentes regiões. No estado da Paraíba, não foram encontrados estudos publicados que utilizaram o PCATool voltado para profissionais de saúde.

Mediante a existência de evidências robustas, a partir de estudos realizados em diferentes países e regiões, sobre o impacto da APS na melhoria do estado de saúde da população, no acesso, na equidade e na eficiência dos sistemas de saúde (STARFIELD, 2005; OMS, 2010; KRINGOS et al., 2010; MENDES, 2015), e tendo em vista que a avaliação constitui a principal forma para orientar o planejamento e a tomada de decisão por gestores e profissionais de saúde (AKERMAN, FURTADO, 2016), torna-se relevante a realização de estudos que avaliem o seu desempenho e grau de orientação de acordo com os atributos previamente citados (STEIN, 2013; LIMA et al., 2018).

Diante do exposto, esta pesquisa se propõe a avaliar a presença e extensão dos atributos da APS no município de Campina Grande, Paraíba, por meio do PCATool-Brasil, segundo os profissionais de saúde desses serviços.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Avaliar a presença e extensão dos atributos da APS no município de Campina Grande, Paraíba, na perspectiva dos profissionais de saúde.

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar os profissionais da APS, segundo dados sociodemográficos, de formação profissional e relacionados à atuação nos serviços.
- Analisar as proporções dos escores dos atributos atribuídos por cada categoria profissional (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas).
- Verificar associação dos fatores relacionados aos profissionais de saúde com o escore geral da APS.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 HISTÓRICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

3.1.1 CONTEXTO INTERNACIONAL

Historicamente, uma série de movimentos ocorridos entre o início da década de 1920 e o final da década de 1970 contribuíram para a formulação da APS. O Relatório de Dawson, em 1920, constitui o embrião da APS, quando pela primeira vez a atenção à saúde foi pensada sob uma perspectiva de organização em níveis hierarquizados de assistência, inaugurando o conceito de regionalização dos sistemas de atenção à saúde. Assim, foram definidos três níveis de serviços, formados por centros de saúde primários, secundários e hospitais escola (PENN, 1920). Os preceitos desse documento embasaram a criação do Sistema Nacional de Saúde britânico e serviram de influência para organização dos serviços de saúde de diversos países (MENDES, 2015; PORTELLA, 2017).

A criação do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, em 1948, e a adoção de médico generalista, tendo principiado a medicina de família e comunidade, são marcos relevantes nesse contexto (LAKHANIM, BAKER, FIELD, 2007). Outros acontecimentos foram importantes, dos quais muitos eram movimentos progressistas dos anos sessenta, desde o movimento feminista e a pílula anticoncepcional, movimentos pacifistas e ecológicos e o enfoque na saúde materno-infantil. (SAKELLARIDES, 2001). Todo esse contexto histórico contribui para um clima global favorável à institucionalização da APS, que se concretizou na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma-Ata, em 1978 (OMS/UNICEF, 1979).

A Declaração de Alma Ata, documento elaborado na conferência, trouxe a reafirmação da saúde como direito fundamental e a meta mundial para melhoria social, hoje conhecida como “Saúde para todos no ano 2000”. A APS explicitada no documento tem uma definição abrangente, podendo ser resumida em: cuidados essenciais de saúde à indivíduos e famílias, sendo o primeiro nível de contato de uma continuada atenção, com acesso universal, participação comunitária, e custo dentro dos limites do país, estando integrada ao sistema de saúde e ao desenvolvimento social e econômico da comunidade (OMS/UNICEF, 1979).

Do ponto de vista de modelo de atenção à saúde, a APS corresponde ao primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde, sendo composta por uma rede ambulatorial capaz de atender os

problemas de saúde mais habituais da população (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012). É a entrada no sistema de saúde, provedora de atenção contínua, além de coordenar ou integrar a atenção em outros pontos do sistema (STARFIELD, 2002). Entretanto, existem diferentes interpretações do termo APS, consequência da conjuntura na qual surgiu e se desenvolveu e da própria utilização de definições ambíguas em diferentes contextos acadêmicos e políticos (MENDES, 2015). Assim, pode ser encontrado na literatura três significados principais: APS seletiva, APS como nível primário do sistema de atenção e a APS como estratégia para organização do sistema (BRASIL, 2011a; OPAS, 2011; MENDES, 2012).

A APS seletiva, implementada em países em desenvolvimento, caracteriza-se por ações custo-efetivas e restritas, com atenção voltada para grupos específicos, saúde materno-infantil e doenças infecciosas, sendo direcionadas à população que vive em pobreza extrema (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012).

A APS constitui o primeiro nível de atenção na rede de serviços em países desenvolvidos com sistemas universais de saúde, os quais atuam principalmente médicos generalistas e especialistas em medicina de família e comunidade. Correspondem ao primeiro contato dos pacientes dentro da rede de serviços, com ampla oferta de procedimentos clínicos e ações preventivas (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012).

A APS como estratégia para organização de todo o sistema saúde, além de englobar as duas definições previamente citadas, atua como coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), de modo a gerenciar os recursos do sistema para atender as necessidades mais comuns da população (MENDES et al., 2012).

O processo de reformas da APS, bem como os desafios para a consolidação de uma APS integral, foram abordados em um estudo com países da América do Sul. Os doze países avaliados, incluindo o Brasil, apresentam como similaridade o resgate da visão ampliada da APS de Alma-Ata, tendo como partes constituintes: enfoque familiar e comunitário, base territorial, equipe multidisciplinar, incorporação de agentes comunitários de saúde e participação social. Acrescenta, entretanto, a existência de tensões nas concepções e implementações da APS inerentes às adversidades na edificação de sistemas públicos universais, destacando a relevância do atual contexto crítico, político e econômico que vivem esses países, e que na inexistência de proteção social impossibilita uma APS integral (GIOVANELLA, 2017).

Atualmente, é internacionalmente aceito que sistemas de saúde embasados na APS de qualidade são benéficos, com melhorias nos resultados em saúde, no acesso, na equidade e na eficiência dos sistemas de saúde (STARFIELD, 2005). O fortalecimento da APS tem sido a

estratégia central para alcançar transformações no sistema de saúde, promover acesso universal e proteção social em saúde, modificar o quadro epidemiológico, respondendo às necessidades das diferentes demandas, proporcionar estilo de vida e comportamento saudável e reduzir danos sociais e ambientais à saúde (OPAS/OMS, 2007; WHO, 2008; MENDONÇA, 2011; CONILL, 2014).

3.1.2 CONTEXTO NACIONAL

No Brasil, o termo atenção básica é bastante utilizado em contraposição ao uso da APS, muito embora a atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) explicita que ambos os termos sejam equivalentes (BRASIL, 2017). Essa característica brasileira, na verdade, guarda uma diferenciação ideológica em oposição a ideia simplista da APS, decorrente de um processo político ensejado pelo Movimento Sanitário Brasileiro e da construção do pensamento da Saúde Coletiva, que buscavam a criação de um sistema de saúde público e universal, em oposição à APS seletiva de ações restritas voltadas para pobres, implementada então em nossa região (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012; GIOVANELLA, 2018; CECÍLIO, REIS, 2018).

Essa visão, porém, é contraposta por alguns autores, que defendem que o termo atenção básica remete à ideia de APS seletiva, ao lado de um primeiro nível de atenção do SUS, com serviços de baixa densidade tecnológica, na prática, prestados para pobres (MELLO, 2009; PAIM, 2012; MENDES, 2015), necessitando ter essa denominação superada (MENDES, 2015).

Desde os anos 1920 até a atualidade, existiram várias tentativas de implantação da APS no Brasil, apresentando uma história ímpar, processada em sete ciclos de desenvolvimento descritos abaixo (MERHY, 1992; MENDES, 2002):

O primeiro ciclo é representado pela criação dos Centros de Saúde pela USP, em 1924, sob a provável influência do pensamento dawsoniano do Reino Unido. Esses espaços apresentavam população adscrita, ação focada na educação sanitária, promoção da saúde e prevenção das doenças, com clara separação do campo da saúde pública e da atenção médica (MENDES, 2012).

A criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), atual Fundação Nacional de Saúde, no início dos anos 1940, configura o segundo ciclo. Inspirando no modelo sanitário americano, o SESP inaugurou a criação de unidades de APS com ações preventivas e curativas,

embora incluíssem restrições do pensamento biologista da época, além de ações verticais de saúde pública (MENDES, 2012).

O terceiro ciclo, a partir da metade dos anos 1960, prosseguiu nas Secretarias Estaduais de Saúde, que mantiveram o núcleo tecnológico sespiano, com foco na prevenção de doenças, surgindo agora os programas de saúde pública, de certo caráter vertical, com modelo de direcionamento da atenção médica para o grupo materno-infantil e para determinadas doenças infecciosas (MENDES, 2012).

Nos anos 1970, o quarto ciclo iniciou seu desenvolvimento por meio de programas de APS seletiva cujo objetivo era a extensão de cobertura. Iniciados como estudos pilotos em universidades, convergiram para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), iniciado em 1976 no Nordeste e expandido por todo o país em 1979 (MENDES, 2012).

O quinto ciclo ocorreu simultaneamente à crise da Previdência Social, no início dos anos 1980, o que ocasionou a instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS), de modo que as unidades de APS acabaram herdando as práticas de atenção médica do Instituto Nacional de Medicina e Previdência Social (INAMPS) (MENDES, 2012).

Diante do cenário histórico e político, o Brasil encontrava-se marcado por lutas pela democracia e por direitos de cidadania. Até então, inexistia uma política nacional de atenção primária, contando apenas com uma assistência fragmentada e pouco expansiva (PINTO, GIOVANELLA, 2018). O modelo de saúde vigente era alvo de críticas (PAIM, 2003), tendo sido manifestadas na VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986) e na promulgação da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), fomentando a conquista do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990 (BRASIL, 1990a, BRASIL, 1990b).

Esse cenário representou o sexto ciclo, que foi concretizado com a municipalização das unidades de APS, gerando expressiva expansão desses serviços (MENDES, 2012). Os princípios do SUS tornaram-se orientadores para ações em saúde, contemplando o acesso universal, a equidade, a integralidade, a regionalização, a hierarquização e a descentralização dos serviços e a participação popular (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Com o SUS tendo a integralidade da atenção como um de seus princípios ordenadores, era inconcebível a oferta da APS como um programa de atenção primária seletiva, sendo necessária a criação de um modelo de APS que garantisse o que o SUS prometia. Assim, iniciou-se o sétimo e atual ciclo, denominado ciclo da atenção básica à saúde, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), no final de 1993 (MENDES, 2015).

De todas as tentativas de organização da APS no Brasil, o PSF foi o marco mais relevante nesse processo, tornando-se a principal estratégia para a ampliação do acesso e mudança do modelo de atenção (LAVRAS, 2011; MENDES 2012; PAIM, 2012). Tendo surgido a partir de influências internas e externas, como os modelos canadense, cubano e inglês, encontra sua raiz mais expressiva, porém, no Programa de Agentes de Saúde, instituído pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, em 1987, compondo um programa de emergência de combate à seca. O sucesso do programa fez com que o Ministério da Saúde o intitulasse de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e estendesse-o para todo o país, em 1991 (MENDES, 2012).

Em 2006 o PSF foi transformado em ESF, expresso na PNAB, apresentando-se como eixo norteador do SUS (BRASIL, 2006). Nesse contexto, a descentralização do sistema público de saúde, aos poucos, beneficiava os municípios, que passaram a se responsabilizar pela atenção à saúde da sua população, tendo que criar estrutura gerencial, implantar serviços de saúde e participar no financiamento da saúde, processo hoje completo na totalidade dos municípios brasileiros (PINTO, GIOVANELLA, 2018).

Da PNAB 2006 a 2013 verificou-se avanços no enfrentamento problemas para consolidar uma APS de qualidade no Brasil (GIOVANELLA et al., 2016; ALMEIDA, 2018). A PNAB 2011 fortaleceu o papel da APS na rede de atenção à saúde, expandiu as funções dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, acrescentou as especificidades das equipes que atendessem às populações de rua e ribeirinhas e deu abertura para ampliação de ações intersetoriais e de promoção de saúde por meio do Programa Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2012).

Destaque deve ser feito para a criação do PMAQ-AB, com investimento financeiro para a avaliação do desempenho das equipes de atenção básica, a criação do Programa de Requalificação da Unidade Básica de Saúde (Requalifica UBS), com incentivos para a estruturação e fortalecimento da atenção básica, e a criação do Programa Mais Médicos (PMM), para suprir a carência desses profissionais e direcionar uma formação voltada para a APS (BRASIL, 2011b, BRASIL, 2011c, BRASIL, 2013).

O percurso feito até aqui convergia com os princípios do SUS e o enfrentamento de desafios para o estabelecimento de uma proposta de APS abrangente (GIOVANELLA, et al., 2016), o que não ocorreu na última revisão da PNAB, em 2017 (MOROSINI, FONSECA, 2017; ALMEIDA, 2018; PINTO, GIOVANELLA, 2018; CECÍLIOS, REIS, 2018; MAROSINI, FONSECA, LIMA, 2018).

A última PNAB 2017 apresenta algumas questões ameaçadoras que devem ser consideradas. A relativização da cobertura populacional dos serviços de saúde, sendo imperativa apenas para populações vulneráveis, a não obrigatoriedade do agente comunitário

de saúde na composição da equipe de saúde, valorizando o modelo de atenção básica tradicional; a criação de flexibilização de carga horária para profissionais de saúde, podendo levar à fragmentação do processo de trabalho e vínculo, comprometendo a longitudinalidade; além de uma carteira de serviços divididos em essenciais e estratégicos, criando distintos padrões de atenção básica (MOROSINI, FONSECA, 2017; ALMEIDA, 2018; PINTO, GIOVANELLA, 2018; CECÍLIOS, REIS, 2018; MAROSINI, FONSECA, LIMA, 2018).

Finalmente, de acordo com Mendes (2015), o atual ciclo da atenção básica encontra-se esgotado, sendo necessária uma transformação do PSF numa verdadeira ESF, que signifique mais do que mudança semântica já ocorrida, propondo um novo ciclo denominado de APS em substituição à atenção básica. Essa mudança, para além de um conceito, propõe uma configuração inovada para compor a APS como uma estratégia de organização do SUS.

O cenário brasileiro atual, no entanto, marcado por políticas neoliberais de extrema-direita, tem levado a perda de direitos trabalhistas e sociais significantes, com incentivos à privatização, que também afetam o setor saúde. Não bastasse o retrocesso da última PNAB (2017), outras medidas têm sido tomadas no sentido de comprometer a qualificação da APS, caminhando, na prática, para uma concepção restrita e limitada de APS (GIOVANELLA et al., 2019).

3.2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

No Brasil, nos anos que se seguem após a Constituição de 1988, com a reorganização da APS no país, o interesse de técnicos e gestores pela avaliação ganha destaque diante do cenário duvidoso quanto à eficácia dos investimentos e da efetividade das políticas, programas e serviços de saúde recém implantados. Assim, algumas questões foram levadas em consideração no âmbito da avaliação durante o processo decisório, tais como acesso, qualidade da atenção, descentralização das ações e controle de recursos financeiros (FIGUEIRÓ, FRIAS, NAVARRO, 2010; CARVALHO et al., 2012).

Existe uma variedade de conceitos atribuídos ao termo avaliação, podendo ser entendida como o ato de julgar uma intervenção ou qualquer um dos elementos que a compõe, com o intuito de contribuir para a tomada de decisão. Esse julgamento pode ser feito por meio de uma avaliação normativa, comparando a estrutura, o processo e os resultados obtidos, lançando mão de critérios e normas estabelecidos, ou por meio de uma pesquisa avaliativa, que utiliza o

método científico, analisando a pertinência, a fundamentação teórica, a produtividade, os efeitos e o rendimento da intervenção (CONTANDRIOPOULOS, 2000).

Historicamente, as características e diversidades da avaliação foram organizadas em gerações, definidas por Guba e Lincoln (1981). A primeira (1900-1930) é marcada pelo surgimento e aplicação de instrumentos de mensuração para avaliar beneficiários de uma intervenção; a segunda (1930-1960) é representada pela descrição da intervenção, dando surgimento a avaliação de programas; a terceira (1967-1980) tem como abordagem o julgamento de uma intervenção para auxiliar na tomada de decisões; e a quarta, (1980-atual), envolve a negociação entre os protagonistas interessados e envolvidos na avaliação (GUBA, LINCOLN, 1981; GUBA, LINCOLN, 2011).

A abordagem da quarta geração difere das anteriores baseadas no paradigma positivista que considera a existência de uma realidade exclusiva e objetiva a ser medida, descrita ou julgada, sem levar em consideração os autores envolvidos e a sua proximidade do objeto avaliado. Busca, assim, superar essa visão puramente gerencial e excessivamente científica que prejudica o pluralismo de valores (GUBA, LINCOLN, 2011).

A avaliação constitui a forma mais sensata de obter informação sobre a efetividade de um sistema de saúde, auxiliando na racionalização das atividades e alocação de recursos. Para tal, é necessário que seja institucionalizada, integrando-se ao sistema organizacional e com capacidade de influência comportamental orientada para a produção de ação (HARTZ, 2002; HARTZ, 2011).

Nesse sentido, a tomada de decisão na APS, a partir da avaliação, poderia se traduzir, por exemplo, na capacidade de aumentar o investimento financeiro no serviço, melhorar a regulação da atenção permitindo garantia de atendimento de maior complexidade, ou modificar o processo de trabalho da equipe e aprimorar práticas. É notório concluir que a avaliação vai além da apresentação de um estado, possibilitando, entre outras competências, a aptidão para a gestão de recursos (TANAKA, 2011).

Considerando a imensidão do campo das avaliações em saúde, uma opção de fácil uso operacional muito utilizada é a avaliação feita pela atribuição de valor aos processos para definição de indicadores de qualidade. Assim, permite avaliar o cuidado oferecido e o grau de equivalência com padrões estabelecidos, possibilitando a conclusão acerca da qualidade dos resultados (DONABEDIAN, 1980; BROUSSELLE et al., 2011).

O modelo de Donabedian para avaliação de qualidade de serviços de saúde leva em consideração a tríade estrutura – processos – resultados, destacando que a maneira mais objetiva de avaliar a qualidade do cuidado se dá por meio dos processos (atividades realizadas pelos

serviços). Também considera a existências de sete pilares da qualidade: eficácia – capacidade de produzir melhoria na saúde e bem-estar, em condições ideais; efetividade – melhoria na saúde alcançada ou alcançável, em condições rotineiras da prática; eficiência – medida do custo para gerar impacto positivo na saúde; otimização – máximo cuidado em saúde obtido, considerando uma proporção com os custos; aceitabilidade – adaptação do cuidado às expectativas, valores e cultura dos usuários e suas famílias; legitimidade – grau de aceitação do cuidado pela sociedade e comunidade em geral; e equidade – princípio norteado pela justiça na distribuição dos cuidados e benefícios entre os indivíduos (DONABEDIAN, 1980).

Starfield (2002) retrata a qualidade da atenção à saúde como um objetivo em constante busca, se considerarmos que o alcance de um padrão de qualidade estabelecido implica a existência de outro superior a ser alcançado. Isso impossibilita a determinação de padrões normativos imutáveis e absolutos, tornando necessário sua contínua atualização (STARFIELD, 2002).

A qualidade em saúde passou a ser reivindicada como uma necessidade, de modo que ações e programas que buscam a melhoria da qualidade devem ser uma prioridade para os gestores (JORGE, et al, 2015). No Brasil, muitas iniciativas têm sido feitas nos últimos anos pelo MS no sentido de tornar a avaliação uma prática institucionalizada, mas a sua incorporação no cotidiano dos serviços de saúde ainda constitui um grande desafio para APS brasileira (AKERMAN, FURTADO, 2016).

Dentre as primeiras iniciativas do MS de avaliação em saúde, no âmbito da APS, destacam-se os estudos do PROESF e a criação da AMQ (BRASIL, 2003; BRASIL, 2005). Os principais objetivos do PROESF estavam pautados na qualificação e ampliação da ESF, na avaliação das ações realizadas pelo programa e na formação de recursos humanos (BRASIL, 2003). O AMQ foi apresentado às equipes como uma ferramenta de auto avaliação de caráter voluntário a fim de contribuir para a qualidade da ESF (BRASIL, 2005). Apesar das potencialidades e da indicação de padrões de qualidade a serem alcançados pelas equipes, a imprecisão na aferição dos escores para classificar o desempenho das equipes limitou seu uso em pesquisas avaliativas (SILVA, CALDEIRA, 2011).

Já o PMAQ-AB teve como proposta a avaliação e coordenação de ações para o alcance de qualidade dos serviços prestados pelas equipes de saúde, configurando uma estratégia do MS para qualificação da atenção básica. O principal objetivo do PMAQ-AB era a ampliação da oferta qualificada dos serviços de atenção básica do SUS, por meio de um processo que ocorre em quatro fases (adesão, desenvolvimento das estratégias, avaliação externa e reconstrução), constituindo um ciclo contínuo de avaliação. As equipes avaliadas

recebiam uma certificação de qualidade que levava em consideração o desempenho no monitoramento de indicadores pactuados e a constatação de uma série de padrões de qualidade (BRASIL, 2011).

A autoavaliação das equipes de saúde compunha um ponto de partida na fase de desenvolvimento do PMAQ-AB. Esse processo podia ser feito mediante a utilização de um instrumento próprio, escolhido pela gestão, ou através da ferramenta AMAQ, criado com o intuito de promover a autoanálise, a autogestão, a identificação de impasses, apoiando na elaboração de estratégias de intervenção para o aperfeiçoamento dos serviços e do processo de trabalho (BRASIL, 2016).

Ademais, em um estudo de revisão sobre os instrumentos utilizados em todo o mundo para avaliar a APS, concluiu que o mais adequado e que mais se aproxima da proposta da ESF é o PCATool (FRACOLLI et al., 2014), um instrumento de avaliação de reconhecimento mundial, validado no Brasil e indicado pelo MS e que foi utilizado nesta pesquisa (BRASIL, 2010).

3.3 PCATool E ESTUDOS RELACIONADOS

Tomando como base os princípios de avaliação em saúde definidos por Donabedian (1980), Starfield (2002) sistematizou a avaliação da qualidade da APS prestada ao indivíduo ou população mediante atributos essenciais e derivados, mensurados por meio do PCATool. O instrumento de avaliação apresenta-se originalmente em três versões destinadas às crianças, aos adultos e aos profissionais ou gestores do serviço de saúde (SHI, STARFIELD, XU, 2001).

Os atributos essenciais - acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção - e os atributos derivados - orientação familiar e comunitária e competência cultural, estabelecidos por Starfield (2002), estão abaixo descritos:

- Acesso de primeiro contato: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como primeira escolha para cada novo problema de saúde, excluindo as emergências e urgências médicas.
- Longitudinalidade: existência de um aporte de atenção contínua e de uso consistente ao longo do tempo, baseada em uma relação de confiança mútua entre os usuários e os profissionais que compõem as equipes de saúde.
- Integralidade: conjunto de serviços ofertados pelas equipes de APS, de modo a contemplar a promoção, prevenção, cura e reabilitação, incluindo serviços de encaminhamento, a fim de garantir uma atenção integral para os usuários.

- Coordenação da atenção: consiste na garantia de continuidade da atenção na rede de serviços, coordenado pelo provedor da atenção primária.
- Orientação centrada na família: consideração do contexto familiar na abordagem do cuidado à saúde dos usuários.
- Orientação comunitária: reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade baseado no contexto social e cultural em que vivem.
- Competência cultural: implica adaptação das equipes de saúde à cultura da população, facilitando a comunicação e relação entre si.

O PCATool foi validado no Brasil inicialmente por Harzheim e colaboradores (2006) recebendo o nome de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool-Brasil). Baseado nos estudos de validação, em 2010, o Ministério da Saúde lançou o manual do PCATool-Brasil de modo que representa, atualmente, o único instrumento capaz de medir a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados de APS nos diversos serviços nacionais (BRASIL, 2010).

Uma das propriedades significativas desse instrumento é a possibilidade de comparação internacional dos estudos (D'ÁVILA et al., 2017), visto que foi adaptado e validado em diversas nações como Taiwan, Hong Kong, Canadá, Espanha, Coreia do Sul, Argentina e Japão (TSAI et al., 2010a; TSAI et al., 2010b, WONG et al., 2010; HAGGERTY et al., 2007; PASARÍN et al., 2007; LEE et al., 2009; BERRA et al., 2011; BERRA et al., 2013, BRESICK et al., 2015; AOKI, INOUE, NAKAYAMA, 2016).

Na presente pesquisa, foi utilizada a versão profissionais do PCATool, que foi traduzida e validada no Brasil por Hauser et al. (2013). Em estudo realizado em Porto Alegre com 340 profissionais médicos e enfermeiros, os autores evidenciaram que o instrumento é válido e fidedigno para medir a qualidade dos serviços de APS.

No Brasil, alguns estudos relevantes que utilizaram o PCATool- profissionais foram encontrados, sendo abaixo descritos.

Castro et al. (2012) verificaram a diferença da qualidade da atenção à saúde do adulto prestada entre os diferentes tipos de serviços, incluindo as Unidades Tradicionais e a ESF, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. O PCATool (versão profissional), foi aplicado a 340 médicos e enfermeiros das unidades. Os resultados mostraram que as ESF apresentaram Escore Geral significativamente maior que as Unidades Tradicionais. Os profissionais com especialidade na área da APS e a oferta de educação continuada pelo município também estiveram associados com a prevalência do alto escore geral. Os autores concluíram que a ampliação da cobertura da

ESF e o investimento na qualificação profissional contribuíram para a qualificar a APS no município.

Outro estudo comparou o funcionamento da APS em dois diferentes serviços, avaliados por 69 profissionais, dos quais 37 atuavam na ESF, 23 nas Unidades Tradicionais e 9 gestores. Os resultados mostraram que melhor desempenho foi verificado nas ESF nas dimensões vínculo, elenco de serviços, enfoque familiar e orientação comunitária, embora não tenha sido verificada, em relação à Unidade Tradicional, melhoria do atributo acesso. Esta dimensão foi melhor avaliada pelos gestores do que pelos profissionais, havendo concordância nas demais respostas (CESAR et al., 2014).

Com o objetivo de verificar a consistência das respostas entre usuários, profissionais e gestores, na avaliação dos atributos enfoque familiar e orientação comunitária, Alencar et al. (2014) realizaram um estudo em São Luís, no Maranhão, com 883 usuários, 80 médicos e enfermeiros e 32 gestores das unidades de saúde da ESF. Os resultados do escores de ambos os atributos, de modo geral, foram baixos, apresentando os menores valores nos resultados dos usuários, e os maiores a partir dos gestores. O viés de intenção por parte dos gestores pode ter ocorrido, considerando a aspiração por bons resultados dos serviços que coordenam.

No mesmo ano, o estudo conduzido por Carneiro et al., (2014) avaliou a coordenação do sistema de saúde, por meio da participação de 98 médicos e enfermeiros de unidades da ESF e 607 usuários, no município de Sobral, Ceará. No geral, foram encontradas discrepâncias entre as respostas dos usuários e profissionais. A deficiência na contrarreferência para a APS foi apontada pelos autores, em oposição à boa avaliação da utilização do prontuário familiar. Foi reforçado a necessidade de comunicação entre as redes de atenção para integração dos serviços.

Um estudo conduzido por Turci, Costa e Macinko (2015), avaliou a relação dos fatores estruturais e organizacionais no desempenho das equipes da ESF. Participaram do estudo 538 enfermeiros e seus 147 gestores. Os resultados mostraram um escore geral satisfatório. Estiveram associados ao bom desempenho dos serviços: disponibilidade de equipamentos e outros insumos, formação dos profissionais em saúde da família, presença do médico por mais de 30 horas semanais e existência de quatro ou mais equipes por unidade básica de saúde, revelando a importância desses fatores na qualidade da APS.

Lins et al. (2016) avaliaram os atributos da APS durante o estágio de internato em Saúde da Família do curso médico da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), utilizando uma amostra de 10 médicos preceptores das Unidades Básicas de Saúde (UUBS) e 48 discentes que já haviam cursado o estágio em saúde da família. Os escores obtidos apresentaram valores positivos, embora tenha sido evidenciando fragilidades nos atributos acesso, coordenação do

cuidado e integralidade e serviços complementares disponíveis. Considerando a avaliação, de maneira geral, satisfatória, os autores destacaram a importância do fortalecimento da integração ensino-serviço.

Com o objetivo de avaliar a qualidade da ESF e verificar a associação entre os atributos da APS e as características sociodemográficas e profissionais das equipes de saúde, Lima et al. (2016) realizaram um estudo no município de Serra, Espírito Santo, com 205 profissionais, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A longitudinalidade e a orientação familiar foram os atributos melhores avaliados. Estiveram associadas com o melhor desempenho da ESF: o nível de instrução e a apresentação de experiência anterior da ESF.

O perfil de formação e a qualificação dos profissionais da ESF foram analisados em relação a qualidade dos serviços de APS no estudo de Oliveira et al. (2016), com 92 médicos e enfermeiros que formavam as equipes de saúde, na região noroeste do município de Goiânia, Goiás. Foi constatada associação entre o perfil de qualificação dos profissionais com a qualidade dos serviços de saúde no modelo estratificado, além do tempo de atuação naquele serviço e a presença de capacitação profissional. O mesmo não ocorreu no modelo geral.

No município de Passos, Minas Gerais, foi realizado um estudo para avaliar a extensão dos atributos da APS em unidades de ESF e Unidades Tradicionais, com uma amostra de 27 enfermeiros. Os resultados evidenciaram que as ESF obtiveram maiores escores em todas as dimensões, com exceção do acesso de primeiro contato (FERREIRA et al., 2016).

Nascimento et al. (2016) avaliaram a qualidade da atenção prestada à criança e adolescente vivendo com HIV, entre os diferentes tipos de serviço de APS, de Santa Maria, Rio Grande do Sul, com 118 profissionais. Melhores resultados foram obtidos da ESF quando comparados com os da Unidades Tradicionais. Estiveram associadas à qualidade da APS: profissionais com especialização em APS, outro emprego e vínculo estatutário. Apesar do bom desempenho, a cobertura dos serviços é baixa, necessitando ser ampliada.

Nessa mesma linha, Ferreira et al. (2016b) avaliaram o escore geral da APS em 25 municípios de residências de crianças e adolescentes com HIV que eram acompanhadas no hospital universitário referência no interior do Rio Grande do Sul. Foram entrevistados 527 médicos, enfermeiros e odontólogos que atuavam nas Unidades Tradicionais e ESF referenciadas. Foi verificada uma avaliação geral satisfatória em ambos os serviços, mas apenas a ESF apresentou um alto escore. Em relação às variáveis associadas ao alto escore geral, houve significância na presença de idade menor que 30 anos, formação profissional de clínico geral e enfermeiros em relação aos odontólogos, tempo de formação menor ou igual a 15 anos, con-

clusão de pós-graduação menor ou igual a seis anos, vínculo estatutário com o serviço e não possuir outro emprego.

Utilizando a mesma amostra do estudo acima, Paula et al. (2017) analisaram o atributo longitudinalidade individualmente. Constataram que esse atributo apresentou escore satisfatório. O escore alto esteve associado à presença de profissional com idade menor ou igual a 30 anos e com formação profissional clínico geral em relação aos demais profissionais de saúde. Na ESF, o tempo suficiente no atendimento aos usuários foi associado ao alto escore. A APS apresentou potencial para o atendimento dessa população, com ênfase para o vínculo, decisivo para a continuidade da atenção.

Flôr et al. (2017) compararam o desempenho dos serviços de ESF com Unidades Tradicionais, no município de Divinópolis, Minas Gerais. Os dados foram obtidos mediante a participação de 3 gestores e 81 médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Os resultados demonstraram melhor desempenho da ESF no escore geral e nas dimensões vínculo, elenco de serviços, enfoque familiar e formação profissional. Apesar disso, ainda não atingiu desempenho esperado, evidenciado a necessidade de qualificação da APS.

Antunes et al (2018) avaliaram os atributos derivados – orientação comunitária e familiar, nas ESF e nas Unidades Tradicionais, com 524 profissionais da APS. Verificaram que o escore derivado atribuído às ESF foi maior em relação às UBS. As variáveis que estiveram associadas ao alto escore foram: a visita domiciliar, a formação profissional e o vínculo empregatício.

Gomes e Fracolli (2018) avaliaram os atributos essenciais e derivados da APS na ESF. O estudo foi realizado em 21 municípios da região de Presidente Prudente, São Paulo, com uma amostra de 102 médicos, enfermeiros e gestores. Os escores de ambos os atributos apresentaram valores satisfatórios, indicando uma adequação na qualidade da atenção na região avaliada.

Rolim et al. (2019) realizaram um estudo em Fortaleza-CE, com 451 profissionais (médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros) das UBS. Verificaram desempenho geral insatisfatório dos serviços, de modo que os cirurgiões dentistas foram os que atribuíram os piores valores aos atributos da APS.

No contexto internacional, alguns estudos utilizando o PCATool-profissionais foram encontrados. Macinko et al. (2015), avaliaram aspectos estruturais e funcionais da APS no país Dominica, a partir de entrevistas com 12 gestores ou pesquisadores com experiência no sistema de saúde e 73 médicos e enfermeiros. No geral, os resultados dos escores obtidos para os distritos de saúde do país foram bons, embora com algumas variações. O estudo forneceu dados para o planejamento de estratégias para o melhoramentos da APS e a identificação de áreas prioritárias para futuras investigações.

Zou et al. (2015), em Guangdong, província no Sul da China, compararam a qualidade da APS ofertada por 401 médicos de acordo com a formação ou não em clínico geral. Os autores verificaram que os médicos clínicos gerais relataram melhores resultados da qualidade da APS do que os demais, mesmo no modelo ajustado para características sociodemográficas. Além disso, os clínicos gerais apresentaram maior interesse em permanecer no seu trabalho atual, o que contribui como um ponto positivo para a qualificação dos serviços de APS.

Bresick et al. (2016) avaliaram o desempenho da APS na Província do Cabo Ocidental, África do Sul. Participaram do estudo 1.432 usuários e 164 médicos e gestores. Os resultados das avaliações apresentaram discrepâncias entre os usuários e provedores dos serviços, de modo que estes últimos obtiveram melhores escores. Já a experiência dos usuários, de modo geral, foi considerada insatisfatória. Apesar das limitações do estudo, os autores afirmam que os mesmos têm potencial para orientar a implementação de reformas na região.

Mukiapini et al. (2018) avaliaram a qualidade da APS através de entrevistas com 20 médicos e enfermeiros e 110 usuários de um serviço de APS em Dunoon, África do Sul. Foram encontradas discrepâncias nos resultados dos usuários e profissionais de saúde. Os escores gerais apresentaram bons resultados, mas alguns dos atributos individuais apresentaram desempenho insatisfatório, com destaque para o acesso de primeiro contato que foi mal avaliado por ambos os grupos. Embora os resultados do estudo não contribuam com medidas específicas de intervenção, os autores enfatizam que podem contribuir para orientar os gestores no aperfeiçoamento da APS.

Curtido e Lorenzo (2018) avaliaram o desempenho da acessibilidade e da longitudinalidade das equipes de atenção primária, na cidade de Granada, Espanha. Além disso, comparam os resultados de acordo com o tipo de local (rural ou urbano). Os dados descritivos foram provenientes de uma amostra composta por 34 diretores dos serviços de APS. Os resultados evidenciaram que apenas as equipes que possuíam serviço de emergências obtiveram uma acessibilidade satisfatória, com diferenças em função do local. A longitudinalidade obteve bom desempenho, se sobressaindo aquelas equipes com formação na área de medicina da família e comunitária.

Pesse-Sorensen et al. (2019) realizaram um estudo no município de Conchalí, Santiago, Chile, com 109 profissionais que atuavam nos serviços de APS. Foram encontrados desempenhos satisfatórios dos serviços, com maiores pontuações no atributo orientação familiar.

4 MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de delineamento transversal e abordagem quantitativa. Os estudos transversais são caracterizados pela observação direta do objeto estudado e a mensuração das variáveis associadas, simultaneamente, em um único momento. Possuem indicação quando se deseja aferir a frequência de determinada condição ou evento de saúde e os fatores a ele associados, geralmente fatores que guardam características permanentes (PEREIRA, 2002; ROUQUAYROL, 2013).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em Campina Grande, Paraíba, Brasil. O município possui uma população estimada de 409.731 habitantes, densidade demográfica de 648,31 hab/km², um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,720 e um índice de Gini de 0,58. Tem como limites geográficos os municípios de Puxinanã e Lagoa Seca (à Norte), Queimadas e Fagundes (ao Sul), Ingá e Massaranduba (à Leste) e Boa Vista (à Oeste). Sua área territorial é de 593,026 km² (PARAÍBA, 2019).

Quanto aos serviços de saúde, apresenta atualmente 81 Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde atuam 103 equipes de saúde, de acordo com dados recentes do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) (BRASIL, 2019). De acordo com a Secretaria de Saúde de Campina Grande esses serviços encontram-se distribuídos em 10 distritos sanitários, dos quais dois estão localizados na zona rural e os demais na zona urbana.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi constituída pelos médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas que atuam nas UBS do município de Campina Grande, com registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Segundo dados do DATASUS, existia um total de 263 profissionais atuantes nas UBS, sendo 117 enfermeiros, 99 médicos e 47 cirurgiões-dentistas (BRASIL, 2019).

Dos 220 profissionais elegíveis para o estudo, 202 participantes compuseram a amostra, esta última do tipo não probabilística. Houve perda de 8,18% (n=18), incluindo recusas (n=13), insucesso na aplicação do questionário devido ausência do profissional na unidade ou este não apresentar disponibilidade para responder, após 4 tentativas em horários e dias distintos (n=3) e questionários inválidos devido prevalência de 50% ou mais de respostas do tipo “não sei/não lembro” (n=2).

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos no estudo profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas) que atuavam na APS há pelo menos seis meses, bem como aqueles com carga horária mínima de 20 horas semanais, tendo sido critérios utilizados em outros estudos (ARAÚJO et al., 2015; Paula et al.,2017).

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos aqueles profissionais em período de licença médica ou por qualquer outro motivo afastados dos serviços nos meses das coletas de dados.

4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

4.6.1 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

As variáveis independentes foram coletadas por meio de formulário de elaboração própria (Apêndice A).

- **Perfil sociodemográfico dos profissionais:** sexo, idade, categoria profissional, tipo de instituição onde se formou; tempo de formação.
- **Características relativas à qualificação profissional:** realização de pós-graduação na área da APS, tipo de pós-graduação e participação em atividade de educação permanente na APS.

- **Experiência profissional e contexto de trabalho dos profissionais:** tempo de atuação nos serviços de APS, tempo de atuação nessa equipe, vínculo com o serviço, carga horária e incentivo municipal à qualificação profissional.

4.6.2 VARIÁVEL DEPENDENTE

A variável dependente foi o desempenho dos serviços da APS, medida pelo PCATool-Brasil, versão profissionais (Anexo D). Esse instrumento é composto por 77 itens agrupados em 8 componentes da atenção primária. Está organizado da seguinte forma:

1. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (A). Formado por 9 itens (A1 a A9).
2. Longitudinalidade (B). Formado por 13 itens (B1a B13).
3. Coordenação – Integração de Cuidados (C). Formado por 6 itens (C1 a C6).
4. Coordenação – Sistema de Informações (D). Formado por 3 itens (D1 a D3).
5. Integralidade – Serviços Disponíveis (E). Formado por 22 itens (E1 a E22).
6. Integralidade – Serviços Prestados (F). Formado por 15 itens (F1 a F15).
7. Orientação Familiar (G). Formado por 3 itens (G1 a G3).
8. Orientação Comunitária (H). Formado por 6 itens (H1 a H6).

As respostas para cada item se apresentam em escala tipo Likert, com escores que variam de 1 a 4, onde: 4= com certeza sim, 3= provavelmente sim, 2= provavelmente não, 1= com certeza não e 9= não sei/não lembro. Para os formulários que apresentaram um somatório de respostas “9” (não sei/ não lembro) atingindo 50% ou mais do total de itens de um componente, estes foram excluídos do estudo. Caso essas respostas atingissem menos de 50% do total de itens de um componente, o valor “9” foi transformado em “2” (provavelmente não). Essa estratégia é adotada para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde desconhecidas pelo profissional (BRASIL, 2010; HAUSER et al., 2013).

Para análise dos dados, foi feita a inversão de valores nas respostas ao item A9, o qual foi formulado de modo que quanto maior o valor da resposta equivalente, menor é a orientação da APS. Seus valores são invertidos da seguinte maneira: valor 4=1, valor 3=2, valor 2=3 e valor 1=4. Os valores de cada item da escala que variam de 1 a 4 são transformados em escala contínua de 0 a 10 por meio da fórmula (BRASIL, 2010; HAUSER et al., 2013):

$$\text{Escore de 0 a 10 do atributo X} = \frac{(\text{escore de 1 a 4 do atributo X} - 1) \times 10}{3}$$

3

Os escores com valores igual ou acima de 6,6 serão considerados altos, representando as respostas maiores ou iguais a 3 na escala Likert. Os escore essencial é calculado pela soma dos escores médios dos seus componentes divididos pela quantidade de componentes, tal como nas fórmulas a seguir (BRASIL, 2010; HAUSER et al., 2013):

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

O escore geral é calculado pela soma do escore médio dos componentes dos atributos essenciais e derivados dividido pelo total de componentes.

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

4.7 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de julho a dezembro de 2019. Previamente, a pesquisadora responsável reuniu-se com os gestores de saúde do município para explicação dos objetivos da pesquisa, seu processo metodológico e contribuições.

Foram realizadas por três pesquisadoras treinadas, nas dependências físicas das UBS do município, respeitando-se a disponibilidade dos profissionais, de modo a não interferir no funcionamento do serviço. As pesquisadoras se basearam na leitura do manual de avaliação da atenção primária do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) para operacionalização do PCATool.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados em planilhas do *Excel, Microsoft Office 2016* e posteriormente exportados e analisados no programa *R Core Team Statistical Software*. Os escores de cada atributo, bem como o escore geral e escore essencial foram apresentados na forma de média e mediana, segundo a sua distribuição. Para comparação das proporções dos escores dos atributos de acordo com a categoria profissional utilizou-se o teste paramétrico de T Student, para os escores com distribuição normal; e o teste não paramétrico de Man Whitney, para os escores com distribuição não normal, com seus respectivos intervalos de confiança (IC95%) e Intervalos Interquartis (II).

Para associação das variáveis categóricas de formação, qualificação profissional e contexto de trabalho dos profissionais com o escore geral (alto/baixo) foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson. Na análise multivariada, a verificação dos fatores associados ao escore geral alto baseou-se nas razões de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%), estimados por meio da Regressão de Poisson. Foram incluídas nas análises bruta e ajustada as variáveis independentes associadas ao escore geral alto com valor de $p < 0,20$. Para todas as análises estatísticas, utilizou-se o nível de significância de 5%.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Após emissão da carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande (Anexo A), o presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), e aprovado por meio do parecer nº 3.251.662. Foram respeitados os preceitos éticos que regem as diretrizes das pesquisas envolvendo seres humanos, conforme as Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) foi apresentado aos participantes, antes de preencherem os formulários, contendo informações e objetivos do estudo, destacando o caráter sigiloso das informações pessoais e a participação voluntária, com autonomia para desistir a qualquer momento da pesquisa. A coleta dos dados foi iniciada somente após aprovação do projeto pelo CEP da UEPB, como especifica a Resolução 466/2012.

5 RESULTADOS

Conforme determina as normas do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, os resultados serão apresentados na forma de artigo, submetido à Revista Brasileira de Enfermagem.

ARTIGO

Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde em Campina Grande, Paraíba, Brasil.

Resumo

Objetivo: Avaliar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde de Campina Grande, Paraíba. **Método:** Trata-se de um estudo transversal realizado com 202 profissionais das Unidades Básicas de Saúde. Foi utilizado o instrumento Primary Care Assessment Tool – Brasil, que contempla oito atributos da atenção primária cujos escores foram convertidos em escala de 0 a 10, sendo considerados satisfatórios aqueles $\geq 6,60$. Foram coletadas informações sobre formação, qualificação profissional e contexto de trabalho. **Resultado:** A média do escore geral foi de 7,6, mas a acessibilidade de primeiro contato obteve escore de 3,7. Os cirurgiões dentistas atribuíram piores escores para todos os atributos ($p < 0,05$). A realização de atividade de educação permanente esteve associada ao escore geral alto ($p < 0,01$). **Conclusão** Os atributos estão satisfatoriamente presentes, exceto a acessibilidade de primeiro contato. A extensão dos atributos variou de acordo com a categoria profissional, com escores mais baixos pelos cirurgiões dentistas.

Descritores: Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Profissionais de Saúde; Formação Profissional

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve constituir a base do sistema de saúde e a porta de entrada na rede de serviços, integrando-os e coordenando-os para atender às necessidades de saúde mais frequentes na população⁽¹⁾. Sistemas orientados pela APS, reconhecidamente, contribuem para a melhoria dos resultados da saúde, do acesso, da equidade e da eficiência dos serviços^(2,3).

No Brasil, os serviços de atenção primária são estruturados de acordo com princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Além desses, para ser caracterizado como provedor de uma APS de qualidade, o Ministério da Saúde (MS)⁽⁴⁾ indica a organização desses serviços de modo a obter quatro atributos, quais sejam: atributos essenciais – acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação da atenção e integralidade, e atributos derivados – orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural⁽¹⁾.

A avaliação desses atributos pode ser efetuada pelo instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool), desenvolvido na Johns Hopkins University⁽⁵⁾, o qual apresenta-se em três versões originais direcionadas ao usuário adulto, infantil e profissionais e/ou gestores. O presente estudo utilizou a versão profissionais, a qual foi adaptada e validada para o Brasil, atingindo propriedades psicométricas aceitáveis⁽⁶⁾.

No cenário internacional, alguns estudos utilizando o PCATool-profissionais foram encontrados⁽⁷⁻¹⁰⁾. O Brasil apresenta uma concentração maior⁽¹¹⁻¹⁸⁾, mas existem disparidades regionais, sendo perceptível a carência desses estudos no Nordeste⁽¹⁶⁾.

Em um estudo nacional com 8.234 médicos cubanos do Programa Mais Médicos, foi verificado um desempenho geral satisfatório da APS em todas as regiões brasileiras, sugerindo que a formação voltada para a APS pode ter contribuído para o resultado encontrado⁽¹⁹⁾.

Estudos nacionais têm encontrado associação de fatores como vínculo empregatício^(14,15,17), qualificação voltada para a APS⁽¹¹⁾ e experiência anterior⁽¹³⁾ com o desempenho da APS. Outros estudos, como os realizados em Curitiba⁽¹⁸⁾ e Goiânia⁽¹²⁾, no entanto, não verificaram quaisquer associações. Tais achados sugerem lacunas acerca dos aspectos que determinam a avaliação pelos profissionais sobre a qualidade da assistência.

Até o momento, este é o primeiro estudo, utilizando o PCATool-profissionais, realizado em um município Paraibano. Campina Grande possui 81 Unidades de Atenção Básica (UBS)⁽²⁰⁾ e está entre os 14 municípios do Brasil pioneiros na implantação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994⁽²¹⁾, apresentando uma trajetória considerável de APS.

A demanda por pesquisas que avaliem esses serviços torna-se relevante considerando que a avaliação da qualidade assistencial compõe um dos indicadores de desempenho necessários ao pagamento feito à APS, de acordo com o modelo de financiamento estabelecido no final de 2019, sendo o PCATool um dos instrumentos indicados para avaliação⁽²²⁾.

Considerando o exposto, espera-se que os achados possam subsidiar intervenções que visem reduzir ou elucidar problemas relacionados aos atributos da APS, assim como potencializar aqueles bem avaliados.

OBJETIVO

Avaliar a presença e extensão dos atributos da APS no município de Campina Grande-PB.

MÉTODOS

Aspectos Éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba. Os profissionais que participaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido. Foram respeitados os preceitos éticos que regem as diretrizes das pesquisas envolvendo seres humanos⁽²³⁾.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa e delineamento transversal⁽²⁴⁾, realizada em todas as UBS da cidade de Campina Grande-PB, totalizando 81 unidades. A coleta dos dados ocorreu no período de julho a dezembro de 2019.

Amostra, critério de inclusão e exclusão

A amostra foi composta por profissionais (médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros) que atuavam nas UBS de Campina Grande. De acordo com dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), o município possuía 47 cirurgiões dentistas, 99 médicos e 117 enfermeiros, totalizando 263 profissionais⁽²⁵⁾, dos quais 220 atendiam aos critérios de elegibilidade do estudo. Os critérios de inclusão adotados foram: ser médico, cirurgião dentista ou enfermeiro das UBS; atuar há pelo menos seis meses na mesma equipe; e ter carga horária igual ou superior a 20 horas semanais. Foram excluídos aqueles em período de férias e/ou licença.

Protocolo do estudo

Para a coleta dos dados seguiu-se o seguinte protocolo: Parte 1- questionário de caracterização dos profissionais, que abrange dados sociodemográficos, de formação e qualificação profissional e do contexto de trabalho; Parte 2- Instrumento de avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil-profissionais)⁽⁴⁾.

Esse instrumento é composto por 77 itens agrupados em 8 componentes que contemplam os atributos da atenção primária. Está organizado da seguinte forma⁽⁴⁾:

1. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (A). Formado por 9 itens (A1 a A9): aborda questões referentes à disponibilidade e funcionamento dos serviços, bem como sua acessibilidade.
2. Longitudinalidade (B). Formado por 13 itens (B1 a B13): traz questões relacionadas ao vínculo entre profissional e paciente e a utilização do serviço como fonte continuada de atenção.
3. Coordenação – Integração de Cuidados (C). Formado por 6 itens (C1 a C6): engloba perguntas sobre a relação da APS com outros serviços do sistema no cuidado integral do paciente.
4. Coordenação – Sistema de Informações (D). Formado por 3 itens (D1 a D3): aborda perguntas relativas à disponibilidade de informações do paciente na forma de registros e prontuários.
5. Integralidade – Serviços Disponíveis (E). Formado por 22 itens (E1 a E22): inclui questões sobre o escopo de procedimentos oferecidos pelo serviço.
6. Integralidade – Serviços Prestados (F). Formado por 15 itens (F1 a F15): abrange questões sobre uma gama de temas abordados pelos profissionais junto aos pacientes.

7. Orientação Familiar (G). Formado por 3 itens (G1 a G3), traz questões a respeito da consideração do contexto familiar no tratamento individual dos pacientes.

8. Orientação Comunitária (H). Formado por 6 itens (H1 a H6), aborda perguntas sobre o reconhecimento do contexto da comunidade no planejamento e ações do serviço.

As respostas para cada item se apresentam em escala tipo Likert, com escores que variam de 1 a 4 (4= com certeza sim, 3= provavelmente sim, 2= provavelmente não, 1= com certeza não e 9= não sei/não lembro, este último posteriormente convertido para o valor 2). O escore de cada atributo foi calculado pela média aritmética simples dos valores de cada resposta. Os valores de cada item da escala que variam de 1 a 4 foram transformados em escala contínua de 0 a 10 por meio da fórmula:

$$\text{Escore de 0 a 10 do atributo X} = \frac{(\text{escore de 1 a 4 do atributo X} - 1) \times 10}{3}$$

O escore essencial foi calculado pela soma dos escores médios dos seus respectivos componentes divididos pela quantidade de componentes, tal como nas fórmulas abaixo:

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

O escore geral foi calculado pela soma do escore médio dos componentes dos atributos essenciais e derivados dividido pelo total de componentes

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

Os escores com valores igual ou acima de 6,6 foram considerados satisfatórios⁽⁶⁾, correspondendo às respostas maiores ou iguais a 3 (“provavelmente, sim”) na escala Likert.

Análise dos resultados

Os dados foram digitados em planilhas do *Excel, Microsoft Office 2016* e posteriormente exportados e analisados no programa *R Core Team Statistical Software*. Os escores de cada atributo, bem como o escore geral e escore essencial foram apresentados na forma de média e mediana, segundo a sua distribuição. Para comparação das proporções dos escores dos atributos de acordo com a categoria profissional utilizou-se o teste paramétrico de T Student, para os escores com distribuição normal; e o teste não paramétrico de Mann Whitney, para os escores com distribuição anormal, com seus respectivos intervalos de confiança (IC95%) e Intervalos Interquartis (II).

Para associação das variáveis categóricas de formação, qualificação profissional e contexto de trabalho dos profissionais com o escore geral (alto/baixo) foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson. Na análise multivariada, a verificação dos fatores associados ao escore geral alto baseou-se nas razões de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%), estimados por meio da Regressão de Poisson. Foram incluídas nas análises bruta e ajustada as variáveis

independentes associadas ao escore geral alto com valor de $p < 0,20$. Para todas as análises estatísticas, utilizou-se nível de significância de 5%.

RESULTADOS

O estudo foi realizado com 202 participantes, de um total de 220 profissionais elegíveis. A taxa de perda foi de 8,18% ($n=18$), incluindo recusas ($n=13$), insucesso na aplicação do questionário após 4 tentativas ($n=3$) e questionários inválidos ($n=2$). A amostra final foi composta por 88 enfermeiros, 70 médicos e 44 cirurgiões dentistas. A idade média foi de 42,76 anos, variando de 24 a 74 anos, sendo a amostra predominantemente composta pelo sexo feminino ($n=173$, 86,5%).

Quanto às características de formação e qualificação profissional, a mediana de tempo de formado foi de 16 anos ($DP=12,26$), prevalecendo profissionais que formaram-se em instituição pública (71,78%), concluíram ou estavam realizando algum tipo de pós graduação na área da APS (77,2%), das quais a especialização foi o tipo mais frequente (58,91%). A maioria também afirmou ter realizado ou estar realizando atividade de educação permanente (76,73%).

No que se refere ao contexto de trabalho, a mediana de tempo de atuação nos serviços de APS foi de 14 anos ($DP=9,41$) e de 4 anos ($DP=4,92$) para o tempo de atuação na equipe atual. Ainda, 50,99% possuíam vínculo estatutário, 52,97% afirmaram não possuir ou desconhecer a existência de incentivo municipal para realização de educação permanente e 94,55% atuavam com jornada de 40 horas semanais.

A Tabela 1 mostra os valores mínimos, máximos, médias, medianas e desvio padrão dos escores dos atributos da APS, bem como os escores essencial, variado e geral, segundo os profissionais das UBS. Os escores apresentaram valores satisfatórios ($>6,6$) em todos os atributos, exceto na *Acessibilidade de primeiro contato*.

Quando os escores dos atributos foram analisados por categoria profissional, verificou-se que os cirurgiões dentistas atribuíram valores insatisfatórios para todos estes. As diferenças observadas entre as três categorias profissionais foram significativas para os atributos *Longitudinalidade*, *Coordenação - sistemas de informações*, *Integralidade - serviços prestados*, *Orientação familiar*, bem como para o escore essencial, escore variado e escore geral (Tabela 2).

Quanto às características dos profissionais, estiveram associadas ao escore geral a categoria profissional e a atividade de educação permanente ($p < 0,01$) (Tabela 3). Na análise multivariada, essas variáveis mantiveram associação, sendo a prevalência do escore geral alto maior entre médicos e enfermeiros e aqueles que realizaram atividade de educação permanente ($p < 0,05$) (Tabela 4).

Tabela 1 – Distribuição dos valores mínimos, máximos, média e mediana dos atributos da Atenção Primária à Saúde segundo os profissionais das Unidades Básicas de Saúde, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2020.

Atributos da Atenção Primária	Mínimo	Máximo	Média†/Mediana*	DP
Acessibilidade de primeiro contato*	1,48	6,67	3,70	1,12
Longitudinalidade*	4,87	10,00	7,39	1,17
Coordenação – integração de cuidados*	3,89	10,00	7,22	1,34
Coordenação – sistemas de informações*	3,33	10,00	8,88	1,53
Integralidade – serviços disponíveis†	2,73	10,00	6,96	1,20
Integralidade – serviços prestados*	0,22	10,00	7,88	1,86
Orientação Familiar*	3,33	10,00	8,88	1,62
Orientação Comunitária*	2,78	10,00	7,22	1,66
Escore Essencial†	4,69	9,30	6,89	0,89
Escore Variado†	3,33	10,00	7,77	1,36
Escore Geral†	4,77	9,72	7,16	0,98

†Distribuição simétrica; *Distribuição assimétrica

Tabela 2 – Comparação de médias e medianas dos escores dos atributos, entre as categorias profissionais das Unidades Básicas de Saúde, Campina Grande, Paraíba, 2020.

Atributos da Atenção Primária	Cirurgião Dentista		Enfermeiro		Médico	
	Média*/ Mediana†	IC(95%)/ II	Média*/ Mediana†	IC(95%)/ II	Média*/ Median a†	IC(95%)/ II
Acessibilidade de primeiro contato†	3,33a	2,96 - 4,53	3,70a	2,96 - 4,44	3,88a	2,96 - 4,72
Longitudinalidade*	7,00b	6,67 - 7,33	7,55a	7,32 - 7,79	7,48a	7,18 - 7,78
Coordenação - integração de cuidados*	6,99a	6,57 - 7,41	7,22a	6,93 - 7,52	7,14a	6,84 - 7,45
Coordenação – sistemas de informações†	7,78b	6,67 - 8,89	8,89a	7,78 - 10,0	8,89a	7,78 - 10,0
Integralidade – serviços disponíveis*	7,16a	6,81 - 7,50	6,89a	6,61 - 7,17	6,94a	6,68-7,20
Integralidade – serviços prestados†	5,55b	4,61 - 7,11	8,22a	7,33 - 9,11	8,33a	7,11 - 9,11
Orientação Familiar†	8,34b	6,67 - 8,89	8,89a	7,78 - 10,0	9,45a	7,78 - 10,0
Orientação Comunitária*	6,77a	6,15 - 7,38	7,38a	7,07 - 7,69	7,17a	6,78; 7,57
Escore Essencial*	6,32b	6,08 - 6,57	7,06a	6,87 - 7,24	7,05a	6,85; 7,25
Escore Variado*	6,56b	6,27; 6,85	7,29a	7,11; 7,48	7,28a	7,07; 7,48
Escore Geral*	7,26b	6,75; 7,77	8,00a	7,74 - 8,26	7,95a	7,65 - 8,26

IC(95%) – Intervalo de Confiança de 95% (média); II – Intervalo Interquartil (mediana); *Teste T-Student para variáveis com distribuição normal (média); †Teste Man-Whitney para variáveis com distribuição anormal (mediana); a- sem diferença estatisticamente significativa; b- diferença estatisticamente significativa (p<0,05)

Tabela 3 – Distribuição das variáveis sociodemográficas, de formação e qualificação profissional e de contexto de trabalho na APS, segundo a avaliação de escore alto e baixo pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2020.

Variável	Escore Geral Baixo		Escore Geral Alto		P*
	N	%	N	%	
Sexo					
Masculino	7	12.30	22	15.20	0.5978
Feminino	50	87.70	123	84.80	
Idade					
> 40 anos	32	56.10	68	46.90	0.2369
≤ 40 anos	25	43.90	77	53.10	
Categoria					
Enfermeiro	18	31.60	70	48.30	< 0,01
Médico	17	29.80	53	36.60	
Cirurgião Dentista	22	38.60	22	15.20	
Instituição					
Pública	44	77.20	101	69.70	0.284
Privada	13	22.80	44	30.30	
Tempo de formado					
≥ 16 anos	34	59.60	65	44.80	0.0578
< 16 anos	23	40.40	80	55.20	
Localização de trabalho					
Urbano	53	93.00	128	88.30	0.733
Mista	2	3.50	7	4.80	
Rural	2	3.50	10	6.90	
Pós graduação					
Sim	41	71.90	115	79.30	0.2602
Não	16	28.10	30	20.70	
Tipo de pós graduação					
Especialização	34	59.60	85	58.60	0.6419
Mestrado	3	5.30	14	9.70	
Doutorado	0	0.00	2	1.40	
Residência	4	7.00	14	9.60	
Nenhuma	16	28.10	30	20.70	
Educação permanente					
Sim	36	63.20	119	82.10	< 0,01
Não	21	36.80	26	17.90	
Tempo de atuação na APS					
≥ 14 anos	29	50.90	68	46.90	0.6102
< 14 anos	28	49.10	77	53.10	
Tempo de atuação na equipe					
≥ 4 anos	29	50.90	71	49.00	0.8067
< 4 anos	28	49.10	74	51.00	
Vínculo					
Estatutário	30	52.60	73	50.30	0.5125
Contrato	23	40.40	51	35.20	
Residência	2	3.50	7	4.80	
Bolsista	2	3.50	14	9.70	

Continua...

Carga horária					
<40 horas	2	3.50	9	6,20	0.5509
40 horas	55	96.40	136	93.80	
Incentivo municipal					
Sim	26	45.60	69	47.60	0.5685
Não	25	43.90	54	37.20	
Não sei	6	10.50	22	15.20	

*Teste Qui-quadrado de Pearson
P<0,05.

Tabela 4 – Regressão bruta e ajustada para o escore geral da Atenção Primária à Saúde atribuído pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2020.

Variável	Escore Geral Alto			
	RPb(IC 95%)	RPaj(IC 95%)	P(Wald's test)	P(LR-test)
Categoria				0.035
Médico	1.51 (0.92,2.49)	1.22 (1.01,1.49)	0.042	
Enfermeiro	1.59 (1.01,2.57)	1.33 (1.08,1.63)	0.029	
Cirurgião Dentista	1	1		
Tempo de formado				0.576
<16 anos	1.18 (0.85,1.64)		0.576	
≥16 anos	1	1		
Educação Permanente				0,046
Sim	1.39 (0.91,2.12)	1.35 (1.03,1.76)	0.047	
Não	1	1		
Vínculo				0.965
Estatutário	1.03 (0.72,1.47)	1.05 (0.67,1.64)	0.965	
Bolsista (PMM)	1.27 (0.71,2.29)	1.18 (0.61,2.26)	0.625	
Residente	1.13 (0.51,2.48)	0.99 (0.42,2.33)	0.992	
Contratado	1			
Incentivo Municipal				0.781
Sim	1.06 (0.74,1.52)	0.99 (0.68,1.43)	0.937	
Não sei	1.15 (0.7,1.89)	1.17 (0.7,1.96)	0.539	
Não	1	1		

*RPb: regressão de Poisson bruta

†RPaj: regressão de Poisson ajustada por: categoria, tempo de formado, educação permanente, vínculo e incentivo municipal.

DISCUSSÃO

A avaliação dos serviços de APS permite a verificação de barreiras e fatores associados ao alcance dos atributos da APS. Para tal, deve-se considerar que, na prática, esses atributos estão interrelacionados⁽¹⁾, não devendo os resultados encontrados ser interpretados isoladamente.

Desse modo, este estudo encontrou um escore geral satisfatório, mas piores avaliações pelos cirurgiões dentistas. Verificou-se a existência de fragilidades no atributo *Acessibilidade de primeiro contato* e em questões pontuais da maioria dos atributos, embora estes tenham tido avaliação geral positiva. Ainda, a realização de atividade de educação permanente impactou nos atributos da APS.

Na avaliação geral, os serviços obtiveram escores satisfatórios em todos os atributos, com exceção da *Acessibilidade de primeiro contato* (3,83), tal como verificado em outros estudos^(13,26,27). Foi encontrado um escore essencial de 6,89, escore variado de 7,77 e escore geral de 7,16, sendo a prevalência do escore geral alto significativamente maior entre médicos e enfermeiros, em relação aos cirurgiões dentistas, e entre aqueles profissionais que já realizaram atividade de educação permanente na APS ($p < 0,05$). Diferentemente, um estudo realizado no Nordeste, na cidade de Fortaleza, encontrou um escore essencial de 6,05 e escore geral de 6,35, abaixo do ponto de corte (6,6) portanto, insuficientes⁽¹⁶⁾.

É importante destacar a concentração dos estudos nas regiões Sudeste^(13,26,27) e Sul^(14,17,28). Apesar das disparidades regionais, convergindo com a presente pesquisa, esses estudos obtiveram, predominantemente, escores insuficientes para o atributo *Acessibilidade de primeiro contato*.

De fato, barreiras de acesso evidentes como a inexistência de funcionamento em horários noturnos, oferta de atendimentos nos fins de semana e ausência de telefone para comunicação, são verificadas na maioria desses serviços brasileiros⁽²⁹⁾. Apesar da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) recomendar a organização dos serviços para o acesso conforme as necessidades da população⁽³⁰⁾, isso não tem sido suficiente para impulsionar mudanças na cultura institucional já estabelecida nesses serviços⁽²⁹⁾. Além disso, a expansão da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) ao longo dos anos, chegando a 64,67% em 2019⁽³¹⁾, tem sido comprometida pela redução do investimento federal para a saúde desde 2015⁽³²⁾.

Apesar dessas questões do PCATool terem sido apontadas como inadequadas à realidade brasileira⁽¹⁶⁾, elas refletem o quanto esses serviços ainda precisam avançar para adequar-se à um modelo ideal de APS, a começar pelo aumento da cobertura dos serviços, ampliação do funcionamento das unidades e da comunicação não presencial (telefone ou e-mail)⁽²⁹⁾.

Algumas estratégias podem potencializar o acesso, por exemplo a superação das agendas organizadas estritamente por grupos preferenciais, muito observada no município estudado, e que comprometem o atendimento à demanda espontânea da população em geral. Uma dessas estratégias é o acesso avançado, que permite o agendamento de consultas para o mesmo dia ou em até 48 horas⁽³³⁾ tendo sido, inclusive, observado em algumas unidades que participaram deste estudo.

A garantia da acessibilidade na APS é indispensável para o uso desses serviços como fonte regular pelos usuários e a consequente construção de vínculo com o profissional, aspectos inerentes à *Longitudinalidade*⁽¹⁾. Para este atributo, o presente estudo revelou alto escore médio (7,4), resultado próximo do verificado em outros estudos^(14,15,26,27), indicando que a formação de vínculo ao longo do tempo com os usuários é uma realidade percebida pelos profissionais.

Entretanto, na análise individual dos itens que se referem ao conhecimento sobre o trabalho ou emprego do paciente e com quem estes moram, um elevado percentual de profissionais responderam negativamente. Portanto, são necessárias estratégias que facilitem a aproximação do profissional com a realidade de vida do paciente. Ademais, o sucesso da longitudinalidade depende da garantia da continuidade do cuidado, alcançada através da efetivação da coordenação da atenção pela APS⁽¹⁾.

Em relação à esta, os atributos *coordenação - integração de cuidados* e *coordenação - sistema de informações*, obtiveram escores médios satisfatórios (7,14 e 8,44, respectivamente). A pontuação elevada desses atributos, provavelmente, explica-se pela existência do prontuário eletrônico no município, destacando-se como uma ferramenta relevante na coordenação da atenção.

No entanto, verificaram-se altas prevalências de respostas negativas no item que trata do recebimento de informações do serviço especializado o qual o paciente foi encaminhado. Esse achado assemelhou-se do encontrado em Fortaleza⁽¹⁶⁾, evidenciando a necessidade de fortalecimento dos mecanismos de comunicação entre os serviços, que pode ser feito pela criação de protocolos de padronização de referência e contrarreferência.

A coordenação da atenção tem um peso relevante, especialmente quando alguns serviços não são ofertados na unidade de APS⁽¹⁾, como é o caso do município estudado. A fragmentação das ações acaba gerando um cuidado descontinuado, comprometendo a integralidade.

Nesse contexto, o atributo *integralidade - serviços disponíveis* obteve escore próximo ao ponto de corte (6,96). Os resultados das questões individuais revelaram que procedimentos clínicos como remoção de verrugas, sutura em casos de corte e remoção de unha encravada praticamente não são ofertados nas unidades, tal como mostra outros estudos^(13,16).

Considerando que os serviços de APS devem ser capazes de resolver a maioria dos problemas de saúde da população⁽¹⁾, torna-se necessária a reflexão, entre gestores e trabalhadores, sobre quais procedimentos deveriam ser ofertados nas unidades avaliadas, visto estes são atualmente deslocados para outros serviços, requerendo ainda mais uma coordenação efetiva.

Salienta-se que a adequação estrutural, incluindo a disponibilidade de equipamentos e outros insumos é indispensável para a garantia de uma atenção integral⁽³⁴⁾. Um estudo realizado em Campina Grande verificou condições estruturais pouco favoráveis, de acordo com profissionais da APS⁽³⁵⁾, refletindo uma realidade nacional⁽³⁴⁾.

Por sua vez, o atributo *integralidade - serviços prestados* obteve avaliação satisfatória (7,56), também verificada em outros estudos^(17,28), mas a avaliação negativa predominou em um item, que trata do conhecimento do profissional sobre a posse de arma de fogo e orientação ao paciente sobre

como guardá-la, podendo ser explicada pela timidez ou receio do profissional para abordar essa questão. Estudos específicos são necessários para discutir o papel da APS nesse contexto.

Destaca-se que as ações de promoção de saúde e participação social são indispensáveis para incentivar a autonomia dos usuários, tal como expressa a PNAB⁽³⁰⁾. Nesse ínterim, os atributos *orientação familiar* e *orientação comunitária* obtiveram médias dos escores 8,47 e 7,17, respectivamente, consideradas satisfatórias. Entretanto, a maioria dos profissionais referiram a inexistência de usuários nos conselhos locais de saúde.

Um estudo realizado em três municípios do estado do Pernambuco também verificou resultado negativo para esse item⁽³⁶⁾. Fica evidente a necessidade de ações que incentivem o empoderamento da comunidade, a fim de garantir o exercício da cidadania, bem como promover um espaço de formulação de estratégias e controle de políticas públicas de saúde⁽³⁶⁾.

No que se refere aos escores de cada atributo, de acordo com a categoria profissional, os cirurgiões dentistas foram os que atribuíram piores valores, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) para *longitudinalidade*, *coordenação da atenção – sistema de informações*, *integralidade – serviços prestados*, *orientação familiar* e para os escores essencial, variado e geral.

A análise multivariada ajustada confirmou que os cirurgiões dentistas obtiveram menores prevalências do escore geral alto, em relação aos médicos e enfermeiros ($p < 0,05$) e os profissionais que haviam realizado alguma atividade de educação permanente apresentaram maiores prevalências desse escore ($p < 0,05$).

Os resultados obtidos dos cirurgiões dentistas convergem com o encontrado em Fortaleza⁽¹⁶⁾. De fato, a literatura tem relatado desafios a serem enfrentados na superação do modelo odontológico tradicional, destacando-se a insuficiência na realização de ações que envolvem a orientação familiar⁽³⁷⁾, a coordenação do cuidado^(37,38) e a integralidade⁽³⁷⁾, dando suporte aos desempenhos aqui encontrados.

No entanto, constatou-se no presente estudo que o PCATool - profissionais não foi adequado para aferir ações ou serviços de atribuição específica do cirurgião dentista, sobretudo no atributo *integralidade – serviços prestados*, que obteve pior desempenho possivelmente devido ao teor das questões mais voltadas para a rotina médica e da enfermagem. Sugere-se, portanto, adaptações desse instrumento para o contexto da saúde bucal.

No que diz respeito à associação do escore geral alto com a realização de atividades de educação permanente ($p < 0,001$), a escassez de estudos que utilizaram a mesma metodologia dificultou a comparação dos resultados.

Um desses estudos, realizado em Belo Horizonte, com enfermeiros, médicos e gestores, verificou que as equipes possuem mais de 50% dos profissionais com treinamento em saúde da

família foi um dos fatores mais fortemente associados ao melhor desempenho da APS⁽¹¹⁾. Já o estudo feito em Goiânia, com médicos e enfermeiros, não verificou associação da realização da capacitação em atividades relacionadas à saúde da família com o desempenho da APS⁽¹²⁾.

Outros estudos avaliativos, com dados do PMAQ-AB, verificaram que a realização de atividades de educação permanente, como o telessaúde, foi um dos fatores relacionados aos melhores níveis de coordenação do cuidado⁽³⁹⁾.

Cabe mencionar que a educação permanente ainda enfrenta dificuldades conceituais, confundindo-se com educação continuada⁽⁴⁰⁾, podendo levar a resultados superestimados e/ou distintos entre os estudos. Apesar da relevância do papel da educação permanente como estratégia de reorientação do modelo assistencial no país, o Brasil carece de estudos sobre as suas implicações práticas⁽⁴⁰⁾.

Limitações

Além das limitações inerentes as pesquisas transversais, o presente estudo utilizou apenas o PCATool-profissionais, sugerindo-se estudos que possam aliar esses resultados às experiências dos usuários. A captação dos aspectos específicos na qualificação profissional que poderiam contribuir para o desempenho dos serviços foi limitada, mas os achados trouxeram apontamentos importantes que requerem aprofundamento por novas pesquisas. Este estudo local trouxe discussões indutoras de mudanças nos serviços e contribuem para a caracterização dos serviços brasileiros.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Os resultados desta pesquisa devem ser levados aos gestores e profissionais pois apontam aspectos dos atributos da APS que precisam ser alcançados e orienta mudanças necessárias para qualificação dos serviços, dentro dos limites existentes. As diferenças das avaliações entre as categorias profissionais trouxeram à tona reflexões acerca das fragilidades existentes na formação e na atuação voltada para a APS, alertando para a criação de estratégias locais que possam impactar na reorientação do processo de trabalho dos profissionais, sobretudo dos cirurgiões dentistas.

CONCLUSÕES

Os atributos da APS estão adequadamente presentes no município estudado, com exceção do atributo *Acessibilidade de primeiro contato* que obteve escore inferior ao ponto de corte ($\leq 6,6$). O escore geral foi satisfatório, mas a extensão dos atributos variou conforme a categoria profissional, com menores valores atribuídos pelos cirurgiões dentistas, que pode estar relacionado tanto à possível inadequação das questões do PCATool para avaliar as ações do escopo da odontologia, como às deficiências na superação do modelo odontológico tradicional.

As fragilidades verificadas são passíveis de mudanças por meio de estratégias internas ao processo de trabalho das equipes e de iniciativas dos gestores. A educação permanente esteve associada ao escore geral, destacando-se como estratégia relevante na reorientação dos serviços

REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. [internet] Brasília(DF): Unesco, Ministério da Saúde; 2002. [cited 2019 Out 10]. 726 p. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
2. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* [internet]. 2010 [cited 2019 Out 10];10(65). doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-65>
3. Bastos ML, Menzies D, Hone T, Dehghani K, Trajman A. Correction: The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. *PLoS One* [internet]. 2017 [cited 2019 Out 10];12(12):e0189557. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0189557>
4. Ministério da Saúde (BR), 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 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2019 Out 10]. 80 p. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf
5. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Prac* [Internet]. 2001 [cited 2019 Out 10];50(2):161-75. Available from: <https://www.mdedge.com/jfponline/article/60464/validating-adult-primary-care-assessment-tool>
6. Hauser L, Castro RCL de, Vigo Á, Trindade TG da, Gonçalves MR, Stein AT, et al. [Translation, adaptation, validity and reliability of the Instrument for Assessment of Primary Health Care (PCATool) in Brazil: version of health professionals]. *Rev Bras Med Família e Comunidade* [internet]. 2013 [cited 2019 Out 10];8(29):244–55. Available from: [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)821](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)821)
7. Zou Y, Zhang X, Hao Y, Shi L, Hu R. General practitioners versus other physicians in the quality of primary care: a cross-sectional study in Guangdong Province, China. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2015 [cited 2019 Out 10];16(1):1–8. Available from: doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-015-0349-z>
8. Macinko J, Jimenez G, Cruz-Peñate M. Primary care performance in Dominica. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal* [internet]. 2015 [cited 2019 Out 10];37(2):104–12. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v37n2/104-112/en/#ModalArticles>
9. Bresick GF, Sayed AR, Le Grange C, Bhagwan S, Manga N, Hellenberg D. Western Cape Primary Care Assessment Tool (PCAT) study: Measuring primary care organisation and performance in the Western Cape Province, South Africa (2013). *African J Prim Heal care Fam Med* [internet]. 2016 [cited 2019 Out 10];8(1):e1–12. Available from:10.4102/phcfm.v8i1.1057.
10. Pesse-Sorensen K, Fuentes-García A, Ilabaca J. Estructura y funciones de la Atención Primaria de Salud según el Primary Care Assessment Tool para prestadores en la comuna de Conchalí - Santiago de Chile. *Rev Med Chil* [internet]. 2019 [cited 2019 Out 10];147(3):305–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000300305>
11. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad Saude Publica* [internet]. 2015 [cited 2019 Out 12];31(9):1941–52. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00132114>

12. Oliveira R de, Ida I, Carvalho H, Menezes F. [Training and Qualification of Health Professionals: Factors associated to the Quality of Primary Care]. *Rev Bras Educ Med [Internet]*. 2016 [cited 2019 Out 12];40(4):547–59. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e02492014>
13. Lima E de FA, Sousa AI, Leite FMC, Lima R de CD, Nascimento MH, Primo CC. [Evaluation of the Family Healthcare Strategy from the Perspective of Health Professionals]. *Esc Anna Nery - Rev Enferm [internet]*. 2016 [cited 2019 Out 12];20(2):275–80.
14. Nascimento L do, de Paula CC, Magnago TSB de S, Padoin SM de M, Harzheim E, da Silva CB. Qualidade da atenção primária à saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016 [cited 2019 Out 12];24.
15. Ferreira T, Paula CC de, Kleinubing RE, Kinalski DF, Anversa ETR, Padoin SM de M. [Evaluation of the quality of primary health care for children and adolescents with HIV: PCATool-Brasil]. *Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]*. 2016 [cited 2019 Out 12]; 37(3): e61132. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.61132>.
16. Rolim LB, Monteiro JG, Meyer APGFV, Nuto S de AS, Araújo MFM de, Freitas RWJF. [Evaluation of Primary Health Care attributes of Fortaleza city, Ceará State, Brazil]. *Rev Bras Enferm. [internet]*. 2019 [cited 2019 Out 12];72(1):19–26. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0033>
17. Antunes BS, Padoin SM de M, Paula CC de. [Primary health care attributes assessment: children and adolescents living with HIV]. *Esc. Anna Nery [Internet]*. 2018 [cited 2019 Out 12];22(2): e20170233. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0233>.
18. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. [Evaluation of the presence and extension of the attributes of primary care in Curitiba]. *Rev Bras Med Fam Comunidade. [internet]*. 2013 [cited 2019 Out 14];8(29):294-303. Available from: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)828](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)828)
19. Kemper ES. Avaliação da qualidade da Atenção Primária no Programa Mais Médicos. *Aps Em Rev. [internet]*. 2019 [cited 2019 Out 12];1(1):75–87. Available from: <https://doi.org/10.14295/aps.v1i1.17>
20. Brasil. Ministério da Saúde (BR), Datasus. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. [internet] Brasília (DF); 2019 [cited 2019 Nov 26]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipepb.def>
21. Davi J, Martiniano C, Patriota LM. editors. *Seguridade social e saúde: tendências e desafios. [internet]*. 2ed. Campina Grande: EDUEPB [cited 2019 Nov 26], 2011;199 p. Available from: <http://books.scielo.org/id/zw25x/pdf/davi-9788578791933-09.pdf>.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.222 de 19 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. *Diário Oficial da União.[internet]* Brasília, p. 172, 11 Dez 2019 [cited 2020 Jan 15]. Available from: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>
23. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União [Internet]*. Brasília, p. 59, 13 Jun 2013 [cited 2019 Nov 26]. Seção I. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
24. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia & Saúde*. 7. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2013.736p.
25. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Informações de saúde (TABNET). Rede assistencial. Recursos humanos a partir de agosto de 2007. Ocupação. [internet]. 2019. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/proc02PB.def>.

26. Martins JS, Abreu SCC, Quevedo MP, Bourget MMM. [Comparative Study between Health Care Units with and without Family Health Strategy using PCATool]. *Rev Bras Medicina de Família e Comunidade*. [internet]. 2016 [cited 2019 Nov 26];11(38), 1-13. Available from: [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1252](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1252)
27. Gomes, MFP, Fracolli, LA. [Evaluation of the family health strategy from the professionals' perspective. *Rev Bras Promoç Saúde*]. [internet]. 2018 [cited 2019 Nov 26];31(3): 1-13. Available from: 10.5020/18061230.2018.7108.
28. Mazutti Penso J, Périco E, Oliveira MMC de, Guimarães Strohschoen AA, Carreno I, Rempel C. Evaluation of Primary Health Care using the PCATool-Brazil Instrument. *Rev Bras de Medicina de Família e Comunidade*, [internet]. 2017 [cited 2019 Nov 26];12(39),1-9. Available from: [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1212](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1212).
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 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). [internet]. *Diário Oficial da União*. p.68, 22 Dez 2017. [cited 2020 Jan 15] Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
29. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde debate* [internet]. 2018 [cited 2020 Jan 15];42(1):361-378. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s125>.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Primária à Saúde. e-Gestor – informação e gestão da atenção básica. [internet]. 2019 [cited 2020 Jan 15]. Available from: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
32. Massuda A, Hone T, Leles FAG, Castro MC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Glob Health*. [internet]. 2018 [cited 2020 Jan 15];3(4):e000829. Available from: 10.1136/bmjgh-2018-000829.
33. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. [Recommendations to strengthen primary health care in Brazil]. *Rev Panam Salud Publica*. [internet]. 2020 [cited 2020 Jan 15];44(6):e4. Available from: 10.26633/RPSP.2020.4.
34. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Fusaro ER, Mendonça MHM de, Gagno J et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 15];33(8):e00037316. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00037316>.
35. Pedraza P. F. et al. Characterization of work of nurses and health professionals in Support Center for Family Health in Primary Health Care. *ABCS Health Sciences*. [internet]. 2018 [cited 2020 Jan 16]; 43(2), 77-83. Available from: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v43i2.993>
36. Paula WKAS de, Samico IC, Caminha M de FC, Batista FM, Figueirôa JN. Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. *Cad. Saúde Colet*. [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb 10]; 25(2):42-248. Available from: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700020113>.
37. Baldani MH et al. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. *Saúde em Debate* [internet]. 2018 [cited 2020 Feb 10];42(spe1):145-162. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S110>.
38. Fagundes DM, Thomaz EBAF, Queiroz RC de S, Rocha TAH, Silva NC da, Vissoci JRN et al. Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQ-AB. *Cad. Saúde*

Pública [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 10];34(9):e00049817. Available from: Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00049817>.

39. Souza MF, Santos AF, Reis IA, Santos MAC, Jorge AO, Machado ATGM, et al. Care coordination in PMAQ-AB: an Item Response Theory-based analysis. *Rev Saúde Publica*. [internet]. 2017 [cited 2020 Feb 10];51:87. Available from: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007024>.

40. Campos KFC, Sena RR de, Silva KL. Permanent professional education in healthcare services. *Esc. Anna Nery*. [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb 10];21(4): e20160317. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0317>.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os atributos da APS estão presentes de maneira satisfatória no município estudado, com exceção do atributo *acessibilidade de primeiro contato*. Este achado é relevante, visto que a garantia do acesso é indispensável para a concretização dos demais atributos. Evidentemente, existe uma incongruência entre o proposto na PNAB, sobre a adequação dos serviços de acordo com as necessidades da população, e as barreiras detectadas para o acesso.

Apesar do desempenho geral satisfatório, os cirurgiões dentistas atribuíram avaliações inferiores em todos os atributos, podendo estar relacionado tanto à possível inadequação das questões do PCATool para avaliar as ações do escopo da odontologia, como também às deficiências na superação do modelo odontológico tradicional, que se distancia da atuação na APS.

Esses resultados trazem à tona reflexões acerca do papel do cirurgião dentista na APS e o alinhamento entre o que está prescrito na PNAB e a prática odontológica que vem sendo desenvolvida nas instituições de ensino. Apesar dos avanços curriculares, que leva em consideração a formação voltada para o SUS, questiona-se a suficiência dessas mudanças para a construção de um perfil profissional que atenda aos requisitos necessários para o trabalho na APS.

Ademais, foram identificados limites e potencialidades que permeiam os atributos, destacando-se lacunas passíveis de mudanças por meio de estratégias internas ao processo de trabalho das equipes e de iniciativas dos gestores no sentido de garantir estrutura física, apoio às equipes na organização dos serviços e capacitação dos profissionais orientada pelas falhas detectadas. Já as avaliações positivas, destacando-se a *coordenação da atenção – sistema de informações* e a *orientação familiar*, indicam avanços e potenciais existentes nesses serviços.

A educação permanente merece ser incentivada, visto que esteve associada ao escore geral alto e tem sido reconhecida como uma das estratégias de reorientação do modelo de APS. Reforça-se que apenas o conhecimento das deficiências e estratégias para resolvê-las não serão suficientes se não forem acompanhadas da qualificação dos profissionais para operacionalizar essas ações.

Dentre as limitações destaca-se o estudo ser do tipo transversal, não proporcionando relação de causalidade, mas apenas medidas de associação; a validade externa ter sido comprometida por tratar-se de um estudo local, portanto os resultados não podem ser extrapolados para outras regiões; e as variáveis referentes à qualificação profissional requererem instrumentos mais específicos para aferir com maior rigor a natureza dos cursos e os aspectos que pode impactar na qualidade do serviços.

As principais dificuldades encontradas na realização da pesquisa foram o número elevado de tentativas necessárias para encontrar os profissionais presentes e com tempo disponível para

responder os formulários e o não funcionamento da rede telefônica em algumas unidades, dificultando a comunicação para agendamento das coletas.

Ademais, apesar da recepção satisfatória pela maioria dos profissionais, muitos mostram-se indispostos para responder os formulários alegando a quantidade elevada de perguntas, a falta de tempo e a existência de muitas pesquisas das quais já participaram sem quaisquer retornos. Esta última é preocupante e traz reflexões acerca do papel das pesquisas desenvolvidas na saúde sem a garantia de contrapartida para os serviços. Reforça-se, portanto, que os dados e discussões do presente estudo serão apresentados aos gestores, juntamente aos profissionais interessados, a fim de contribuir para o aperfeiçoamento dos serviços.

Espera-se que possam ser realizados novos estudos avaliativos no município incluindo outros atores, como gestores e usuários, a fim de contribuir com maiores informações sobre a desempenho dos serviços, além da estudos que possam abordar com mais profundidade a educação permanente e gerar subsídios para o seu incentivo.

Por fim, considerando as limitações, os resultados encontrados contribuem para a caracterização dos serviços de APS brasileiros e são indutores de mudanças relevantes para a reorientação dos serviços. Assim, a pesquisa cumpriu seu objetivo contribuindo para o conhecimento acerca da presença dos atributos da APS e os pontos que estes precisam ser melhorados, além de importantes reflexões sobre os fatores associados, direcionando mudanças necessárias.

REFERÊNCIAS

- AKERMAN, M.; FURTADO, J.P. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Série Atenção Básica e Educação na Saúde. 1ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. ISBN: 978-85-66659-46-7. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/praticas-de-avaliacao-em-saude-no-brasil-dialogos-pdf>. Acesso em: 09 jan. 2019. DOI 10.18310/9788566659467.
- ALENCAR, M. N. *et al.* Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 353-364, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00353.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019. DOI 10.1590/1413-81232014192.08522012.
- ALMEIDA, P. F. de. Atenção primária à saúde no Brasil e os 40 anos de Alma-Ata: reconhecer os desafios para seguir adiante. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8: e00136118, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00136118.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2019. DOI 10.1590/0102-311X00136118
- ANTUNES, B. S.; PADOIN, S. M. de M.; PAULA, C. C. de. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde: criança e adolescente vivendo com HIV. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2: e20170233, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n2/pt_1414-8145-ean-22-02-e20170233.pdf. Acesso em: 16 jan. 2019. DOI 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0233.
- AOKI, T.; INOUE, M.; NAKAYAMA, T. Development and validation of the Japanese version of Primary Care Assessment Tool. **Fam. Pract.**, Reino Unido, n. 33, v. 1, p. 112-117, 2016. Disponível em: <https://academic.oup.com/fampra/article/33/1/112/2450451>. Acesso em: 15 jan. 2019. DOI 10.1093/fampra/cmz087.
- 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 debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 387-399. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00387.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019. DOI 10.1590/0103-110420151050002007.
- BERRA S. *et al.* Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. **Rev. Panam. Salud Pública**, Washington, US, v. 33, n. 1, p.30-39, 2013. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n1/30-39/es>. Acesso em: 13 jan. 2019.
- BERRA, S. *et al.* Adaptación cultural y al sistema de salud argentino del conjunto de instrumentos para la evaluación de la Atención Primaria de la Salud. **Rev. Argent. Salud Pública**, Argentina, v. 2, n. 8, p. 6-14, 2011. Disponível em: <http://rasp.msar.gov.ar/rasp/articulos/volumen8/art-orig-adaptacion-cultural.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico e Cobertura da Estratégia Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 10 fev 2020.
- _____. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Informações de saúde (TABNET). Rede assistencial. CNES – Estabelecimentos. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 20 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCAToolBrasil – Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 1 ed. Brasília: MS, 2010. ISBN 978-85-334-1696-3. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf. Acesso em: 10 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF). Brasília, DF: MS, 2003. OS 0686/2003. Disponível em: bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PROESF.pdf. Acesso em: 09 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia Saúde da Família. Documento técnico. Brasília, DF: MS, 2005. ISBN 85-334-1035-2. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10001019925.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Form SUS – Manual do Gestor. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: http://formsus.datasus.gov.br/manual/formsus_manual.pdf. Acesso em: 15 fev. 2019.

_____. Portaria nº 1.645, de 02 de Outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html. Acesso em: 09 jan. 2019.

_____. [Constituição (1988)] **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p. ISBN: 978-85-7018-698-0.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Atenção Primária e Promoção da Saúde. Atenção primária e promoção de saúde. Coleção Para Entender a Gestão do SUS | 2011. 1. ed. Brasília: CONASS, 2011a. ISBN: 978-85-89545-63-1.

_____. Ministério da Saúde (MS), Ministério da Educação (MEC). Portaria Interministerial MS/MEC nº 1369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html. Acesso em: 07 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Atenção Básica. Série E: Legislação em Saúde. 2ed. Brasília: MS, 2012. 110p. ISBN 978-85-334-1939-1.

_____. Ministério da Saúde (MS). Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. 17 a 21 março, 1986. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf.
 Acesso em: 07 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde (MS). Política nacional de atenção básica. Série Pactos pela Saúde 2006. v.4, Brasília: MS, 2006. ISBN 85-334-1186-3. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em:
 07 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.206, de 14 de setembro de 2011.-Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2206_14_09_2011.html. Acesso em: 07 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 163, p. 68, 22 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica – Amaq. 2. ed. Brasília: MS, 2016. 180 p. ISBN 978-85-334-2371-8. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/autoavaliacao_melhoria_acesso_qualidade_amaq_2ed.pdf. Acesso em: 09 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 19 Jul 2011c. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html. Acesso em: 07 jan 2019.

_____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990a. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 07 jan 2019.

_____. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 07 jan 2019.

BRESICK, G. *et al.* Adaptation and crosscultural validation of the United States Primary Care Assessment Tool (expanded version) for use in South Africa. **Afr J Prm Health Care Fam Med.**, South Africa, v. 7, n. 1, 2015. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4656921/pdf/PHCFM-7-783.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2019. DOI 10.4102/phcfm.v7i1.783.

BRESICK, G. *et al.* Western Cape Primary Care Assessment Tool (PCAT) study: Measuring primary care organisation and performance in the Western Cape Province, South Africa (2013). **Afr J Prm Health Care Fam Med**, South Africa, v. 8, n. 1: a1057, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4913443/pdf/PHCFM-8-1057.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2019. DOI [dx.doi.org/10.4102/phcfm.v8i1.1057](https://doi.org/10.4102/phcfm.v8i1.1057).

BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTRADRIOPOULOS, A-P.; HARTZ, Z. (org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. 1.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. ISBN: 978-85-7541-218-3.

CARNEIRO, M. S. M. *et al.* Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n.esp., p. 279-295, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0279.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019. DOI 10.5935/0103-1104.2014S021.

CARVALHO, A. L. B. *et al.* A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciênc.Saúde Colet**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p.901-9011, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a12.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2019. DOI [dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400012](https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400012).

CASTRO, R. C. L. *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n9/v28n9a15.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019. DOI [dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015).

CECÍLIO, L. C. de O.; REIS, A. A. C. dos. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8: e00056917, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2018000800501&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 06 jan. 2019. DOI 10.1590/0102-311X00056917

CESAR, M. C.; CAMPOS, G. W. S; MONTEBELO, M. I. L. Avaliação da atenção primária no município de Piracicaba, SP, Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n.esp., p. 296-306, 2014. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0296.pdf. Acesso em: 15 jan. 2019. DOI 10.5935/0103-1104.2014S022.

CONNILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. *In*: CAMPOS, G. W. S.; BONFIM, J. R. A.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. (org). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. p. 563-613. ISBN: 9788564806566.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; FRANÇOIS, C.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. *In*: Hartz, Z.M.A. (org). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. 1ª reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.29-47. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/3zcf/pdf/hartz-8585676361.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2019. ISBN: 85-85676-36-1.

CURTIDO, P. F.; LORENZO, S. M. Evaluación de la accesibilidad y la longitudinalidad de la Atención Primaria de Granada mediante Primary Care Assessment Tools (PCAT). **J Healthc Qual.**, Espanha, v. 33, n. 3, p. 119-182, 2018. Disponível em: <http://www.elsevier.es/en-revista-journal->

healthcare-quality-research-257-articulo-evaluacion-accesibilidad-longitudinalidad-atencion-primaria-S2603647918300162. Acesso em: 16 jan. 2019. DOI 10.1016/j.jhqr.2018.02.001.

D'AVILA, O.P. *et al.* O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 855–865, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800013. Acesso em: 11 jan. 2019b. Acesso em: 11 jan. 2019. DOI 10.1590/1413-81232017223.03312016.

DINIZ, S. G. de M. *et al.* Avaliação do atributo integralidade na atenção à saúde da criança. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 37, n.4, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000400403&script=sci_arttext. Acesso em: 11 jan. 2019. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.57067>.

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Ann Arbor, Michigan (US): Health Administration Press, 1980. ISBN: 0914904477.

FERREIRA, T. *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde de crianças e adolescentes com HIV: PCATool-Brasil. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 37, n. 3: e61132, 2016b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v37n3/0102-6933-rngen-1983-144720160361132.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019. DOI dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.61132.

FERREIRA, V. D. *et al.* Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um Município Mineiro. **Esc Anna Nery**, Rio De Janeiro, v. 20, n. 4: e20160104, 2016a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n4/1414-8145-ean-20-04-20160104.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019. DOI dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160104.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde: Conceitos Básicos para as Práticas nas Instituições. *In*: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. (org). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 1-13. ISBN: 978-85-99977-46-0.

FIGUEIREDO, A. M. de et al. Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde, na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 41-48, 2013. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100004. Acesso em: 16 jan. 2019. DOI <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100004>

FLÔR, C. R. *et al.* Avaliação da atenção primária à saúde por profissionais de saúde: comparação entre modelo tradicional versus Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 714-726, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n4/1980-5497-rbepid-20-04-714.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2019. DOI 10.1590/1980-5497201700040013.

FRACOLLI, L. A. P. *et al.* Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n.12, p.4851-60, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/pt_1413-8123-csc-19-12-04851.pdf. Acesso em: 10 jan. 2019. DOI 10.1590/1413-812320141912.00572014.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8: e00029818, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00029818.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2019. DOI 10.1590/0102-311X00029818.

GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. de. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, e00118816, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2017001405005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 04 jan. 2019. DOI 10.1590/0102-311X00118816.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de. Atenção primária à saúde. *In*: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. ISBN: 978-85-7541-417-0.

GIOVANELLA, L. *et al.* A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p.2697-2708, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2697.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2019. DOI: 10.1590/1413-81232015219.16052016.

GOMES, M. F. P; FRACOLLI, L. A. Avaliação da estratégia saúde da família sob a ótica dos profissionais. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 3, p. 1-13, 2018. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7108/pdf>. Acesso em: 16 jan. 2019. DOI: 10.5020/18061230.2018.7108.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de quarta geração**. 1. ed. Campinas: Unicamp, 2011. ISBN: 978-85-268-0936-9.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches**. San Francisco: Jossey-Bass, 1981.

HAGGERTY, J. L. *et al.* Room for improvement: patients' experiences of primary care in Quebec before major reforms. **Can. Fam. Physician**. Canada, v. 53, p. 1056-1057, 2007. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/c000/d335a70b70441285aec8798f8660302ad438.pdf?_ga=2.175956322.1106775082.1547747924-1780775254.1547747924. Acesso em: 12 jan. 2019. Acesso em: 13 jan. 2019.

HARTZ, Z. M. A.; FERRINHO, P. Avaliação de desempenho dos sistemas de saúde: um contributo para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. *In*: **A Nova Saúde Pública**. A Saúde Pública da Era do Conhecimento. Lisboa: Gradiva, 2011. p.58-79.

HARTZ, Z. M.A. **Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica**. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p.419-421, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13022.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2019. DOI dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000300003.

HARZHEIM, E. *et al.* Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800013. Acesso em: 06 jan. 2019. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800013>.

HARZHEIM, E. *et al.* Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Services Research**, London, v. 6, n. 156, p. 1-13, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1790713/>. Acesso em: 11 jan. 2019. DOI 10.1186/1472-6963-6-156.

HAUSER, L. *et al.* Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool-Brasil) no Brasil: versão profissionais de saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 29 p. 244-55, 2013. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)821](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)821). Acesso em: 11 jan. 2019. DOI [dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)821](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)821).

JORGE, M. S. B. *et al.* Gestão em saúde: modelos, desafios e possibilidades. In: SILVA, R. M. da.; JORGE, M. S. B.; JÚNIOR, A. G. da S. (org). **Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde**. Fortaleza: UECE, 2015. p. 249-269. ISBN: 978-85-7826-322-5. p.249-69.

KRINGOS, D. S. *et al.* The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. **BMC Health Services Research**, London, v.65, n.10, 2010. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-65> Acesso em: 04 jan. 2019. DOI <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-65>.

LAKHANI, M.; BAKER, M.; FIELD, S. **The future of general practice**: a roadmap. London: Royal College of General Practitioner's, 2007. ISBN: 978-0-85084-315-6.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p.867-874, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2019. DOI: dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005.

LEE, J. H. *et al.* Development of the Korean primary care assessment tool--measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. **Int J Qual Health Care**, Oxford, v. 21, n. 2, p. 103-111, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp007>. Acesso em: 13 jan. 2019. DOI doi.org/10.1093/intqhc/mzp007.

LIMA, E. F. *et al.* Avaliação da Estratégia Saúde da Família na Perspectiva dos Profissionais de Saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 275-80, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0275.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019. DOI dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160037.

LIMA, L. G. *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp1, p.52-66, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0052.pdf>. DOI 10.1590/0103-11042018S104.

LINS, T. S.; SOARES, F. J. P.; COELHO, J. A. P. M. Avaliação dos Atributos em Atenção Primária à Saúde no Estágio em Saúde da Família. **Rev Bras Educ Med**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 355-63, 2016. DOI: dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e01862015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n3/1981-5271-rbem-40-3-0355.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019.

MACINKO, J.; JIMENEZ, G.; CRUZ-PEÑATE, M. Primary care performance in Dominica. **Rev Panam Salud Publica**, United States, v. 37, n. 2, p. 104–12, 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n2/104-112/en>. Acesso em: 16 jan. 2019.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária: origens e diferenças conceituais. **Rev APS**, Juíz de Fora, v.12, n.2, p. 204-213, 2009. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/307/203>. Acesso em: 06 jan. 2019.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. 1 ed. Brasília: CONASS; 2015. ISBN: 978-85-8071-034-2.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. 1.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. ISBN: 978-85-7967-078-7.

MENDONÇA, C. S. Sistema Único de Saúde: um sistema de saúde orientado pela atenção primária. *In*: HARZHEIM, E. (coord). **Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras**. 1. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. p. 23-36. ISBN: 978-85-7967-066-4.

MERHY, E. E. **A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas**. São Paulo: Ed. Hucitec; 1992.

MOROSINI, M. V. G.C.; FONSECA, A. F.; LUCIANA DIAS DE LIMA, L. D. de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p.11-24, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2019. DOI 10.1590/0103-1104201811601.

MOROSINI, M. V.G. C.; FONSECA, A. F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1: e00206316, 2017. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csp/2017.v33n1/e00206316/en>. Acesso em: 08 jan. 2019. DOI 10.1590/0102-311X00206316.

MUKIAPINI, S.; BRESICK, G.; SAYED, A-R.; LE GRANGE, C. Baseline measures of primary health care team functioning and overall primary health care performance at Du Noon Community Health Centre. **Afr J Prm Health Care Fam Med**, South Africa, v. 10, n. 1: a1458. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6131698/pdf/PHCFM-10-1458.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2019. DOI: doi.org/10.4102/ phcfm.v10i1.1458.

NASCIMENTO, L. do *et al.* Qualidade da Atenção Primária à Saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, n. e2720, p. 1-10, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02720.pdf. Acesso em: 16 jan. 2019. DOI 10.1590/1518-8345.0609.2720.

OLIVEIRA, M.P. R.; MENEZES, I. H. C. F.; SOUSA, L. M.; PEIXOTO, M. R. G. Formação e qualificação de profissionais de saúde: fatores associados à qualidade da atenção primária. **Rev Bras Educ Med**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 547-59, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n4/1981-5271-rbem-40-4-0547.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019. DOI [dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e02492014](https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e02492014).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Atenção primária em saúde: agora mais do que nunca. Relatório Mundial da Saúde, 2008. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF (OMS/UNICEF). Cuidados primários de saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia, 1978. Brasília: UNICEF, 1979.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011. 113 p.

_____. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C.: OPAS, 2007. ISBN 92 75 72698 1.

PAIM, J. A. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, F. N. (org). **Epidemiologia e Saúde**. 6a ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 567-586.

PAIM, J. S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p.343-347, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a04v36n94.pdf>. Acesso em: 07 jan 2019.

PARAÍBA. Governo do Estado da Paraíba. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento e Gestão. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. João Pessoa, 2016. Disponível em: http://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/PB_Plano%20Estadual%20de%20Saude%202016_2019.pdf. Acesso em: 11 fev. 2019.

PASARÍN, M. I. *et al.* An instrument to evaluate primary health care from the population perspective. **Aten. Primaria**, Espanha, v. 39, n.8, p. 395-401, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17692225>. Acesso em: 13 jan. 2019.

PAULA, C. C. *et al.* Atenção à saúde de crianças e adolescentes com HIV: avaliação da longitudinalidade. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 136-43, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n2/1982-0194-ape-30-02-0136.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2019. DOI [dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700022](https://doi.org/10.1590/1982-0194201700022).

PAULA, W. K. A. S. de *et al.* Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 242-248, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n2/1414-462X-cadsc-1414-462X201700020113.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2019. DOI [10.1590/1414-462X201700020113](https://doi.org/10.1590/1414-462X201700020113).

PEDRAZA, D. F.; SANTOS, I. da S. Percepção materna do cuidado à saúde da criança na estratégia saúde da família de dois municípios da Paraíba, Brasil. **Rev. Gerenc. Polit. Salud**, Colombia, v.17, n.34, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657->

70272018000100119&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 10 jan. 2019. DOI <http://dx.doi.org/10.11144/javeriana.rgps17-34.pmcs>.

PENN. L. D. of. Interim Report on the Future Provisions of Medical and Allied Services. -United Kingdom Ministry of Health. Consultative Council on Medical Allied Services. London: Her Majestys Stationery Offices, 1920.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. ISBN: 8527703564

PESSE-SORENSEN, Karen; FUENTES-GARCIA, Alejandra; ILABACA, Juan. Estructura y funciones de la Atención Primaria de Salud según el Primary Care Assessment Tool para prestadores en la comuna de Conchalí - Santiago de Chile. **Rev. méd. Chile**, Santiago, v. 147, n. 3, p. 305-313, 2019. Disponível em:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000300305. Acesso em: 10 fev. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000300305>.

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). **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.23, n.6, p. 1903-1913, 2018.DOI: 10.1590/1413-81232018236.05592018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1903.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2019.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Rev Saúde Col**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p.255-276, 2017. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312017000200255&script=sci_abstract&tlng=p.A cesso em: 03 jan. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005>.

PRESSENTIN, K.B. et al.The Influence of Family Physicians Within the South African District Health System: A Cross-Sectional Study. **Ann Fam Med**, Canadian, v. 16, n. 1, p. 28-36, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29311172> Acesso em: 10 fev. 2020. DOI: doi: 10.1370/afm.2133

REICHERT, A. P. da S. *et al.* Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21n. 1, p. 119-127, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2016.v21n1/119-127/pt>. Acesso em: 10 jan. 2019. DOI 10.1590/1413-81232015211.05682014.

ROLIM, L.B. *et al.* Evaluation of Primary Health Care attributes of Fortaleza city, Ceará State, Brazil. **Rev Bras Enferm.** v. 72, n. 1, p. 19–26, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018>. Acesso em: 15 out. 2019. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0033 0033.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2013. ISBN: 9788599977842.

SAKELLARIDES C. De Alma-Ata a Harry Porter: um testemunho pessoal. **Rev. Port. Saúde Pública**, Lisboa, v.2, p.101-108, 2001.

SANTOS, N. C. C. de B. *et al.* Orientação familiar e comunitária segundo três modelos de atenção à saúde da criança. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 29, n.6, p.610-7, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/3070/307050383003/>. Acesso em: 10 jan. 2019. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600086>.

SANTOS, N. C. C. de B. *et al.* Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34 n.1:e00014216, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Altamira_Reichert2/publication/322937891_Presenca_e_extensao_dos_atributos_de_atencao_primaria_a_saude_da_crianca_em_distintos_modelos_de_cuidado/links/5a9eaa610f7e9b64e07555d7/Presenca-e-extensao-dos-atributos-de-atencao-primaria-a-saude-da-crianca-em-distintos-modelos-de-cuidado.pdf. Acesso em: 10 jan. 2019. DOI 10.1590/0102-311X00014216.

SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **Fam. Pract.**, Reino Unido, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001. Disponível em: <https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT%20pubs/Shi%202001.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2019.

SILVA, A. S.; 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. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, p. 979-987, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00979.pdf. Acesso em: 16 jan. 2019. DOI 10.1590/0104-1169.0489.2639.

SILVA, J. M. da; CALDEIRA, A. P. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família e a qualificação profissional. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 95- 108., 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n1/v9n1a07.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2019. DOI: dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000100007.

SILVA, S. A.; NOGUEIRA, D. A.; PARAIZO, C. M. S., Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. esp., p. 126- 132, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-126.pdf. Acesso em: 15 jan. 2019. DOI: 10.1590/S0080-623420140000600018.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002. ISBN: 85-87853-72-4.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q**. v.83, n.3., p.457-502, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16202000>. Acesso em: 04 jan. 2019. DOI:10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.

STEIN, A. T. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 179-181, 2013. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100019. Acesso em: 04 fev. 2019. DOI <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100019>.

TANAKA, O.Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.927-934, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/10.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2019. DOI dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400010.

TSAI, J. *et al.* Physician specialty and the quality of medical care experiences in the context of the Taiwan national health insurance system. **J Am. Board. Fam. Med.**, United States, v. 23, n. 3, p. 402-12, 2010a. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.2010.03.090222>. Acesso em: 11 jan. 2019. DOI dx.doi.org/10.3122/jabfm.2010.03.090222.

TSAI, J.; SHI, L.; YU, W. L.; LEBRUN, L. A. Usual source of care and the quality of medical care experiences: a cross-sectional survey of patients from a Taiwanese community. **Med. Care**, United States, v. 48, n. 7, p. 628-34, 2010b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181dbdf76>. Acesso em: 11 jan. 2019. DOI dx.doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181dbdf76.

TURCI, M. A.; COSTA, M. F. L.; MACINKO, J. Influências de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p.1941-1952, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n9/0102-311X-csp-31-9-1941.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019. DOI dx.doi.org/10.1590/0102-311X00132114.

VAZ, E. M. C. *et al.* Longitudinalidade do cuidado à criança na Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 36, n. 4, p. 49-54, 2015. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/51862/35662>. Acesso em: 10 jan. 2019. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.51862>.

WONG, S. Y. *et al.* Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. **BMC Public Health**, London, v. 10, p. 397, 2010. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-397>. Acesso em: 12 jan. 2019. DOI dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-397.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report 2008: primary health care now more than ever. Geneva: WHO, 2008. ISBN 978 92 4 156373 4.

ZOU, Y. *et al.* General practitioners versus other physicians in the quality of primary care: a cross-sectional study in Guangdong Province, China. **BMC Family Practice**. v.16:134, p. 1-8, 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4600296/pdf/12875_2015_Article_349.pdf. Acesso em: 16 jan. 2019. DOI [10.1186/s12875-015-0349-z](https://doi.org/10.1186/s12875-015-0349-z).

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
CNPJ: 24.513.574/0001-21

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da realização do projeto intitulado: **Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde na 2ª Macrorregião de Saúde da Paraíba: Percepção dos Profissionais de Saúde**, da aluna: **Rafaela Simão de Abrantes**, do mestrado em Saúde Pública da UEPB – Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação e responsabilidade do docente Prof. Dr. **Wilton Wilney Nascimento Padilha**. O projeto será realizado com **todas as Equipes de Saúde da Família do município de Campina Grande – PB**.

Destaco que é de responsabilidade dos pesquisadores a realização de todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 466/12. Após a realização apresentar o resultado final ao local da pesquisa ou a esta diretoria.

Informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Campina Grande – PB, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciada junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP ao serviço que receberá a pesquisa antes do início da mesma.

Campina Grande, 19 de Julho de 2019.

Atenciosamente,



Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula
COORDENADORA DE EDUCAÇÃO
NA SAÚDE

Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula
(Coordenadora de Educação na Saúde)

Av. Assis Chateaubriand, 1376 – Liberdade – 58.105-420 – Campina Grande-PB.

Telefones: (83) 3315-5126

ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL EM CUMPRIR
OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 DO CNS/MS**

**Pesquisa: Avaliação da Qualidade da Atenção Primária à Saúde na 2ª
Macrorregião de Saúde da Paraíba: percepção dos profissionais de saúde.**

Eu, **Rafaela Simão de Abrantes**, Aluna do Mestrado em Saúde Pública, da Universidade Estadual da Paraíba, portador(a) do RG:3552316 SSP/PB e CPF: 0877.959.354-79 comprometo-me em cumprir integralmente as diretrizes das Resoluções Nº. 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Campina Grande, 21 de março de 2019

Rafaela Simão de Abrantes

Pesquisador(a) Responsável

Central de Integração Acadêmica de aulas da UEPB
Rua Domitila Cabral de Castro, S/N – CEP: 58.429-570
Bairro Universitário –Campina grande/PB

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Qualidade da Atenção Primária à Saúde na 2ª Macrorregião de Saúde da Paraíba: Percepção dos Profissionais de Saúde.

Pesquisador: RAFAELA SIMAO DE ABRANTES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10289719.5.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.251.662

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 09 de Abril de 2019

Assinado por:
Dóris Nóbrega de Andrade Laurentino
(Coordenador(a))

**ANEXO D - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - BRASIL VERSÃO PROFISSIONAIS**

A – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

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

B – LONGITUDINALIDADE

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

C – COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

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 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2 - Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3 - Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4 - Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5 - Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6 - Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

D – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES

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 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2 - Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3 - Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

E – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E2 - Imunizações.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E3 - Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E4 - Avaliação da saúde bucal.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E5 - Tratamento dentário.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E6 - Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E8 - Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9 - Sutura de um corte que necessite de pontos.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E10 - Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E11 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E12 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E13 - Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Continua...

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
E14 - Remoção de verrugas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E15 - Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E16 - Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E17 - Cuidados pré-natais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E18 - Remoção de unha encravada.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E19 - Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E20 - Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E21 - Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E22 - Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

F – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

Você atende pacientes:*

- () de todas as idades
 () somente crianças e adolescentes (menores de 18 anos)
 () somente adultos

*O formulário no FormSUS abrirá automaticamente as próximas questões de acordo com as respostas dadas pelo participante.

Se atende todas as idades, responderá todas as perguntas desta seção F1 a F15.

Se atende apenas crianças, não responderá as perguntas F4 a F13.

Se atende apenas adultos, não responderá perguntas F14 a F15.

Perguntas F1 – F3 se aplicam a todas faixas etárias.

Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis? (repita 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 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2 - Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

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

Entrevistador pergunte: "Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes?"

F4 - Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F5 - Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Continua...

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

As perguntas F14 - F15 se aplicam apenas a crianças.

"Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?"

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

G- ORIENTAÇÃO FAMILIAR

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 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2 - Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3 - Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

H- ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

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 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2 - Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3 - Seu serviço de saúde ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?					
H4 - Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5 - Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6 - Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO E – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO NA REVISTA BRASILEIRA DE
ENFERMAGEM

Submission Confirmation

Thank you for your submission

Submitted to	Revista Brasileira de Enfermagem
Manuscript ID	REBEn-2020-0128
Title	Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde em Campina Grande, Paraíba, Brasil
Authors	Abrantes, Rafaela Monteiro, Débora Lana Luz, Aline Olinda, Ricardo Padiha, Wilton
Date Submitted	28-Feb-2020

APÊNDICES

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DOS PROFISSIONAIS

Perfil sociodemográfico
<p>Município onde atua: _____</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sexo: 1-Masculino () 2-Feminino () ▪ Idade: _____ anos ▪ Categoria: 1-Médico () 2-Enfermeiro () 3-Cirurgião dentista () ▪ Instituição onde se formou: 1-Pública () 2- Privada () ▪ Tempo de formação: _____ anos
Qualificação profissional
<p>1- Realização de pós graduação na área da APS:* 1-Sim () 2-Não ()</p> <p>1.1- Tipo de pós graduação: 1-Especialização () 2- Residência () 3-Mestrado () 4-Doutorado ()</p> <p>2- Participação em atividade de educação permanente: 1-Sim () 2-Não ()</p> <p>*Área da APS: saúde pública, saúde coletiva, saúde da família e medicina de família e comunidade.</p>
Experiência profissional e contexto de trabalho
<p>3- Tempo de atuação nos serviços de APS: _____ anos</p> <p>4- Tempo de atuação nessa equipe: _____ anos</p> <p>5- Vínculo com o serviço: 1-Celetista () 2-Estatutário () 3-Terceirizado ()</p> <p>6- Carga horária semanal: _____ horas</p> <p>7- Incentivo municipal à qualificação profissional: 1-Sim () 2-Não ()</p> <p>8- Localização do serviço: 1-Zona urbana () 2-Zona rural ()</p>

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UEPB

| PPGSP

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil: percepção dos profissionais de saúde.

Prezado (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “*Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil: percepção dos profissionais de saúde*”, realizada pela aluna Rafaela Simão de Abrantes, junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB. O objetivo principal é avaliar a qualidade do serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) o qual o senhor (a) atua, mediante a verificação da presença e extensão dos atributos da APS. Os objetivos específicos são: caracterizar os profissionais da APS, segundo dados sociodemográficos, de formação profissional e relacionados a atuação nesses serviços; e verificar associação desses fatores com os desempenhos dos atributos.

Farão parte desse estudo médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros da atenção primária do município de Campina Grande, Paraíba, que atuem há pelo menos seis meses no serviço e aceitem livremente participar da pesquisa. Não serão incluídos aqueles profissionais em período de licença ou afastamento e/ou com carga horária inferior a 20 horas semanais.

A coleta dos dados será realizada de junho a dezembro de 2019, através do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) e do Formulário para Coleta de Dados dos Profissionais (perfil sociodemográfico, qualificação profissional, experiência profissional e contexto de trabalho). Os formulários serão respondidos apenas após o senhor(a) ter lido e aceitado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este TCLE será apresentado em duas vias: uma delas (assinada pela pesquisadora responsável) com o senhor(a) e outra com a pesquisadora responsável.

Os resultados dessa pesquisa serão expostos aos profissionais e gestores, a fim de promover reflexões acerca das possíveis mudanças necessárias para o aperfeiçoamento dos serviços, dentro dos limites de cada município. Durante a pesquisa, a pesquisadora responsável garantirá disponibilidade, caso o senhor (a) tenha dúvidas ou questionamentos, por meio do contato fornecido abaixo. O contato do Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB também é fornecido para possíveis esclarecimentos. Mesmo após encerrado o estudo, as informações

obtidas poderão ser requisitadas pelos profissionais e/ou gestores, respeitando-se o sigilo das mesmas, para discussões que busquem o aprimoramento dos serviços de atenção primária.

É garantido que o presente estudo apresenta risco mínimo, sem invasão à sua intimidade. Sua participação nesta pesquisa implica apenas na disponibilidade de tempo para responder aos formulários online, não havendo qualquer ônus financeiro ou procedimento que possa incorrer dano físico. Essa pesquisa também não lhe trará nenhum benefício direto ou recompensa, mas irá contribuir com subsídios para aperfeiçoar e melhorar o serviço de saúde o qual atua.

A pesquisadora responsável cumprirá as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Destaca-se o caráter sigiloso das informações, utilizadas para fins científicos. A concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar sua condição profissional na Unidade de Saúde onde atua, podendo, a qualquer momento, desistir da pesquisa, sem nenhum prejuízo para o senhor(a). Seu nome será preservado e os dados sobre sua pessoa ou do conteúdo individual dos formulários não serão divulgados.

Pesquisador Responsável: _____

Declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Caso necessite de maiores informações, favor ligar ou enviar e-mail para a pesquisadora Rafaela Simão de Abrantes. Telefone: (83) 98796-9040. E-mail: rafaelaabrantes19@gmail.com. Endereço: Rua Arlinda Gomes de Medeiros, 310 – Mirante, Campina Grande/ PB, CEP 58407-615.

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba
Endereço: Rua Baraúnas, 351 – Campus Universitário, Bodocongó, Prédio Administrativo da Reitoria, 2º andar – sala 229, Campina Grande/PB, CEP 58429-500.
Telefone: 3315-3373. E-mail: cep@uepb.edu.br