

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CAMPUS SENADOR HELVIDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

GERLANY RAFAELA RIBEIRO GONZAGA

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE
UNIDADES BÁSICAS: revisão bibliográfica**

PICOS – PI

2016

GERLANY RAFAELA RIBEIRO GONZAGA

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE
UNIDADES BÁSICAS: revisão bibliográfica**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado de Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Ms. Rumão Batista Nunes de Carvalho

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

G642a Gonzaga, Gerlany Ribeiro.
Atenção primária à saúde na perspectiva dos profissionais de unidades básicas: revisão bibliográfica / Gerlany Ribeiro Gonzaga. – 2016.
CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (54 f.)
Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2016.

Orientador(A): Prof. Me. Rumão Batista Nunes de Carvalho

1. Atenção Primária em Saúde. 2. Programa Saúde da Família. 3. PCATool. I. Título.

CDD 610.734

1 INTRODUÇÃO	SUMÁRIO	12
2 OBJETIVOS		15
2.1 Geral		15
2.2 Específico		15
3 REFERENCIAL TEÓRICO		16
3.1 Atenção Primária à Saúde		16
3.2 Avaliação em Saúde		21
3.3 Atributos		28
4 METODOLOGIA		34
4.1 Tipo de estudo		34
4.2 Fontes		34
4.3 Coleta de dados		34
4.4 Análise e Interpretação dos estudos		35
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO		37
5.1 Características estruturais dos estudos selecionados		37
5.2 Características metodológicas dos estudos selecionados		40
5.3 Desempenho da APS por meio dos seus atributos		44
5.4 Opinião para gestores e profissionais de saúde		46
6 CONCLUSÃO		48
REFERÊNCIAS		49
APÊNDICE		57
APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados		58

GERLANY RAFAELA RIBEIRO
GONZAGA

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS
DE UNIDADES BÁSICAS: revisão bibliográfica**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado de Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Ms. Rumão Batista Nunes de

Aprovada em: 22 / 02 / 2016.

BANCA EXAMINADORA:

Rumão B. Nunes de Carvalho.

Prof. Ms. Rumão Batista Nunes de Carvalho
Professor Assistente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFPI-CSHNB
Presidente da Banca

Mailson Fontes de Carvalho.

Prof. Ms. Mailson Fontes de Carvalho
Professor Assistente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFPI-CSHNB
1º Examinador

Paula Valentina de Sousa Vera

Prof. Paula Valentina de Sousa Vera
2º Examinador

Prof. Átila Chagas de Araújo
3º Examinador

Dedico este trabalho a minha mãe Zilda, a minha irmã Gerdany e ao meu tio Inácio, por todo amor, apoio e incentivo em todos os momentos da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, ao meu Deus, que é quem tem me dado vida, saúde, alegria e tem renovado todos os dias as minhas esperanças e me motivado sempre a prosseguir, independente das circunstâncias, pois me faz saber que Ele sempre está comigo. Por ter me dado paciência quando pedi, sabedoria quando precisei, coragem quando desanimei e força quando enfraqueci. Agradeço principalmente por ter realizado o sonho no qual sempre almejei: estudar em uma Universidade Federal. Obrigada Senhor por nunca ter desistido de mim, tu és a minha força e minha fortaleza.

Agradeço a minha mãe pela educação que me proporcionou e pelo aprendizado adquirido até aqui. Agradeço inclusive pelas brigas, chateações e momentos de desconforto que não me derrubaram, mas deram forças para erguer a cabeça e mostrar que sou capaz. Exemplo de mulher forte, íntegra, amiga, de uma fé incomparável, que tem o coração do tamanho do mundo, que ama sem medida e é linda de viver. Obrigada pelo seu cuidado comigo, não tem como descrever em palavras o que a senhora fez por mim e de como esse cuidado me deu forças. Obrigada por insistir sempre em mim, pelas suas muitas orações.

Agradeço à minha irmã linda Gerdany, minha amiga da vida inteira, companheira. Obrigada por me ensinar com a sua alegria e com sua perseverança a sempre ir atrás do que se quer. Obrigada por ouvir meus desabafos e por dormir muitas noites durante esses anos de luz acesa para que eu pudesse estudar e principalmente nessa etapa final. Crescer e viver com você fez e faz toda a diferença. Obrigada pelo seu amor.

Agradeço a todos os meus tios e tias, primos e primas e a meus avós por todo amor, ajuda e incentivo. Muito do que sou hoje devo também a todos vocês. Vocês todos também são exemplos de vida pra mim, em especial ao meu tio Inácio por todo apoio incondicional dado durante esta jornada sempre serei grata por tudo.

Agradeço a todos os amigos da “Gerlan” por todo carinho, amizade e apoio. Agradeço em especial a Carol, Celso, Cleilson, Eduardo, Jayranne, Junão, Layane, Marcio, Murilo, Marlyson, Patrícia, Rayanne, Saimon, Samyla, Sanatiel, Valéria e Zé Victor, por toda torcida, pelo carinho, pelas orações e pelo companheirismo e orações, pois elas têm me alcançado.

Agradeço imensamente a Deus pelos amigos que conquistei durante a faculdade e que levarei comigo para sempre: Calina, Danielle Leal, Edna, Johnny, Regianne e Vânia por todas as risadas, aprendizados, puxões de orelha e apoio nessa reta final da graduação. Meu muito obrigada!

Não poderia deixar de agradecer ao professor e orientador Maílson Fontes que foi como um irmão para mim nos momentos que mais precisei, ajudou a superá-los para então conquistar o meu objetivo de me formar. Professor com uma bagagem imensa de conhecimento e com todo prazer em transmiti-lo. Não tenho dúvidas de que não poderia escolher orientador melhor. Muito obrigada!

Agradeço ao professor e orientador Rumão Carvalho por toda ajuda gratuita dada a mim na construção deste trabalho, não tenho como agradecer tudo que fez para que pudesse ser concluído e ter me acolhido tão bem nessa etapa final. Muito obrigada!

Agradeço, à Universidade Federal do Piauí (UFPI), por me proporcionar anos de grande aprendizado e a todos os mestres que ajudaram na minha formação, em especial aos professores por terem aceitado participar da minha banca professores Átila e Paula Valentina exemplos de profissionais dedicados em especial a professora Paula por todo apoio e incentivo durante o curso.

E por fim agradecer a todos que entraram nessa minha história acadêmica vou sempre ser grata por tudo e obrigada por terem ajudado a me tornar com muito orgulho ENFERMEIRA!

"Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível."

Charles Chaplin

RESUMO

A Atenção Primária em Saúde (APS) é reconhecidamente um componente-chave dos sistemas de saúde. Esse reconhecimento fundamenta-se nas evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde. O presente estudo tem como objetivo analisar, na literatura científica, à Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos profissionais de unidades básicas no Brasil. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada através de revisão de literatura nacional que aborda sobre a Atenção Primária à Saúde. Para tanto, a coleta de dados ficou restrita às bases de dados online, que fornecem acesso a artigos científicos na íntegra. A busca foi realizada durante o mês de janeiro de 2016, nas bases de dados eletrônicas: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), disponibilizadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Como descritores, foram utilizados os termos atributos, Atenção Primária em Saúde e PCATool no limite de ano de 2011 a 2015. Ao final, a amostra contabilizou 12 estudos. As informações obtidas dos artigos foram agrupadas segundo conteúdos afins, permitindo o estabelecimento dos seguintes eixos: Características estruturais dos estudos selecionados, Características metodológicas dos estudos selecionados; Desempenho da APS por meio dos seus atributos e Opinião para gestores e profissionais de saúde. Os resultados da pesquisa indicam que os baixos valores para os atributos versam sobre o horário de funcionamento e sobre a comunicação com a unidade e seus profissionais retratam a realidade, pois grande parte das unidades funcionam em horário comercial nos dias úteis da semana e muitas unidades de saúde estavam desprovidas de telefone. Tal fato reflete a indisponibilidade da equipe para o atendimento ao usuário em horários como períodos noturnos e finais de semana. As análises evidenciam que as percepções dos gestores em todos os indicadores estudados estiveram sempre em percentuais e escores mais elevados em comparação aos outros, principalmente em relação aos usuários. Observa-se grande discrepância entre a opinião de quem está na gestão e dos que utilizam de fato o serviço. A literatura nacional possui poucos trabalhos que utilizam o PCATool, sendo que todos eles utilizam a versão dos instrumentos elaborado por Starfield. Estudos internacionais são bem mais frequentes e registram a importância dos aspectos abordados pelo PCATool destacando a relevância dos países no processo de avaliação da coordenação e da continuidade do cuidado.

Palavras-chave: Atributos. Atenção Primária em Saúde. PCATool.

ABSTRACT

The Primary Health Care (PHC) is recognized as a key component of health systems. This recognition is based on evidence of their impact on health and development of the population in countries that have adopted it as the basis for their health systems. This study aims to analyze the scientific literature, the primary health care from the perspective of basic units of professionals in the Brazil. It is a bibliographical survey, conducted by national literature review that focuses on primary health care. Therefore, the data collection was restricted to online databases that provide access to journal articles in full. The search was conducted during the month of January 2016, in the electronic databases: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), available on the Virtual Health Library (VHL). As descriptors, attributes terms were used, Primary Health Care, PCATool in year stint from 2011 to 2015. At the end, the sample accounted for 12 studies. The information obtained from the articles were grouped according to similar content, allowing the establishment of the following areas: Structural characteristics of the selected studies, methodological characteristics of the selected studies; APS performance through its attributes and Opinion for managers and health professionals. The survey results indicate that the low ratings for the attributes deal with the hours of operation and the communication with the unit and its employees portray the reality, as much units operate during business hours on weekdays and many health facilities were devoid phone, this fact reflects the unavailability of staff to meet the user at times as night shifts and weekends. The analyzes show that the perceptions of managers in all indicators studied were always in percentage and higher scores compared to others, especially with regard to users. Note the large discrepancy between the opinion of those who are in management and using in fact the service. The national literature has few studies that use PCATool, all of which use the version of the tools developed by Starfield. International studies are much more frequent and record the importance of the issues addressed by PCATool highlighting the relevance of the countries in the evaluation process of coordination and continuity of care.

Keywords: Attributes. Primary Health Care. PCATool.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Fluxograma da coleta e pesquisa de material.	35
Quadro 1	Aspectos estruturais das produções científicas encontradas.	37
Quadro 2	Características metodológicas dos estudos selecionados.	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
APS	Atenção Primária em Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
DATASUS	Departamento de Informática e Informação do Sistema Único de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
LILACS	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica do SUS
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitárias de Saúde
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PCPC	Policy Center for the Underserved Population
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SciELO	Scientific Electronic Library Online
Sesp	Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBSF	Unidades Básicas de Saúde da Família
UBT	Unidades Básicas Tradicionais
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidades de Saúde da Família

1 INTRODUÇÃO

Com a proposta apresentada na I Conferência Internacional em Alma-Ata sobre os cuidados primários em saúde, ficou clara a necessidade da institucionalização da atenção primária à saúde seletiva, para fornecer um sistema de saúde universal e equânime. No Brasil, este modelo de atenção foi implantado após a reforma sanitária, intitulada de Atenção Básica, que ganhou destaque com a implantação de um novo modelo de reorganização das práticas realizadas até então através da Estratégia Saúde da Família.

A Atenção Primária em Saúde (APS) é reconhecidamente um componente-chave dos sistemas de saúde. Esse reconhecimento fundamenta-se nas evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde: melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde (STARFIELD, 2002).

A APS apresenta dois aspectos distintos e interdependentes: é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção, e também um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde. Orienta-se por eixos estruturantes que, na literatura internacional, recebem o nome de atributos essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS) (2003) o Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994. No entanto, é a partir de 1998 que o programa se consolida como estratégia estruturante de um modelo de atenção à saúde que priorize ações pautadas nos princípios da territorialização, da intersetorialidade, da descentralização, da coresponsabilização e da equidade, priorizando grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer, ou seja, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). De 1998 a 2004 o cálculo era que continha 28.931 Estratégia de Saúde da Família (ESF) credenciadas no Ministério da Saúde, em 2014 esses números foram para 47.803 e em 2015 estar em aproximadamente 48.093 estimando uma população coberta de 116.911.056 (BRASIL, 2013).

Deste modo, ao assumir a denominação ESF significa compreender e disseminar a solidificação desta como a estratégia estruturante da APS, superando o caráter de finitude

representado pela ideia de programa. Importante destacar que a Portaria nº 2488/2011 não anula o amparo da portaria anterior (nº 648/2006), mas amplia suas diretrizes e princípios, principalmente no que se refere à Atenção Básica (AB), apresentada em definitivo como sinônimo de APS, aspectos que ainda eram tecidos de maneira incipiente na Portaria nº 648/2006, o que é superado no documento atual, trazendo detalhamentos, bases conceituais, amparo profissional, prioridades necessárias e adaptações importantes à atual configuração desse nível de complexidade da assistência do SUS (SALVADOR et al., 2014).

Esta operacionalização do conceito de APS permitiu identificar o grau de orientação dos serviços à APS, que propicia a comparabilidade entre sistemas ou tipos de serviços, além da associação entre a presença dos atributos e a efetividade da atenção, tanto em nível individual, quanto populacional. Nesse sentido, Starfield (2002) criou e validou um instrumento nos Estados Unidos da América, o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) que avalia a presença e a extensão dos atributos da APS para usuários adultos e para crianças. No Brasil, em 2006, foi realizada a primeira validação do PCATool versão usuários crianças (HARZHEIM et al., 2013).

Nesse aspecto, é possível afirmar que a temática da avaliação aplicada à atenção básica vem ganhando destaque, visto que recentemente foram lançados programas com esse intuito o (Avaliação para Melhoria da Qualidade) AMQ e (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica) PMAQ. A avaliação por sua vez traz a visão de julgamento, prática de intervenções que auxiliam na tomada de decisão, ação capaz de subsidiar mudanças na construção e/ou na implementação de programas, projetos ou políticas de saúde. Cabe destacar que, segundo Figueiró (2010), como uma área do conhecimento considerada emergente e jovem, a avaliação apresenta consensos e dissensos nas suas definições, referenciais teóricos e modelos (CARVALHO et al., 2008).

Diferenças nas expectativas de usuários, profissionais e gestores quanto à atenção desenvolvida têm sido verificadas na literatura. Gestores e profissionais avaliaram melhor o atendimento, enquanto os usuários avaliaram melhor a disponibilidade de equipamentos adequados. Essa divergência denota a necessidade de maior aproximação entre gestão, serviços de saúde e usuários, assim como o fortalecimento de ações de monitoramento e avaliação local para que as fragilidades e as novas possibilidades sejam identificadas no processo de produção dos serviços de saúde nas equipes de saúde da família (RODRIGUES et al., 2011).

No Brasil, entre os problemas de gestão do trabalho no SUS destacam-se: a distribuição desigual de profissionais nas regiões do país, com escassez em algumas e sobre

oferta em outras, o número insuficiente de médicos e outros profissionais, principalmente na AB, a oferta de determinadas especialidades médicas sem a necessária correspondência com as necessidades da população, a incipiente incorporação de outras categorias profissionais de saúde na rede, o perfil inadequado de formação dos profissionais para atuarem na AB, entre outros (CARVALHO et al., 2012).

A necessidade de maiores informações sobre os aspectos organizacionais do uso de serviços de atenção básica e seus atributos em saúde que considerem a perspectiva de gestores, profissionais e usuários, foram determinantes para a escolha deste tema, principalmente pela desigualdade da implantação do SUS, o que justifica esta pesquisa, investigando a APS diante os profissionais de unidades básicas através da mensuração da satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados e infraestrutura da mesma, a fim de analisar sua relevância na comunidade para a vida dos indivíduos.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar, na literatura, a Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos profissionais de unidades básicas no contexto Brasileiro.

2.2 Específicos

- Caracterizar a produção científica revisada quanto as propriedades estruturas e metodológicas;
- Analisar os atributos da Atenção Primária à Saúde na Estratégia de Saúde da família pela aplicação do PCATool – Brasil versão profissionais;
- Analisar a perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família associados aos serviços de Atenção Primária.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Foi verificado a associação entre os atributos da APS e a qualificação dos profissionais utilizando o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, versão profissional PCATool.

3.1 Atenção Primária à Saúde

Historicamente, a ideia de modelo de atenção foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde, voltadas de forma regionalizada, contínua, global e coordenada que se proporciona à população sem distinção de gênero, ou enfermidade, ou sistema orgânico é sistematizada com ações preventivas e curativas apresentando assim APS.

Em setembro de 1978 foi realizada a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela OMS (Organização Mundial da Saúde) e UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) em Alma-Ata, capital do Kazaquistão. De acordo com a Declaração de Alma-Ata, ações dos diferentes campos internacionais no sentido de diminuir as diferenças no desenvolvimento econômico e social dos países deveriam ser estimuladas para que se atingisse a meta de saúde, essa política internacional ficou conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000”, reduzindo-se a lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e desenvolvidos (OPAS/OMS, 1978).

A Declaração representa uma proposta num contexto muito maior que um pacote seletivo de cuidados básicos em saúde. Nesse sentido, aponta para a necessidade de sistemas de saúde universais, isto é, concebe a saúde como um direito humano; a redução de gastos com armamentos e conflitos bélicos e o aumento de investimentos em políticas sociais para o desenvolvimento das populações excluídas; o fornecimento e até mesmo a produção de medicamentos essenciais para distribuição à população de acordo com a suas necessidades; a compreensão de que a saúde é o resultado das condições econômicas e sociais, e das desigualdades entre os diversos países; e também estipula que os governos nacionais devem protagonizar a gestão dos sistemas de saúde, estimulando o intercâmbio e o apoio tecnológico, econômico e político internacional (GOMES, 2014).

A conferência sobre cuidados primários de saúde de Alma – Ata, em 1978, ampliou o conceito de saúde de apenas ausência de doença para um estilo de vida saudável que compreende todas as dimensões da vida, desde o trabalho, o meio ambiente em que se vive, o acesso ao lazer e os aspectos comportamentais, nos quais se incluem as escolhas saudáveis que se relacionam com o estilo de vida. Nesse novo enfoque da saúde, verificou-se a

necessidade de ampliar o conhecimento das pessoas sobre o processo de adoecimento, atuando na prevenção (RODRIGUES et al., 2011).

Em 1986, ocorreu a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde onde ao final foi aprovada a Carta de Ottawa, elaborada na Conferência do Canadá, listou condições e recursos fundamentais, identificando campos de ação na promoção da saúde e ressaltando a importância da equidade. A Carta define promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo social da saúde e define cinco estratégias fundamentais, a saber: política pública, ambiente saudável, reforço da ação comunitária, criação de habilidades pessoais e reorientação do serviço de saúde (RODRIGUES et al., 2011).

O documento aponta para os determinantes múltiplos da saúde e para a intersetorialidade, ao afirmar que dado que o conceito de saúde como bem-estar transcende a ideia de formas saudáveis de vida, a promoção da saúde transcende o setor saúde. E completa, afirmando que as condições e requisitos para a saúde são: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (RODRIGUES et al., 2006).

Depois da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa foram realizadas outras, sempre tendo os preceitos da Declaração de Alma-Ata e da Carta de Ottawa como grandes referências, foram: a II Conferência, em Adelaide, Austrália (1988); a III Conferência, em Sundsvall, Suécia (1991); a IV Conferência, em Jacarta, Indonésia (1997); a V Conferência, na Cidade do México, México (2000); a VI Conferência, em Bangkok, na Tailândia, em 2005; a VII Conferência, em Nairóbi, Quênia (2009). A VIII Conferência em 2013 realizada em Helsinque, Finlândia, teve como objetivo melhorar a capacidade para a implementação da saúde em todas as políticas, atualizar as contribuições da promoção da saúde no campo da atenção primária em saúde (WHO, 2013).

Com a reforma que ocorria na atenção primária, os serviços em saúde passou por várias mudanças, surgiu um grande interesse sobre a natureza da APS e seu papel dentro dos sistemas de saúde, com isso a pesquisadora nos cuidados primários Barbara Starfield começou a se preocupar em entender o papel da atenção primária com um foco de organização dos sistemas de saúde, oferecendo evidências científicas disponíveis sobre sua utilidade e contribuindo para seu desenvolvimento e crescimento (STARFIELD, 2002).

Segundo Barbara Starfield (2002), estudiosa do tema à saúde na atualidade, a APS é o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas

necessidades de saúde, que só serão referidos os casos muito incomuns que exigem atuação mais especializada. A APS coordena, ainda, os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção. Starfield sugere os seguintes atributos para as práticas da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

No Brasil, algumas experiências de APS foram instituídas de forma incipiente desde o início do século XX, como os centros de saúde em 1924 que, apesar de manterem a divisão entre ações curativas e preventivas, organizavam-se a partir de uma base populacional e trabalhavam com educação sanitária. A partir da década de 1940, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) que realizou ações curativas e preventivas, ainda que restritas às doenças infecciosas e carenciais. Essa experiência inicialmente limitada às áreas de relevância econômica, como as de extração de borracha, foi ampliada durante os anos 50 e 60 para outras regiões do país, mas represada de um lado pela expansão do modelo médico-privatista, e de outro, pelas dificuldades de capilarização local de um órgão do governo federal, como é o caso do Sesp (HAYASSY et al., 2013).

Após a conferência de Alma-Ata, as conferências de Promoção da Saúde estabeleceram a forma como os países reorganizariam os seus serviços de saúde de acordo com as suas necessidades e com a realidade local. No Brasil, apenas em 90, com a criação do SUS garantiu-se um serviço de saúde mais próximo das pessoas, o enfoque foi a priori à promoção e prevenção da saúde com profissionais cuja formação e desempenho fossem, não somente clínicos, mas com percepção epidemiológica e social para se relacionar com o indivíduo, família e sociedade (BRASIL, 2011).

Assim foi criado em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), que ele surgiu sem normas para integração com o atendimento hospitalar e especializado. O PSF atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), é composto por equipe multidisciplinar, com profissionais de formação generalista nas Unidades de Saúde da Família (USF), tem uma lógica interessante por ter equipe multidisciplinar e valorizar a adscrição da clientela com esquemas de responsabilização (BARRA, 2013).

Com a aprovação da Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB-SUS 01/96), o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) foram enfatizados pelo ministério como estratégias prioritárias para o fortalecimento da atenção primária nos sistemas municipais de saúde (AMORIM, 2011).

Na reorganização da Atenção Básica a ESF passou a ser o primeiro lugar de procura para a resolução dos principais problemas de saúde, apresentando, dentre outros aspectos, uma gestão do trabalho orientada por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, atuando

em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), que devem realizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva. Essas ações são desenvolvidas em uma área de abrangência com um número definido de pessoas (BRASIL, 2012).

Na década de 1990, com a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), a APS foi municipalizada e desenvolvida por meio de políticas públicas e de normas operacionais que garantiram respaldo jurídico, administrativo e financeiro, para a criação da ESF (SILVA et al., 2014).

Como parte integrante da APS a ESF tem como objetivo atender integralmente às necessidades de uma comunidade definida por limites territoriais, interferindo nos padrões de produção de saúde e doença e, conseqüentemente, melhorando os indicadores de saúde. Existem com a ESF outros serviços de APS, Unidades Básicas de Saúde (UBS), na qual a demanda atendida se apresenta de maneira espontânea ou é encaminhada por outros serviços (ALENCAR et al., 2014).

Assim, o recente processo de renovação e expansão da APS no Brasil faz se necessário, uma vez que impulsiona oportunidade de tencionar mudanças no modelo assistencial, produzindo estratégias de cuidados menos invasivas e mais dialógicas, a fim de avaliar o impacto da saúde na APS com produção de autonomia do sujeito. Dessa forma, a importância da avaliação da APS também se ancora em indicadores que possam ser utilizados para avaliar o impacto da saúde da família no sistema de saúde brasileiro (ALENCAR et al., 2014).

Existe um aprimoramento das estratégias e diretrizes da APS brasileira no sentido de torná-la abrangente. Reforçar as políticas públicas, pode contribuir para viabilização de casos possíveis de APS em termos de qualidade e abrangência. Não se pode esperar uma política de APS seja integralmente seletiva, é importante perceber o processo histórico que foi construído à APS, bem como os reflexos na sua formulação no Brasil (LAVRAS, 2011).

A estrutura operacional das redes de atenção à saúde tem sua base na APS. Sem esta muito bem estruturada não se pode pensar em redes de atenção à saúde efetivas, eficientes e de qualidade. O estímulo à organização de redes integradas de atenção à saúde nos sistemas municipais e estaduais de saúde, como forma de garantir a integralidade, universalidade e equidade da atenção à saúde da população brasileira, adquire maior relevância no final da década de 1990 e culmina com a publicação da Portaria GM nº 4.279 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010).

A organização de redes regionalizadas de serviços de saúde constituiu a premissa sobre a qual historicamente foram debatidas as propostas de reforma do sistema de saúde

brasileiro – tomando como referência a experiência dos países que construíram sistemas universais e a literatura internacional – e formou parte da bagagem do planejamento em saúde durante décadas (KUSCHNIR et al., 2010).

A implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), tem como desafio a construção de sistemas integrados de saúde que se articulem em todos os níveis de atenção à saúde, e de forma interfederativa mais harmônica possível. Por esta razão, os debates em torno de uma maior integração nos serviços de saúde têm se intensificado desde o Pacto pela Saúde, criado em 2006, e o mais recente Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), formulado de forma tripartite a partir do Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/1990. A esse fato soma-se a aprovação e recém atualização de diversas Políticas, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que exemplificam os esforços para a construção de um modelo de atenção capaz de responder às atuais condições de saúde dos brasileiros, efetivando a APS como eixo estruturante e coordenador das RAS no SUS (BRASIL, 2011).

As redes têm sido propostas para administrar políticas e projetos em que os recursos são escassos e os problemas complexos; onde há interação de agentes públicos e privados, centrais e locais, onde se manifesta uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã. Nas RAS, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Contudo, Paim (2012) lembra que o Brasil não tem experiência com linhas de cuidado, o que interfere diretamente na implantação das RAS, além de outros agravantes, como: a falta de responsabilização dos atores, descontinuidades administrativas, alta rotatividade dos gestores e a força do modelo hegemônico ainda presente (VIANA et al., 2011).

As RAS têm uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada – e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2010).

As RAS no âmbito do SUS tem o objetivo de garantir a integridade do cuidado por meio de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. As diretrizes que regem a RAS foram oficializadas pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010). A criação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS e suas diretrizes.

A inserção da APS em redes de atenção à saúde implica, necessariamente, a sua interpretação como estratégia de reordenamento do sistema de saúde. Isso significa, na prática, superar as visões de atenção seletiva e de mero nível de atenção. Por isso, há quem fale de APS conduzindo todo sistema de saúde ou “sistemas de saúde baseados na APS”, ou em “redes integradas de serviços de saúde baseadas na APS” (OPS, 2010).

3.2 Avaliação em Saúde

Avaliação pode ser definida como uma atividade que consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um de seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

O conceito de avaliação de programas públicos surgiu após a Segunda Guerra Mundial, em virtude da necessidade de melhoria da eficácia da aplicação de recursos pelo Estado. Já a preocupação em avaliar serviços de saúde, pensando na garantia da qualidade, acontece a partir do início da década de 1980, incentivados pela OMS, que lançou em 1989 um programa de promoção da avaliação da qualidade da APS, com o objetivo de sensibilizar gestores, administradores e profissionais da saúde a desenvolver métodos e competências apropriadas (SALES, 2013).

A avaliação é um dos melhores mecanismos para responder as necessidades de informação. A definição de avaliação para Worthen et al. (2004) é a “apreciação sistemática do funcionamento e/ou dos resultados de um programa ou política em função de critérios implícitos ou implícitos, de modo a contribuir para a melhoria do programa ou política”. O interessante deste conceito é que ele agrega a importância não somente da obtenção de objetivos, mas também analisa os processos percorridos para poder aperfeiçoá-los (BROUSSELLE, 2011).

No contexto brasileiro, com a implantação do SUS no final da década de 1980, as avaliações em saúde focaram os indicadores epidemiológicos, produzindo análises comparativas entre coeficientes e índices de morbimortalidade, bem como os indicadores quantitativos de oferta da assistência. A partir dos anos 2000, observaram-se esforços no sentido de avaliar a atenção básica em diversos aspectos empreendidos por centros

acadêmicos e incentivados pelo MS, principalmente pela grande expansão da ESF e o fortalecimento da ABS (SALES, 2013)

Em nível nacional, o Ministério da Saúde adotou, em 1994, a ESF para reorientar o SUS e expandir a APS. Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil, o número de equipes de saúde da família implantadas e o financiamento para a expansão da ESF vem aumentando (OLIVEIRA et al., 2015).

Em 2006, foi criada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o desafio de universalização da APS e a constante busca por proporcionar uma nova orientação aos serviços de saúde idealiza o Programa Saúde da Família, atualmente conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), como um meio de fomentar ações de promoção, prevenção e assistência à saúde, de maneira que integre todos esses objetivos, em territórios bem delimitados (SALA, 2011).

Neste contexto, a avaliação se torna uma ferramenta de extrema importância para a análise da qualidade e compromisso dos serviços que estão sendo prestados por ESF, sendo este um instrumento para se fazer valer um dos direitos fundamentais dedicados aos cidadãos, que é a saúde. Avaliar se torna um meio de reformular a própria ação, fazendo que sua implementação sempre propicie melhorias (ALENCAR et al., 2014).

Mediante as singularidades trazidas, a ESF tem sido alvo de diversas avaliações com diferentes enfoques. Essas análises são importantes por trazerem distintas realidades que podem contribuir para a elaboração de planejamentos mais centrados nas necessidades dos usuários, para a reformulação dos processos de trabalho das equipes, bem como para a reorientação, priorização dos gestores e sua melhor qualificação para as novas demandas que vão sendo construídas com as novas realidades sociais (BRANDÃO et al., 2013).

Nesse sentido, incluir a participação de usuáries do SUS no processo de avaliação é obter percepções diferentes em relação aos serviços de saúde, pois aquelas apresentam prioridades distintas que precisam ser consideradas e reconsideradas quando se avalia a qualidade das ações e dos serviços ofertados à população. Assim, avaliar a ESF na perspectiva de quem utiliza o serviço é coletar informações referentes às atividades, características e resultados de forma sistematizada, para, assim, serem formulados juízos e buscar melhorar sua eficácia, além de orientar as futuras programações e tomadas de decisão pelas equipes e melhorar a satisfação de quem busca e utiliza esses serviços (LIMA et al., 2015).

A literatura científica apresenta evidências sobre a associação entre o maior grau de orientação à APS e o aumento da efetividade dos sistemas de saúde, da promoção da equidade, da satisfação dos usuários e da eficiência. Destaca-se que a maior parte dos estudos

sobre APS e PCATool está centralizada em sistemas de saúde de países desenvolvidos. Entretanto, existem evidências do impacto positivo da APS sobre os sistemas de saúde de países emergentes, principalmente localizados na América Latina (SOUSA et al., 2013).

É fundamental a qualificação da Atenção Básica (AB) para ampliar o acesso e a capacidade de resolução dos problemas, devendo resolver cerca de oitenta por cento dos problemas de saúde. E a ESF deveria se configurar, nos municípios, de acordo com as características de cada um. No entanto, existem dificuldades na implementação da Atenção Básica, tais como: a persistência de UBS, também denominadas de postos de saúde, com tecnologias programáticas e de promoção de saúde; serviços de pronto atendimento e unidades de emergência degradadas; lenta implantação da ESF com dificuldades estruturais e políticas, entre outros (CESAR et al., 2014).

Por esse motivo, no ano de 1998 foi implantado o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) pelo Departamento da Atenção Básica/ Secretaria da Atenção à Saúde, em parceria com o Departamento de Informática e Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS). As informações que compõe o banco de dados do SIAB são coletadas nos domicílios em áreas cobertas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e ESF. Tais informações são recolhidas por meio de fichas de cadastramento e de acompanhamento que devem ser analisadas com base em relatórios específicos (CARRENO et al., 2015).

O SIAB foi desenvolvido com o propósito de dar suporte operacional e gerencial ao trabalho de coleta de dados da ESF, gerar informações para os gestores, auxiliar e agilizar o processo de tomada de decisões, baseando-se nas necessidades desta população (CARRENO et al., 2015).

Segundo Marcolin et al. (2010) este sistema facilita a realização do diagnóstico de saúde, norteador o planejamento e avaliação de ações em saúde das equipes. Destaca-se a importância do SIAB para subsidiar melhores e mais precisas decisões na área da saúde, possibilitando o envolvimento dos gestores, trabalhadores e comunidade (DUARTE et al., 2012).

Desse modo, a necessidade de informações sobre a efetividade das intervenções de promoção da saúde no âmbito da APS vem sendo reconhecida por diversos atores, como os gestores, os pesquisadores, os profissionais de saúde e os usuários, em virtude da potencialidade de tais estudos para a melhoria da qualidade da atenção e do acesso na APS (DUARTE et al., 2012).

O PMAQ-AB foi proposto logo no início do Governo Dilma. Já em janeiro de 2011, a Presidenta da República, após reuniões com a equipe do então Ministro Alexandre Padilha, deu destaque e prioridade à AB e determinou a criação de um conjunto de programas para esse fim (PADILHA, 2011).

A Portaria nº 1.654, do Ministério da Saúde, criou o PMAQ-AB e instituiu, na nova PNAB, amplo processo de mobilização – de trabalhadores, gestores das três esferas de governo e usuários – para a implantação de mudanças no processo de trabalho com impacto no acesso e na qualidade dos serviços, articulado a uma avaliação e certificação que vincula repasses de recursos conforme o desempenho alcançado na implantação e no desenvolvimento dos elementos avaliados pelo programa (BRASIL, 2011).

O MS afirma que, no contexto do conjunto de ações e programas que conformam a nova PNAB, chamada pelo nome/mote de Saúde Mais Perto de Você, o PMAQ-AB é a “principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde” (BRASIL, 2011).

Foi o componente de qualidade que inaugurou um novo modo de financiar na AB, pela primeira vez, associado a um processo de adesão voluntária, contratualização de compromissos e repasse de recursos aos municípios em função dos resultados que estes alcançam no processo de avaliação e certificação do PMAQ-AB (BRASIL, 2011).

Pode-se afirmar que se trata de uma inovação na PNAB, que buscou integrar diferentes processos numa mesma estratégia, tanto processos novos como outros que já existiam (como o AMQ, as estratégias de institucionalização da avaliação e monitoramento, o apoio institucional do Humaniza SUS, elementos da Política de Educação Permanente etc.), apostando fortemente na mobilização dos sujeitos locais e no desenvolvimento de uma dinâmica de atuação, negociação e gestão, que impulsiona permanentemente a ação local para a mudança (PINTO et al., 2012).

O AMQ, autoavaliação criada pelo Ministério da Saúde em 2005, insere-se em um processo mais amplo de melhoria contínua da qualidade no âmbito da saúde da família, visando a obter melhores resultados nas condições de saúde da população assistida pela equipe de saúde da família (BRASIL, 2005). O AMQ, oferta aos gestores municipais uma ferramenta de autoavaliação e gestão da qualidade da ESF, baseado no modelo proposto por Donabedian na teoria dos sistemas em que considera os elementos do processo, estrutura o resultado na avaliação dos serviços da APS (BRASIL, 2009).

Nesse contexto, conforme Leão e Caldeira (2011), ressalta-se a necessidade e o interesse em avaliar e monitorar como estão sendo alcançadas e organizadas as metas do

serviço de saúde e seu impacto para o desenvolvimento, no que diz respeito ao bem-estar da comunidade e a implementação e consolidação do SUS. A avaliação é imprescindível para o bom funcionamento da APS. Nessa mesma perspectiva, torna-se necessário que esta avaliação seja realizada pela população e equipe de saúde de uma determinada comunidade adstrita; e que não seja meramente investigada por pesquisadores externos, para que essa avaliação continue sendo um objeto em movimento (SERAPIONI et al., 2011).

Com a expansão da APS, surgiu o interesse, por parte de pesquisadores da temática, em avaliar a qualidade dos serviços primários. Foi criado, assim, um instrumento denominado PCATool. Esse instrumento foi desenvolvido nos Estados Unidos pela pesquisadora Bárbara Starfield na *The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations* (PCPC). No Brasil, a importância do instrumento está na ausência de outros instrumentos validados nacionalmente que objetivem mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados de APS. Dessa forma, o PCATool se caracteriza como uma ferramenta que possibilita a realização de pesquisas com maior minuciosidade e qualidade (LEÃO et al., 2011).

Neste sentido, Starfield et al. (2000) desenvolveram um instrumento, já validado nos Estados Unidos, que permite mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da atenção primária à saúde em serviços de atenção à saúde infantil, chamado *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) • Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, que visa medir a presença e extensão dos 4 atributos essenciais e dos 3 atributos derivados da APS, na forma de questionário. A versão original do PCATool foi traduzida, adaptada e validada para uso em vários países e no Brasil recebeu o nome de PCATool-Brasil ou Instrumento de Avaliação da Atenção Primária. São três as versões aplicáveis: a crianças (PCATool-Brasil versão criança), a adultos maiores de 18 anos (PCATool-Brasil versão adulto) e a profissionais e coordenadores/gerentes dos serviços de saúde (PCATool-Brasil versão profissionais) (HARZHEIM et al., 2006).

Esse instrumento, embasado no marco teórico da atenção primária à saúde Starfield et al. (2001), mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da atenção primária e o grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde. É originalmente formado por 77 perguntas (itens) sobre os sete atributos da atenção primária à saúde e possibilita, por meio de respostas tipo Likert, construir escores de atenção primária à saúde com intervalo de 1-4 para cada atributo. O escore final de cada um destes atributos é dado pela média das respostas de seus itens, que também variam de 1-4. Alguns atributos são formados por subdimensões, como acesso (primeiro contato e utilização), integralidade

(serviços recebidos e serviços disponíveis) e coordenação (sistema de informação e fluxo de usuários). Esta escala é de domínio público e sua versão em português está disponível (STARFIELD et al., 2001).

O processo de validação envolveu os seguintes passos: tradução, tradução reversa, adaptação, pré-teste, validade de conteúdo e construto, análise de consistência interna e confiabilidade, além dos requerimentos de escala tipo Likert. Contribui, desta forma, para a mensuração da extensão dos atributos da atenção primária à saúde: acesso, continuidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e comunitária (HARZHEIM et al., 2006).

Como resultado do processo de validação, destaca-se: a aplicação do questionário permitiu identificar a especificidade dos diferentes tipos de unidades da rede de Atenção Básica do município e alguns dos principais problemas de organização e desempenho. Em relação à metodologia e aos instrumentos elaborados e testados, concluíram que o questionário com informantes-chave pode ser utilizado de forma rotineira para avaliação de serviços de saúde e que a metodologia de avaliação da Atenção Básica utilizada na pesquisa é válida para monitorar a organização e o desempenho desses serviços em nível municipal (ALMEIDA et al., 2006).

Este modelo de avaliação baseia-se na avaliação de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. Assim sendo, devido a ausência de ferramentas para medir essas interações entre os usuários e os profissionais mediados pela estrutura do serviço de saúde no contexto da APS em nosso país, o PCATool preencheria uma lacuna, promovendo medida de base individual sobre a estrutura e, principalmente, o processo de atenção em APS (BRASIL, 2010).

No Brasil, particularmente, foram realizadas duas adaptações distintas deste instrumento, bem como processos diferentes de avaliação da validade e fidedignidade. A adaptação realizada por Harzheim et al. (2010) foi aplicada em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, mantendo o formato original do instrumento, e avaliou a validade e a fidedignidade das versões usuários crianças e usuários adultos. Por outro lado, uma adaptação realizada por Almeida e Macinko (2006) foi utilizada em Petrópolis, Rio de Janeiro, e resultou na validação das versões usuários crianças, usuários adultos e profissionais de saúde.

O instrumento original do PCATool para profissionais de saúde está disponível em inglês e é constituído por 124 itens, sendo 5 itens específicos sobre o cuidado com as crianças, os quais são respondidos somente pelos profissionais que atendem crianças. Os itens desse instrumento estão distribuídos nos quatro atributos essenciais da APS, permitindo avaliar o Acesso de Primeiro Contato, a Longitudinalidade (a relação profissional com o paciente ao

longo do tempo), a Coordenação dos serviços e a Integralidade dos Serviços Disponíveis e Prestados. Os três atributos derivados da APS também são contemplados, possibilitando a avaliação da Orientação Familiar, Orientação Comunitária e Competência Cultural. Cada atributo essencial é constituído por dois componentes, um relacionado à estrutura e o outro ao processo de cuidado (STARFIELD, 2002).

A escala de respostas dos itens é do tipo Likert (4=com certeza sim, 3=provavelmente sim, 2=provavelmente não, 1=com certeza não), com o acréscimo da opção 9=não sei/não lembro. A partir dessas respostas, é possível calcular um escore para cada atributo da APS (e de seus componentes) e também um Escore Essencial e um Escore Geral. Os escores para cada atributo (bem como de seus componentes) são obtidos pela média aritmética das respostas dos seus respectivos itens. O Escore Essencial consiste na média aritmética dos escores dos atributos essenciais e o Escore Geral é definido pela média aritmética dos escores dos atributos essenciais e derivados (STARFIELD, 2002).

3.3 Atributos

Conhecer os atributos essenciais e derivados da APS é importante inclusive para mensurar sua presença e extensão nos serviços de atenção à saúde e os seus resultados em promover saúde, bem como discutir e direcionar as mudanças necessárias para a melhoria na qualidade da APS.

Diferentes modelos conceituais foram desenvolvidos para avaliar a qualidade da atenção à saúde, alguns também incluindo os atributos da APS. A partir disso, o crescente interesse na avaliação e melhoria da gestão, do planejamento e da qualidade na atenção à saúde tem estimulado o desenvolvimento de um grande número de instrumentos para avaliar os serviços de saúde na perspectiva dos usuários, profissionais de saúde e gestores. Alguns desses instrumentos são especialmente voltados para a avaliação da qualidade da APS, porém poucos permitem a ampla avaliação dos atributos que definem a APS na perspectiva da população (HAUSER et al., 2013).

De acordo com Starfield (2001) existem quatro atributos essenciais à atenção primária em saúde, são eles: o primeiro contato- acessibilidade, a longitudinalidade: continuação da atenção; integralidade: serviços ofertados aos usuários; a coordenação da atenção: continuidade do atendimento pelo mesmo profissional, além do conhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste no cuidado holístico do paciente.

Além dos atributos essenciais existem os atributos derivados da APS, como a atenção à saúde centrada na família (orientação familiar) que avalia as necessidades individuais para a atenção integral devendo-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar. As ferramentas de abordagem familiar são tecnologias de relação provenientes da Psicologia e da Sociologia, que objetivam promover o vínculo relacional entre profissionais e famílias, proporcionando o entendimento mais aprofundado do sujeito e de suas relações com a família e comunidade (LIMA, 2014).

A ESF vem então, reorganizando o modelo de atenção a saúde por meio da efetivação desses princípios da longitudinalidade, do acesso de primeiro contato, da coordenação do cuidado e da integralidade, o que representa mudança na prática assistencial e gerencial dos serviços por parte dos profissionais que estabelecem novos comportamentos e novas reflexões sobre seus valores, crenças e hábitos necessitando de transformações atitudinais e culturais, o que requer uma reviravolta ética (CARDOSO, 2015).

Por ser o primeiro serviço de saúde prestado ao usuário quando solicitado ele deve ser de fácil acesso e sempre estar disponível. Esse acesso é referenciado tanto geograficamente (fatores relacionados à localidade, distância e meio de transporte para obter o atendimento), quanto sócio-organizacionalmente (fatores e recursos que facilitam ou impedem o atendimento) (CONASS, 2011).

Se utilizada como primeiro recurso a APS traz vantagens, como por exemplo a redução de aspectos que tem sido visto muitas vezes como barreira para a obtenção do cuidado necessário, como número de cirurgias, o uso de especialistas em doenças, o número de exames complementares, entre outros. Também aumentam as ações de prevenção e promoção da saúde (CONASS, 2011).

A atenção ao primeiro contato, relaciona-se ao acesso ao serviço e sua utilização; ou seja, sua unidade estrutural versus sua unidade processual, independente do problema de saúde que afeta as pessoas ou do número de vezes que procura os serviços (STARFIELD, 2002). Em outras palavras, significa a acessibilidade e a utilização de um conjunto de serviços diante de cada novo problema ou novo episódio que faz com que a população busque atenção a saúde (MENDES, 2012).

O acolhimento é peça fundamental na acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde, sendo uma das principais ferramentas para a humanização dos serviços e da atenção por esses ofertados. Uma boa recepção, a resolutividade, o ouvir o usuário, o atender suas

necessidades e a integralidade do cuidado são elementos fundamentais nesse processo (LIMA, 2015).

O acesso de primeiro contato aborda o papel da APS como a porta de entrada para o sistema de saúde, exceto em situações de emergência. Significa acesso e utilização do serviço de saúde para cada novo evento de saúde ou novo episódio de um mesmo evento, sendo o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade/problema de saúde (OLIVEIRA et al., 2013).

A Longitudinalidade é a sujeição de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação clínico-paciente, ao longo da vida, independentemente da ausência ou da presença de doença (GIOVANELLA, 2009).

No nível de APS, o conceito de continuidade do cuidado e longitudinalidade muitas vezes se confundem e são definidos de forma distinta entre os autores (CUNHA et al., 2011). Starfield (2002) considerada a longitudinalidade, como característica central da APS elenca que a APS possui quatro atributos, dentre eles a longitudinalidade, sendo considerada característica central da APS, pois trata do acompanhamento do paciente ao longo do tempo pelo médico generalista ou equipe da APS, para momentos de doenças ou agravos.

As equipes de atenção primária podem acompanhar o usuário em diversos momentos de sua vida, da sua família e de toda a comunidade em sua área de atuação. Da mesma forma que as equipes conhecem os usuários, os usuários conhecem as equipes e assim se forma o vínculo e a responsabilização essenciais para que a longitudinalidade possa ocorrer como deve. Mas muitas vezes a alta rotatividade de profissionais nas equipes de saúde se torna um fator impeditivo do alcance da longitudinalidade (CONASS, 2011).

Exercer a integralidade passa pela necessidade de repensar práticas e conformações dos serviços públicos de saúde, caracterizados pela descontinuidade assistencial, de modo que depende da redefinição de práticas, de modo a criar vínculo, acolhimento e autonomia, construindo a possibilidade do cuidado centrado no usuário, através da valorização de suas subjetividades e necessidades singulares de cada sujeito (OLIVEIRA et al., 2013).

Sendo objeto da atenção dos serviços e de seus profissionais as necessidades e expectativas do sujeito, leva as ações de saúde à discussão de questões transversais como a efetividade, continuidade e terminalidade do cuidado ofertado. E, contrapõe-se à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos, buscando apreender as necessidades mais abrangentes dos sujeitos não se restringindo à assistência curativa, mas, buscando dimensionar fatores de risco à saúde e, por conseguinte, a execução de ações preventivas, a exemplo da educação para a saúde (FERREIRA et al., 2015).

Na Constituição Federal, Lei nº 8080/90, a integralidade da assistência é expressa como uma articulação contínua da promoção de saúde com prevenção e tratamento de agravos, por meio dos serviços e ações prestadas, no âmbito individual e coletivo, de acordo com cada caso, abrangendo todos os níveis que compõem o sistema (SOUSA et al., 2013).

A diretriz do SUS que mais confronta com o modelo hegemônico do sistema é a integralidade, que pode ser definida como uma bandeira de luta do sistema de saúde. Envolve o ato de cuidar das pessoas por meio de ações coesas e interligadas e o incentivo às práticas de promoção de saúde e prevenção de agravos, sem prejuízos das práticas assistenciais (FERREIRA et al., 2015).

Por conseguinte, compreende-se a integralidade como um dos pilares da Atenção Primária, que se fundamenta na garantia de assistência em todos os níveis de densidade tecnológica e articulação entre promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e sua família (AUSTREGÉSILO, 2014).

Definir a integralidade em sua essência remete a serviços integrados por redes assistenciais, com atores e organizações que dependam entre si, mas que são incipientes na disponibilidade de recursos e competências para a resolutividade dos anseios da população. O acolhimento, enquanto parte da assistência integral, consiste numa equipe de profissionais apta a receber, ouvir e tratar os sujeitos e suas demandas de forma humanizada (AUSTREGÉSILO, 2014).

Assim, as ações integradas compreendem a promoção, prevenção, vigilância em saúde e assistência à saúde. O enfermeiro, como integrante de equipe interdisciplinar, deve se fundamentar nos valores preconizados pelo SUS principalmente na concretização da integralidade a partir das ações desenvolvidas na unidade de saúde. Assim, esta visão integral deve permear o processo de trabalho do enfermeiro que desencadeia e garante a continuidade da assistência de cada caso acompanhado por meio das linhas de cuidados. A gestão do cuidado é composta por um conjunto de ações que resulta de como se articulam as práticas dos profissionais da saúde (LEMOS, 2014).

A integralidade apresenta-se como uma característica da prática profissional, pode ser vista no âmbito da organização dos serviços de saúde, além de ser colocada como a resposta político administrativa às necessidades da população, ele também reflete a prática médica que privilegia as especialidades recortando o seu usuário, assim o profissional que se busca orientar pela integralidade recusa o reducionismo que ressalta a dimensão exclusivamente biológica e abre-se para o diálogo ampliando percepções sobre as necessidades dos grupos que são atendidos (OCAMPO et al., 2013).

A coordenação entre níveis assistenciais pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do local onde sejam prestados. Objetiva ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam a suas necessidades de saúde de forma integrada, por meio de diferentes pontos da rede de atenção à saúde (MENDES, 2011).

A coordenação do cuidado implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção no interior da rede de serviço, organizando as diversas ações e serviços essenciais para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas ela é a organização das respostas ao conjunto das necessidades (GIOVANELLA, 2009).

Segundo Mendes (2011) quatro atributos são fundamentais para que a APS assuma a coordenação das redes de atenção à saúde. Contudo, a coordenação tem maior importância relativa, já que, sem ela, o primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial e a integralidade ficaria comprometida.

Embora a APS seja considerada imprescindível para a efetividade dos sistemas de saúde, ainda enfrenta muitos desafios para que possa desempenhar seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde. A carência de infraestrutura adequada nas unidades da ESF, a baixa densidade tecnológica, a falta de profissionalização da gestão, a ausência de equipes multiprofissionais, a precarização nas relações de trabalho, a fragilidade do modelo de atenção para dar conta de uma situação com forte prevalência de condições crônicas, a fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde e o subfinanciamento são os principais entraves para que a APS seja uma realidade no Brasil (MENDES, 2012).

Entretanto, a ESF foi assumida pelo governo brasileiro como uma proposta de reorganização do sistema de saúde na perspectiva da implementação de uma APS abrangente. E, se a opção política é por uma APS não simplificada, que forme a base e determine o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, torna-se necessário que seja assumida de forma integral e resolutiva, apesar das crises políticas e econômicas que constituem verdadeiros obstáculos à resposta do Estado e das instituições aos problemas do acesso, da prestação e do financiamento. Somente por meio de orientação clara e governação firme, os sistemas de saúde gravitam naturalmente para a finalidade de saúde para todos por meio de cuidados de saúde primários, tal como preconizava a Declaração de Alma-Ata (STARFIELD, 2002).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

O presente estudo consiste em uma pesquisa bibliográfica, realizada através da revisão de literatura sobre a Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos profissionais de unidades básicas. A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos (GIL, 2010).

4.2 Fontes

As buscas pela literatura foram realizadas no período de novembro de 2015 a fevereiro de 2016. Para a seleção dos artigos foram utilizadas as seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Foram elaborados os seguintes critérios de inclusão para seleção dos estudos:

- Artigos disponíveis eletronicamente em texto completo e gratuito, publicados nos últimos 4 anos (2011 a 2015);
- Idioma português e inglês;
- A presença de, pelo menos um dos atributos da atenção primária à saúde (atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, centralização na família e orientação para a comunidade).

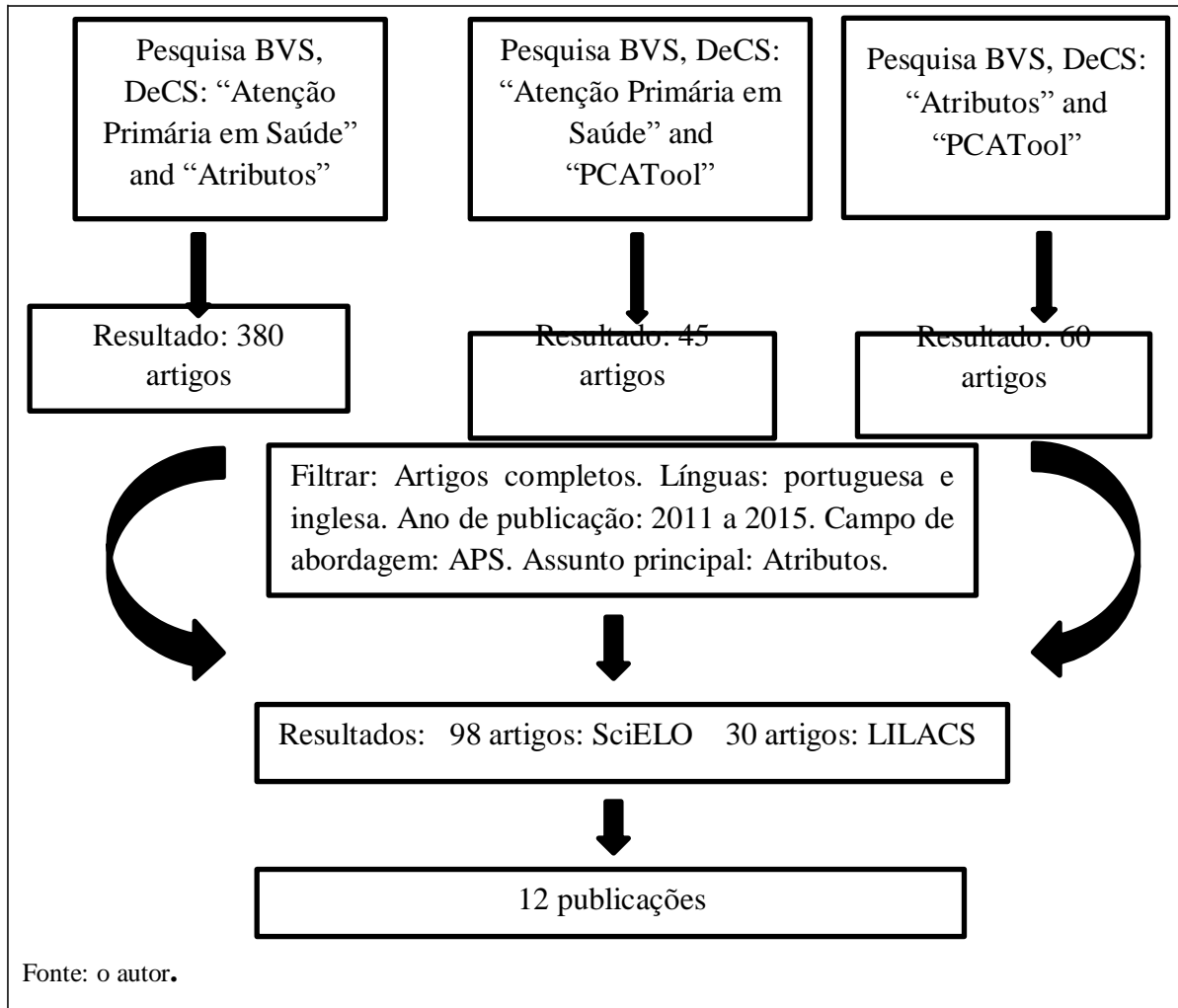
Os critérios de exclusão estabelecidos fora: artigos que não respondiam aos critérios de inclusão para este estudo.

4.3 Coleta de dados

A coleta dos dados aconteceu no mês de janeiro de 2016, utilizando os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) indicados pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Atributos, Atenção Primária em Saúde e PCATool. A busca foi realizada utilizando os descritores em português, associando-os ao conectivo booleano *and*. Na associação de “Atenção Primária em Saúde” *and* “Atributos”, “Atenção Primária em Saúde” *and* “PCATool”, “Atributos *and* PCATool” foram encontrados 380 artigos, 45 artigos e 60 artigos respectivamente. Após nova busca utilizando a ferramenta filtrar por: artigos completos, em

língua portuguesa, inglesa e, publicados nos anos de 2011 a 2015, tendo como campo de abordagem e assunto principal APS, Atributos e PCATool, respectivamente, foram encontrados ao final da coleta, 98 artigos no SciELO e 30 publicações no LILACS (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma da coleta e pesquisa de material.



4.4 Análise e Interpretação dos estudos

As informações extraídas dos artigos selecionados foram organizadas para melhor resultado desta pesquisa e foi adaptado um formulário (**APÊNDICE A**) para esse estudo. Essas informações constituem de: título do artigo, base de indexação, instituição de origem, ano de publicação, periódico, objetivo, tipo e natureza do estudo, local da pesquisa (instituição, cidade e estado), público alvo e elementos associados aos atributos.

Após a coleta e análise inicial dos artigos e aplicando os critérios de inclusão e exclusão, chegou-se à amostra final de 12 artigos. Além da caracterização geral quanto aos pontos estruturais dos estudos selecionados, quais sejam: título, descritores, qualificação dos autores, periódico e ano de publicação, foram trabalhadas as características metodológicas: objetivo, amostra, tipos de estudo, coleta de dados e locais de realização dos estudos.

Afim de facilitar a análise, visualização e interpretação dos dados, foram elaborados quadros, sendo posteriormente analisados conforme literatura científica específica.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeiramente, foram discutidos e apresentados os resultados da revisão de modo a caracterizar os estudos selecionados e, em seguida, foi feita uma exposição, intercalada por discussão, dos elementos integrantes encontrados acerca da análise dos elementos associados aos atributos na APS.

5.1 Características estruturais dos estudos selecionados

Foram incluídos, no corpus documental desta pesquisa, 12 artigos. A partir da análise do Quadro 1 é possível verificar as produções no que se referem ao título do artigo, descritores, qualificação dos autores, periódico e ano das publicações de tais textos.

Quadro 1 – Aspectos estruturais das produções científicas encontradas.

Artigo	Título do Artigo	Descritores	Qualificação dos Autores	Periódico	Ano
A1	Primary Care and maternal and child health: perceptions of caregivers in a rural 'quilombola' community	Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Saúde da criança; Etnia e saúde	Mestrado em Desenvolvimento Social, Especialista em Saúde Coletiva, Mestrado Profissional em Cuidado Primário, Mestranda em Ciências da Saúde, Médico	Ciênc. saúde coletiva	2014
A2	Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária	Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Integralidade em saúde.	Médica, pesquisadora colaboradora do Núcleo de Estudos em Saúde Pública, Doutora em Ciências da Saúde	Saúde Debate	2015

Continua

A3	Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde	Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Pessoal de saúde	Docente da Escola de Enfermagem, Professor Doutor, Graduada da Escola de Enfermagem, Professora Livre Docente	Rev. Esc Enferm USP	2014
A4	Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG)	Avaliação em saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família	Mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente; Graduada em nutrição; Graduação em Farmácia-bioquímica; Mestrado em Bioquímica e Imunologia;	Saúde Debate	2015
A5	Evaluation of the family focus and community orientation in the Family Health Strategy	Atenção primária; Avaliação em saúde; Estratégia Saúde da Família	Mestre em Saúde Coletiva; Mestrado em Saúde e Ambiente; Doutora em Saúde Pública; Mestrado e Doutorado em Medicina Preventiva; Especialização em Saúde da Família; doutorado em Saúde Pública	Ciênc. saúde coletiva	2014

Continua

Conclusão

A6	Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro	Atenção primária em saúde; Longitudinalidade/continuidade do cuidado; Avaliação na atenção primária	Doutora em Saúde Pública; Mestre e Doutora em Saúde Pública	Ciência & Saúde Coletiva	2011
A7	Evaluation of organizational and performance features in a Basic Health Unit	Atenção primária à saúde; Avaliação; Sistemas de saúde	Doutoras em Enfermagem; Mestres em Enfermagem; Doutora em Estatística	Rev. Gaúcha Enferm	2011
A8	Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde	Atenção Primária à Saúde; SUS; PSF; Avaliação de programas e projetos de saúde; Integralidade	Doutora em Saúde Pública; Doutora em Saúde Coletiva; Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança; Médica; Graduação em Nutrição	Ciência & Saúde Coletiva	2011
A9	Avaliação da gestão da Estratégia Saúde da Família por meio do instrumento Avaliação para Melhoria da Qualidade em municípios de Minas Gerais, Brasil	Avaliação de serviços de saúde; Atenção Primária à Saúde; Gestão em saúde; Programa Saúde da Família	Mestranda em Saúde Coletiva; Especialista em Saúde Pública; Especialização <i>latu sensu</i> em Saúde Pública;	Ciência & Saúde Coletiva	2015
A10	Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção	Atenção Primária de Saúde; Saúde da Família; Qualificação profissional	Mestrado Profissional em Cuidado Primário; Médico	Ciênc. saúde coletiva	2011
A11	Estudantes de Medicina nos Serviços de Atenção Primária: Percepção dos Profissionais	Educação Médica; Saúde da Família; Saúde Pública; Pesquisa Qualitativa	Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde; Especialização em Pediatria e Puericultura; Mestrado em Epidemiologia	Revista Brasileira de Educação Médica	2011
A12	The influence of structural and organizational factors on the performance of primary health care in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil, according to nurses and managers	Avaliação de Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Qualidade da Assistência à Saúde	Mestrado em Saúde Pública; Pós-Doutorado em Epidemiologia; Phd em Saúde e Política Social	Cad. Saúde Pública	2015

Fonte: o autor.

Observa-se que na maioria dos estudos há uma preponderância de autores da mesma área, entre elas enfermagem, medicina, odontologia, nutricionista e biomédico, profissionais ou acadêmico, o que evidencia que profissionais de diversas seções da saúde pesquisam sobre a APS e a qualidade dos serviços prestados relacionados aos atributos e que é um interesse multidisciplinar.

Os 12 artigos analisados foram encontrados em 6 periódicos das mais diversificadas áreas da saúde. Dentre elas, a que teve mais publicações foi *Ciência & Saúde Coletiva* com seis publicações, seguida da *Saúde Debate* com duas publicações e a *Caderno Saúde Pública*, *Revista Brasileira de Educação Médica*, *Revista Gaúcha Enfermagem* e *Revista Escola Enfermagem USP*, ambas com uma publicação cada.

Observa-se que as fontes de publicação são bastante diversificadas, trazendo como foco a análise da avaliação da APS. O número de publicações que abordam essa temática, dentro dos critérios de inclusão desse trabalho, é considerado bom, levando em consideração às políticas voltadas para reestruturação da APS.

Referente ao ano de publicação dos artigos, pôde-se constatar que em 2011 foram cinco artigos, em 2015 quatro e 2014 três artigos. Demonstrando que dentro do período estabelecido para a busca das publicações, houve um interesse frequente dos pesquisadores acerca da temática abordada.

Na pesquisa desenvolvida por Cardoso et al. (2015) evidenciou-se a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) e colocou em discussão questões sobre a qualificação das equipes e a resolubilidade dos serviços, apontando a necessidade de monitoramento e avaliação da APS. Para tanto, o Ministério da Saúde passou a defender o aprimoramento contínuo de processos avaliativos na rotina da gestão e dos serviços de saúde (BODSTEIN, 2002). A Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica instituiu a Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), em conjunto com estados e municípios, situando a avaliação como instrumento permanente para a tomada de decisões e a qualidade como um atributo fundamental a ser alcançado no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2008).

5.2 Características metodológicas dos estudos selecionados

No Quadro 2, foram apresentadas as características metodológicas dos estudos selecionados.

Quadro 2- Características metodológicas dos estudos selecionados.

Artigo	Objetivo	Tipo de Estudo	Local de Realização do Estudo
A1	Objetivou avaliar os atributos da atenção primária, com enfoque sobre a saúde infantil, segundo a percepção de uma comunidade quilombola no Norte de Minas Gerais.	Transversal; Descritivo; Analítico, de abordagem quantitativa	Local (estado): Montes Claros (MG) Instituição: ESF Lapa Grande
A2	Analisar os atributos da Atenção Primária à Saúde em duas regiões do Distrito Federal, focalizando o cuidado integral à criança. Compara-as a partir dos usuários e profissionais de Unidades Básicas Tradicionais e da Estratégia Saúde da Família.	Qualiquantitativo	Local (estado): Distrito Federal (DF) Instituição: Unidades Básicas Tradicionais (UBT) e Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF)
A3	Avaliar a Atenção Primária à Saúde por meio dos atributos: Acesso de Primeiro Contato, Integralidade, Coordenação, Longitudinalidade, Orientação Familiar, Orientação comunitária.	Estudo avaliativo; quantitativo e transversal	Local (estado): Alfenas (MG) Instituição: ESF zona urbana
A4	Avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde a partir da presença e extensão dos atributos essenciais e derivados.	Delimitação transversal	Local (estado): Vale do Jequitinhonha (MG) Instituição: ESF de um município-polo do Vale do Jequitinhonha
A5	Avaliou o enfoque familiar e a orientação para a comunidade como atributos da APS e, comparando se as respostas diferem entre usuários, profissionais e gestores.	Pesquisa avaliativa de abordagem quantitativa	Local (estado): São Luís (MA) Instituição: ESF registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Continua

Conclusão

A6	Consiste em revisão conceitual sobre a longitudinalidade/continuidade do cuidado, bem como a identificação de suas dimensões, de forma a favorecer a avaliação do atendimento ao referido atributo.	Revisão bibliográfica	Local (estado): Não especificado Instituição: Não especificado
A7	Avaliar as características organizacionais e de desempenho, a partir dos usuários, de uma Unidade Básica de Saúde tradicional, da rede de serviços de Atenção Básica à Saúde.	Natureza descritiva, com delineamento transversal e abordagem quantitativa,	Local (estado): Ribeirão Preto (SP) Instituição: UBS do Distrito Oeste (SP)
A8	Avaliar o serviço realizado pelo PSF, a partir das representações sociais dos entrevistados sobre as dimensões exclusivas da APS - atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.	Transversal, descritivo e de abordagem qualiquantitativa.	Local (estado): Cajuri (MG) Instituição: PSF do município
A9	Autoavaliação da qualidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) no âmbito da gestão e sua correlação com características das ESF e do município.	Estudo ecológico	Local (estado): Vales do Mucuri e Jequitinhonha (MG) Instituição: ESF e USF dos municípios
A10	Verificar a associação entre os atributos da (APS) e a qualificação profissional de médicos e enfermeiros.	Estudo transversal, descritivo, analítico, de abordagem quantitativa	Local (estado): Montes Claros (MG) Instituição: ESF do município
A11	Compreender a percepção dos profissionais de Equipes de Saúde da Família (ESF) sobre a inserção do estudante de Medicina neste cenário.	Qualitativa, descritiva e exploratória	Local (estado): Montes Claros (MG) Instituição: EM três ESF do município
A12	Avaliar o desempenho da atenção primária à saúde (APS) em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, utilizando o questionário PCATool entre enfermeiros das equipes de saúde da família e gerentes.	Estudo transversal, descritivo	Local (estado): Belo Horizonte (MG) Instituição: UBS e ESF do município

Fonte: o autor.

Nas informações do Quadro 2 referente aos locais de publicação, observou-se que a maioria foi realizada na região Sudeste com a realização de pesquisa nos estados de Minas Gerais (8) e São Paulo (1), seguida pelo Distrito Federal (1) e no Nordeste em São Luís (1). Não foram encontradas publicações referentes ao tema na região Norte do país.

Quanto ao delineamento dos estudos, observou-se que em 07 artigos foi utilizado o tipo transversal. De acordo com Almeida Filho e Rouquayrol (2003), os estudos transversais permitem produzir instantâneos da situação de saúde de uma população ou comunidade, baseados na avaliação individual e possibilitando a produção de indicadores globais de saúde para o grupo investigado. Os estudos transversais envolvem a coleta de dados em determinado ponto temporal. Todos os fenômenos estudados são contemplados durante um período de coleta de dados. Esses modelos mostram-se especialmente apropriados para descrever o estado de fenômenos ou relações entre fenômenos em um ponto fixo.

As principais vantagens dos modelos transversais são a economia e a facilidade de controle (POLIT; BECK, 2011). Esse delineamento, no entanto, é fraco para determinar associações do tipo causa-efeito, mas adequado para identificar pessoas e características passíveis de intervenção e gerar hipóteses de causas de doenças (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

5.3 Desempenho da APS por meio dos seus atributos

Torna-se imprescindível conhecer nesta pesquisa o desempenho da APS, com o objetivo de melhor conhecer as suas potencialidades e também as suas reais necessidades. Nesse sentido, será apresentado, através da discussão literária, o perfil de acordo com os atributos utilizados para sua avaliação através do PCATool.

Optou-se por analisar particularmente os itens que compõem os atributos acesso de primeiro contato – acessibilidade, coordenação – integração de cuidados e integralidade, visto que estes receberam avaliações de baixo escore pelas pesquisas apresentadas e averiguadas.

Segundo Chomatas et al. (2013) para o atributo acesso de primeiro contato – acessibilidade, as baixas avaliações para os itens que versam sobre o horário de funcionamento e sobre a comunicação com a unidade e seus profissionais retratam a realidade, pois grande parte das unidades da ESF funcionam em horário comercial nos dias úteis da semana e muitas unidades de saúde estavam desprovidas de telefone. Tal fato reflete a indisponibilidade da equipe para o atendimento ao usuário em horários como períodos

noturnos e finais de semana, principalmente relacionados a eventos agudos, como comprovado em outras avaliações. Para que a ESF se efetive como porta de entrada do sistema de saúde, é necessário que se ampliem os horários de funcionamento das unidades e se utilizem tecnologias como telefone e e-mail, entre outras, para ampliar o contato (ALMEIDA et al., 2011).

Sabe-se que um dos pontos mais elementares em avaliações de qualidade da APS é a presença de estrutura. Em levantamento nacional, Barbosa et al. (2010) encontraram que 85% das equipes possuíam equipamentos básicos em 2008 e 81% em 2001, e a proporção de equipes com equipamento gineco-obstétrico básico, que já era baixa em 2001 (62%), diminuiu para 59% em 2008. A proporção de médicos que atuava 40 horas semanais foi reduzida de 64% em 2001 para 62% em 2008, demonstrando um afastamento do padrão da ESF. Portanto, são necessários investimentos sustentados para que a APS alcance o padrão necessário para desempenhar seu papel na rede assistencial e o preparo da equipe para a atuação na APS.

Barbosa et al. (2010) mostram ainda que em 2001, 70% das equipes da ESF atuavam em UBS com apenas uma equipe, proporção ampliada para 75% em 2008. À época, essa era uma situação desejável pela proximidade geográfica da equipe com a comunidade. Já em grandes centros urbanos, onde há adensamento populacional, o compartilhamento da UBS com mais equipes pode significar ganhos adicionais.

Em relação à longitudinalidade, os registros não foram considerados satisfatórios. Ele é avaliado em 14 itens e traduz a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, além do vínculo ou conhecimento dos profissionais de saúde com a comunidade. A presença adequada da longitudinalidade é um fator essencial para o sistema de saúde, pois este atributo tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, além da redução de encaminhamento desnecessários que oneram os sistemas de saúde com a realização de procedimentos de maior complexidade. É possível que a inconstância da presença do médico e/ou a rotatividade dos profissionais de saúde justifiquem o resultado observado. A questão dos recursos humanos nas equipes de Saúde da Família é um evento complexo e que compromete toda a efetividade da estratégia (GIL, 2005).

A avaliação dos quesitos complementares da coordenação, relacionados à integração de cuidados, não se mostrou satisfatória. A subdimensão de integração de cuidados implica na capacidade de se garantir a continuidade da atenção na rede de serviços. Para existir coordenação do cuidado é necessário que ocorra transferência de informações sobre os

problemas dos pacientes, bem como da assistência recebida em outros pontos de atenção, possibilitando, assim, a continuidade do cuidado. Registra-se, portanto, que diante de uma necessidade explícita do paciente, a ESF não assume a postura de responsabilidade pelo seu deslocamento e assistência em outros locais, cabendo essa tarefa à família. Conclui-se, então que a rede assistencial se mostra frágil em relação ao trânsito dos pacientes em diferentes níveis de atenção (LORENZETTI et al., 2014).

Para as demais dimensões avaliadas pelo PCATool, os escores avaliados não se mostraram satisfatórios. Assim, a integralidade da assistência, a orientação familiar e a orientação comunitária não são reconhecidas pela comunidade assistida. O baixo escore da integralidade denota a persistência da dicotomia (que sempre existiu no país), entre as ações médico-assistenciais e as ações preventivas. O fato demonstra a necessidade de que sejam disponibilizados mais serviços para atenderem às necessidades básicas de saúde da população, incluindo insumos como medicamentos básicos e vacinas (MARQUES et al., 2014).

Os resultados destas pesquisas mostram o caráter avaliativo da APS, assinalam que as características organizacionais e de desempenho das ESF estudadas precisam de investimentos para melhorar a satisfação daqueles que a utilizam.

5.4 Monitoramento dos gestores e profissionais de saúde

Há um consenso entre os gestores participantes das pesquisas sobre a gestão na saúde está entre os seus principais problemas, e sua transformação um desafio prioritário. Destacaram como principais fragilidades, o despreparo dos profissionais para o exercício da administração, lentidão na incorporação de novas tecnologias de informação e processos de gestão e de organização do trabalho. No setor público, além disso, foram identificadas barreiras de legislação que restringem a agilidade necessária, a alta rotatividade dos gestores das esferas federativas em função da relação com os processos partidários e eleitorais, gerando descontinuidade, permanentes recomeços e desmotivação dos profissionais e trabalhadores (LORENZETTI et al., 2014).

As análises dos artigos estudados evidenciam que as percepções dos gestores em todos os indicadores da avaliação estiveram sempre em percentuais mais elevados em comparação aos outros, principalmente em relação aos usuários. Observa-se grande discrepância entre a opinião de quem está na gestão e dos que utilizam de fato o serviço (ALENCAR et al., 2014).

Segundo Elias et al. (2006) no geral, observa-se que os profissionais costumam avaliar os seus serviços melhores do que os usuários, isso não foi diferente na opinião daqueles, os

seus serviços vêm desempenhando esses atributos de forma satisfatória. Castanheira et al. (2009) verificaram que a maior parte dos médicos não participa das reuniões de planejamento das equipes. Sendo assim, o distanciamento entre eles e as equipes isso pode também ser um reflexo da falta de integração do próprio médico. Como foi observado nestes estudos, existem barreiras para a interdisciplinaridade (SILVA et al., 2010).

Este estudo evidenciou que, tanto no Brasil, como no mundo, ainda são escassos os trabalhos desenvolvidos sobre a eficiência da Atenção Primária em Saúde utilizando o PCATool versão profissional. Os dados encontrados indicaram que a partir de 2010 a publicação de artigos com essa temática teve um aumento. Acredita-se que essa é uma tendência para os próximos anos visto que nem sempre os recursos destinados para a área da saúde são suficientes para atender a demanda existente e assim precisam ser melhor avaliados (MICLOS et al., 2015).

As publicações de estudos sobre a avaliação do desempenho constitui-se como fundamental para auxiliar as organizações de saúde em mensurar o quanto seus objetivos estão sendo alcançados, identificar os pontos fortes e os pontos que podem melhorar. Porém, a avaliação do desempenho de forma isolada não é capaz de produzir melhorias, e sua capacidade de mudança é limitada. A efetiva análise e utilização dos resultados das avaliações de desempenho aliada à capacidade de tomada de decisão pelos gestores é que poderão desencadear as modificações necessárias (MICLOS et al., 2015).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos resultados apresentados neste trabalho, possibilitou conhecer o perfil da APS com relação à questão da sua avaliação através dos atributos retirados do PCATool e os fatores associados. Tal fenômeno vem sendo acompanhado na reestruturação da atenção primária e melhoramento da infra-estrutura. No entanto, demonstra-se a importância de se mapear o melhor funcionamento da mesma no sentido de informar a população, particularmente os que fazem uso concomitante das UBS.

A literatura nacional possui poucos trabalhos que utilizam o PCATool, sendo que todos eles utilizam a versão dos instrumentos elaborado por Starfield. Estudos internacionais são bem mais frequentes e registram a importância dos aspectos abordados pelo PCATool destacando a relevância dos países no processo de avaliação da coordenação e da continuidade do cuidado.

O conjunto dos resultados nos permite afirmar avanços na implantação da ABS no que diz respeito à estrutura física e à ampliação da rede com diversidade na oferta de serviços. O fato de o usuário ter uma unidade próxima da sua casa, podendo acessá-la quando necessário, com uma diversidade de serviços, pode ser um fator facilitador para o estabelecimento de vínculo. O investimento precisa ser na infra-estrutura física e material, mas também, efetivamente, na capacitação dos trabalhadores e na formação dos futuros profissionais, de forma que enfatizem e priorizem os princípios da ABS.

Em relação aos atributos acesso de primeiro contato – acessibilidade, coordenação – integração de cuidados e integralidade – serviços disponíveis, ainda têm problemas a serem superados. As dificuldades na transposição deles encontram-se na precária qualificação de grande parte dos profissionais.

Acredita-se que este trabalho poderá auxiliar futuras práticas e decisões acerca do investimento público, visando ao fortalecimento da APS pelos gestores municipais, espera-se assim que os profissionais de saúde possam refletir sobre a sua forma de enxergar, agir e avaliar o trabalho na ABS.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, M. N.; COIMBRA, L. C.; MORAIS, A. P. P.; SILVA, A. A. M.; PINHEIRO, S. R. A.; QUEIROZ, R. C. S. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, pp. 353-364, 2014.
- ALMEIDA PF, GIOVANELLA L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v24, n 8, 1727-1742, 2008.
- ALMEIDA FN, ROUQUAYROL M. Elementos de metodologia Epidemiológica. In: **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 149-77.
- ALMEIDA C, MACINKO J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. In: Almeida C, Macinko J. **Mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação da atenção básica**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), Ministério da Saúde; 2006. (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde)
- ALMEIDA ML, SEGUI MLH, MAFTUM MA, LABRONICI LM, PERES AM. **Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar**. Texto Contexto Enferm. 2011; 20(esp):131-7.
- AMORIM, L. **Rede de saúde com atendimento diferenciado**. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/saude/home.htm>. Acesso em: 27/01/2016.
- BARBOSA NB, ELIAS PEM. Health social organizations as a way of public/private management. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2010 Ago; 15(5): 2483-95.
- BARRA SAR. **Gestão da Estratégia saúde da família: o desafio de consolidar a intersectorialidade**. Juiz de Fora, 2013. Tese (Mestrado em Serviço Social) Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Belo Horizonte, 2013. 200f
- BODSTEIN R. Atenção Básica na Agenda da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** 7(3):401-412, 2002.
- BRANDÃO ALRBS, GIOVANELLA L, CAMPOS CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros brasileiros. **Cien Saude Colet**. 2013;18(1):103-14.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Banco de Dados da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Brasília/DF: 2013.

_____. Ministério da Saúde (MS). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Número de equipes de Saúde da Família**. [página na Internet]. 2010. [acessado 2016 jan 122]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. 2008. [página na Internet]. [acessado 2016 jan 14]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Gestão participativa e cogestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica**, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. 1R., 4.^a reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: 2011.

BROUSSELLE A, CHAMPAGNE F, CONTANDRIOPOULOS AP, HARTZ Z, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, núm. 4, abril, 2012, pp. 1091-1092

CARVALHO DR, KALINKE LP. Perfil do enfermeiro quanto à motivação profissional e suas necessidades de desenvolvimento. **Rev Boletim de Enfermagem**, v 2, n1, 2008.

CARDOSO AVL, CHAIN APN, MENDES RIP, FERREIRA EF, VARGAS AMD, MARTINS AMEBL, FERREIRA RC. Avaliação da gestão da Estratégia Saúde da Família por meio do instrumento Avaliação para Melhoria da Qualidade em municípios de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 20, núm 4 , abril 2015.

CARRENO I, MORESCHI C, MARINA B, HENDGES DJB, REMPEL C, OLIVEIRA MMC. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.20, núm.(3), p. 947-956, 2015.

CASTANHEIRA ERL, DALBEN I, ALMEIDA MAS, PUTTINI RF, PATRICIO KP, MACHADO DF, CALDAS AL, NEMES MIB. Avaliação da qualidade da Atenção Básica em 37 municípios do Centro-Oeste paulista: características da organização da assistência. **Saúde e Sociedade**, v18, sup 2, 2009.

CESAR MC, CAMPOS GWS, MONTEBELO MIL, SARMENTO F. Avaliação da atenção primária no município de Piracicaba, SP, Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, vol.38, no.spe, Out 2014.

CHOMATAS E, VIGO A, MARTY I, HAUSER L, HARZHEIM E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 294-303, 2013.

- CONASS, Conselho Nacional de Secretário de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.
- CONTANDRIOPOULOS A. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência e Saúde Coletiva**, v 11, n 3, 2006.
- CUNHA EM, GIOVANELLA L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011.
- DUARTE MLC, TEDESCO JR, PARCIANELLO RR. O uso do sistema de informação na estratégia saúde da família: percepções dos enfermeiros. **Rev Gaúcha Enferm** 2012; 33(4):111-117.
- ELIAS PE, FERREIRA CW, ALVES MCG, COHN A, KISHIMA V, ESCRIVÃO J, A. Atenção Básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por extrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciênc Saúde Coletiva**, v 11, n 4, 2006.
- FERREIRA TLS, COSTA ICC, ANDRADE FB. Avaliação do atributo integralidade em serviços de puericultura na atenção primária à saúde. **Revista Ciência Plural**, v 1, n 1, 2015.
- FIGUEIRÓ AC, FRIAS. PG, NAVARRO LM. Avaliação em saúde: Conceitos Básicos para as Práticas nas Instituições. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: Editora Medbook; 2010. p.1-13.
- GIL CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. In: **Caderno de Saúde Pública**. n. 21. Rio de Janeiro, 2005. p.490-498.
- GIL AC. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GIOVANELLA L et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Jun. 2009.
- GOMES FN. **O agir cotidiano dos gestores da Estratégia Saúde da Família em um município do Espírito Santo**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, 2014.
- HARZHEIM E, STARFIELD B, RAJMIL L, ALVAREZ-DARET C, STEIN AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de avaliação da atenção primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad Saude Publica** 2006; 22(8):1649-1659.
- HARZHEIM E, GONÇALVES MR, OLIVEIRA MMC, TRINDADE TG, AGOSTINHO MR, HAUSER L. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool - Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

HARZHEIM E, OLIVEIRA MMC, AGOSTINHO MR, HAUSER L, STEIN AT, GONÇALVES MR et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool- Brasil adultos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2013.

HAUSER L, CASTRO RCL, VIGO A, TRINDADE TG, GONÇALVES MR, STEIN AT et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2013; 8(29):244-55.

HAYASSY A, SALGADO RM. Promoção de saúde sobre a ótica das ações: Experiência do Projeto Rondon. **Ciência Atual**, Rio de Janeiro, v 1, n 1, 2013.

KUSCHNIR R, CHORNY AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 15, nº. 5, Ago. 2010.

LAVRAS C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n.4, p. 867-874, 2011.

LEÃO CDA, CALDEIRA AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária à saúde e qualidade da atenção. **Ciência Saúde Coletiva**, v 16, n 11,2011.

LEÃO CDA, CALDEIRA AP, OLIVEIRA MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev Bras Saúde Matern Infant**. 2011;11(3):323-34.

LORENZETTI J, LANZONI, GMM, ASSUITI LFC, PIRES DEP, RAMOS FRS. Gestão em saúde no brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto & Contexto Enfermagem**, vol. 23, núm. 2, abril-junio, 2014, pp. 417-425.

LIMA-COSTA MF, BARRETO SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos Básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v 12, n. 4, p. 189 – 201, out/dez, 2003.

LIMA SCS. **Orientação familiar e comunitária na estratégia saúde da família na regional norte de Teresina/PI – avaliação a partir do usuário adulto**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Rede Nordeste de Formação em saúde da Família, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2014.

LIMA EFA, SOUSA AI, PRIMO CC, LEITE FMC, LIMA RCD, MACIEL ELN. Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol.23, no.3, Ribeirão Preto Mai/Jun 2015.

MARCOLINO JS, SCOCHI MJ. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm**, 2010 31(2):314-320.

MARQUES AS, FREITAS DA, LEÃO DA, OLIVEIRA SKM, PEREIRA MM, CALDEIRA AP. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.19, no.2, Rio de Janeiro Fev. 2014.

MENDES EV. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

_____. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Minas Gerais, v. 5, n. 15, p.2297-2305, jun. 2010.

_____. A APS no Brasil. In: Mendes EV, organizador. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. p. 71-99.

MICLOS PV, CALVO MCM, COLUSSI CF. Avaliação do desempenho da atenção primária em saúde através da análise envoltória de dados. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. Vol.06, N°. 02, Ano 2015 p.1749-63.

OCAMPO MV, BETANCOURT VF, MONTOYA JP, BAUTISTA DC. Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. **Rev Gerenc Polit Salud**. 2013; 12(24):114-29.

OLIVEIRA MAC, PEREIRA IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, Set. 2013.

OLIVEIRA VBCA, VERÍSSIMO ML. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária. **Rev. esc. enferm. USP**, vol.49, no.1, São Paulo, FeV. 2015

OPAS/OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 12 nov. 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS**. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.

PADILHA ARS. Entrevista com Alexandre Padilha (entrevista). **Revista Brasileira Saúde da Família**. Brasília, DF, v. 28, p. 6-10, 2011.

PAIM JS. **Modelos de Atenção à Saúde no Brasil**. In: GIOVANELLA, L. (org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. ver. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

PINTO HA, KOERNER RS, SILVA DCA. Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a Atenção Básica. **CONASEMS**. Brasília: 2012.

POLIT F, BECK CT. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. São Paulo: ArtMed, 2011.

RODRIGUES RD, ANDERSON MIP. Saúde da Família: uma estratégia necessária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 6, n.18, p.21-24, mai. 2011. ISSN 2179-7994.

SALA A et al . Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde soc.**, São Paulo, v.20, n.4, Dec. 2011.

SALES NC. **Avaliação da Qualidade em Atenção Primária em Saúde: Comparação entre os instrumentos PCATool e competências essenciais de gerentes dos Centros de Saúde da Família de Fortaleza-CE.** Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde. Área de Concentração: Política, Gestão e Avaliação em Saúde 2013.

SALVADOR PTCO, SANTOS VEP, DANTAS CN. Caracterização das dissertações e teses brasileiras acerca da interface processo de enfermagem e atenção primária. **Rev Min Enferm.** Jun 2014; 18(2): 295-302.

SERAPIONI M, SILVA MGC. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v 16, n 11, 2011.

SILVA, LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, ZMA, SILVA, LMV (orgs.). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, Salvador: EDUFBA. p 15-39, 2010.

SILVA SF, SOUZA NM, BARRETO JOM. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. **Cien Saude Colet** 2014; 19(11):4427-4438.

SOUSA MHL, SOUZA RMP, SILVA MGC. Alocação de Recursos na Saúde. In: **Epidemiologia & Saúde.** Rio de Janeiro: Medbook, p 585-99, 2013.

STARFIELD B. *et al.* **Measuring consumer experiences with primary care.** **Pediatrics**, United States, v. 105, n. 4, p. 998-1003, abr. 2000.

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

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

VIANA ALA; LIMA LD. de. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. In: **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil.** Contra Capa, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 8th Global Conference on Health Promotion - the Helsinki Statement on Health in All Policies. Geneva; 2013.

WORTHEN, B; SANDER, J. J.; FITZPATRICK, J. Avaliação de programas: Concepções e práticas. São Paulo. Editora Gente. 2004.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

Título do artigo:
Base de indexação:
Instituição de origem:
Ano de publicação:
Periódico:
Objetivo:
Tipo e natureza do estudo:
Local da pesquisa (instituição, cidade e estado):
Público alvo:
Ser citado pelo menos um dos atributos:
Desempenho da APS por meio dos seus atributos:
Monitoramento para gestores e profissionais de saúde:

Fonte: o autor



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
“JOSÉ ALBANO DE MACEDO”**

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
() Dissertação
(x) Monografia
() Artigo

Eu, Gerlany Rafaela Ribeiro Gonzaga, autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE UNIDADES BÁSICAS: revisão bibliográfica**, de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 19 de Abril de 2016.

Gerlany Rafaela Ribeiro Gonzaga
Assinatura

Assinatura