

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PROFSAÚDE)**

**Giulliana de Aguiar Cantoni Di Spirito**

**Avaliação dos serviços de Atenção Primária a partir de seus atributos: a  
perspectiva de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família**

Juiz de Fora

2024

**Giulliana de Aguiar Cantoni Di Spirito**

**Avaliação dos serviços de Atenção Primária a partir de seus atributos: a perspectiva de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Mário Círio Nogueira

Juiz de Fora

2024

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

de Aguiar Cantoni Di Spirito, Giulliana.

Avaliação dos serviços de Atenção Primária a partir de seus atributos: : a perspectiva de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família / Giulliana de Aguiar Cantoni Di Spirito. -- 2024.

135 f. : il.

Orientador: Mário Clírio Nogueira

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2024.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégia de Saúde da Família. 3. Avaliação de serviços de saúde. 4. Profissionais de saúde. 5. qualificação profissional. I. Clírio Nogueira, Mário , orient. II. Título.

**Giulliana de Aguiar Cantoni Di Spirito**

**Avaliação dos Serviços de Atenção Primária a partir de seus atributos: a perspectiva de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Saúde da Família. Área de concentração Saúde da Família.

**Aprovada em 30 de agosto de 2024.**

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof. Dr. Mário Círio Nogueira - Orientador**  
Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof.ª Dr.ª Sílvia Lanzotti Azevedo da Silva**  
Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof.ª Dr.ª Denise Silva da Silveira**  
Universidade Federal de Pelotas

**Juiz de Fora, 30/08/2024.**



Documento assinado eletronicamente por Maria Cléia Magalhães, Professora(a), em 20/08/2024, às 16:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 4º do [Decreto nº 10.450, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por SILVIA LAPORTELLI ACCIOLINI DA SILVA, Professora(a), em 20/08/2024, às 16:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 4º do [Decreto nº 10.450, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Douglas Silva de Oliveira, Usuário Interno, em 02/08/2024, às 09:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 4º do [Decreto nº 10.450, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal de SEI-UFJF ([www2.ufjf.br/sei](http://www2.ufjf.br/sei)) através do ícone Certificação de Documentos, informando o código verificador 1893950 e o código CRC 91393248.

Dedico este trabalho a Deus e aos meus amores: meu marido Alessandro, minha pequena Giulia e meus pais Wanderley e Elizabeth.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me presenteou com esta oportunidade, me capacitou e me fortaleceu durante esta caminhada. Jesus, obrigada por tanto!

A meu marido Alessandro, pelo amor, compreensão e parceria. Não me esqueço das idas à Juiz de Fora com você. Amor, sem você isto não seria possível!

À minha princesa Giulia, inspiração para seguir em frente, alegria nos momentos difíceis e paciência com a mamãe no mestrado.

A meus pais, Wanderley e Elizabeth, pelo amor e investimento em minha formação.

Às minhas irmãs, Cinthia e Izabela, companheiras de vida e grandes amigas.

À Maria, minha amiga e parceira de vida, pelo seu zelo e carinho comigo e minha família.

Ao Zé, meu amor canino, que trouxe mais leveza e alegria durante o mestrado. Presença nas noites de estudo.

Ao Professor Mário Círio, por compartilhar sua sabedoria e contribuir para o meu desenvolvimento acadêmico.

À Lina e Vidigal, amigos mais chegados que irmãos. Obrigada pelo carinho e orações.

À querida Léia, minha Diretora de Distrito e amiga tão especial, por sua generosidade e carinho. Juliana, Rachel, Renata, João e Cida, obrigada pelo apoio!

Às minhas colegas Gestoras da Clínica Denise, Rouse, Cristiane, Priscila, Rafael e Franciely que me auxiliaram neste período de mestrado e me incentivaram a prosseguir.

Às minhas colegas do PROFSAUDE, pelo aprendizado e por estarmos juntas em todas as horas.

À equipe gestora da Secretaria de Saúde de Contagem, que me apoiou neste projeto, em especial ao Jorge e à Fernanda, pelas trocas e pela cooperação

À Glaucia da Diretoria de Desenvolvimento Humano, por toda a orientação na submissão do projeto na SMS.

Agradecimento especial aos profissionais médicos e enfermeiros que contribuíram com esta pesquisa.

Aos usuários do SUS Contagem, maior motivação para realizar este trabalho voltado à melhoria do cuidado em saúde.

## RESUMO

**Introdução:** A Estratégia de Saúde da Família é o modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) adotado no Brasil e se associa com melhores indicadores em saúde. Pela sua relevância, a qualidade dos seus serviços precisa de monitoramento e avaliação contínuos. **Objetivo:** Avaliar a orientação dos serviços da Atenção Primária à Saúde em relação a seus atributos na perspectiva dos médicos e enfermeiros. **Métodos:** Trata-se de um estudo avaliativo, transversal e abordagem quantitativa realizado no Município de Contagem, Minas Gerais, em 33 equipes de Saúde da Família, no período de julho a outubro de 2023. Para a coleta de dados foi utilizado o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) versão profissionais de saúde, com a participação de 46 profissionais. Foram coletadas informações sobre perfil sociodemográfico, formação, qualificação, tempos de atuação na APS e aspectos de satisfação com a prática no serviço. A tabulação dos dados foi realizada no *software* Excel® 2019 e as análises estatísticas foram realizadas no Programa R versão 4.2.2. Foram calculados os escores essencial, geral e derivado, e os escores para cada atributo (acesso, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e comunitária), além das frequências absolutas e relativas para cada item dos atributos categorizados em escore alto e baixo. Os escores médios com valor igual ou superior a 6,6 indicam alta orientação dos serviços para os atributos da APS. **Resultados:** Os enfermeiros apresentaram maior média de idade, maior qualificação e tempo de atuação na equipe e APS, comparativamente aos médicos. Os resultados para os escores essencial, geral e derivado da APS foram respectivamente, 6,2, 6,4 e 6,8. A análise por categoria profissional não demonstrou diferença estatisticamente significativa. Os atributos Acesso, Longitudinalidade e Coordenação (Sistema de Informação) foram avaliados como baixa orientação à APS. Maiores médias de idade, tempo de formação na graduação, de atuação dos profissionais na equipe atual e na APS, se associaram negativamente aos escores dos atributos Integralidade (Serviços Disponíveis), Orientação Familiar e escore derivado. Maior faixa etária dos profissionais se associou negativamente à média dos escores derivado e geral. A qualificação dos profissionais na área de Atenção Primária não apresentou associação estatisticamente significativa com os escores essencial, derivado e geral. **Conclusão:** Os serviços foram avaliados como tendo baixa orientação à APS, com

escore geral de 6,4, sendo o atributo “Acesso” o que obteve a pior avaliação. O estudo trouxe contribuições para a gestão dos serviços, a partir do reconhecimento de como os atributos estão sendo operacionalizados na prática cotidiana dos profissionais, identificando as fortalezas e fragilidades de aspectos relacionados a estrutura e processo de trabalho nas equipes. A análise dos perfis de qualificação e tempos de atuação dos profissionais, do nível de satisfação com aspectos do trabalho e da percepção do grau de violência por médicos e enfermeiros forneceu perspectivas para enfrentamento dos seus determinantes.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Estratégia de Saúde da Família; avaliação de serviços de saúde; profissionais de saúde; qualificação profissional.

## ABSTRACT

**Introduction:** The Family Health Strategy is the Primary Health Care (PHC) model adopted in Brazil and is associated with better health indicators. Due to its relevance, the quality of its services needs continuous monitoring and evaluation.

**Objective:** To evaluate the orientation of Primary Health Care services in relation to their attributes from the perspective of physicians and nurses. **Methods:** This is an evaluative, cross-sectional study with quantitative approach conducted in the municipality of Contagem, Minas Gerais, in 33 Family Health staff, from July to October 2023. Data collection was used Primary Care Assessment Tool (PCATool) Professional Health Version, with the participation of 46 professionals. Information on sociodemographic profile, training, qualification, times of action in PHC and aspects of satisfaction with practice in the service was collected. Data tab was performed at Excel® 2019 software and statistical analyses were performed on the R Program version 4.2.2. Essential, general and derived scores were calculated, and the scores for each attribute (access, longitudinality, coordination, integrality, family and community orientation), as well as the absolute and relative frequencies for each item of the attributes categorized in high and low score. Average scores equal to or greater than 6.6 indicate high orientation of services for PHC attributes. **Results:** Nurses presented higher average age, higher qualification and time in the staff and PHC, comparatively to doctors. The results for the essential, general and derivative scores of the PHC were respectively, 6.2, 6.4 and 6.8. Professional category analysis showed no statistically significant difference. The attributes Access, Longitudinality and Coordination (information system) were evaluated as low orientation to the PHC. Higher average age, training time in undergraduate, length of professional experience in the current staff and APS, were negatively associated with the scores of integrality attributes (Available Services), Family Orientation and derived score. The largest age of the professionals has been negatively associated with the average of derived and general scores. The qualification of professionals in the Primary Care did not have a statistically significant association with the essential, derived and general scores. **Conclusion:** Services were evaluated as low orientation to PHC, with a general score of 6.4, and the “Access” attribute obtained the worse evaluation. The study brought contributions to the management of services, based on the recognition of how attributes are being operationalized in the daily practice of

professionals, identifying the strengths and weaknesses of aspects related to the structure and process of work in teams. The analysis of the qualification profiles and times of action of professionals, the level of satisfaction with aspects of work and the perception of the degree of violence by doctors and nurses provided perspectives for facing their determinants.

**Keywords:** Primary Health Care; Family Health Strategy; health services evaluation; health professionals; professional qualification.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Divisão Administrativa por Distrito Sanitário em Contagem.....	47
Figura 2 –	Mapas do Município de Contagem e Distritos Sanitários Nacional e Ressaca, Contagem, 2022.....	48
Gráfico 1 –	Distribuição estatística dos escores do PCATool de cada atributo, escores geral, derivado e essencial. Contagem, 2023.....	60
Gráfico 2 –	Distribuição estatística dos escores do PCATool de cada atributo, escores geral, derivado e essencial por categoria profissional. Contagem, 2023.....	61
Gráfico 3 –	Distribuição percentual sobre a percepção dos profissionais com aspectos da satisfação e motivação com o trabalho. Contagem. 2023.....	72
Quadro 1 –	Características dos Serviços de APS e Rede de Atenção à Saúde, Contagem, Minas Gerais.....	49
Quadro 2 –	Atributos, componentes e itens do PCA Tool-Brasil.....	54

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características do Território e da Atenção à Saúde dos Distritos Nacional e Ressaca, Contagem, Minas Gerais.....	49
Tabela 2 – Características sociodemográficas e de formação profissional dos participantes (Contagem, 2023).....	58
Tabela 3 – Distribuição estatística da idade e dos tempos de atuação profissional (anos) (Contagem, 2023).....	59
Tabela 4 – Local de trabalho, Tipo de Vínculo Empregatício, Percepção de grau de violência no território e realização de atividades de educação permanente (Contagem, 2023).....	59
Tabela 5 – Distribuição estatística dos escores do PCA-Tool segundo cada atributo e escore essencial, derivado e geral (Contagem, 2023).....	60
Tabela 6 – Distribuição estatística dos escores do PCATool de cada atributo por categoria profissional (Contagem, 2023).....	61
Tabela 7 – Descrição das questões do atributo Acesso de Primeiro Contato – a Acessibilidade na perspectiva dos profissionais de saúde (Contagem, 2023).....	62
Tabela 8 – Descrição das questões do atributo longitudinalidade na perspectiva dos profissionais de saúde (Contagem, 2023).....	63
Tabela 9 – Descrição das questões do atributo Coordenação – Integração de Cuidados na perspectiva dos profissionais de saúde (Contagem, 2023).....	64
Tabela 10 – Descrição dos componentes do atributo Coordenação – Sistema de Informações na perspectiva dos profissionais de saúde Contagem, 2023).....	65
Tabela 11 – Descrição das questões do atributo Integralidade (Serviços disponíveis) na perspectiva dos profissionais de saúde (Contagem, 2023).....	66
Tabela 12 – Descrição das questões do atributo Integralidade (Serviços prestados) na perspectiva dos profissionais de saúde (Contagem, 2023).....	67
Tabela 13 – Descrição das questões do atributo Orientação Familiar na perspectiva dos profissionais de saúde (Contagem, 2023).....	68

Tabela 14 – Descrição das questões do atributo Orientação Comunitária na perspectiva dos profissionais de saúde (Contagem, 2023).....	69
Tabela 15 – Comparação dos escores do PCATool por características dos profissionais (Contagem, 2023).....	70
Tabela 16 – Coeficiente de correlação de Spearman entre os atributos e idade e tempos de atuação profissional (Contagem, 2023).....	71
Tabela 17 – Percepção de satisfação e motivação com o trabalho (Contagem, 2023).....	72
Tabela 18 – Percepção do Grau de Violência do Território pelos profisisonais (Contagem, 2023).....	73

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
AQ-PCP	<i>ADHD Questionnaire for Primary Care Providers</i>
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEAPS	Centro Especializado em Autorização de Procedimentos
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CF	Constituição Federal
CIAP	Classificação Internacional de Atenção Primária
CID	Classificação Internacional das Doenças
CMC	Centrais de Marcação de Consultas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DDH	Diretoria de Desenvolvimento Humano
EESF	Equipes de Estratégia de Saúde da Família
EP	Educação Permanente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
GPAQ	<i>General Practice Assessment Questionnaire</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
NOB-SUS	Norma Operacional Básica – Sistema Único de Saúde
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACOTAPS	Aplicativo para APS
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCATool	<i>Primary Care Assessment Tools</i>
PCET	<i>Primary Care Evaluation Tool</i>
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PMAQ	Programa de Melhoria e Avaliação da Atenção Primária
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PROFSAÚDE	Profissional em Saúde da Família
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
PTT	Produto Técnico Tecnológico
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RM	Residência Médica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SOAP	Subjetivo, Objetivo, Avaliação, Plano
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UHC	<i>Universal Health Coverage</i>
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	19
2.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	19
2.2	ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	26
2.3	AVALIAÇÃO DA APS A PARTIR DE SEUS ATRIBUTOS: O <i>PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL</i> (PCATool).....	30
2.4	QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL E ASPECTOS DO TRABALHO NA APS.....	35
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	43
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	44
4.1	OBJETIVO GERAL.....	44
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	44
<b>5</b>	<b>HIPÓTESE</b> .....	45
<b>6</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	46
6.1	TIPO DE ESTUDO.....	46
6.2	LOCAL DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.....	46
6.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	50
6.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	50
6.5	COLETA DE DADOS.....	50
6.6	PERÍODO DE COLETA DE DADOS.....	53
6.7	METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS.....	53
6.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	56
<b>7</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	58
7.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	58
7.2	SCORES GERAL, ESSENCIAL E DERIVADO/ATRIBUTOS DA APS SEGUNDO O PCA-TOOL.....	59
7.3	AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS.....	62
7.3.1	<b>Acesso de primeiro contato/acessibilidade</b> .....	62
7.3.2	<b>Longitudinalidade</b> .....	63
7.3.3	<b>Coordenação (Integração de cuidados)</b> .....	64

7.3.4	<b>Coordenação (Sistema de informações)</b> .....	64
7.3.5	<b>Integralidade (Serviços disponíveis)</b> .....	65
7.3.6	<b>Integralidade (Serviços prestados)</b> .....	66
7.3.7	<b>Orientação familiar</b> .....	67
7.3.8	<b>Orientação comunitária</b> .....	68
7.4	<b>AVALIAÇÃO DA PRESENÇA E EXTENSÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE POR CARACTERÍSTICAS DOS PROFISSIONAIS E CLASSIFICAÇÃO DOS ESCORES ESSENCIAL, DERIVADO E GERAL</b> .....	69
7.4.1	<b>Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde por idade, tempo de formado e tempos de atuação</b> .....	71
7.5	<b>GRAU DE SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM ASPECTOS DO TRABALHO/SERVIÇOS DE APOIO/MOTIVAÇÃO PARA O TRABALHO</b> .....	72
7.5.1	<b>Percepção do grau de violência do território</b> .....	73
8	<b>DISCUSSÃO</b> .....	74
9	<b>CONCLUSÕES</b> .....	99
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	101
	<b>APÊNDICE A – Questionário: caracterização sociodemográfica, de formação/ qualificação profissional e de aspectos do trabalho dos profissionais de saúde das equipes de estratégia de saúde da família</b> .....	117
	<b>APÊNDICE B – Fragilidades, Fortalezas e Possibilidades do SUS</b>	
	<b>Contagem e atributos da APS contemplados</b> .....	119
	<b>ANEXO A – Instrumento de Avaliação da Atenção Primária PCATool – Brasil versão profissionais médicos e enfermeiros (versão extensa)</b> .....	122
	<b>ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	129
	<b>ANEXO C – Carta de anuência para solicitação de pesquisa</b> .....	130
	<b>ANEXO D – Parecer consubstanciado do conselho de ética em Pesquisa</b> .....	131

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um elemento fundamental nos sistemas de saúde e sua relevância se associa com as evidências de seu impacto na saúde da população nos países que têm seus sistemas de saúde orientados pela APS como: melhores indicadores de saúde a exemplo da redução da mortalidade infantil (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006; MACINKO et al., 2010) e internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (MACINKO et al., 2010; NEDEL et al., 2010; DOURADO et al., 2011), maior efetividade no tratamento de condições crônicas, maior eficiência e custo-efetividade, promoção da ampliação do acesso aos serviços, melhoria dos níveis de saúde das populações assistidas, maior satisfação dos usuários e minimização das desigualdades em saúde (STARFIELD, 1991; 2002; STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005; STARFIELD; SHI, 2007; OPAS, 2011).

A APS corresponde a uma estratégia de organização dos sistemas de saúde, correspondendo ao primeiro nível de atenção, pautado num modelo de reorientação da prática assistencial dos profissionais de saúde (STARFIELD, 2002). No Brasil, a APS é ordenadora do sistema de atenção à saúde, porta de entrada preferencial dos usuários no Sistema de Saúde e o principal núcleo de articulação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). É caracterizada por múltiplas ações de promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação na dimensão individual e coletiva para atender da melhor forma possível às necessidades de saúde da população de maneira integral (BRASIL, 2012a).

No âmbito do Sistema Único de Saúde, a APS adquiriu relevância a partir da estruturação do Programa de Saúde da Família entre as décadas de 1990/2000, que recebe a denominação de Estratégia de Saúde da Família (ESF) a partir de 2006. Desde então, se tornou o modelo de APS adotado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que busca a orientação a partir da Atenção Primária. Nesta perspectiva, a Saúde da Família é caracterizada como a estratégia de implementação de equipes de Atenção Primária no Brasil (BRASIL, 2012a).

Segundo Facchini, Tomasi e Dilélio (2018), a consolidação da APS nas últimas décadas está entre os avanços mais significativos do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto política pública e sistema de saúde universal, baseados na abrangência de seu principal modelo assistencial, a ESF. A ESF visa a mudança da

prática assistencial, direcionada para um cuidado à saúde com centralidade na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social (BRASIL, 2010a).

A ESF tem favorecido significativamente o aumento do acesso da população aos serviços de saúde e a aproximação da equipe com as condições de saúde das pessoas, corroborando para resultados positivos nos indicadores de saúde (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

A definição operacional da APS, sistematizada por Barbara Starfield (STARFIELD, 2002), que conceitua a APS por meio de quatro atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção) e pelos três atributos derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural) tem sido adotada pelo Ministério da Saúde desde a PNAB de 2006 (BRASIL, 2006).

Segundo Starfield (2002), um serviço é provedor de APS quando possui os quatro atributos essenciais que, combinados, são exclusivos da Atenção Primária, sendo que os atributos derivados contribuem para o alcance dos atributos essenciais e potencializam a qualidade da APS.

A APS pode ser mensurada verificando-se a presença e extensão de seus atributos, segundo a conceituação de Starfield (2002). E existem evidências de que serviços de saúde organizados através de uma APS estruturada, a partir de seus atributos ordenadores, são mais efetivos, qualificados e promovem maior equidade no cuidado (SHI et al., 1999; MACINKO et al., 2003; MACINKO et al., 2004; IBAÑEZ et al., 2006; ELIAS et al., 2006; VAN STRALEN et al., 2008; GONÇALVES et al., 2013).

Dentre os instrumentos para a avaliação dos serviços de APS no mundo, se destaca o conjunto de instrumentos do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), desenvolvido e disseminado por Starfield e colaboradores, para avaliar a presença e extensão das características desses serviços (CASSADY et al., 2000; SHI; STARFIELD; XU, 2001). O PCATool é um questionário que avalia aspectos estruturais e de processo na atenção primária e foi utilizado pelo Ministério da Saúde (MS), como uma das iniciativas para a institucionalização de processos de avaliação e monitoramento permanente de indicadores de saúde no Brasil (PINTO; SILVA, 2021).

O Manual do PCATool-Brasil, originalmente publicado pelo MS em 2010 e recomendado como instrumento nacional para avaliação das equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2010b), foi atualizado e publicado no ano de 2020 pelo MS designado 'PCATool Brasil/2020 - Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde'. O PCATool-Brasil/2020 contempla as versões destinadas a responsáveis por crianças, a usuários adultos, a profissionais médicos e enfermeiros e a versão saúde bucal para pacientes adultos e profissionais dentistas. Estas versões do instrumento podem ser utilizadas para a avaliação e monitoramento da qualidade da APS no cotidiano de trabalho das equipes de SF, assim como pelos diversos níveis de gestão pública da APS no Brasil (BRASIL, 2020).

Pesquisas utilizando o PCATool para a avaliação da qualidade dos serviços de APS com base em seus atributos, na percepção de profissionais médicos e enfermeiros, revelaram que um melhor desempenho dos atributos da APS se relaciona, entre outros fatores, com a melhor qualificação de seus profissionais (KOLLING, 2008; CASTRO et al., 2012; CHOMATAS et al., 2013; TURCI; LIMA-COSTA; MACINKO, 2015). Portanto, é fundamental conhecer as implicações da formação e da qualificação profissional sobre o desenvolvimento dos atributos da APS, possibilitando o investimento dos gestores dos serviços em processos de aprimoramento das ações de seus profissionais (LEÃO; CALDEIRA, 2011).

A orientação do sistema público brasileiro pela Atenção Primária à Saúde, demanda a adoção de processos avaliativos em relação ao desempenho dos serviços de saúde, visando a efetivação de políticas públicas de saúde, ampliação da rede e melhoria da qualidade assistencial da APS (MACHADO et al., 2021).

A pesquisa desenvolvida pela mestranda teve por objetivo avaliar os serviços da atenção primária a partir de seus atributos, na perspectiva dos profissionais de saúde que compõe as Equipes de Saúde de dois Distritos Sanitários do Município de Contagem, Minas Gerais e verificar sua associação com aspectos sociodemográficos, de formação/qualificação e aspectos laborais dos profissionais de saúde. A pesquisadora à época da coleta de dados integrava a equipe gestora dos dois Distritos participantes da pesquisa, permanecendo posteriormente apenas no Distrito Nacional.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária, concebida como modelo de organização dos sistemas de saúde, tem como marco o documento inglês conhecido como Relatório Dawson, publicado em 1920. O relatório inglês propôs um posicionamento contrário ao modelo flexneriano de saúde americano, caracterizado pela lógica mecanicista, biologicista, curativista, reducionista e focalizada na atenção individual e por outro lado, buscou ser um referencial para a organização do modelo inglês de atenção à saúde que apresentava níveis crescentes de custo e complexidade, além de baixa resolutividade (FAUSTO; MATTA, 2007; AGUIAR, 2007).

O relatório concebia o modelo de atenção inglês em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares e suplementares e hospitais de ensino. propôs a reestruturação do modelo de atenção inglês conforme níveis de complexidade e custos do tratamento, propondo a organizando os serviços conforme níveis de complexidade e custos do tratamento, em que os centros de saúde primários ocupavam uma posição nuclear e de porta de entrada no sistema de saúde, de forma articulada e apoiada por centros de saúde secundários e hospitais de ensino. Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam seguir um modelo de organização regionalizada, composto por médicos generalistas que deveriam ter alta resolutividade para a maioria dos problemas de saúde (MINISTRY OF HEALTH, 1920; FAUSTO; MATTA, 2007).

A prestação de serviços de saúde em nível local é uma tradição antiga nos países europeus, mas o Relatório Dawson se constitui num dos antecedentes do ideal de atenção primária, que influenciou as dimensões da organização atual dos sistemas de saúde baseados na APS, como a regionalização com base populacional e a integralidade, assim como a atenção de primeiro contato e a hierarquização dos níveis de atenção à saúde (FAUSTO; MATTA, 2007; PORTELA, 2017; CONILL; FAUSTO, 2009).

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), realizada em 1978 em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão, se constituiu em um outro marco histórico mundial da APS. A conferência de Alma-Ata

reafirmou a necessidade do avanço de concepções mais abrangentes de intervenções em saúde, em contraposição à abordagem dos programas verticais da OMS destinados ao combate às endemias para populações pobres, em países em desenvolvimento e ao modelo biomédico. Segundo Giovanella e Mendonça (2012), em termos conceituais, foi a partir da Conferência de Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata, que se buscou uma definição para APS: os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primários são parte integrante tanto do sistema do país, de que são o ponto central e o foco principal, como do desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade. Além de serem o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando o máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também, o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde (UNICEF, 1979).

A proposta de Atenção Primária contemplada em Alma-Ata ficou conhecida como “APS abrangente de Alma-Ata” e se constituiu nas bases para a visão abrangente de APS da atualidade, por compreender a saúde como direito humano e considerar a importância da abordagem mais ampliada dos determinantes sociais e políticos da saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

As percepções e conceitos sobre o significado e papel desempenhado pela APS no desenvolvimento do sistema social e de saúde têm diversas discordâncias, refletindo o contexto de cada época. As quatro interpretações principais da APS se desdobram em: APS seletiva; Atenção Primária como primeiro nível de atenção; APS abrangente de Alma-Ata e APS com enfoque em saúde e direitos humanos. Em países europeus e industrializados, a APS inicialmente teve um destaque como porta de entrada do sistema de saúde e nos países em desenvolvimento a APS foi inicialmente ‘seletiva’, pois focava em um pacote restrito de serviços baixo custo e tecnologia simples, para o enfrentamento aos problemas mais prevalentes nestes locais, como ações voltadas à saúde da mulher e ao público materno-infantil (OPAS/OMS, 2007).

Nos anos que se seguiram à Alma-Ata, em um contexto de crise econômica e política internacional, a concepção seletiva de Atenção Primária à Saúde prevaleceu sobre a de APS integral/abrangente. Esta visão seletiva de APS teve ampla difusão na América Latina na década de 80 e seus programas verticais focalizados, contribuíram para a fragmentação e a segmentação características dos sistemas de saúde latino-americanos (CONILL; FAUSTO, 2009; CONILL; FAUSTO; GIOVANELLA, 2010).

A mudança do cenário demográfico e epidemiológico, com o envelhecimento populacional, incremento das condições crônicas de saúde, surgimento de novas doenças e reaparecimento de antigos agravos têm favorecido o resgate da proposta de APS abrangente, pela insuficiência e baixa efetividade de uma APS desvinculada das outras ações do sistema de saúde. Associado a este cenário, o agravamento de questões de natureza econômica e social, sugerem que o conceito de uma APS seletiva não contempla a realidade atual da atenção à saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

Destacam-se algumas iniciativas de revitalização da APS nos anos 2000, na lógica abrangente dos princípios de Alma-Ata. A OPAS, em 2005, divulga o documento de posicionamento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas”, que defendeu um processo de renovação da APS, como parte integrante do desenvolvimento de sistemas de saúde baseados na APS, que promovem melhor resposta às necessidades das pessoas e melhorias sustentáveis na saúde das populações das Américas. Em 2008, Relatório da OMS ‘Atenção Primária: agora mais do que nunca’ organiza as reformas da APS, para uma maior efetividade de resposta aos novos desafios da saúde (OPAS/OMS, 2007; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). A renovação da Atenção Primária proposta pela OPAS e pela OMS pressupõe uma atualização da concepção abrangente de APS, como estratégia para reorganização dos sistemas de saúde e garantia do direito à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; OMS/OPAS, 2013).

Em comemoração aos 40 anos da Declaração de Alma-Ata, realizou-se em Astana, em 2018, a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde (FIOCRUZ, 2018). A Declaração de Astana reforça a APS de qualidade, com cuidados centrados na pessoa e serviços de saúde integrais e integrados, como o enfoque na inclusão, eficácia, efetividade e melhora da saúde. Reafirma a APS, como pedra

angular de sistemas de saúde sustentáveis para a cobertura universal (GIOVANELA et al., 2019; WHO, 2019).

A APS como elemento reordenador do sistema de saúde é entendida como uma forma singular de apropriação, recombinação e reorganização dos recursos do sistema, para a satisfação das necessidades e demandas da população, o que resulta na articulação da APS como componente de uma Rede de Atenção à Saúde (OPAS, 2011).

No Brasil, a reorganização dos serviços básicos de saúde foi contemplada no Projeto de Reforma Sanitária, a partir da década de 70 e no período de democratização do país, foi defendida a unificação do sistema de saúde, com a valorização do primeiro nível de atenção pelo movimento sanitário (ESCOREL, 1999).

Paralelamente à Reforma Sanitária, apresentava-se a reestruturação da política social brasileira, que apontou para um modelo de proteção social abrangente, justo, equânime e democrático (FLEURY, 1994).

A Constituição Federal (CF) brasileira de 1988, sob inspiração de Alma-Ata, reconhece a influência dos determinantes sociais no processo saúde doença e na promoção da saúde. Estabelece "saúde como direito de todos e dever do Estado" com a criação de um sistema público universal de saúde, o SUS, que há 30 anos busca cumprir com os princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social. A Atenção Primária à Saúde, na experiência brasileira, é parte estruturante e indissociável do SUS (FIOCRUZ; CNS, 2018).

Considerando aspectos normativos, a APS ganhou destaque na política nacional de saúde a partir da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde-NOB-SUS 01/96. Historicamente, as primeiras iniciativas do MS dedicadas à alteração na organização da atenção à saúde, com ênfase na Atenção Primária, surgiram em 1991 com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e em 1994, com o Programa de Saúde da Família. Estes programas surgem como incentivo aos municípios pequenos, a assumirem alternativas de organização da atenção em âmbito local. O Programa de Saúde da Família (PSF) nasceu descolado das áreas programáticas e nos seus primeiros anos de existência manteve-se fora da estrutura do MS, assumindo uma posição periférica e apresentando características de focalização. A sua posterior mudança de vinculação institucional e transferência para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) colocou o PSF em

posição de destaque no âmbito político, quando passa a ser considerado estratégico para a orientação do modelo de atenção ainda predominantemente no SUS e para a reorganização da atenção básica (FAUSTO; MATTA, 2007).

O Ministério da Saúde, com a experiência do PACS/PSF teve a proposição de atuar na busca da equidade e promover a atenção primária, através da construção de um sistema de saúde direcionado para os grupos mais vulneráveis, favorecendo seu acesso aos serviços de saúde. Entretanto, o PSF mantinha características de uma APS seletiva, voltado à assistência de populações carentes, com limitada oferta de serviços e baixa integração com a rede assistencial. Posteriormente, com a adoção da Saúde da Família como estratégia, esta adquiriu um formato mais abrangente, com a prerrogativa de articulação aos demais níveis de atenção e de orientação para a reestruturação do sistema. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A instituição de um novo formato de financiamento na edição da NOB-SUS 01/96, o Piso de Atenção Básica (PAB), favoreceu a reorientação do modelo de atenção na rede pública de saúde, a partir do incentivo à organização da rede básica nos sistemas locais de saúde. Estas medidas foram conduzidas como parte do processo de descentralização em curso no país (SERRA; MATTA, 2007).

O termo “atenção básica” foi assumido na política nacional de saúde a partir da NOB SUS 01/96. Naquele momento, havia uma forte resistência de alguns atores ao termo atenção primária à saúde, pois era associado a um enfoque seletivo, veiculada por organismos internacionais (FAUSTO, 2005; SAMPAIO; SOUZA, 2002).

Os termos APS e Atenção Básica em Saúde (ABS) têm sido tratados indistintamente por vários autores, apontando para o reconhecimento e utilização internacional da APS. Portanto, ABS seria uma descrição brasileira de uma concepção delineada historicamente no cenário internacional (MATTA; MOROSINI, 2006).

A APS configura-se como primeiro nível de atenção, que se articula, sistemicamente, aos demais serviços de saúde de maior complexidade assistencial, cuja abrangência provê ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, considerando o perfil epidemiológico e as necessidades territoriais (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996; CORDEIRO, 1996; BRASIL, 1999).

A Saúde da Família como a estratégia de atenção básica para a reorientação do modelo assistencial foi apresentada no ano de 1997 em um documento do Ministério da Saúde, ultrapassando a concepção usual dos programas concebidos

pelo MS, passando a ser entendida não como uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde:

[...] Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados [...] (BRASIL, 1997, p. 7).

[...] A unidade de Saúde da Família caracteriza-se como porta de entrada do sistema local de saúde. Não significa a criação de novas estruturas assistenciais, exceto em áreas desprovidas, mas substitui as práticas convencionais pela oferta de uma atuação centrada nos princípios da vigilância à saúde (...) (BRASIL, 1997, p. 11).

A Saúde da Família é assumida como Estratégia na PNAB de 2006, o que promove o fortalecimento do modelo assistencial, ao estabelecer a Equipe de Saúde da Família multiprofissional como porta de entrada preferencial do sistema e coordenadora da atenção na rede. Além disso determina o cadastramento das famílias a serem acompanhadas na unidade de saúde, define o generalista como médico da atenção básica e inclui como membros da equipe, os Agentes Comunitários de Saúde, com atuação comunitária, ampliando a abordagem sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). A equipe deve se responsabilizar pelo desenvolvimento de ações educativas e intersetoriais, a partir da identificação de problemas de saúde e pela prestação de cuidado integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2006).

Em 2011, o decreto n. 7.508 regulamenta a lei n. 8.080/90, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento e a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Estabelece a Rede de Atenção à Saúde (RAS), que se constitui no conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, visando garantir a integralidade da assistência à saúde. O documento também define como portas de entrada das redes de atenção à saúde no SUS, os serviços de atenção primária, as unidades de atenção a urgências e emergências, os centros de atenção psicossocial e os especiais de acesso aberto. A APS, nesta rede, tem a responsabilidade pela ordenação do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde e pela coordenação da atenção à saúde na rede, devendo apresentar resolutividade na satisfação da maioria das necessidades de saúde da população, por meio de uma equipe multidisciplinar (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica é definida pela PNAB/2017 como a principal porta de entrada e centro comunicador da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, sendo a Saúde da Família, a estratégia prioritária para expansão e consolidação da ABS no Brasil (BRASIL, 2017).

Segundo Facchini, Tomasi e Dilélio (2018), a significativa expansão e manutenção da cobertura da ESF, nas últimas duas décadas, provocou o aumento da oferta de ações e serviços de amplo espectro, cooperando para um impacto significativo na saúde da população. Destacam-se a redução da mortalidade infantil e de menores de 5 anos nos municípios brasileiros (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006; MACINKO et al., 2007; AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2009) e a redução das internações por causas sensíveis à APS (MACINKO et al., 2010; GUANAIS; MACINKO, 2009; DOURADO et al., 2011).

Estudos evidenciaram que a APS promove maior eficiência dos serviços e tem impacto positivo sobre vários indicadores de saúde; reduz gastos totais; melhora o acesso a serviços de saúde, a qualidade global da atenção à saúde e as ações preventivas; facilita a detecção precoce de problemas reduzindo internações hospitalares; garante cuidados mais apropriados e reduz o uso de cuidados desnecessários de atenção especializada à saúde (STARFIELD, 2002; STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005; MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006; MACINKO; HARRIS, 2015; MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Na comemoração dos 40 anos da Declaração de Alma-Ata, realizou-se em Astana, em outubro de 2018, a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, visando a renovação do compromisso da APS para o alcance da cobertura universal em saúde e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). A Declaração de Astana incita os governos e sociedades à priorização da saúde e do bem-estar, promoção e proteção a saúde mediante sistemas de saúde sólidos. Reitera a APS de qualidade, com cuidados centrados na pessoa e serviços de saúde integrais e integrados, como o enfoque mais inclusivo, eficaz, efetivo, para melhorar a saúde. A Declaração de Astana afirma a APS, como pedra angular de sistemas de saúde sustentáveis para a cobertura universal (GIOVANELA et al., 2019; WHO, 2019).

Segundo Demarzo (2012), os princípios gerais da APS estão ancorados no trabalho de Barbara Starfield, na Declaração de Alma-Ata de 1978 e na evolução de sua concepção até os dias de hoje.

Starfield (1991) a partir de um estudo clássico, desenvolveu uma formulação teórica e operacional dos atributos da APS em relação ao sistema de saúde e ao modelo de atenção. Acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, juntamente com competência cultural, orientação familiar e comunitária, foram definidos como atributos da qualidade do modelo de atenção. A autora evidenciou que a maior satisfação dos usuários com o sistema e resultados melhores em saúde estão associados a uma APS forte (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Em 2002, o MS publicou e promoveu ampla distribuição da versão em português do livro de Barbara Starfield, "*Primary Care: balancing health needs, services and technology*", traduzido como "Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia", que passou a exercer influência sobre a produção de documentos do Ministério da Saúde e sobre a produção acadêmica nacional (STARFIELD, 2002).

Desde a PNAB de 2006, a definição operacional da APS sistematizada por Barbara Starfield tem sido adotada pelo MS. A APS, segundo o conceito desenvolvido por Starfield, se baseia nos quatro atributos essenciais e nos três atributos derivados. A literatura nacional apresenta o conceito de APS proposto por esta autora como definidor de APS abrangente, se verificando o mesmo teor contido nos documentos ministeriais oficiais, através da PNAB, o que traduz o reconhecimento destes atributos como pertinentes ao contexto brasileiro (SUMAR; FAUSTO, 2014).

## 2.2 ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Segundo Barbara Starfield, a Atenção Primária é o nível do sistema de saúde que oferece entrada para todas as novas necessidades e problemas, ofertando atenção continuada à pessoa para todas as condições e coordenando a atenção obtida em outros serviços (STARFIELD, 2002).

Com base nesta definição Starfield propôs quatro atributos considerados essenciais para as ações e serviços da APS: o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e a integralidade, além de três atributos chamados derivados, considerados resultados de um alto nível de alcance das qualidades exclusivas e fundamentais da APS: orientação familiar, orientação

comunitária e competência cultural. A presença dos atributos essenciais caracteriza os serviços como prestadores de cuidados primários, enquanto a presença dos atributos derivados qualifica as ações da APS (HARZHEIM et al., 2006a).

A Portaria Nº 4.279 de 30 de Dezembro de 2010, que estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, instituiu a APS como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema (BRASIL, 2010a). Mendes (2011) atribui a definição de 'primária' conferida à APS, como expressão do seu atributo mais essencial, o do primeiro contato e não como conotação de básico, simples ou ponto principal de atenção.

De acordo com Oliveira e Pereira (2013), o acesso de primeiro contato corresponde à identificação do serviço pela população e equipe, como recurso inicial a ser buscado em caso de um problema de saúde ou necessidade, se caracterizando como porta de entrada dos serviços de saúde. Segundo Tesser, Norman e Vidal (2018), é considerado o principal atributo da APS, pois permite a efetivação dos demais com qualidade e efetividade.

A atenção ao primeiro contato corresponde à acessibilidade e utilização do serviço de saúde a cada necessidade de saúde ou novo episódio de um problema anterior, que promove a busca das pessoas pelo atendimento em saúde, exceto em casos de real urgência e emergência. A concepção de que há um ponto de entrada disponível para cada nova necessidade em saúde e de fácil acesso é prerrogativa da organização dos serviços de saúde por níveis de atenção e este ponto de primeiro contato é conhecido como 'porta de entrada' (STARFIELD, 2002). O acesso é considerado o principal atributo da APS, pois permite a efetivação dos demais com qualidade e efetividade (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018). Embora os termos acessibilidade e acesso sejam utilizados de forma intercambiável, possuem conceitos distintos. A acessibilidade se refere a um aspecto estrutural da unidade ou sistema de saúde, que viabiliza a chegada das pessoas ao serviço. Acesso é uma característica de processo e desempenho da atenção e corresponde à percepção pela pessoa de sua experiência com a acessibilidade (utilização) (STARFIELD, 2002).

A Longitudinalidade é caracterizada pela construção de uma relação de cuidado contínua, baseada no vínculo e responsabilização entre usuários e profissionais (BRASIL, 2017). A Longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte continuada de atenção e sua utilização no decorrer do tempo. O

relacionamento entre a população e sua fonte de atenção deve ser embasada por um forte vínculo interpessoal, manifesto numa relação de confiança mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde (STARFIELD, 2002). Segundo Cunha e Giovanella (2011), três elementos são essenciais na composição do atributo longitudinalidade: a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados de atenção primária; o estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro (relação interpessoal contínua) entre os pacientes e os profissionais de saúde da equipe local; a continuidade informacional, que se refere à qualidade dos registros em saúde, sua utilização e disponibilização, para promover o acúmulo de informações sobre o paciente pela equipe de saúde. Starfield (2002) retrata uma diferenciação entre longitudinalidade e continuidade do cuidado, já que a longitudinalidade se refere ao acompanhamento dos problemas de saúde do paciente por um mesmo médico, ao passo que a continuidade do cuidado é o seguimento de um problema do paciente não necessariamente pelo mesmo profissional. A continuidade não é um elemento característico da atenção primária, não depende de um relacionamento interpessoal entre o paciente e o profissional, além de que registros fidedignos podem suprir a necessidade de informação para o adequado acompanhamento da doença.

A coordenação da atenção prevê a elaboração, acompanhamento e organização do fluxo de usuários entre os pontos de atenção da Rede de Atenção à saúde (BRASIL, 2017). A coordenação da atenção implica em algum modo de continuidade, seja pelo mesmo profissional ou através de prontuários clínicos, ou ambos, assim como no reconhecimento de problemas abordados em atendimentos anteriores ou em outros serviços que serão importantes para o presente atendimento. A coordenação apresenta um componente de estrutura (capacidade de transferência de informações) e um componente de processo (reconhecimento das informações) e quanto maior a interface entre estes dois domínios, melhores desfechos para a saúde dos pacientes a posteriori. A coordenação é essencial para o alcance dos demais atributos, já que a ausência dela comprometeria a potencialidade da Longitudinalidade, dificultaria a integralidade e tornaria o primeiro contato uma função estritamente administrativa (STARFIELD, 2002).

A integralidade corresponde ao cardápio de serviços disponíveis e prestados pelos serviços primários, considerando: a prioridade das ações de promoção e prevenção; a garantia de atenção médica nos três níveis de complexidade (primário,

secundário e terciário); integrando ações de promoção, proteção, prevenção e abordagem integral individual e familiar (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). A integralidade prevê a realização de adaptações pelas unidades primárias, permitindo que o paciente tenha acesso a todos os serviços necessários para atenção à sua saúde, mesmo que ofertados fora da unidade de atenção primária. Implica no reconhecimento das necessidades relacionadas ao cuidado do paciente pela atenção primária e o fornecimento de recursos para sua abordagem (STARFIELD, 2002).

A integralidade do cuidado está vinculada à redefinição das práticas de cuidado, mediante a criação de vínculo, acolhimento e autonomia, o que promove a valorização das subjetividades características do trabalho em saúde e das necessidades particulares dos indivíduos, como início de qualquer proposta de intervenção, favorecendo o cuidado centrado no usuário. O exercício da integralidade perpassa pela ressignificação das práticas e conformações dos serviços públicos de saúde, em que ainda subsiste a descontinuidade assistencial (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A Orientação Familiar pode ser definida como a prática da atenção à saúde centrada na pessoa e na família (BRASIL, 2020). Segundo Starfield (2002, p. 486-487):

A centralização na família resulta quando o alcance da integralidade fornece uma base para a consideração dos pacientes dentro de seus ambientes, quando a avaliação das necessidades para a atenção integral, considera o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde e quando o desafio da coordenação da atenção se defronta com recursos familiares limitados.

A Orientação Comunitária corresponde ao reconhecimento das necessidades dos pacientes a partir do seu contexto social pelo serviço de saúde (STARFIELD, 2002).

A Competência Cultural implica no reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações, que podem estar implícitas em virtude de características étnicas, raciais e culturais (STARFIELD, 2002). Corresponde à adequação da equipe e profissionais de saúde ao contexto cultural da população para promover maior facilidade de comunicação (BRASIL, 2020).

### 2.3 AVALIAÇÃO DA APS A PARTIR DE SEUS ATRIBUTOS: O *PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL* (PCATool)

O *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) foi desenvolvido por Starfield et al. (1998) na *The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations*, em Baltimore, Estados Unidos e avalia os serviços de atenção primária a partir de seus atributos essenciais e derivados (BRASIL, 2020).

O PCATool foi desenvolvido a partir do modelo de avaliação de qualidade de serviços de saúde de Donabedian (2005), fundamentado na mensuração de aspectos de estrutura, referente às características do serviço; processo, são as ações realizadas pelos profissionais de saúde e populações; e resultado (impacto no estado de saúde) (PRATES et al., 2017). A utilização do modelo conceitual de Donabedian na construção do PCATool visou a criação de um instrumento capaz de avaliar a qualidade dos serviços de saúde e apoiar a tomada de decisão pela gestão e demais atores envolvidos, considerando a priorização de investimentos, a identificação de problemas e o apoio na reorientação das ações e serviços ofertados à população. A avaliação dos serviços de saúde possibilita identificar a adoção de novas práticas no cotidiano dos serviços e o resultado no estado de saúde da população (HARZHEIM et al., 2018).

Na avaliação da APS é necessário identificar a orientação dos serviços por seus atributos, uma vez que a sua presença indica maior qualidade do cuidado ofertado (STARFIELD, 2002).

A APS enquanto estratégia de organização do sistema de saúde implica em estimulá-la no desempenho de suas funções de resolubilidade, comunicação e responsabilização, e no exercício de seus atributos (MENDES, 2012). A APS eficiente, efetiva e de qualidade, articulada numa RAS cumpre seus atributos e estas três funções. É o que se propõe o instrumento de avaliação da APS, PCATool, em relação a seus atributos (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2010b).

Segundo Harzheim et al. (2006a), é fundamental a definição da APS por seus atributos para promover estratégias de avaliação dos serviços e sistemas de saúde baseados na atenção primária. Os pacotes de ABS, com incapacidade estrutural de responsabilizar-se por algo mais que a demanda espontânea, incompletos no que se refere à amplitude de serviços oferecidos e sem complementação adequada dos

outros níveis de atenção, não são estratégias de APS. Desta forma, é essencial a diferenciação da APS da atenção mínima à saúde.

O PCATool tem sido considerado o instrumento preferencial de avaliação da APS, para identificação do grau de orientação dos serviços aos princípios da atenção primária (FRACOLLI et al., 2014; HAUSER et al., 2013).

Fracolly et al. (2014) analisaram cinco instrumentos validados para a avaliação da APS: o *WHO Primary Care Evaluation Tool* (PCET); *ADHD Questionnaire for Primary Care Providers* (AQ-PCP) e *General Practice Assessment Questionnaire* (GPAQ), PACOTAPS (Aplicativo para APS) e PCATool. A autora verificou que o PCATool é o instrumento mais condizente com a proposta da ESF, conforme descreve a PNAB.

No Brasil, a versão original do PCATool foi adaptada e validada para os serviços de APS brasileiros por MACINKO et al. (2003) e HARZHEIM et al. (2006a). Segundo Hauser et al. (2013), a mensuração da qualidade dos serviços de saúde deve utilizar instrumentos válidos e fidedignos, para compreensão da acurácia e precisão da medida do fato avaliado. A utilização de instrumentos validados possibilita maior rigor avaliativo e permite a comparação dos resultados entre realidades distintas, no cenário nacional e internacional (RIBEIRO; SCATENA, 2019a).

O PCATool é formado por um conjunto de itens e componentes relacionados aos atributos da APS: acesso de primeiro contato, Longitudinalidade, Coordenação do Cuidado, Integralidade, Orientação Familiar e Orientação Comunitária. Para cada atributo são mensurados componentes, um de estrutura e um de processo: Acesso de primeiro Contato (utilização e acessibilidade), Coordenação (Integração de Cuidados e Sistema de Informação), Integralidade (Serviços Disponíveis e Serviços Prestados). Cada componente em seu atributo equivalente é identificado a partir de itens (questões). Os atributos representam as dimensões essenciais da APS; os componentes representam ações que concretizam estas dimensões essenciais, e os itens representam as questões que visam identificar as ações desenvolvidas na APS (BRASIL, 2020).

O PCATool apresenta originalmente versões destinadas a crianças – PCATool versão criança, a adultos maiores de 18 anos – PCATool versão adulto, a profissionais de saúde e ao coordenador/gerente do serviço de saúde. O instrumento foi adaptado à realidade brasileira, sendo configurado para aplicação

por entrevistadores e passou por um processo de tradução reversa, adaptação, debriefing e validação de conteúdo e construto, além da análise de confiabilidade (BRASIL, 2020). Foi validado no Brasil nas versões PCATool-Brasil (HARZHEIM et al., 2006b), PCATool Criança (HARZHEIM et al., 2006a), PCATool profissionais de saúde (HAUSER et al., 2013), PCATool-Brasil Saúde Bucal usuários adultos (CARDOZO et al., 2020) e PCATool-Brasil Saúde bucal para profissionais dentistas (versão extensa) (D'AVILA et al., 2021).

O instrumento PCATool manteve a forma do instrumento original considerando os atributos essenciais e derivados das respostas e a escala de Likert com valores de 1 a 4 (Com certeza não/Provavelmente não/Com certeza sim/Provavelmente sim) e a opção adicional 9 (“Não Sei”/“Não lembro”). Os valores da escala de Likert (1 a 4) são transformados numa nota padronizada de 1 a 10 “escore”, para cada atributo individual e para a média destes calcula-se o “escore geral”. A média dos atributos essenciais constitui-se o “escore essencial” e a média dos atributos derivados o “escore derivado”. A classificação dos serviços é interpretada como alto escore (escore  $\geq 6,6$ ) e baixo escore (escore  $< 6,6$ ), sendo que o alto escore se caracteriza por serviços melhor orientados para a APS (BRASIL, 2020).

No ano de 2019 houve mudanças significativas na APS, entre elas a adoção de um novo modelo de financiamento, baseado em 21 (vinte e um) indicadores e a substituição do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), pelo PCATool-Brasil. A alegação do MS para a reformulação e substituição desse modelo de avaliação foi a metodologia de aplicação complexa do PMAQ, amostras sem validade externa, ausência de validação de propriedades psicométricas e baixa comparabilidade internacional. A adoção do instrumento PCATool é justificado como uma tentativa de suprir a ausência de rigor em identificar e diferenciar os distintos modelos de atenção ambulatorial, colaborando para o trabalho científico que busca evidências sobre a real efetividade da APS (BRASIL, 2020).

O PMAQ-AB, foi lançado pelo MS e instituído pela Portaria 1.654, de 19 de julho de 2011, para a qualificação da ABS, através da proposição de ações estratégicas para a qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde, com o intuito de mobilizar a gestão e os profissionais da área para melhoria da qualidade dos serviços nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). O

PMAQ fez parte de um conjunto de ações que norteavam a AB e surgiu da necessidade da reorientação e aprimoramento da PNAB. A proposta contemplava as equipes que fizessem adesão ao programa, com um repasse de recursos federais para os municípios, dependendo do desempenho alcançado na melhoria do atendimento (FERREIRA NETO; FAM; SILVA, 2022).

A literatura produzida a partir da implantação do PMAQ-AB aponta os ganhos decorrentes do uso desse instrumento em nível nacional: o mérito de promover uma cultura auto avaliativa das ESF; a identificação da construção de espaços de reflexão e planejamento em saúde, uma maior preocupação com a qualidade a partir dos indicadores, além de melhorias da infraestrutura dos serviços advindos do financiamento do Programa (FEITOSA et al., 2016); o aumento da educação permanente entre as equipes e o aumento de tecnologias de informação, decorrentes do uso do PMAQ-AB (FLÔRES et al., 2018); estudos com foco na perspectiva dos usuários, realçando a importância do acesso, da relação profissional-usuário e da informação como sendo os principais valores considerados (PAIVA et al., 2015).

Figueredo et al. (2022) identificaram as principais características dos instrumentos de avaliação da APS, PMAQ e PCATool, bem como suas potencialidades e fragilidades no Brasil. Entre as limitações referidas ao PMAQ-AB observou-se a ausência de devolutiva sobre os resultados da avaliação, e os poucos espaços para reflexão e discussão dos dados (MELO; ROCHA; ALELUIA, 2017; MURAMOTO, 2017; FLÔRES et al., 2018; LIMA et al., 2018; MEDEIROS, 2019; CARNEIRO; CARNEIRO; PINTO, 2020).

Pertinente a isso, foi citado o risco de mascarar informações e assim influenciar os resultados (MURAMOTO, 2017). A ausência de apoio institucional ou da própria gestão municipal, para as equipes que foram submetidas à avaliação, foi citada como um dificultador. (MURAMOTO, 2017; MELO; ROCHA; ALELUIA, 2017; MEDEIROS, 2019; CARNEIRO; CARNEIRO; PINTO, 2020).

Outra limitação apresentada pelo PMAQ-AB, foi o descumprimento dos repasses financeiros dados como gratificação para as equipes, sendo estes destinados para outros fins, e desta forma se desconsidera a dedicação dos profissionais e desestimula suas atividades (CARNEIRO; CARNEIRO; PINTO, 2020).

A eficácia da avaliação está relacionada com um conjunto de fatores, entre os quais o ambiente institucional no qual ela é realizada e pode produzir tanto os efeitos apontados pelos críticos, quanto os apontados por seus defensores. Assim, o uso de instrumentos de avaliação isoladamente não gera as mudanças almejadas, se o ambiente em que eles operam não for propício para a transformação (PAIVA et al., 2015).

As limitações do PCATool citadas por alguns pesquisadores incluem: instrumento extenso (ALMEIDA et al., 2017; VIDAL et al., 2018; COSTA et al., 2020); todos os atributos têm o mesmo peso (COSTA et al., 2020); cunho predominantemente quantitativo (ALMEIDA et al., 2017; RIBEIRO; SCATENA, 2019b); não dispõe de itens específicos para a população masculina (SILVA et al., 2018); utilização de apenas uma versão do instrumento sem considerar as demais (usuários adultos e crianças, profissionais de saúde) pode levar à generalização dos resultados (VIDAL et al., 2018). Pode haver viés de aplicação em virtude do constrangimento do respondente com o entrevistador, podendo fornecer respostas não condizentes com a realidade (dependendo do vínculo: ex. profissional de saúde aplicando o instrumento no usuário) (VIDAL et al., 2018); não contemplar a conformação multiprofissional das equipes de saúde da família, abordando somente os aspectos da prática dos médicos e enfermeiros (RIBEIRO; SCATENA, 2019b), limitações apontadas na versão completa do PCATool, como a distribuição de itens de diferentes atributos da APS, com baixa contribuição para a estimação do traço latente (orientação à APS) e a consequente interferência nos valores estimados para essa orientação (OLIVEIRA et al., 2023).

Considerando as potencialidades do PCATool descritas na literatura, incluem-se o reconhecimento internacional do instrumento, a validação externa permitindo a padronização e comparabilidade do processo avaliativo, sensibilidade e fidedignidade da ferramenta para avaliação da qualidade dos serviços de APS, além da sua capilaridade que mais se aproxima da realidade (RIBEIRO; SCATENA, 2019b; COSTA; GUERRA; LEITE, 2022; FIGUEREDO et al., 2022). A possibilidade de utilização das versões reduzidas validadas e disponibilizadas gratuitamente do instrumento conferem maior praticidade, redução de custos na aplicação e viabilidade técnica para a pesquisa (DUARTE et al., 2019; COSTA et al., 2020; PINTO; SILVA, 2021). A utilização de versão reduzida do PCATool foi utilizada na

PNS 2019 permitindo traçar uma linha de base para futuras comparações e estudos mais desagregados por regiões, estados e municípios (PINTO; SILVA, 2021).

O PCATool permite a avaliação a partir de escores e pontuações, que geram conhecimentos adicionais, e não somente os de identificação do serviço, além de ser considerado como uma ferramenta de fácil compreensão, aplicação e ainda de baixo custo (MACHADO, 2018). O apoio dos gestores de saúde e mobilização dos profissionais da APS para utilização do PCATool são potencializadores do processo avaliativo, e que deve buscar a inclusão na rotina de trabalho das equipes, para que seja realizada de forma planejada e sistemática, e não apenas de forma pontual (PENSO et al., 2017). O PCATool foi amplamente utilizado no contexto brasileiro e através de sua aplicabilidade é possível identificar diversos problemas, fragilidades e o nível de qualidade do serviço prestado (BRASIL, 2020).

Portanto, para melhor responder à pergunta do estudo proposto, o PCATool, foi considerado o instrumento mais adequado para avaliar os serviços de APS com relação à orientação a seus atributos, além de identificar como o trabalho tem sido desenvolvido pelos profissionais.

#### 2.4 QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL E ASPECTOS DO TRABALHO NA APS

A Atenção Primária à Saúde de alta qualidade pressupõe a prestação de serviços com bom nível de organização e gerenciamento, amparados por suficiência de financiamento para fornecer insumos adequados, recursos humanos, infraestrutura e medicamentos (FACCHINI et al., 2021). Os atributos essenciais da APS formulados por Starfield (1991), acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, competência cultural, orientação familiar e comunitária foram definidos como critérios de qualidade do modelo de atenção. Segundo Facchini, Tomasi e Dilélio (2018), a ampliação equitativa do acesso e da utilização dos serviços e ações de saúde da ESF é um consenso, e coincide com expressivas evidências de seu resultado na melhoria da situação de saúde no Brasil nas últimas três décadas. A qualidade é uma medida essencial para a avaliação da integralidade e capacidade de resposta do SUS às necessidades de saúde do país.

Serapioni e Silva (2011) avaliaram a qualidade do PSF na visão dos pacientes, profissionais de saúde, gestores e coordenadores baseada na tríade de

Donabedian (2005). A relação entre profissionais e pacientes foi apontada como indicador de qualidade pelos três grupos de respondentes do estudo. O ambiente e estrutura física onde são desenvolvidas as atividades da saúde da família foram considerados como de essencial importância pelos profissionais de saúde. O desenvolvimento de atividades de prevenção e promoção em saúde, capacitação e atualização dos profissionais foram aspectos definidores de qualidade por profissionais e gestores. Os profissionais referiram que a adequação dos recursos humanos para resposta à grande demanda por atendimento é um fator determinante da qualidade da atenção. Para os pacientes o simples fato de 'serem atendidos', a disponibilidade de medicamentos, além da boa relação com os profissionais e atitude do médico foram aspectos relacionados à qualidade do atendimento.

Facchini, Tomasi e Dilélio (2018) destacam como principais propostas para o enfrentamento dos desafios da qualidade dos serviços da APS: a universalidade do modelo de atenção da ESF; investimento em estrutura e insumos; qualificação da equipe de trabalhadores; garantia de suficiência de recursos humanos para atuação nas equipes; maior efetividade do cuidado multiprofissional; investimento em estratégias de qualificação das práticas como telessaúde e supervisão técnica a distância; programas de educação permanente voltados à formação dos profissionais e gestores e para os atributos da APS e para as necessidades de saúde da população assistida; qualificação de processos de organização e gestão do cuidado no interior dos serviços; acelerar a incorporação de tecnologias de informação e comunicação; maior aporte de financiamento na APS e em ações avaliativas; fortalecimento do trabalho em equipe e do papel dos agentes comunitários de saúde.

O estudo de Turci, Lima-Costa e Macinko (2015) mostrou a influência das características estruturais e organizacionais das UBS em Belo Horizonte, no desempenho dos atributos da APS na perspectiva dos profissionais de saúde, considerando o instrumento PCATool. As características das Equipes de Saúde da Família associadas ao alto desempenho foram a presença de mais da metade de profissionais da equipe com formação em saúde da família, maior número de equipes por UBS, disponibilidade de equipamentos e insumos na UBS, presença de um médico na equipe pelo menos 75% da semana. A disponibilidade de insumos e equipamentos na UBS foi o fator mais fortemente relacionado ao desempenho da

APS, evidenciando a importância de investimento financeiro e logístico nestes aspectos.

Segundo Giovanella et al. (2010), os recursos humanos em saúde se constituem num dos principais desafios para a implementação da Estratégia de Saúde da Família, no que tange à formação e capacitação dos profissionais, à proposta da Saúde da Família, aos vínculos de trabalho e às estratégias de fixação de profissionais. Profissionais sem experiência e formação na área de saúde da família, medicina da família ou saúde coletiva restringem o alcance das ações e a resolutividade da APS (GIOVANELLA et al., 2010). A autora sinaliza os elementos condicionantes para a consolidação da ESF em relação à gestão dos recursos humanos: a centralidade da gestão do trabalho e o investimento nos processos de qualificação como prioridades da gestão; estratégias de educação permanente que privilegiem o ambiente do trabalho como cenário de aprendizagem; quadro permanente de profissionais contratados por concurso público; incentivo fixação através de remuneração diferenciada para locais com grande vulnerabilidade social.

É esperado que os profissionais de saúde que atuam no nível primário contribuam para a promoção de um serviço de qualidade, considerando os atributos/elementos ditos essenciais a um serviço de qualidade, entre eles: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação de cuidados, centralidade na família, orientação comunitária e competência cultural. Onde há serviços mais orientados para APS, se observa maior probabilidade de melhores níveis de saúde a custos mais baixos, além de melhores indicadores de saúde (STARFIELD, 2002). Desse modo, há maior racionalidade e eficiência no controle de agravos e melhor utilização de práticas preventivas, o que conseqüentemente reflete em usuários mais bem assistidos, cujas demandas são atendidas (STARFIELD, 2002; MENDES, 2012; MENDES, 2015).

Pesquisas utilizando o PCATool-Brasil para a avaliação dos serviços de APS, assinalam que a qualidade dos serviços tem relação com a formação profissional, incluindo capacidades em atividades específicas da AP, como por exemplo habilidade de trabalho em equipe multiprofissional. Também referem a importância da formação de recursos humanos, em especial, pela educação permanente em saúde, para fortalecimento do processo de trabalho das equipes na APS (TESSER et al., 2011; CHOMATAS et al., 2013; LIMA et al., 2016a).

No estudo de Chomatas et al. (2013) foram investigadas a presença e a extensão dos atributos da APS na cidade de Curitiba, comparando unidades do modelo tradicional e ESF, mediante o instrumento PCATool-Brasil aplicado a 490 médicos e enfermeiros. O melhor desempenho dos atributos da APS nas unidades com ESF foi atribuído a melhor qualificação dos profissionais neste modelo, principalmente pela maior participação de profissionais com formação em Medicina de Família e Comunidade e Enfermagem Comunitária.

A presença de profissionais sem formação para atuação na APS se constitui em um grande desafio para a qualificação deste nível de atenção, uma vez que, sem profissionais capacitados, a mudança do paradigma de assistência dificilmente acontecerá (LEÃO; CALDEIRA, 2011).

Em outros estudos avaliando os atributos da APS na ESF e comparando com serviços tradicionais, de modo geral, o desempenho da ESF foi superior às UBS tradicionais, seja nos escores gerais ou de alguns atributos, tanto na visão dos usuários como dos profissionais (SHI et al., 2003; ELIAS et al., 2006; HARZHEIM et al., 2006b; MACINKO et al., 2007; OLIVEIRA, 2007; CASTRO et al., 2012; CHOMATAS et al., 2013; VAN STRALEN et al., 2008).

Um dos fatores que pode influenciar a superioridade da ESF em relação aos serviços tradicionais e mesmo sua variável qualidade é o perfil de formação dos profissionais (MACINKO et al., 2003). Este autor observou que, na cidade de Petrópolis, os profissionais que trabalham na ESF, mais frequentemente têm treinamento para entender a diversidade cultural de suas comunidades e que mais médicos da ESF receberam treinamento especializado para trabalhar em APS, do que os médicos das UBS. Além de comprometer a integralidade do cuidado, diversos autores levantam a hipótese que a falta deste treinamento influencie diretamente os demais atributos, como longitudinalidade, coordenação, enfoque familiar, comunitário e competência cultural (HARZHEIM et al., 2006b; OLIVEIRA, 2007).

Estudo conduzido por Leão e Caldeira (2011) utilizando a aplicação do PCATool aos cuidadores das crianças residentes e cadastradas nas áreas das equipes de saúde da família no município de Montes Claros, Minas Gerais, demonstrou associação entre melhor desempenho na avaliação dos atributos da APS, nas equipes da ESF que possuíam profissionais com residência em Medicina de Família e Comunidade ou residência multiprofissional em Saúde da Família. Este

fato traduz maior efetividade das equipes, o que pode ser atribuído à formação de profissionais mais voltados para o desempenho das funções cotidianas da atenção primária. Um dado importante no presente estudo é que os escores foram atribuídos a partir da percepção do usuário (LEÃO; CALDEIRA, 2011). Este resultado é significativo na medida que os usuários tendem a avaliar menos favoravelmente os serviços de saúde, do que gestores ou profissionais que atuam nele (ELIAS et al., 2006; VAN STRALEN et al., 2008).

A utilização de instrumentos específicos para avaliação da APS, podem direcionar as ações e serviços de saúde a fim de melhorar as atuais lacunas do sistema, tais como – descompasso entre a situação de saúde e as respostas sociais geradas pelo sistema; fragmentação da rede, das ações e serviços prestados, caracterizada pela descontinuidade da atenção; insuficiência e má gestão de recursos financeiros; alta rotatividade dos profissionais de saúde (especialmente médicos); falta de qualificação e formação adequada na APS (OPAS, 2011; MENDES, 2015).

Tem sido constatado, que o perfil dos profissionais formados não contempla as competências necessárias para a atuação na perspectiva da atenção integral à saúde (GIL, 2005). Para Starfield (2002) os médicos de AP, diferentemente dos especialistas, lidam com uma maior variedade de problemas, tanto nos indivíduos como na população que assistem. A proximidade dos médicos da AP do ambiente onde vive o paciente, promove uma posição privilegiada de avaliação dos vários e intrincados determinantes do processo saúde-doença.

Leão e Caldeira (2011) salientam que em virtude das atribuições múltiplas e complexas da equipe de saúde da família são necessários profissionais com conhecimentos específicos nesta área. Kolling (2008) avaliou fatores relacionados à qualidade dos serviços de APS na perspectiva de 195 médicos e enfermeiros da ESF em 32 municípios do Rio Grande do Sul participantes do projeto Telessaúde/RS. Foi identificado que a percepção de habilidades específicas da APS, incluindo trabalho multidisciplinar, visita domiciliar, abordagem familiar e comunitária se associou a melhor qualidade dos serviços, traduzindo a significativa contribuição da educação permanente em saúde para a qualificação dos profissionais considerando o trabalho na APS.

Autores do campo da Administração, como Vergara (2000) e Motta (1995), destacam que pessoas são os recursos mais importantes para se produzir (ou não)

mudanças no interior de uma organização. Para eles, os processos de mudanças são construções sociais e, na sociedade contemporânea, as instituições sociais (famílias, escolas, organizações e empresas) têm vivenciado uma democratização crescente em seus interiores. Daí a importância de, nos processos de mudanças, valorizar a gestão das pessoas nos ambientes de trabalho.

Para Gil (2005) é esperado que aqueles que atuam na atenção primária estejam preparados para compreender e agir sobre os determinantes do processo saúde/doença, entretanto, as práticas profissionais influenciadas pelo modelo flexneriano, não valorizam tal percepção, limitando o cuidado às práticas pontuais e curativas. O modelo de atenção e a formação de recursos humanos são processos articulados, sendo fundamental a discussão da formação de recursos humanos para o SUS e a proposição de alternativas para alcançar os profissionais já atuantes no sistema, reduzindo os impactos da formação inadequada dos profissionais e proporcionando maneiras de garantir que suas práticas sejam condizentes com o que é requerido no trabalho, em especial no âmbito dos municípios.

O Estudo “Demografia Médica no Brasil”, conduzido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) revela 11.255 (2,3%) registros de médicos na especialidade Medicina de Família e Comunidade, considerando 495.716 do total de registros para outras especialidades médicas. A pesquisa utiliza dados de formação especializada obtida por Residência Médica (RM) ou título de Sociedade Médica, não considerando cursos isolados de curta duração ou pós-graduação, não compatíveis com a outorga de título de Especialista. Entre 2012 e 2022 houve um incremento de 246% (3.253 em 2012 para 11.255 em 2022) no número de registros de médicos com especialidade em Medicina de Família e Comunidade, sendo superada apenas pela especialidade de Medicina Legal e Perícia Médica (aumento de 266%) (SCHEFFER et al., 2023).

Em 2022, de 514.215 profissionais em atividade no país, 192.634 médicos (ou 37,5%) eram generalistas, ou seja, não possuíam título em nenhuma especialidade. O termo “generalista” adotado designa todo médico não especialista, ou seja, aquele que concluiu os seis anos da graduação, mas não cursou RM nem obteve título em Sociedade Médica. Cabe lembrar, contudo, que não é obrigatório cursar RM para exercer a Medicina no Brasil e caiu por terra a legislação que previa a “universalização” da residência (uma vaga de RM para cada egresso da graduação).

Há médicos que adiam a entrada ou decidem não cursar RM, muitos preferem atuar como generalistas ou buscam outra modalidade de formação especializada. Embora a formação dos médicos residentes se dê, sobretudo em serviços do SUS, a minoria tem perspectiva de continuar trabalhando principalmente no SUS, cinco anos após concluída a especialização. Trata-se de um obstáculo adicional para a contratação de especialistas necessários à ampliação da oferta da atenção ambulatorial especializada no SUS. Isso requer políticas de incentivo e de permanência de médicos especialistas na rede pública (SCHEFFER et al., 2023).

A ESF tem enfrentado dificuldades para fixação e adequada qualificação dos profissionais médicos para atuação nas equipes de saúde desde a proposição original, nos anos 1990. Estudos apontam fatores associados à rotatividade destes profissionais e às dificuldades para sua fixação tais como condições de trabalho adversas, precarização dos vínculos trabalhistas, baixa remuneração, reduzidas oportunidades de progressão, baixo reconhecimento social entre os pares e ausência de formação não condizente com o requerido para o trabalho na ESF (GIL, 2005; GIOVANELLA et al., 2016).

Segundo Campos e Malik (2008), a elevada rotatividade de profissionais incide em maiores gastos financeiros, podendo comprometer a produtividade e a qualidade. Estas autoras chamam a atenção para o elevado custo para reposição de profissional, que requer treinamento extensivo. Para Gil (2005), a rotatividade interfere na qualificação. O problema decorrente da fragilidade dos vínculos empregatícios dos profissionais das equipes tem influência direta nesta questão, pois maior estabilidade dos profissionais, pode significar aumentar a possibilidade de acúmulo de conhecimentos e habilidades e que também permitam tornar mais consistentes e duradouras, as propostas de formação destes e dos futuros profissionais de saúde da família.

Estudo de Machado (2000), sobre o perfil dos médicos e enfermeiros do PSF no Brasil, mostrou que a quase totalidade desses profissionais expressou a necessidade de maior aprimoramento técnico-científico para atuarem no programa, salientando a importância dos processos de qualificação.

Considerando que a ESF é um importante instrumento capaz de interferir na lógica de trabalho na APS, mudanças são necessárias, principalmente no modelo de operar os processos de trabalho em saúde, transformando a dinâmica de trabalho médico-centrado em trabalho multiprofissional. A equipe mínima de saúde formada

por Médico, Enfermeiro, Técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde apresentam destaque na organização das práticas de desenvolvimento das ações em consonância com o modelo proposto.

Os profissionais de saúde de nível superior assumem caráter de protagonismo diante das ações pactuadas na ESF, imprimindo e determinando diferentes direções técnicas, éticas e políticas no processo de trabalho em saúde (SANTOS, 2019). Cabe ressaltar que a presença dos elementos da APS abrangente, regida pelos atributos de Starfield (2002) no corpo normativo e legal da política que rege a Atenção Básica, não são suficientes para a garantia de que a mesma seja abrangente na prática (SUMAR; FAUSTO, 2014). Portanto, é fundamental a avaliação da qualidade dos serviços de APS sob a ótica dos profissionais médicos e enfermeiros que atuam nas ESF, assim como seu perfil sociodemográfico, de formação e qualificação profissional e de aspectos do trabalho que possam ter impacto na qualidade do cuidado oferecido, com especial ênfase nos aspectos modificáveis.

A participação dos profissionais de saúde que atuam na AP em estudos de avaliação da qualidade dos serviços da APS é fundamental, pois estes atores podem revelar aspectos que são conhecidos, apenas, por aqueles que vivenciam a prática cotidiana dos serviços de saúde.

### 3 JUSTIFICATIVA

Com base no impacto que a ESF tem demonstrado na Atenção Primária à Saúde é importante avaliá-la com a finalidade de apontar as suas potencialidades e fragilidades que podem servir como subsídio para gestão em saúde (FRACOLLI et al., 2015).

Esta pesquisa é pioneira no Município de Contagem considerando a avaliação da APS através da ferramenta PCATool-Brasil. Com a realização desta pesquisa pretende-se colaborar para a discussão dos processos avaliativos na APS no Município de Contagem e ampliar os conhecimentos sobre como os atributos da APS vêm sendo operacionalizados, sob o ponto de vista dos profissionais de saúde, indicando as características do serviço que necessitam de mudança e possibilitando intervenção sobre os processos de trabalho nas ESF. Através deste estudo espera-se propiciar contribuições para o serviço, gestão, usuários e profissionais, impactando positivamente na assistência prestada pelos profissionais da APS, refletindo melhora na qualidade do cuidado na APS e conseqüentemente fortalecendo o SUS.

## 4 OBJETIVOS

Os objetivos foram apresentados de forma estruturada em objetivo geral e objetivos específicos.

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os serviços da Atenção Primária a partir dos seus atributos na perspectiva dos médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família do Município de Contagem.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, de formação/qualificação profissional e de aspectos de trabalho dos médicos e enfermeiros da ESF;
- Avaliar a relação entre a qualificação profissional e o grau de orientação dos serviços para os atributos da APS;
- Avaliar a percepção dos profissionais sobre aspectos do trabalho e sua associação com o desempenho dos atributos da APS.

## 5 HIPÓTESE

As hipóteses formuladas pela pesquisadora foram:

- Os serviços de APS no Município de Contagem possuem alta orientação para os atributos da APS na perspectiva dos profissionais de saúde;
- Profissionais com maior qualificação na área de Atenção Primária avaliam de forma mais positiva os serviços;
- Profissionais com maior tempo de trabalho na Equipe de Saúde da Família avaliam de maneira mais positiva os serviços.

## **6 METODOLOGIA**

### **6.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo avaliativo, com delineamento transversal e abordagem quantitativa.

### **6.2 LOCAL DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA**

O estudo foi realizado no Município de Contagem, Minas Gerais, nos Distritos Sanitários Nacional e Ressaca (Figuras 1 e 2), onde a pesquisadora participava do corpo gestor local, na época da coleta de dados. O Município de Contagem localiza-se na região metropolitana de Belo Horizonte, tendo como municípios limítrofes os municípios de Belo Horizonte, Betim, Esmeraldas, Ribeirão das Neves e Ibirité e possui uma população de 621.865 habitantes segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2022 (BRASIL, 2022), sendo o terceiro município em população do Estado de Minas Gerais. O município encontra-se dividido em 8 (oito) Distritos Sanitários: Industrial, Eldorado, Riacho, Petrolândia, Sede, Vargem das Flores, Ressaca e Nacional (Figura 1). Essa divisão em Distritos Sanitários foi realizada em consonância com os setores censitários do IBGE e possibilitou a definição das áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (CONTAGEM, 2019).

Figura 1 – Divisão Administrativa por Distrito Sanitário em Contagem.



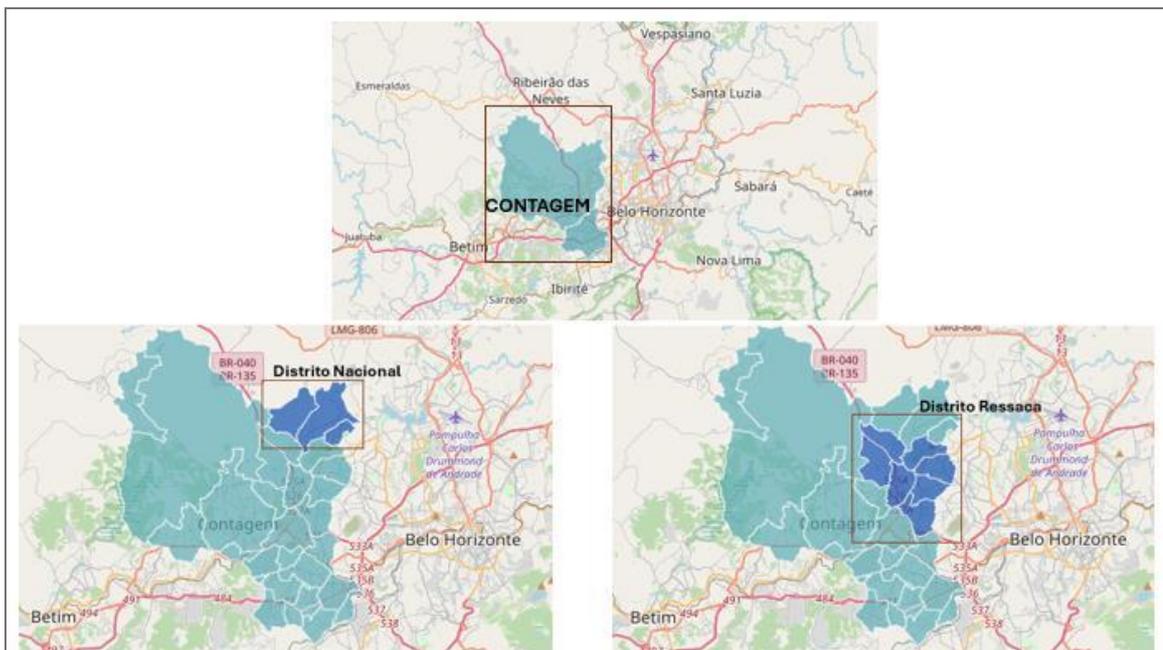
Fonte: Secretaria Municipal de Planejamento/Contagem, 2018 (CONTAGEM, 2019).

A rede de Atenção Primária de Contagem é composta por 74 UBS que comportam 179 Equipes de Saúde da Família), 18 equipes multiprofissionais (E-multi), além de 83 equipes de saúde bucal. Cada unidade possui uma área de abrangência definida e é a primeira referência para a população residente. A definição das áreas de abrangência considerou aspectos de localização das Unidades Básicas de Saúde e da vulnerabilidade da Saúde de Contagem (Índice de Vulnerabilidade Social – IVS-2017).

A Carteira de Serviços é considerado o documento norteador e ordenador da APS no âmbito municipal, trazendo a definição das normas e diretrizes que devem reger o funcionamento das equipes e serviços de atenção primária e seu conteúdo abrange aspectos organizacionais da atenção primária e o elenco dos serviços prestados pela APS (CONTAGEM, 2019).

A coleta de dados para esta pesquisa foi realizada nas UBS distribuídas nos Distritos Sanitários Nacional e Ressaca (Figura 2), que possuem territórios limítrofes entre si e possuem 100% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família. O contingente populacional do Distrito Sanitário Nacional é de 72.641 habitantes e do Distrito Sanitário Ressaca é de 105.524 habitantes (BRASIL, 2022), totalizando 178.165 habitantes nas duas localidades. O Distrito Nacional apresenta 7 Unidades Básicas de Saúde comportando 23 Equipes de Estratégia de Saúde da Família (EESF), enquanto o Distrito Ressaca tem 12 UBS com 26 ESF (situação em setembro de 2024). As características populacionais e dos serviços de atenção à saúde dos Distritos Nacional e Ressaca estão descritas na Tabela 1 e Quadro 1. A pesquisadora no período da coleta de dados atuava na equipe gestora de ambos os Distritos, permanecendo atualmente somente no Distrito Nacional.

Figura 2 – Distritos Sanitários Nacional e Ressaca, Contagem, Minas Gerais.



Fonte: Adaptado de IBGE (2022).

Tabela 1: Características do Território e da Atenção à Saúde dos Distritos Nacional e Ressaca, Contagem, Minas Gerais, 2024.

Características do Território/Atenção à Saúde	Distritos	
	Distrito Nacional	Distrito Ressaca
População	72.641	105.524
Domicílios	30.673	46.107
Unidades Básicas de Saúde	7	12
Equipes de Saúde da Família (ESF)	23	26

Fonte: Elaborada pela autora

Quadro 1: Características dos Serviços de APS e Rede de Atenção à Saúde, Contagem, Minas Gerais.

<b>Profissionais de Saúde nas Equipes de Saúde da Família</b> (Médico generalista, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, Dentista, Auxiliar de Saúde Bucal e Técnico de Saúde Bucal)
<b>Equipe multiprofissional da Atenção Básica (E-Multi)</b> (Profissionais: Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Assistente Social, Farmacêutico Clínico)
<b>Equipe Médica de Especialidades Básicas:</b> Pediatras e Ginecologistas
<b>Equipe de Saúde Mental na Atenção Básica:</b> Psiquiatras, Psicólogos e Assistentes Sociais
<b>Assistência Farmacêutica:</b> 2 Farmácias Distritais por distrito sanitário
<b>Apoio Diagnóstico:</b> 2 Postos de Coleta de Análises Clínicas por distrito sanitário
<b>Pontos de Apoio Zoonoses (PA)</b> (Coordenador de Zoonoses, Médico Veterinário e Agentes Comunitários de Endemias) – 1 PA por distrito sanitário
<b>Serviço de Epidemiologia:</b> 1 Equipe por distrito sanitário
<b>Urgência e Emergência:</b> 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) localizada no Distrito Ressaca e referência para o Distrito Nacional
<b>Atenção Especializada (Centro de Atenção Especializada):</b> 1 Centro de Atenção Especializada Distrito Ressaca
<b>Outros Equipamentos/Serviços de Saúde Municipais:</b> Complexo Hospitalar (Hospital Municipal e Centro Materno-Infantil), Centros de Atenção Psicossocial (CAPSinfantil, CAPSalcool/drogas, CAPSadulto), Centro de Atenção Especializada Iria Diniz, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Serviço de Atenção Domiciliar, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centro de Especialidades Odontológicas, Centro Especializado em Reabilitação (CER-IV), Unidade de Vigilância e Controle de Zoonoses, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Centro de Autorização de Procedimentos em Saúde (CEAPS)

Fonte: Adaptada de Contagem (2019); BRASIL (2022).

### 6.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram os profissionais de saúde de nível superior (médicos e enfermeiros), que integravam a Equipe mínima da Estratégia de Saúde (EESF) dos Distritos Nacional e Ressaca, considerando os critérios de inclusão e exclusão na pesquisa, no Município de Contagem, Minas Gerais durante o período de coleta de dados.

### 6.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critérios de inclusão para a participação no estudo foram considerados médicos e enfermeiros que integravam as equipes de saúde da família dos Distritos Nacional e Ressaca durante o período de coleta de dados. Foram excluídos da participação no estudo os profissionais que: estiveram de licença e/ou férias no período de coleta de dados; tiveram mais de 180 dias de afastamento do serviço no último ano; atuassem na equipe há menos de 6 meses e que se recusassem a participar da pesquisa.

Dos 80 profissionais elegíveis, 27 foram excluídos (16 profissionais tinham menos de 6 meses de trabalho na equipe atual, 8 com licenças/férias e 3 não tiveram interesse em participar da pesquisa), além de 7 perdas (não devolveram o questionário). No total, 46 profissionais participaram da pesquisa, sendo 22 profissionais do Distrito Nacional (12 médicos e 10 enfermeiros) e 24 profissionais do Distrito Ressaca (11 médicos e 13 enfermeiros). Em relação ao Distrito Nacional foram representadas na amostra 7 UBS e 15 Equipes de Saúde da Família (de um total de 7 UBS/18 Equipes). No Distrito Ressaca foram representadas na amostra 10 UBS e 18 ESF (de um total de 12 UBS/24 Equipes). No período da coleta de dados o número de número de equipes de saúde da família era de 18 Equipes no Distrito Nacional e 24 Equipes no Distrito Ressaca e ao término desta dissertação de mestrado 23 e 26 equipes respectivamente.

### 6.5 COLETA DE DADOS

O procedimento para a coleta de dados do estudo foi realizado através da disponibilização de dois instrumentos para autoaplicação pelos profissionais,

designados pela pesquisadora como Instrumento A e B:

- *Instrumento A*: Questionário PCATool-Brasil – Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, versão extensa para profissionais médicos e enfermeiros, em português, obtido à partir do Manual publicado pelo MS (BRASIL, 2020) (ANEXO A);
- *Instrumento B*: Questionário estruturado elaborado pela pesquisadora e baseado em estudos de CASTRO et al. (2012) e CHOMATAS et al. (2013), para a caracterização do perfil da população de estudo em relação aos aspectos: sociodemográfico, de formação e qualificação profissional e laboral (APÊNDICE A).

O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool) apresenta versões destinadas a públicos específicos, como crianças (PCATool versão criança), adultos maiores de 18 anos (PCATool versão adulto) e para profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), sendo esta última a versão utilizada nesta pesquisa. O instrumento PCATool criado por Barbara Starfield foi adaptado para o contexto brasileiro por Harzheim e colaboradores, sendo denominado PCATool-Brasil (BRASIL, 2020; HARZHEIM et al., 2006a; 2006b).

Considerando o método de coleta de dados para o PCATool, Shi, Masis e Guanais. (2012) salientam que o mesmo deve levar em consideração os recursos disponíveis do pesquisador. Harzheim et al. (2016) realizaram pesquisa através de autoaplicação do questionário PCATool com os médicos atuantes na ESF no Rio de Janeiro, com envio das respostas via on-line. Martins et al. (2016) e Barra (2020) fizeram a opção metodológica da autoaplicação do PCATool, como estratégia para permitir que os profissionais respondessem de acordo com o que julgassem mais adequado, sem se sentirem coibidos pelo compartilhamento da resposta com outra pessoa.

A opção pela autoaplicação dos questionários nesta pesquisa, especialmente o PCATool, procurou contribuir para minimizar a inibição dos participantes, favorecendo respostas mais condizentes com a realidade, especialmente por se tratar de estudo conduzido no ambiente de trabalho dos profissionais.

Antes de se proceder ao início da coleta de dados foi realizado um teste piloto para a apresentação da pesquisa e autoaplicação dos instrumentos por 6 profissionais da atenção básica (3 médicos e 3 enfermeiros), não participantes do

estudo, para aprimoramento dos procedimentos propostos para esta fase de coleta de dados. Os participantes escolhidos para participar do projeto piloto foram profissionais efetivos da rede de saúde, atuando em cargo de gestão, mas que têm grande experiência assistencial na atenção primária do município. O teste piloto se consistiu em: apresentação do projeto, leitura e apresentação dos instrumentos PCATool e questionário sociodemográfico, leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e convite para participar da pesquisa. Para a etapa de resposta aos questionários pelos profissionais, foi dado um tempo de 1 (uma) hora, estando a pesquisadora disponível para esclarecimentos. Após o preenchimento dos questionários, a pesquisadora verificou com os participantes quais as dúvidas e as contribuições para o aperfeiçoamento desta etapa da pesquisa. As sugestões feitas no teste piloto e incorporadas pela pesquisadora foram: apresentação do projeto de maneira mais clara aos participantes do estudo, incluindo objetivo do mesmo; orientação aos profissionais para 'marcar com um X' ou 'circular' a melhor resposta dos mesmos aos itens do instrumento PCATool; reforçado pela pesquisadora junto aos participantes em relação ao tratamento sigiloso que seria dado à identidade dos profissionais nesta pesquisa, conforme descrito no TCLE; reafirmação do prazo estabelecido para recolhimento dos questionários pelo pesquisador na Unidade de Saúde e que em caso de dúvida a pesquisadora estaria à disposição para esclarecimentos via telefone, Whatsapp ou via e-mail.

Com a conclusão do teste piloto, a pesquisadora iniciou as visitas às Unidades de Saúde para apresentação da pesquisa aos profissionais, conforme agendamento prévio segundo a conveniência dos mesmos.

A sequência da apresentação da proposta do estudo aos profissionais seguiu a seguinte metodologia: A) apresentação do projeto; B) apresentação e leitura do questionário: instrumento PCATool-Brasil versão extensa profissionais de saúde, com tópicos explicativos precedendo as questões, que constam do instrumento original do MS; C) Leitura e explicação sobre o Questionário para caracterização sociodemográfica, de formação/qualificação profissional e de aspectos laborais ; D) leitura do TCLE; E) Todos os participantes foram convidados a participar da pesquisa e após a leitura do TCLE (ANEXO3), aqueles que concordaram com a participação assinaram o Termo em duas vias, sendo uma via do profissional respondente e outra via da pesquisadora. Foram fornecidos dados de contato telefônico, Whatsapp e e-mail da pesquisadora para sanar dúvidas dos profissionais durante o

período de preenchimento dos questionários. Só participaram da pesquisa os profissionais que manifestaram concordância e assinaram o TCLE.

Após a concordância em participar do estudo e a assinatura do TCLE, foi fornecido aos profissionais um kit documental (questionário PCATool, questionário de caracterização sociodemográfica, de formação/qualificação profissional e de aspectos laborais do profissional, TCLE assinado – via do profissional) acondicionado dentro de um envelope. Para a identificação dos questionários foi utilizado um código numérico, visando garantir o anonimato dos participantes do estudo. Foi orientado aos mesmos que após concluído o preenchimento, os envelopes deveriam ser lacrados pelos profissionais e entregues à pesquisadora na data do recolhimento pactuada.

Após a coleta de dados, se procedeu ao processamento dos dados, com cálculo dos escores de cada atributo e dos escore geral, essencial e derivado da APS, análise estatística das variáveis do estudo e da associação entre elas.

## 6.6 PERÍODO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados se iniciou no dia 05 de julho de 2023, subsequente a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF, que ocorreu em 26/05/2023, sob parecer 6.083.772 e da autorização para desenvolvimento da pesquisa pela Prefeitura de Contagem em 03/07/2023. O período de coleta de dados foi de Julho a Outubro de 2023.

## 6.7 METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

A versão extensa do PCATool-Brasil para profissionais médicos e enfermeiros foi a utilizada nesta pesquisa, sendo formada por 111 itens, distribuídos em 8 componentes relacionados aos 6 atributos da Atenção Primária à Saúde (Quadro 2). O PCATool-Brasil mede a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS (BRASIL, 2020).

Quadro 2 – Atributos, componentes e itens do PCA Tool-Brasil.

<b>ATRIBUTOS DA APS</b>	<b>COMPONENTES DA APS</b>	<b>ITENS</b>
Acesso primeiro contato	Acessibilidade	A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9
Longitudinalidade	Longitudinalidade	B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, B9, B10, B11, B12, B13
Coordenação	Integração de cuidados	C1, C2, C3, C4, C5, C6
Coordenação	Sistemas de Informações	D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8
Integralidade	Serviços disponíveis	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21, E22
Integralidade	Serviços prestados	F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, F11, F12, F13, F14, F15, F16, F17, F18
Orientação Familiar	Orientação Familiar	G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13, G14
Orientação Comunitária	Orientação Comunitária	H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13, H14, H15, H16, H17, H18, H19, H20, H21

Fonte: Brasil (2020).

Inicialmente foi utilizado o software Microsoft Excel® 2019 para a tabulação dos dados referentes às respostas dos questionários PCATool e o de caracterização sociodemográfica, de formação/qualificação profissional e de aspectos laborais.

Para o cálculo dos escores, a pesquisa foi realizada segundo orientação do instrumento padronizado pelo MS, PCATool-Brasil versão profissionais médicos e enfermeiros (BRASIL, 2020), em que as respostas às questões estão estruturadas em uma escala do tipo Likert, com escores de 1 a 4 para cada atributo (1 = com

certeza não, 2 = provavelmente não, 3 = provavelmente sim, 4 = com certeza sim), acrescidas da opção 9 = não sei/não lembro (ANEXO A). Na escala de 1 a 4, os valores mais elevados são característicos de serviços com maior presença e extensão do componente ou atributo mensurado. Os valores de 1 a 4 foram utilizados para o cálculo de cada componente e atributo foi realizado através da média aritmética simples dos valores dos itens que os compõe.

A metodologia proposta pelo instrumento PCATool-Brasil (BRASIL, 2020) para o cálculo dos escores médios dos componentes e atributos, assim como dos atributos essenciais, derivados e geral foi utilizada nesta pesquisa e seguiu as seguintes etapas: 1. Inversão de valores no ITEM A9, pois a formulação deste item atribui valores na escala de respostas em lógica inversa à dos demais itens (valores mais altos no item A9 se associam à carência/ausência da característica medida) e portanto os valores atribuídos foram invertidos da seguinte forma: (4=1) (3=2) (2=3) (1=4); 2. Em relação aos valores ausentes (opção de resposta com valor “9” e descrição ‘Não sei’ /‘Não lembro’, além de itens com valores em branco (sem resposta)), se a quantidade de itens com valores ausentes no componente, para cada pessoa entrevistada, foi de 50% ou mais do total dos itens do componente, não foi calculado o escore deste componente para o participante. Neste caso o escore deste componente para o entrevistado ficou em branco no banco de dados. Se por outro lado, a quantidade de itens com valores ausentes no componente foi inferior a 50% do total de itens do componente, o valor “9” foi transformado para valor “2” (“provavelmente não”) em todos os itens do instrumento e foi calculado o escore do componente 3. Foi calculado o escore de cada componente através média aritmética simples dos valores dos itens que os compõe. Todos os profissionais entrevistados atendiam todas as faixas etárias e desta forma, o denominador para o cálculo do escore utilizou a soma de todos os itens do componente; 4) Foi calculado o escore essencial (resultante da soma dos escores dos atributos essenciais, dividida pelo número total de componentes), o escore derivado (soma dos escores dos atributos derivados, dividida pelo número total de componentes) e o escore geral (medido pela soma dos escores dos atributos essenciais (Acesso, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação do Cuidado) e derivados (Orientação Familiar e Comunitária) dividida pelo número total de componentes); 5) Os escores dos itens, atributos, o escore essencial, geral e derivado foram transformados em valores de 0 a 10 visando à facilitação da leitura dos resultados utilizando a seguinte fórmula

(BRASIL, 2020):

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

Após a transformação dos escores na escala de 0 a 10, estes foram classificados em Alto (escore  $\geq 6,6$ ) e Baixo (escore  $< 6,6$ ), sendo o Alto caracterizado por serviços melhor orientados para a APS, indicando uma serviço de boa qualidade de acordo com Starfield. O ponto de corte do escore em 6,6 traduz respostas aos itens do PCATool com no mínimo a resposta 'provavelmente sim' na escala original, estando desta forma minimamente presentes as características de serviços com orientação à APS (BRASIL, 2020).

Na análise descritiva foram utilizadas frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas e medidas de tendência central (média ou mediana) e de dispersão (desvio padrão ou intervalo interquartilico) para as variáveis quantitativas, na dependência destas terem ou não distribuição normal. Para a análise da associação entre as características dos profissionais e os valores dos escores foram utilizados os testes T de comparação de médias (para as variáveis categóricas) e o coeficiente de correlação de Spearman (para as variáveis quantitativas). As análises estatísticas foram feitas no Programa R versão 4.2.2, usando a interface gráfica do R Studio versão 2022.07.2 e os gráficos elaborados no software Microsoft Excel® 2019.

Os desfechos primários da pesquisa foram o Escore Geral, Essencial e Derivado baseados no Instrumento PCA-Tool versão extensa profissionais de Saúde e os desfechos secundários foram o escore médio de cada atributo da Atenção Primária (essenciais e derivados).

## 6.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Nº 466 de Dezembro de 2012 (que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos) (BRASIL, 2012b).

O Projeto foi inicialmente encaminhado ao setor de avaliação dos projetos de pesquisa da Secretaria Municipal de Contagem, a Diretoria de Desenvolvimento

Humano (DDH), com autorização para a realização da pesquisa nas unidades de atenção primária, através de carta de anuência do Secretário de Saúde. Posteriormente o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora através da Plataforma Brasil. Os profissionais que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo um requisito obrigatório para a participação na pesquisa.

Os princípios éticos fundamentais (autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade) foram respeitados em todas as etapas de investigação.

## 7 RESULTADOS

### 7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Há um predomínio de profissionais do sexo feminino, maior faixa etária e qualificação na área de atenção primária entre os enfermeiros do que na categoria médica (Tabela 2).

Tabela 2 – Características sociodemográficas e de formação profissional dos participantes (Contagem, 2023).

Variável	Total		Enfermeiros		Médicos		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
	Feminino	38	82,6	21	91,3	17	73,9
	Masculino	8	17,4	2	8,7	6	26,1
Idade							
	24-38 anos	23	50,0	4	17,4	19	82,6
	39-67 anos	23	50,0	19	82,6	4	17,4
Raça/cor							
	Branca	29	63,0	18	78,3	11	47,8
	Negra	17	37,0	5	21,7	12	52,2
Instituição de graduação							
	Pública	23	50,0	12	52,2	11	47,8
	Privada	23	50,0	11	47,8	12	52,2
Qualificação na área de Atenção Primária							
	Sim	24	52,2	17	73,9	7	30,4
	Não	22	47,8	6	26,1	16	69,6

\*Qualificação na área de Atenção Primária à Saúde: Médicos (Pós-graduação em Saúde da Família, Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC), Título de Especialização em MFC, Mestrado Profissional em Saúde da Família); Enfermeiros (Pós-Graduação em saúde da Família/Enfermagem da Família).

Fonte: Banco de dados da autora.

As medianas (anos) de idade, tempo de formado, tempo de atuação na equipe atual e na APS são maiores para os enfermeiros em relação aos médicos (Tabela 3). Os enfermeiros têm predomínio de vínculo empregatício por concurso público em comparação aos médicos, que possuem maior contratação por pessoa jurídica e processo seletivo. A maioria dos profissionais refere ter atividades de educação permanente nos últimos 6 meses (Tabela 4).

Tabela 3 – Distribuição estatística referente à idade, tempo de formado e dos tempos de atuação profissional (anos) (Contagem, 2023).

Variável	Total		Enfermeiros		Médicos	
	Mediana	IIQ	Mediana	IIQ	Mediana	IIQ
Idade	38,5	20,3	46,0	9,0	29,0	6,5
Tempo de formado	12,5	20,8	21,0	6,5	2,0	5,0
Tempo de atuação na APS	7,5	19,6	20,0	12,5	1,5	5,0
Tempo de atuação na equipe atual	1,8	5,8	5,0	10,3	1,5	5,0
Tempo de atuação em outros serviços	1,0	5,8	2,0	12,0	1,0	2,5

IIQ: intervalo interquartilico.

Fonte: Banco de dados da autora.

Tabela 4 – Local de trabalho, Tipo de Vínculo Empregatício e realização de atividades de educação permanente (Contagem, 2023).

Variável	Total		Enfermeiros		Médicos	
	n	%	n	%	n	%
<b>Distrito</b>						
Nacional	22	47,8	10	43,5	12	52,2
Ressaca	24	52,2	13	56,5	11	47,8
<b>Vínculo empregatício</b>						
Efetivo	22	47,8	18	78,3	4	17,4
Mais Médicos	2	4,4	0	0,0	2	8,7
Pessoa Jurídica	4	8,7	0	0,0	4	17,4
Processo Seletivo Simplificado	18	39,1	5	21,7	13	56,5
<b>Sente necessidade de educação permanente</b>						
Sim	46	100,0	23	100,0	23	100,0
Não	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Teve atividades de educação permanente</b>						
Sim	41	89,1	20	87,0	21	91,3
Não	5	10,9	3	13,0	2	8,7
<b>Participou de treinamento introdutório sobre saúde da família</b>						
Sim	33	71,7	16	69,6	17	73,9
Não	13	28,3	7	30,4	6	26,1

Fonte: Banco de dados da autora.

## 7.2 ESCORES GERAL, ESSENCIAL E DERIVADO / ATRIBUTOS DA APS SEGUNDO O PCATOOL

Na perspectiva dos profissionais participantes da pesquisa, os serviços de saúde apresentam baixa orientação para a APS (escore <6,6) considerando-se o valor do escore geral (6,2) bem como baixa presença e extensão dos atributos essenciais da APS ( escore essencial = 6,4). O atributo derivado (orientação familiar e comunitária) apresentou escore de 6,8 (Tabela 5; Gráfico 1). Verifica -se que a

dimensão que obteve o menor escore (3,2) foi o atributo Acesso de Primeiro Contato/Acessibilidade e o atributo com maior escore foi a Integralidade (Serviços Prestados) (7,7).

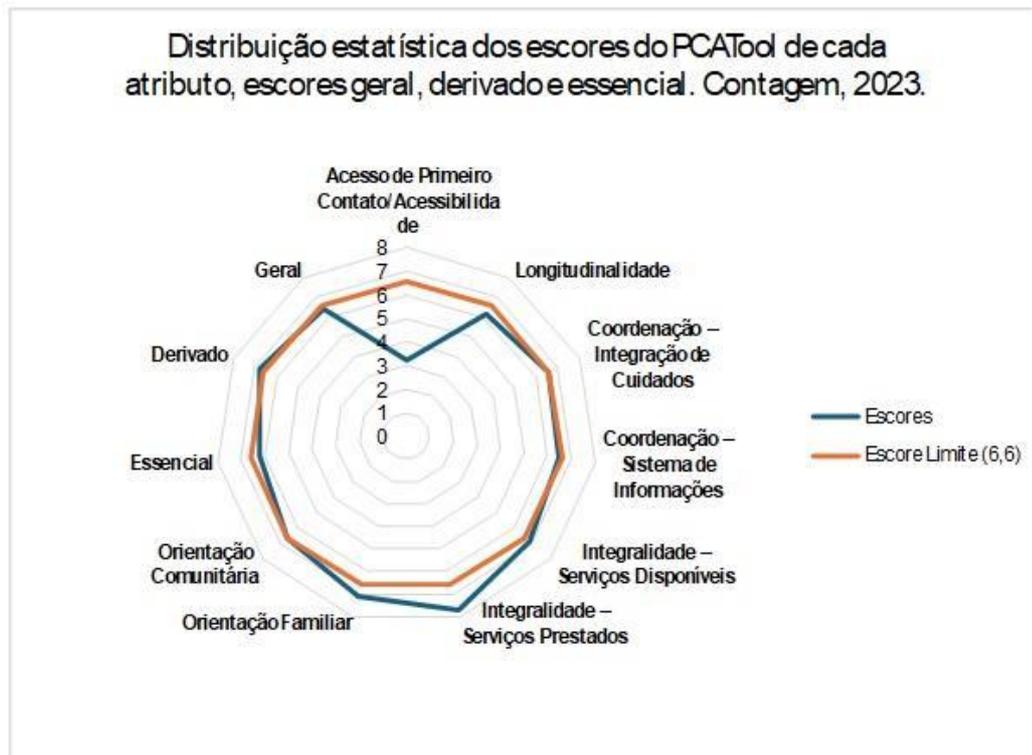
Tabela 5 – Distribuição estatística dos escores do PCA-Tool segundo cada atributo e escore essencial, derivado e geral (Contagem, 2023).

Escore	Min	Mediana	Max	Média	DP
Acesso de Primeiro Contato/Acessibilidade	1,5	3,2	5,9	3,2	0,9
Longitudinalidade	3,3	6,3	8,2	6,2	1,1
Coordenação – Integração de Cuidados	3,9	6,7	8,9	6,6	1,2
Coordenação – Sistema de Informações	3,8	6,5	8,9	6,5	1,3
Integralidade – Serviços Disponíveis	5,0	6,5	8,6	6,9	0,9
Integralidade – Serviços Prestados	4,4	8,0	10,0	7,7	1,4
Orientação Familiar	3,8	7,1	9,8	7,1	1,4
Orientação Comunitária	4,1	6,2	9,4	6,6	1,3
Essencial	4,6	6,4	7,6	6,2	0,7
Derivado	4,6	6,8	9,5	6,8	1,1
Geral	4,8	6,4	8,1	6,4	0,8

Min: mínimo. Max: máximo. DP: desvio-padrão.

Fonte: Banco de dados da autora.

Gráfico 1 – Distribuição estatística dos escores do PCATool de cada atributo, escores geral, derivado e essencial. Contagem, 2023.



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

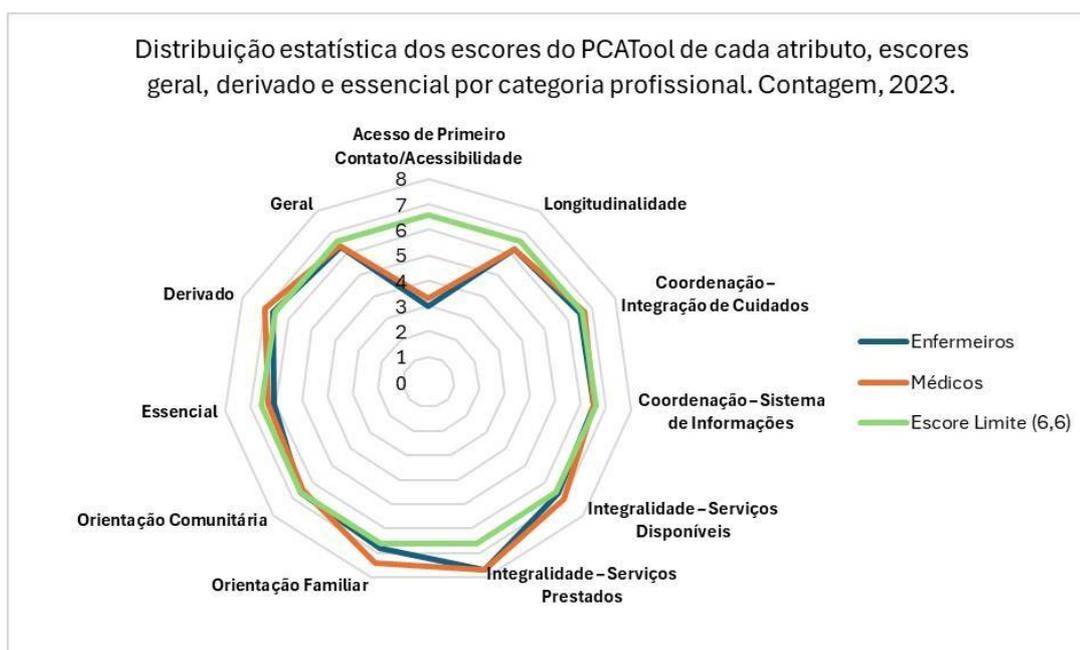
Considerando a relação entre a média dos escores essencial, geral e derivado com a categoria profissional, não houve diferença estatisticamente significativa. Os escores dos atributos e escores geral, essencial e derivado por categoria profissional estão disponíveis na Tabela 6 e Gráfico 2.

Tabela 6 – Distribuição estatística dos escores do PCATool de cada atributo por categoria profissional (Contagem, 2023).

Escore	Enf.**		Med.**		Valor de p*
	Média	DP	Média	DP	
Acesso de Primeiro Contato/Acessibilidade	3,0	0,7	3,3	1,0	0,319
Longitudinalidade	6,2	0,9	6,2	1,3	0,973
Coordenação – Integração de Cuidados	6,5	1,3	6,7	1,2	0,474
Coordenação – Sistema de Informações	6,5	1,4	6,5	1,3	0,927
Integralidade – Serviços Disponíveis	6,7	0,9	7,0	0,8	0,254
Integralidade – Serviços Prestados	7,7	1,2	7,7	1,5	0,969
Orientação Familiar	6,8	1,3	7,4	1,4	0,124
Orientação Comunitária	6,6	1,3	6,5	1,4	0,728
Essencial	6,1	0,6	6,3	0,8	0,517
Derivado	6,7	1,1	7,0	1,2	0,470
Geral	6,3	0,7	6,4	0,9	0,475

\* Teste T de comparação de médias. \*\*: Enf: Enfermeiro; Med: Médico  
Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Gráfico 2 – Distribuição estatística dos escores do PCATool de cada atributo, escores geral, derivado e essencial por categoria profissional. Contagem, 2023.



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

### 7.3 AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS

As contribuições dos itens para consideração como desempenho satisfatório foram o valor do escore médio  $\geq 6,6$  e desempenho insatisfatório  $< 6,6$  para cada item.

#### 7.3.1 Acesso de primeiro contato/acessibilidade

Os serviços foram avaliados com baixa presença e extensão para o atributo Acesso de Primeiro Contato/Acessibilidade (média 3,2). Os itens que tiveram maior contribuição no desempenho insatisfatório deste atributo foram a indisponibilidade do funcionamento do serviço nos finais de semana e no período noturno, além da falta de um canal de comunicação do paciente com a equipe quando o serviço está fechado e o tempo de espera superior a 30 minutos para atendimento (sem considerar triagem e acolhimento) (Tabela 7).

Tabela 7 – Descrição das questões do atributo Acesso de Primeiro Contato – a Acessibilidade na perspectiva dos profissionais de saúde (Contagem, 2023).

Atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade Escore: 3,2	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não Não sei/Não lembro	Com certeza não	Escore (Média)
A1. O seu serviço de saúde está aberto no sábado e/ou no domingo?	0	0	6,5%	93,5%	0,2
A2. O seu serviço de saúde está aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	0	0	2,2%	97,8%	0,07
A3. Quando o seu serviço de saúde está aberto e algum(a) paciente adoecer, alguém do seu serviço o(a) atende no mesmo dia?	78,3%	21,7%	0	0	9,28
A4. Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) se acreditam ser necessário?	6,5%	28,3%	41,3%	23,9%	3,9
A5. Quando o seu serviço de saúde está fechado e os pacientes adoecem, existe um número de telefone ou contato de ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) o qual possam contatar?	6,5%	0	19,6%	73,9%	1,3
A6. Quando o seu serviço de saúde está fechado no sábado e no domingo e algum(a) paciente adoecer, alguém do seu serviço o(a) atende no mesmo dia?	2,2%	0	6,5%	91,3%	0,4
A7. Quando o seu serviço de saúde está fechado e algum(a) paciente adoecer durante a noite, alguém do seu serviço o(a) atende na mesma noite?	0	0	6,5%	93,5%	0,2
A8. É fácil para um(a) paciente marcar uma consulta de revisão (consulta de rotina, checkup) no seu serviço de saúde?	58,7%	39,1%	0	2,2%	8,5
A9. Na média, os pacientes precisam esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo(a) médico(a) ou pelo(a) enfermeiro(a) (sem considerar a triagem ou o acolhimento)?	6,5%	32,6%	50%	10,9%	4,5

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

### 7.3.2 Longitudinalidade

Em relação à longitudinalidade (média 6,2), os serviços foram avaliados com baixa orientação à APS para este atributo na perspectiva dos profissionais. Os itens que contribuíram para o baixo desempenho do atributo foram relacionados ao: acesso dos pacientes ao médico e enfermeiro que os conhece melhor por meios não presenciais (telefônico ou comunicação virtual); o conhecimento do emprego/trabalho e história clínica dos pacientes, assim como pessoas que moram com os mesmos. Também foram avaliados insatisfatoriamente os itens que tratam sobre conhecer “muito bem” seus pacientes, quais são os problemas mais importantes para os mesmos e se o profissional tem ciência de todos os medicamentos em uso pelos pacientes (Tabela 8).

Tabela 8 – Descrição das questões do atributo Longitudinalidade na perspectiva dos profissionais de saúde (Contagem, 2023).

Atributo Longitudinalidade Escore: 6,2	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não Não Sei/Não lembro	Com certeza não	Escore (Média)
B1. No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a)?	23,9%	69,6%	4,3%	0	7,2
B2. Você consegue entender as perguntas dos seus pacientes?	69,6%	30,4%	0	0	9,0
B3. Você acredita que os seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta?	37%	63%	0	0	7,9
B4. Se os pacientes têm uma pergunta sobre a saúde deles, podem telefonar ou utilizar alguma forma de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) e falar com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que os conhece melhor?	4,3%	19,6%	32,6%	43,5%	2,8
B5. Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem (discutirem) sobre as suas preocupações ou problemas?	54,3%	37%	6,5%	2,2%	8,1
B6. Você acredita que os seus pacientes se sentem confortáveis ao contar para você as suas preocupações ou problemas?	37%	63%	0	0	7,9
B7. Você acredita que conhece “muito bem” os pacientes do seu serviço de saúde?	8,7%	65,2%	23,9%	2,2%	6,0
B8. Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	0	41,3%	45,7%	13%	4,3
B9. Você sabe quais problemas são mais importantes para os seus pacientes?	15,2%	65,2%	19,6%	0	6,5
B10. Você conhece a história clínica (história médica) completa de cada paciente?	8,7%	45,7%	37%	8,7%	5,2
B11. Você sabe qual o trabalho ou o emprego de cada paciente?	0	30,4%	52,2%	17,4%	3,8
B12. Você saberia se os seus pacientes tivessem problemas em obter ou pagar por medicamentos receitados?	17,4%	67,4%	10,9%	4,3%	6,6
B13. Você sabe a respeito de todos os medicamentos que os seus pacientes estão tomando?	10,9%	56,5%	30,4%	2,2%	5,9

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

### 7.3.3 Coordenação (Integração de cuidados)

Considerando o atributo Coordenação (Integração de Cuidados) (média 6,6), os serviços foram avaliados como orientados à APS pelos profissionais, embora com valor limítrofe. Os itens que apontam maior fragilidade deste atributo se referem ao não recebimento pelos profissionais da APS de informações úteis sobre consultas realizadas pelos pacientes nos serviços especializados e o pouco conhecimento de todas as consultas de seus pacientes realizadas com especialistas (Tabela 9).

Tabela 9 – Descrição das questões do atributo Coordenação – Integração de Cuidados na perspectiva dos profissionais de saúde (Contagem, 2023).

Atributo Coordenação- Integração de Cuidados Escore: 6,6	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não Não sei/Não Lembro	Com certeza não	Escore (Média)
C1. Você sabe de todas as consultas que os seus pacientes fazem com especialistas ou nos serviços especializados?	6,5%	41,3%	43,5%	8,7%	4,9
C2. Quando os seus pacientes necessitam de encaminhamento, você discute sobre os diferentes serviços onde eles podem ser atendidos?	37%	50%	10,9%	2,2%	7,4
C3. Alguém do seu serviço de saúde ajuda o(a) paciente a marcar essa consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado?	69,6%	28,3%	0	2,2%	8,9
C4. Quando os seus pacientes são encaminhados, você fornece aos pacientes alguma informação que seja para o(a) especialista ou serviço especializado?	67,4%	26,1%	4,3%	2,2%	8,6
C5. Você recebe do(a) especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o(a) paciente encaminhado(a)?	4,3%	8,7%	39,1%	47,8%	2,3
C6. Após a consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado, você conversa com o(a) seu(sua) paciente sobre os resultados dessa consulta?	37%	54,3%	8,7%	0	7,6

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

### 7.3.4 Coordenação (Sistema de informações)

Os serviços foram avaliados com baixa orientação à APS para o atributo Coordenação (Sistema de Informações) (média 6,5), embora com valor limítrofe. As questões que mais contribuíram para o baixo desempenho deste atributo foram a não utilização de guidelines impressos junto aos prontuários dos pacientes e auditorias periódicas dos prontuários médicos. A utilização de lista de problemas no prontuário dos pacientes também foi avaliada como baixo escore pelos profissionais (Tabela 10).

Tabela 10 – Descrição dos componentes do atributo Coordenação – Sistema de Informações na perspectiva dos profissionais de saúde (Contagem, 2023).

Atributo Coordenação- Sistema de Informações Escore: 6,5	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não Não Sei/Não Lembro	Com certeza não	Escore (Média)
D1. Você solicita aos pacientes que tragam os seus registros médicos recebidos em atendimentos anteriores (ex.: fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação, resultados de exames de laboratório)?	80,4%	19,6%	0	0	9,4
D2. Se os pacientes quisessem, você permitiria que eles examinassem os prontuários deles?	56,5%	32,6%	8,7%	2,2%	8,1
D3. Os prontuários dos pacientes estão sempre disponíveis quando você os atende?	37%	54,3%	4,3%	4,3%	7,5
<b>VOCÊ UTILIZA OS SEGUINTE MÉTODOS PARA ASSEGURAR QUE OS SERVIÇOS INDICADOS ESTÃO SENDO FORNECIDOS?</b>					
D4. Fluxogramas dos resultados dos exames laboratoriais	34,8%	32,6%	21,7%	10,9%	6,4
D5. "Guidelines" /protocolos impressos junto aos prontuários dos pacientes	19,6%	26,1%	28,3%	26,1%	4,7
D6. Auditorias periódicas dos prontuários médicos	0	10,9%	50%	39,1%	2,4
D7. Lista de problemas no prontuário dos pacientes	28,3%	39,1%	19,6%	13%	6,1
D8. Lista de medicamentos em uso no prontuário dos pacientes	52,2%	30,4%	15,2%	2,2%	7,8

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

### 7.3.5 Integralidade (Serviços disponíveis)

O escore do atributo Integralidade (serviços disponíveis) apresentou média 6,9 classificando os serviços como orientados para a APS na perspectiva dos profissionais para este atributo. Os itens mal avaliados estão relacionados à indisponibilidade/baixa disponibilidade de alguns procedimentos no serviço, como sutura, colocação de tala, remoção de verrugas e unha encravada, além de orientação para cuidados de saúde de pacientes incapacitados e avaliação de problemas visuais. O item sobre a disponibilidade de atendimento pré-natal na UBS obteve escore máximo (Tabela 11).

Tabela 11 – Descrição das questões do atributo Integralidade (Serviços disponíveis) na perspectiva dos profissionais de saúde (Contagem, 2023).

Atributo Integralidade (Serviços disponíveis) Escore: 6,9	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não Não Sei/Não Lembro	Com certeza não	Escore (Média)
E1. Aconselhamento sobre nutrição ou dieta	50%	39,1%	8,7%	2,2%	7,1
E2. Vacinas (imunizações)	69,6%	10,9%	4,3%	15,2%	7,8
E3. Verificar se a família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais (ex.: Programa Bolsa Família, Tarifa Social)	63%	34,8%	2,2%	0	8,7
E4. Avaliação da saúde bucal (exame dentário)	63%	21,7%	4,3%	10,9%	7,9
E5. Tratamento dentário	54,3%	30,4%	4,3%	10,9%	7,6
E6. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	95,7%	4,3%	0	0	9,9
E7. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas lícitas ou ilícitas (ex.: álcool, cocaína, remédios para dormir)	54,3%	32,6%	8,7%	4,3%	7,9
E8. Aconselhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão)	71,7%	28,3%	0	0	9,06
E9. Sutura de um corte que necessite de pontos	0	2,2	19,6%	78,3%	0,80
E10. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV	95,7%	4,3%	0	0	9,9
E11. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)	43,5%	37%	2,2%	17,4%	6,9
E12. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)	30,4%	21,7%	21,7%	26,1%	5,2
E13. Colocação de tala (ex.: para tornozelo torcido)	6,5%	0	17,4%	76,1%	1,2
E14. Remoção de verrugas	0	4,3%	8,7%	87%	0,6
E15. Exame preventivo para câncer de colo do útero (CP, Teste Papanicolau)	95,7%	4,3%	0	0	9,9
E16. Aconselhamento sobre tabagismo (ex.: como parar de fumar)	63%	30,4%	2,2%	4,3%	8,4
E17. Cuidados pré-natais	100%	0	0	0	10
E18. Remoção de unha encravada	0	0	10,9%	89,1%	0,4
E19. Orientações sobre os cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma)	15,2%	37%	28,2%	19,6%	4,9
E20. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair)	65,2%	23,9%	8,7%	2,2%	8,4
E21. Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do(a) paciente (ex.: curativos, troca de sondas, banho na cama)	82,6%	15,2%	2,2%	0	9,4
E22. Inclusão em programa de suplementação nutricional (ex.: leite, alimentos)	69,6%	28,3%	2,2%	0	8,9

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

### 7.3.6 Integralidade (Serviços prestados)

A Integralidade (serviços prestados) apresentou média de 7,7, sendo o atributo com maior escore na perspectiva dos profissionais de saúde, indicando os serviços como orientados à APS para este atributo. Os itens com desempenho insatisfatório foram aqueles relacionados ao aconselhamento pelos profissionais sobre uso de cinto de segurança, armazenamento e disponibilidade de armas e tópicos de segurança para crianças até 12 anos (Tabela 12).

Tabela 12 – Descrição das questões do atributo Integralidade (Serviços prestados) na perspectiva dos profissionais de saúde (Contagem, 2023).

Atributo Integralidade (Serviços Prestados) Escore: 7,7	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não Não Sei/Não Lembro	Com certeza não	Escore (Média)
F1. Orientações (suficientemente) sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente)	91,3%	8,7%	0	0	9,7
F2. Segurança no lar (ex.: como guardar medicamentos com segurança, proteção para piscina, proteção para tomada)	52,2%	30,4%	15,2%	2,2%	7,75
F3. Orientações sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro ou sobre como evitar que crianças tenham queda de altura	37%	26,1%	28,3%	8,7%	6,4
F4. Maneiras de lidar com conflitos familiares	34,8%	50%	10,9%	4,3%	7,2
F5. Orientações sobre exercícios físicos apropriados	63%	34,8%	2,2%	0	8,7
F6. Níveis de colesterol	89,2%	10,8%	0	0	9,7
F7. Medicações em uso	93,5%	6,5%	0	0	9,8
F8. Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex.: veneno para formiga/para rato, água sanitária) no lar, no trabalho ou na vizinhança	41,3%	32,6%	21,7%	4,3%	7,0
F9. Disponibilidade, armazenagem e segurança de armas	4,3%	13%	41,3%	41,3%	2,7
F10. Prevenção de queimaduras (ex.: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias)	39,1%	39,1%	15,2%	6,5%	7,0
F11. Prevenção de quedas	67,4%	28,3%	2,2%	2,2%	8,7
F12. Prevenção de osteoporose em mulheres	45,7%	32,6%	21,7%	0	7,5
F13. Cuidado de problemas comuns relacionados à menstruação ou à menopausa	80,4%	19,6%	0	0	9,4
F14. Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças	58,7%	37%	4,3%	0	8,5
F15. Mudanças de crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária (ex.: quando a criança irá caminhar, controlar o xixi)	84,8%	15,2%	0	0	9,5
F16. Tópicos de segurança para crianças menores de 6 anos: ensiná-las a atravessar a rua em segurança e a usar assentos de segurança para crianças nos carros	23,9%	34,8%	37%	4,3%	5,9
F17. Tópicos de segurança para crianças entre 6 e 12 anos: manter distância das armas, usar cintos de segurança e usar capacetes (para ciclistas)	19,6%	28,3%	45,7%	6,5%	5,4
F18. Tópicos de segurança para crianças acima de 12 anos: sexo seguro, dizer não às drogas, não beber e dirigir	50%	37%	10,9%	2,2%	7,8

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

### 7.3.7 Orientação familiar

A orientação familiar teve escore de 7,1, classificando os serviços com alta orientação para este atributo na perspectiva dos profissionais. Os itens com baixo desempenho foram a não utilização rotineira, de instrumentos (p.ex. genograma) de avaliação do funcionamento familiar pelos profissionais de saúde e discussões sobre condições de vida do paciente referentes a questões sociais (Tabela 13).

Tabela 13 – Descrição das questões do atributo Orientação Familiar na perspectiva dos profissionais de saúde (Contagem, 2023).

Atributo Orientação Familiar Escore: 7,1	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não Não Sei/Não Lembro	Com certeza não	Escore (Média)
G1. Você pergunta aos pacientes quais são as suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e o cuidado do paciente ou alguém da família?	50%	45,7%	4,3%	0	8,2
G2. Você pergunta sobre doenças ou problemas de saúde que podem ocorrer na família dos pacientes?	78,3%	21,7%	0	0	9,3
G3. Você está disposto(a) e capacitado(a) para se reunir com membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou familiar?	47,8%	43,5%	8,7%	0	8,0
G4. Uso de genogramas e/ou outros instrumentos de avaliação do funcionamento familiar	13%	10,9%	45,7%	30,4%	3,6
G5. Discussão sobre fatores de risco familiares (ex.: genéticos)	37%	37%	19,6%	6,4%	6,8
G6. Discussão sobre recursos econômicos da família dos pacientes	30,4%	43,5%	21,7%	4,3%	6,7
G7. Discussão sobre fatores de risco sociais (ex.: perda de emprego)	32,6%	50%	15,2%	2,2%	7,1
G8. Discussão sobre condições de vida (ex.: refrigerador em condições de funcionamento)	10,9%	43,5%	37%	8,7%	5,2
G9. Discussão sobre estado de saúde de outros membros da família	39,1%	52,2%	6,5%	2,2%	7,6
G10. Discussão sobre as funções parentais	26,1%	54,3%	17,4%	2,2%	6,8
G11. Avaliação de sinais de abuso infantil	56,5%	37%	6,5%	0	8,3
G12. Avaliação de sinais de crise familiar	23,9%	60,9%	15,2%	0	7,0
G13. Avaliação do impacto da saúde do paciente sobre o funcionamento da família	52,2%	39,1%	8,7%	0	8,1
G14. Avaliação do nível de desenvolvimento familiar	30,4%	50%	19,6%	0	7,0

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

### 7.3.8 Orientação comunitária

Os serviços foram avaliados como orientados à APS para o atributo Orientação Comunitária (média 6,6), na perspectiva dos profissionais, apesar de valor limítrofe. Os itens com baixos escores foram: utilização pelos profissionais de dados secundários sobre saúde e riscos ocupacionais para determinar quais serviços são necessários à população; uso de métodos de monitoramento/avaliação da efetividade do serviço/programas como pesquisas com pacientes e na comunidade; feedback de organizações comunitárias ou conselhos gestores de saúde; análise de dados de saúde e estatísticas vitais; avaliação sistemática de programas e serviços; vínculos com serviços e organizações religiosas e atuação em rede com agências estatais e locais envolvidas com grupos culturalmente diversos. O item sobre realização de visitas domiciliares pelos profissionais obteve escore máximo (Tabela 14).

Tabela 14 – Descrição das questões do atributo Orientação Comunitária na perspectiva dos profissionais de saúde (Contagem, 2023).

Atributo Orientação Comunitária Escore: 6,6	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não Não Sei/Não Lembro	Com certeza não	Escore (Média)
H1. Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	100%	0	0	0	10
H2. Você acredita que o seu serviço de saúde tem o conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade atendida?	34,8%	58,7%	6,5%	0	7,6
H3. No seu serviço de saúde são obtidas opiniões e ideias da comunidade sobre como melhorar os serviços de saúde?	32,6%	39,1%	23,9%	4,3%	6,7
H4. No seu serviço de saúde podem ser adaptados serviços ou programas em resposta a problemas específicos de saúde da comunidade?	34,8%	54,3%	10,9%	0	7,5
H5. Informações de mortalidade (dados sobre óbitos)	39,1%	30,4%	26,1%	4,3%	6,8
H6. Dados de doenças de notificação compulsória (ex.: DSTs, TB)	56,5%	37%	2,2%	4,3%	8,2
H7. Taxas de imunização da comunidade	47,8%	34,8%	13%	4,3%	7,5
H8. Dados secundários sobre saúde e riscos ocupacionais	8,7%	32,6%	54,3%	4,3%	4,9
H9. Informações clínicas do próprio serviço (ex.: número de gestantes, número de pacientes hipertensos, número de pacientes com TB)	73,9%	23,9%	2,2%	0	9,0
H10. Pesquisas com os seus pacientes	8,7%	15,2%	54,3%	21,7%	3,7
H11. Pesquisas na sua comunidade	8,7%	21,7%	52,2%	17,4%	4,1
H12. Feedback (retorno das informações) de organizações comunitárias ou conselhos gestores de saúde	21,7%	34,8%	37%	6,5%	5,7
H13. Feedback (retorno das informações) da equipe de saúde	30,4%	52,2%	17,4%	0	7,1
H14. Análise de dados de saúde locais ou estatísticas vitais	23,9%	30,4%	41,3%	4,3%	5,8
H15. Avaliações sistemáticas de seus programas e serviços prestados	13%	32,6%	52,2%	2,2%	5,2
H16. Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde	54,3%	21,7%	21,7%	2,2%	7,6
H17. Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde	34,8%	41,3%	21,7%	2,2%	7,0
H18. Atuar em rede com agências estatais e locais envolvidas com grupos culturalmente diversos	4,3%	39,1%	41,3%	15,2%	4,4
H19. Vínculos com serviços/organizações religiosas	8,7%	26,1%	58,7%	6,5%	4,6
H20. Envolvimento com associações de moradores/lideranças comunitárias	23,9%	45,7%	26,1%	4,3%	6,3
H21. Agentes comunitários de saúde ou membros do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde	52,2%	39,1%	2,2%	6,5%	7,9

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

#### 7.4 AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE POR CARACTERÍSTICAS DOS PROFISSIONAIS E CLASSIFICAÇÃO DOS ESCORES ESSENCIAL, DERIVADO E GERAL

As médias dos escores derivado e geral da APS foram menores para os profissionais na faixa etária 39-67 anos em relação aos profissionais com idade entre 24-38 anos. A comparação da média dos escores essencial, derivado e geral com a qualificação na área da APS e demais variáveis não demonstrou diferença estatisticamente significativa (Tabela 15).

Tabela 15 – Comparação dos escores do PCATool por características dos profissionais (Contagem, 2023).

Variável	N	Essencial		Derivado		Geral	
		Média (DP)	Valor de p	Média (DP)	Valor de p	Média (DP)	Valor de p
Total	46	6,4 (1,2)	-	6,8 (1,5)	-	6,4 (1,3)	-
Sexo			0,597		0,779		0,637
Feminino	38	6,2 (0,7)		6,9 (1,1)		6,4 (0,8)	
Masculino	8	6,0 (0,9)		6,7 (1,3)		6,2 (1,0)	
Idade			0,099		0,011		0,039
24-38 anos	23	6,4 (0,8)		7,3 (1,1)		6,6 (0,8)	
39-67 anos	23	6,0 (0,7)		6,4 (1,1)		6,1 (0,7)	
Raça/cor			0,121		0,548		0,184
Branca	29	6,1 (0,7)		6,8 (1,3)		6,2 (0,8)	
Negra	17	6,4 (0,7)		7,0 (0,8)		6,5 (0,7)	
Categoria profissional			0,517		0,470		0,475
Enfermagem	23	6,1 (0,6)		6,7 (1,1)		6,3 (0,7)	
Medicina	23	6,3 (0,8)		7,0 (1,2)		6,4 (0,9)	
Instituição de graduação			0,945		0,206		0,684
Pública	23	6,2 (0,7)		6,6 (0,9)		6,3 (0,7)	
Privada	23	6,2 (0,8)		7,1 (1,3)		6,4 (0,9)	
Pós-graduação em saúde da família			0,943		0,306		0,751
Sim	24	6,2 (0,7)		6,7 (1,1)		6,3 (0,7)	
Não	22	6,2 (0,8)		7,0 (1,2)		6,4 (0,9)	
Participou de treinamento introdutório			0,407		0,617		0,448
Sim	33	6,2 (0,8)		6,9 (1,2)		6,4 (0,8)	
Não	13	6,1 (0,7)		6,7 (1,1)		6,2 (0,7)	

N: número de profissionais. DP: desvio padrão. Valor de p: teste t de comparação de médias.

\*Qualificação na área de Atenção Primária à Saúde: Médicos (Pós-graduação em Saúde da Família, Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC), Título de Especialização em MFC, Mestrado Profissional em Saúde da Família); Enfermeiros (Pós-Graduação em saúde da Família/Enfermagem da Família).

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

#### 7.4.1 Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde por idade, tempo de formado e tempos de atuação

A idade e os tempos de formação, atuação na APS e na equipe atual tiveram correlação negativa com os escores atribuídos aos atributos integralidade (serviços disponíveis) e orientação familiar, e com os escores derivado e geral (o primeiro com exceção para a idade. Além disso, o tempo na equipe atual também teve correlação negativa com os escores atribuídos à coordenação (integração de cuidados) e o escore essencial (Tabela 16).

Tabela 16 – Coeficiente de correlação de Spearman entre os atributos e idade e tempos de atuação profissional (Contagem, 2023).

Escore	Idade	Tempo de formação	Tempo na equipe atual	Tempo na APS
Acesso de Primeiro Contato/Acessibilidade	-0,12	-0,17	-0,07	-0,19
Longitudinalidade	0,08	0,00	0,17	0,05
Coordenação – Integração de Cuidados	-0,19	-0,26	<b>-0,39*</b>	-0,24
Coordenação – Sistema de Informações	0,00	-0,07	-0,05	-0,03
Integralidade – Serviços Disponíveis	<b>-0,36*</b>	<b>-0,38*</b>	<b>-0,47*</b>	<b>-0,39*</b>
Integralidade – Serviços Prestados	-0,18	-0,19	<b>-0,31*</b>	-0,21
Orientação Familiar	<b>-0,39*</b>	<b>-0,42*</b>	<b>-0,48*</b>	<b>-0,45*</b>
Orientação Comunitária	-0,11	-0,18	-0,18	-0,14
Essencial	-0,20	-0,28	<b>-0,31*</b>	-0,25
Derivado	<b>-0,33*</b>	<b>-0,38*</b>	<b>-0,40*</b>	<b>-0,38*</b>
Geral	-0,25	<b>-0,32*</b>	<b>-0,35*</b>	<b>-0,31*</b>

\*Correlações estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

## 7.5 GRAU DE SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM ASPECTOS DO TRABALHO/SERVIÇOS DE APOIO/MOTIVAÇÃO PARA O TRABALHO

Médicos e enfermeiros declararam satisfação com os trabalhos individual e em equipe e com a comunidade, além de motivação para o trabalho. Ambos mostraram insatisfação com infraestrutura e equipamentos, apoio propedêutico e retaguardas especializada e de urgência (Tabela 17; Gráfico 3).

Tabela 17 – Percepção de satisfação e motivação com o trabalho (Contagem, 2023).

Variável	Total		Enfermeiros				Médicos					
	Não		Sim		Não		Sim		Não		Sim	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Satisfação com trabalho individual	3	6,5	43	93,5	2	8,7	21	91,3	1	4,4	22	95,6
Satisfação com trabalho em equipe	7	15,2	39	84,8	2	8,7	21	91,3	5	21,7	18	78,3
Satisfação com comunidade	7	15,2	39	84,8	2	8,7	21	91,3	5	21,7	18	78,3
Satisfação com infraestrutura e equipamentos	32	69,6	14	30,4	15	65,2	8	34,8	17	73,9	6	26,1
Satisfação com apoio propedêutico	30	65,2	16	34,8	15	65,2	8	34,8	15	65,2	8	65,2
Satisfação com retaguarda de consulta especializada	34	73,9	12	26,1	19	82,6	4	17,4	15	65,2	8	65,2
Satisfação com retaguarda de urgência	36	78,3	10	21,7	16	69,6	7	30,4	20	87,0	3	13,0
Motivação para o trabalho	16	34,8	30	65,2	9	39,1	14	60,9	7	30,4	16	69,6

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Gráfico 3 – Distribuição percentual sobre a percepção dos profissionais com aspectos da satisfação e motivação com o trabalho. Contagem, 2023.



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

### 7.5.1 Percepção do grau de violência do território

Mais da metade de enfermeiros e médicos percebem seu território de atuação com médio grau de violência (Tabela 18).

Tabela 18 – Percepção do Grau de Violência do Território pelos profissionais (Contagem, 2023).

Variável	Total		Enfermeiros		Médicos	
	n	%	n	%	n	%
<b>Percepção do grau de violência no território</b>						
Baixo	4	8,7	2	8,7	2	8,7
Médio	28	60,9	15	65,2	13	56,5
Alto	14	30,4	6	26,1	8	34,8

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

## 8 DISCUSSÃO

Segundo os profissionais de saúde participantes desta pesquisa, os serviços foram avaliados com baixa orientação à APS para os escores essencial e geral e orientação à APS para o escore derivado. Os escores essencial e geral resultaram em baixo escore, 6,2 e 6,4, respectivamente, sendo que o baixo valor atribuído à avaliação do componente Acesso de Primeiro Contato impactou no desempenho destes dois escores. Já o escore derivado apresentou alto escore (6,8), uma vez que os dois atributos que compõe este escore, Orientação Familiar e Orientação Comunitária tiveram desempenho satisfatório na avaliação dos profissionais de saúde.

Esta pesquisa apresenta resultados discordantes com outros estudos que observaram alta orientação dos serviços para a APS na perspectiva dos profissionais (VITORIA et al., 2013; CHOMATAS et al., 2013; TURCI; LIMA-COSTA; MACINKO, 2015; LIMA et al., 2016a; MAIA, 2017; PENSO et al., 2017; GOMES; FRACOLLI, 2018; COSTA et al., 2020) e consonância com pesquisas que evidenciaram escore essencial abaixo da média (OLIVEIRA et al., 2016; ROLIM et al., 2019; BARRA, 2020).

Os serviços foram avaliados como tendo baixa orientação à APS em relação aos atributos Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade e Coordenação (Sistema de Informações). Os atributos Integralidade (Serviços Disponíveis), Coordenação (Integração de Sistemas) e Orientação Comunitária apresentaram desempenho satisfatório (escore  $\geq 6,6$ ), apesar de escores limítrofes. Em relação aos atributos Integralidade (Serviços Prestados) e Orientação Familiar os serviços de mostraram como orientados à APS. Portanto, segundo a avaliação dos profissionais médicos e enfermeiros da APS participantes do estudo são necessárias adequações para a melhoria da qualidade dos serviços para garantir uma maior orientação dos serviços a seus atributos.

Dentre os atributos essenciais da Atenção Primária, o atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade foi o que obteve pior avaliação na ótica dos profissionais de saúde (escore 3,2), revelando a fragilidade da Estratégia de Saúde da Família em prover o acesso aos serviços de saúde, corroborando o que foi observado em outros estudos que utilizaram o instrumento PCATool (CASTRO et al.,

2012; CHOMATAS et al., 2013; LIMA et al., 2016a; MAIA, 2017; PENSO et al., 2017).

Nas pesquisas científicas relacionadas ao desempenho dos serviços de saúde baseadas em seus atributos, o acesso de primeiro contato ocupa o segundo lugar como atributo mais estudado e avaliado (PRATES et al., 2017), caracterizado por Gervas e Perez-Fernandez (2006) como o mais “essencial”, pois o alcance dos demais atributos depende da efetivação da entrada nos serviços de saúde.

Neste estudo os itens responsáveis pela menor qualificação do atributo acesso foram os relacionados à disponibilidade de atendimento da unidade de saúde aos fins de semana, no período noturno e à presença de modalidades de contato dos usuários com o serviço de saúde para acolhimento rápido e ou atendimento por telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (e-mail, WhatsApp etc.). Este fato compromete a função da Atenção Primária como ‘porta de entrada’ preferencial do usuário à Rede de Atenção à Saúde, que está condicionada à facilidade de acesso ao nível primário de atenção (STARFIELD, 2002). A ausência de flexibilidade nos horários de atendimento dos serviços de saúde da atenção primária, promove a procura dos serviços de urgência, que passam a exercer função de porta de entrada do sistema de saúde (MENDES, 2019).

É por meio do acesso de primeiro contato que o profissional tem a oportunidade de fazer um acolhimento das necessidades de saúde, aumentar o vínculo e estabelecer as relações de confiança, incentivar a aderência ao tratamento de saúde, bem como proporcionar acessibilidade, longitudinalidade do cuidado e integralidade (BISPO et al., 2020).

É observado que o atributo acessibilidade avaliado no PCATool não contempla a realidade do modelo de atenção primária brasileiro (BISPO et al. 2020), em que a maioria das unidades de Atenção Primária não tem disponibilidade para atendimento ao usuário nos períodos noturnos e finais de semana. Desta forma, Chomatas et al. (2013) sugere que para uma melhora do resultado no atributo acesso, seja realizada uma adaptação no instrumento ou uma mudança no modelo de atenção para aumento da disponibilidade do serviço ao usuário, manutenção do vínculo e redução da procura por serviços de urgência.

Foi nesta perspectiva de aumento do acesso que o Programa Saúde na Hora foi instituído pelo Ministério da Saúde pela Portaria n. 930 de 15 de Maio de 2019, com o objetivo de ampliar a cobertura da Estratégia de Saúde da Família e os

atendimentos, além de reduzir o volume de atendimentos de usuários com condições de saúde de baixo risco em unidades de urgência. A proposta do governo federal prevê incentivo financeiro às unidades que fizerem adesão ao programa, com aumento da carga horária semanal para o mínimo de 60 horas e funcionamento aos fins de semana (BRASIL, 2019).

O Município de Contagem aderiu ao Programa Saúde na Hora e ampliou o horário de funcionamento de 18 Unidades de Saúde da Família, que passaram a funcionar de segunda à sexta feira por 12 horas ininterruptas (07:00 às 19:00 h) a partir de final de Outubro de 2023. Nos Distritos Ressaca e Nacional, onde foi conduzida a pesquisa, o horário estendido foi implantado em 02 UBS e 04 USB respectivamente. A ampliação do horário de funcionamento das UBS possibilita maior flexibilidade para a procura por atendimento pela população, especialmente os que apresentam impossibilidade para comparecer em horário comercial, resultando em uma medida estratégica para o atendimento às necessidades dos usuários do serviço e aumento do acesso. Durante todo o funcionamento das Unidades com horário ampliado em Contagem são ofertadas atividades de promoção e prevenção da saúde, como vacinação, ações em saúde da mulher, atendimento clínico e odontológico, pré-natal, puericultura, atendimento com a equipe multi e para pessoas com condições crônicas.

Além da ampliação do horário de atendimento nestas unidades do município para o período noturno, houve uma expansão do número de equipes. A chegada de médicos vinculados ao Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013) para o Brasil promoveu a recomposição do quadro médico e a composição das novas equipes. As equipes das UBS do Município de Contagem com horário estendido tiveram readequação da área de abrangência e do número de população adscrita por equipe, favorecendo o acesso e maior qualidade do cuidado prestado. Segundo Tesser, Norman e Vidal (2018), a ampliação da APS com incremento do número de equipes, aumento da cobertura da ESF e redução do número de usuários vinculados a cada equipe é fundamental para a melhoria do acesso aos serviços de saúde.

A ausência de estratégias para o contato não presencial dos usuários com a equipe (telefone, WhatsApp, e-mail etc.) para uso habitual pela equipe foi apontada pelos profissionais como uma fragilidade do serviço. A utilização de métodos de comunicação não presenciais otimiza o acesso e evita atendimentos presenciais desnecessários. Como se trata de um eixo estrutural do serviço é necessário que a

gestão viabilize e normatize a implementação de tecnologias de comunicação à distância. Segundo Mendes (2015), cerca de 25% das demandas que chegam em serviços de atenção ambulatorial dispensam a avaliação presencial por um profissional, podendo ser atendidos por meios não presenciais.

Em estudo de Vieira et al. (2021), a adoção de novas tecnologias de acesso à UBS, como internet e telefone, foi apontada por usuários como aspecto a ser melhorado na organização do serviço da UBS, para superação do modelo tradicional de acesso por filas.

Outro item que contribuiu para o desempenho negativo do atributo acesso foi o tempo de espera para a consulta superior a 30 minutos com médico ou enfermeiro (sem contar a triagem e acolhimento), podendo traduzir problemas na organização do processo de trabalho. Como observam Gomes e Fracolli (2018), a acessibilidade esbarra em barreiras relacionadas à organização dos processos de trabalho, sendo fundamental, segundo Tesser, Norman e Vidal (2018), a gestão dos processos de trabalho das equipes, a implantação da diretriz de acolhimento, a consonância das agendas dos profissionais de saúde com a realidade do território, o investimento na educação permanente de toda a equipe e a desburocratização dos serviços administrativos.

Em Contagem, a Carteira de Serviços (CONTAGEM, 2019) orienta sobre o processo de acolhimento e organização da agenda, considerando o equilíbrio entre demanda espontânea e programada. Em pesquisa da OPAS (2013) um melhor desempenho dos serviços de APS foi relacionado com a organização da agenda para disponibilidade de demanda espontânea, com maior oferta de consultas de demanda espontânea. Neste caso, os serviços com pior desempenho se associaram à dificuldade dos usuários em conseguir consulta por demanda espontânea, associada a agendas restritas por programas ou por ciclos de vida.

Os itens do componente acesso do PCATool, avaliados positivamente pelos profissionais de saúde se referem à disponibilidade de atendimento no mesmo dia, quando o paciente adoece e à facilidade de agendamento de consulta de rotina (revisão, *check-up*) no serviço de saúde. Segundo Vieira et al. (2021), a satisfação do usuário na atenção básica é influenciada pela facilidade de acesso à marcação e realização de consultas; atendimento no mesmo dia sem agendamento prévio e oferta diária de consultas. De acordo com Tesser e Poli Neto (2017), é considerado

um bom acesso, sob o ponto de vista individual, aquele em que o paciente consegue obter o “serviço de saúde correto, no tempo e lugar correto”.

A forma como os profissionais respondem às ações programáticas e simultaneamente acolhem a demanda espontânea é um aspecto que reforça a mudança das práticas cotidianas. A organização da demanda pelos profissionais, ao permitir que as necessidades ordinárias e imprevistas encontrem respostas adequadas no dia a dia de trabalho da equipe, contribui para que este serviço cumpra os atributos da APS, acesso e longitudinalidade ao promover o acesso de primeiro contato e ser fonte regular de atenção para os usuários (SANTOS et al., 2012).

Em virtude de a pesquisa ter finalizado a coleta de dados em momento imediatamente anterior ao início do horário estendido nas UBS constitui-se um estudo de linha de base para futuras avaliações em saúde no Município, especialmente em relação ao atributo acesso.

O atributo longitudinalidade foi avaliado pelos profissionais de saúde com baixa orientação à APS (escore 6,2). Outras pesquisas também avaliaram o atributo Longitudinalidade como baixa orientação à APS (VITORIA et al., 2013; PENSO et al., 2017; ROLIM et al., 2019). Cunha e Giovanella (2011) apresentam a Longitudinalidade como característica central e exclusiva da atenção primária à saúde. Um componente fundamental da Longitudinalidade consiste na existência de uma fonte regular de atenção (STARFIELD, 2002), que prevê a identificação da APS como local de referência para o atendimento da maioria das necessidades de saúde (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

A avaliação dos profissionais em relação ao atributo longitudinalidade mostra algumas contradições expressas nas respostas: os pacientes são atendidos regularmente por eles e com tempo suficiente para falar sobre seus problemas, mas os profissionais declararam não conhecer detalhes básicos da vida dos pacientes, inclusive que medicamentos estão em uso. Segundo Starfield (2002), médicos que desenvolveram um vínculo com os pacientes avaliam melhor suas necessidades em relação a médicos sem familiaridade com o paciente.

Nesta pesquisa os dados sinalizam alta rotatividade dos profissionais, especialmente médicos, que pode prejudicar a construção da relação com os pacientes e com as equipes de saúde, repercutindo na criação de vínculo longitudinal dos usuários do serviço. Os profissionais de enfermagem participantes

deste estudo possuem vínculo trabalhista efetivo e tempo de permanência maior em suas lotações, se constituindo numa importante referência para os usuários.

A presença de uma fonte habitual de cuidados pelos pacientes tem benefícios para o cuidado como, a facilidade na identificação de problemas psicossociais, a precisão dos diagnósticos e melhor manejo dos problemas do paciente pelos médicos, menores taxas de internação, menores custos totais e maior satisfação dos pacientes (STARFIELD, 2002), o que justifica maior investimento nos aspectos que se relacionam ao aumento de vínculo dos profissionais com os pacientes, em especial a maior fixação dos profissionais no serviço. Viana (2023) aponta que a interação entre vínculo longitudinal e comunicação em saúde, no processo de cuidado, promovem maior confiabilidade dos usuários nos profissionais de saúde do serviço, favorecendo maior frequência do acesso destes à unidade de saúde, maior continuidade de no atendimento e, portanto, maior qualidade e resolutividade na atenção dispensada.

Um grande nó crítico nos serviços de saúde de APS é o acompanhamento do paciente com condições crônicas de saúde. De acordo com Nutting et al. (2003), o estabelecimento de vínculo com os serviços de saúde é mais valorizado por grupos de pacientes mais vulneráveis como idosos, portadores de doenças crônicas, com menor poder aquisitivo e escolaridade e desta forma, contribui para a melhor percepção do usuário em relação ao serviço, favorecendo a continuidade longitudinal, o que é particularmente importante para este perfil de pacientes. Estudo de Carvalho et al. (2022) mostra que a melhor avaliação da APS pelos usuários se associou a um perfil de maior utilização dos serviços, como mulheres, idosos, pessoas com baixa renda e presença de doenças crônicas.

Neste estudo, outro item que contribuiu para o mau desempenho da Longitudinalidade foi a de ausência de meios de comunicação não presencial entre pacientes e profissionais (telefone, WhatsApp etc.), que obteve o menor escore de avaliação para este atributo. Assim como foi verificado na avaliação do atributo acesso, a impossibilidade de comunicação não presencial do paciente com os profissionais impactou na avaliação do acesso e da longitudinalidade.

Segundo Mendes (2012), a Longitudinalidade se alinha com o cumprimento da função de responsabilização da APS, que se relaciona ao conhecimento e relacionamento íntimo das equipes de saúde com sua população adscrita, ao

exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária sobre esta população.

Esta pesquisa aponta que o investimento em estratégias de fixação dos profissionais nos serviços e em modalidades de comunicação não presencial dos pacientes com suas equipes, pode promover a melhora do desempenho da longitudinalidade, o que é particularmente importante, pois, de acordo com Cunha e Giovanella (2011), a presença da longitudinalidade no cuidado no sistema de saúde é um elemento essencial para a produção de diagnósticos e tratamentos mais assertivos, redução do referenciamento para a especialidade e da realização de procedimentos mais complexos.

Os Serviços de Saúde dos Distritos participantes da pesquisa foram avaliados como orientados à APS para o Atributo Coordenação-Integração, apesar de escore limítrofe (6,6). Os itens avaliados como insatisfatórios se referem ao conhecimento dos profissionais da atenção básica sobre consultas dos pacientes realizadas no serviço especializado e recebimento de informações úteis dos especialistas sobre os atendimentos realizados, assim como observado em outros estudos (GOMES; FRACOLLI, 2018; COSTA; GUERRA; LEITE, 2022).

Esta informação promoveu um questionamento da pesquisadora sobre como os profissionais da APS têm operado o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). O Município de Contagem conta com um Sistema de Informação ("Vivver"), que alberga o PEC, apresenta interoperabilidade com o Sistema e-SUS e integra os diversos serviços de saúde: Atenção Primária, Atenção Especializada e Regulação. Com a informatização da Rede e Implantação do PEC no município, os profissionais da atenção primária podem acessar os registros de consultas dos especialistas através do prontuário eletrônico, assim como as consultas realizadas no nível especializado, o que não justificaria a baixa avaliação aos itens que se referem a informações disponíveis no PEC. Os Serviços de Urgência do Município (Unidades de Pronto Atendimento, Hospital Municipal e Centro Materno Infantil) possuem um sistema de informação específico, sem conexão com os demais níveis de atenção, não sendo possível o acesso das informações clínicas dos pacientes nestes cenários.

Assim como observa Escorel et al. (2007), a maioria dos profissionais da APS referem dificuldades no envio de contrarreferência pelos especialistas, no entanto, a verificação de consulta nos registros do PEC, para busca de informações de

atendimentos realizados pelos especialistas é uma alternativa ao recebimento de contrarreferência por escrito.

As possibilidades de interpretação dos dados de baixo desempenho dos itens relacionados ao recebimento de informações 'úteis' pelos especialistas sobre o paciente encaminhado e ciência das consultas realizadas pelos pacientes na atenção especializada, podem estar relacionadas à dificuldade de adesão ao registro de consulta no prontuário eletrônico pelos especialistas (alguns profissionais ainda mantêm registro em prontuário físico), registros de consultas incompletas pelos especialistas (não "úteis"), atendimento dos usuários em clínicas conveniadas (registro no PEC nem sempre realizado) e dificuldade operacional dos profissionais em visualizar no sistema o registro das consultas realizadas na atenção especializada.

O prontuário se apresenta como o principal documento de registro das informações pertencentes ao paciente e ao cuidado a ele dispensado (SANTOS; FERREIRA, 2012). O investimento em informatização e a implantação do PEC trouxeram um grande avanço para a coordenação do cuidado no município, uma vez é possível acessar os registros de consultas realizados nos serviços de saúde, acompanhar o agendamento e demanda reprimida de consultas e exames, além da presença/absenteísmo às consultas especializadas, procedimentos e exames. O PEC é um elemento essencial para a disponibilidade e continuidade da informação, possibilitando a troca de informações entre os profissionais de saúde e os diversos níveis da Rede de Atenção à Saúde. Segundo Mendes (2012), a APS é o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, condicionada ao ordenamento de fluxos e contrafluxo de pessoas, produtos e informações entre os diferentes serviços que compõem as redes

Os itens avaliados satisfatoriamente foram relacionados a auxílio do serviço de saúde aos pacientes, para agendamento de consultas nos serviços especializados, fornecimento de informações ao especialista pelos profissionais da APS quando encaminham o paciente, discussão sobre os resultados da consulta do especialista com o paciente e discussão com os pacientes sobre os serviços onde eles podem receber atendimento.

Apesar dos usuários, na maioria das vezes, não poderem escolher os serviços onde receberão atendimento, o conhecimento pelos profissionais de saúde

da APS dos serviços disponíveis na rede assistencial e a discussão com os usuários promove a integralidade assistencial (CARNEIRO et al., 2014).

Em relação ao apoio da unidade de saúde aos usuários para o agendamento de consultas especializadas, avaliada positivamente, todas as UBS de Contagem contam com uma central de marcação, sob a responsabilidade de um auxiliar administrativo, que recebe as solicitações de consultas, exames e procedimentos gerados nos serviços de saúde e direcionam nos fluxos estabelecidos. As Centrais de Marcação de Consultas (CMC) das UBS se articulam com a Central de Marcação Distrital e com o complexo regulador municipal, o Centro Especializado em Autorização de Procedimentos (CEAPS). Neste local as solicitações de consultas especializadas, exames, procedimentos e cirurgias são regulados por médicos reguladores e inseridos num sistema de informação interligado, onde aguardam agendamento conforme a oferta e classificação de prioridade. As consultas e exames com baixa demanda são agendadas na própria CMC da UBS. Os distritos Sanitários contam com um profissional médico, o médico Gestor da Clínica, que acompanha os processos das Centrais de Marcação das UBS juntamente com o administrativo da CMC distrital, apoiando os profissionais e as equipes de saúde na gestão de casos graves e complexos promovendo maior agilidade de acesso a consultas, exames e procedimentos, em articulação com o complexo regulador municipal.

Mais de 90% dos profissionais do estudo relataram que após o atendimento na especializada, conversam com os pacientes sobre os resultados da consulta, o que segundo Carneiro et al. (2014), pode ser considerado um aspecto positivo, no sentido de reconhecimento por parte dos profissionais sobre a responsabilidade da equipe de saúde pela continuidade do cuidado.

Os resultados da avaliação do atributo Coordenação (Integração de Cuidados) promove uma reflexão sobre a percepção dos profissionais em relação às funcionalidades do PEC e do Sistema de Informação, assim como sua utilização, embora tenham recebido treinamento para uso do prontuário eletrônico e contarem com supervisão de um técnico no distrito sanitário para utilização desta ferramenta.

A Implantação de um Sistema Integrado em Rede é de fundamental importância para a coordenação do cuidado, mas é essencial que os profissionais também estejam integrados, tenham um registro adequado e usufruam das informações disponíveis no prontuário eletrônico.

Diante destas informações, são necessários processos de avaliação e monitoramento da utilização do PEC pelos profissionais dos diversos níveis de atenção, considerando registro completo e adequado das consultas dos pacientes, assim como incorporação das demais funcionalidades do prontuário eletrônico e do sistema de informação disponível pelos profissionais. A disponibilidade de informações dos pacientes atendidos nos serviços de urgência, seria uma medida que contribuiria para a coordenação do cuidado pela APS.

Os serviços de APS foram avaliados com baixa orientação ao atributo Coordenação-Sistema de informações, embora com escore limítrofe (6,5). Segundo Starfield (2002), o atributo Coordenação-Sistema de informação é um componente de processo e esse refere ao reconhecimento das informações sobre o usuário a serem utilizadas pelos profissionais na assistência aos pacientes.

Os itens do atributo que tiveram baixo escore na perspectiva dos profissionais foram sobre a disponibilidade de resultados de exames laboratoriais, guidelines/protocolos impressos junto aos prontuários dos pacientes e lista de problemas no prontuário dos pacientes. A realização de auditorias periódicas nos prontuários médicos foi o item com a avaliação mais negativa.

A estruturação do serviço de saúde em Contagem, em relação à organização das informações clínicas, contribui positivamente para estes processos de avaliação das informações assistenciais dos pacientes. Os profissionais têm acesso on-line aos resultados de exames laboratoriais pelo Sistema 'Matrix', integrado ao Apoio Diagnóstico onde é possível consultar a série histórica dos resultados de exames realizados na atenção primária, especializada e urgência. Os fluxos e protocolos assistenciais podem ser acessados através do site da Prefeitura de Contagem e estão organizados por níveis de atenção, áreas técnicas e temáticas específicas.

A utilização de lista de problemas nos prontuários é uma adaptação cultural necessária para os profissionais, mas é favorecida e disponibilizada pelo registro disponível no PEC utilizado pelo município, onde o registro da consulta é organizado no formato Subjetivo, Objetivo, Avaliação, Plano (SOAP), com lista de problemas elencados pelo código da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) e/ou Código Internacional de Doenças (CID) e lista de medicamentos em uso. Segundo Starfield (2002), as listas de problemas em destaque no prontuário facilitam o reconhecimento dos problemas sob atenção dos profissionais, cooperando para fins de continuidade da atenção.

De acordo com os dados da pesquisa, a realização de auditorias periódicas nos prontuários dos pacientes não é realizada com regularidade pela maioria dos profissionais. No município, as atividades de auditoria de prontuário correspondem aos casos discutidos nos Comitês de Óbito Materno-Infantil distritais, Comitê de Sífilis e investigações epidemiológicas, em que os dados dos prontuários são utilizados para avaliação, inclusive de desfechos clínicos e posterior recomendações aos profissionais.

Os itens melhor avaliados em relação a este atributo foram relacionados à solicitação pelos profissionais de que os pacientes tragam seus registros de atendimentos anteriores (relatórios de atendimento de emergência, cartão de vacinação e resultados de exames de laboratório), disponibilidade dos prontuários dos pacientes durante os atendimentos e possibilidade de consulta dos prontuários pelos pacientes em caso de demanda. A acessibilidade da lista de medicamentos em uso no prontuário pelos profissionais também foi bem avaliada.

Sobre a prerrogativa de acesso dos pacientes ao prontuário, os profissionais sinalizaram que conhecem este direito. Consta no município um documento desenvolvido para este fim, o 'Manual de Orientação sobre Prontuário Clínico nas Unidades Básicas de Saúde' que orienta entre outras questões, a normatização para acesso ao prontuário pelo cidadão.

O componente "Integralidade – Serviços Disponíveis" permite a avaliação da estrutura, isto é, a capacidade que a Unidade de atenção primária tem para lidar com a diversidade de atividades para a maior resolutividade dos problemas de sua população (CASTRO et al., 2012). Os profissionais deste estudo avaliaram os serviços como altamente orientados à APS para este componente (escore: 6,9).

O componente Integralidade Serviços Disponíveis obteve um escore médio inferior ao componente Integralidade Serviços Prestados e não foi melhor avaliado pela presença de procedimentos descritos no PCATool não disponibilizados pelas unidades de APS no município, como remoção de unha encravada e verrugas (realizados no nível especializado) e realização de sutura e colocação de tala (disponibilizados nas Unidades de Pronto Atendimento). Estes procedimentos não estão previstos pela Carteira de Serviços do município para execução nos serviços da atenção primária (CONTAGEM, 2019), mas existem fluxos estabelecidos para o encaminhamento dos pacientes com estas demandas.

Segundo Starfield (2002), a integralidade exige que os serviços sejam disponibilizados e prestados quando necessário, para os problemas que ocorrem na frequência suficiente para que os profissionais mantenham sua competência. A variedade destes serviços pode se diferenciar conforme as características de problemas presentes em cada comunidade e nem sempre a maior variedade de serviços disponíveis e prestados tem relação com melhor cuidado, considerando seu custo-efetividade.

Um instrumento importante para a identificação do cardápio de serviços disponíveis na APS é a carteira de serviços. Em Contagem, a Carteira de Serviços da Atenção Primária de Contagem é um documento que estabelece um padrão de referência para a organização dos serviços e da oferta de ações de saúde no âmbito do cuidado e da gestão, contribuindo para a resolutividade da APS, destacando seu papel ordenador e coordenador da integralidade do cuidado, impactando positivamente a saúde da população (CONTAGEM, 2019). A Carteira de Serviços orienta os gestores e profissionais de saúde sobre a expectativa em relação à oferta de serviços e permite a identificação de lacunas nas ações ofertadas, assim como o planejamento e incorporação de novos serviços ao escopo rotineiro das equipes, aos quais devem ser incluídos educação permanente e modificações no processo de trabalho (RIO DE JANEIRO, 2021).

A disponibilidade de avaliação de problemas visuais nos serviços da APS também teve baixo desempenho na avaliação dos profissionais. A detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais na infância na atenção básica é um direcionamento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a) e precisa ser executada pela APS. O Programa Saúde na Escola (PSE) prevê a realização de ações em parceria entre escola e atenção básica para a avaliação de acuidade visual das crianças (BRASIL, 2015). A promoção da saúde ocular e identificação de estudantes com alterações é descrita na Carteira de Serviços de Contagem como uma ação permanente ofertada nas unidades básicas de saúde (CONTAGEM, 2019).

A PNAB (BRASIL, 2017) estabelece que as unidades de saúde devem ofertar um amplo escopo de ações e serviços de forma a garantir a coordenação do cuidado e ampliação do acesso, seguindo padrões essenciais e ampliados. Os padrões essenciais são aqueles relacionados a ações e procedimentos básicos relacionados a condições básicas e essenciais de acesso e qualidade na APS. Os

padrões ampliados se referem a ações e procedimentos estratégicos para o alcance de altos padrões de acesso e qualidade na APS, observando as especificidades locais, indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde. Essa oferta de ações e serviços na Atenção Básica devem considerar políticas e programas prioritários, as diversas realidades e necessidades dos territórios e das pessoas, em parceria com o controle social.

A oferta de cuidados pré-natais na UBS recebeu o escore máxima o (assim como a realização de visitas domiciliares), significando que 100% dos profissionais relatam disponibilidade desta atividade no serviço. Outros itens bem avaliados na ótica dos profissionais (escore acima de 9,0) foram a disponibilidade de exame preventivo para câncer de colo uterino, planejamento familiar e aconselhamento sobre teste anti-HIV.

Pesquisa realizada por Santos et al. (2012) sobre práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos, mostra que dentre as atividades referentes à saúde da mulher, o pré-natal é considerada a ação prioritária mais comum, para médicos e enfermeiros. A realização de ações integradas de planejamento familiar, pré-natal, puerpério e saúde da criança podem promover resultados significativos nos indicadores de mortalidade materno-infantil e a execução de ações para controle do câncer de colo uterino nas equipes de saúde da família, aumenta a disponibilidade de ações de proteção à mulher com prevenção de mortes evitáveis.

Outros itens bem avaliados foram relacionados à oferta de orientações nutricionais, vacinação, avaliação de saúde bucal e tratamento dentário, aconselhamento para problemas de saúde mental, orientações sobre tabagismo, aconselhamento sobre mudanças no processo de envelhecimento, orientações para cuidado de pacientes em cuidado domiciliar e inclusão em programas de suplementação nutricional. Todos estes itens estão descritos na Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde do SUS Contagem, como ações e serviços que devem estar disponíveis no âmbito da atenção primária (CONTAGEM, 2019).

Segundo Mendes (2012), a atenção primária deve ser resolutiva e capacitada do ponto de vista cognitivo e tecnológico, para a atenção a mais de 85% dos problemas apresentados por sua população. A garantia de um escopo de ações e serviços ampliados pela APS, prevista na Carteira de serviços, favorece a resolutividade do nível de cuidados primários (RIO DE JANEIRO, 2021).

A carteira de serviços foi estabelecida como instrumento preferencial para a adequação dos serviços ao modelo de APS no Município do Rio de Janeiro. Sua adoção é uma estratégia para favorecer a abrangência do cuidado (integralidade) e evitar que os serviços de APS pratiquem uma oferta restrita de ações em saúde. A adoção dos padrões de oferta de serviços estabelecidos pela Carteira de Serviços deve ser sistematicamente monitorada pela gestão para a promoção da integralidade do cuidado. No município do Rio de Janeiro, o “Carteirômetro é um sistema de monitoramento da carteira de serviços, que realiza o controle da execução das ações previstas na carteira (OPAS, 2013).

A proposta de atuação da APS numa lógica de cuidados ampliados e integrais foi promovida pela incorporação das Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. A Portaria GM/MS n. 635 que define o incentivo financeiro federal para as Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde define que um dos objetivos da E-multi é: “favorecer os atributos essenciais e derivados da APS, conforme orientado pela Política Nacional da Atenção Básica – PNAB, por meio da atenção interprofissional, de modo a superar a lógica de fragmentação do cuidado que compromete a corresponsabilização clínica” (BRASIL, 2023).

O município de Contagem dispõe de Equipes Multiprofissionais na atenção primária, compostas por profissionais de diversas formações que atuam na lógica assistencial e de apoio matricial, como fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, nutricionistas, assistentes sociais e farmacêuticos clínicos. As unidades também possuem serviços de atenção em saúde bucal e são apoiadas por um núcleo de profissionais médicos composto por pediatras, ginecologistas e psiquiatras atuando de forma descentralizada nos distritos sanitários. O atributo Integralidade, no componente Serviços Disponíveis e Serviços Prestados, contempla muitas ações realizadas por todos estes profissionais.

O atributo Integralidade, componente Serviços Prestados, foi o atributo com maior avaliação na perspectiva dos médicos e enfermeiros (score: 7,7) e faz avaliação do processo, ou seja, o desempenho das ações e procedimentos realizados no serviço pelo profissional. A integralidade é possivelmente um dos atributos de maior importância na discussão sobre a resolutividade da atenção primária considerando diferentes sistemas de saúde (PORTELA, 2017).

Os itens com pior nota e baixa orientação à APS foram relacionados à orientação sobre itens de segurança infantil como uso de cintos de segurança,

cadeirinha de carro, armazenagem e segurança de armas, sendo a pior avaliação na faixa etária de 6 a 12 anos. Este fato pode estar relacionado à questão de adaptação cultural do instrumento PCATool (idealizado nos Estados Unidos) referente à prevenção de acidentes com armas. Entretanto, está descrita na carteira de serviços do município que a orientação dos responsáveis pela criança sobre prevenção de acidentes é uma ação prevista para a atenção à criança e ao adolescente (CONTAGEM, 2019). A promoção da mobilidade segura, promoção da cultura de paz e direitos humanos estão previstos como temas prioritários na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que prevê a qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS (BRASIL, 2018).

Os itens melhor avaliados, com escore acima de 8,0, foram relacionados à orientação sobre alimentação saudável, higiene, sono e exercícios físicos, uso adequado de medicação prescrita, avaliação de níveis de colesterol, prevenção de quedas, problemas relacionados à menopausa ou período menstrual, osteoporose, desenvolvimento e crescimento infantil.

A variedade de serviços adequados para a assistência na atenção primária se relaciona a três componentes: os problemas e necessidades dos pacientes e da população, as tarefas necessárias para a sua abordagem e o local onde serão executadas (STARFIELD, 2002). Portanto é necessário formar nos profissionais de saúde as competências necessárias para a prestação dos serviços necessários para a população.

O atributo Orientação Familiar foi avaliado com escore 7,1, caracterizando os serviços como altamente orientados à APS para este atributo, sob o ponto de vista dos profissionais. Diversos estudos corroboram este resultado (LIMA et al., 2016a; GOMES; FRACOLLI, 2018; MAIA et al., 2020; COSTA; GUERRA; LEITE, 2022). Foi o atributo com segundo maior escore de avaliação, ficando atrás apenas do atributo Integralidade-Serviços Prestados.

De acordo com a PNAB (BRASIL, 2017), os profissionais da equipe devem praticar o cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, para propor intervenções nos fatores que possam influenciar os processos saúde-doença individual e da comunidade.

Os escores mais elevados deste atributo se referiram aos itens sobre a participação dos pacientes no planejamento assistencial, a avaliação do funcionamento e dinâmica familiar, histórico familiar, determinantes econômicos e

sociais do processo de saúde, fatores de risco familiares. A ESF, como uma estratégia de atenção primária à saúde, apresenta centralidade no território e nas necessidades de saúde das famílias e comunidades e prevê a articulação de uma prática intersetorial, que vai além do setor saúde e lida com os determinantes sociais da saúde (DOWBORI; WESTPAL, 2013).

Na avaliação dos profissionais os itens com pior avaliação foram sobre o uso de ferramentas de abordagem familiar como genogramas e discussão sobre condições de vida do paciente. Os instrumentos de avaliação familiar permitem uma visão abrangente da dinâmica e funcionamento da família, compreendendo o indivíduo dentro da lógica familiar, em especial o genograma. Segundo Carter e McGoldrick (1995), os genogramas são representações gráficas da história e do padrão familiar, apontando a estrutura básica, a demografia e aspectos funcionais e relacionais da família. Asen et al. (2012) compreendem o genograma como elemento de utilidade para a equipe, no reconhecimento da composição familiar e pode se constituir em uma maneira efetiva de se relacionar com a(s) pessoa(s). De acordo com Souza et al. (2021), a associação do genograma ao ecomapa é comum e favorece uma leitura ampliada da família, representando a sua ligação com a comunidade social a quem pertence o indivíduo, através de símbolos que mostram a estrutura de apoio com equipamentos sociais.

A pesquisa revelou que 76% dos profissionais “Provavelmente” ou “Certamente” não utilizam genogramas e outras ferramentas de abordagem familiar. Na Disciplina ‘Tópicos em Saúde da Família’, do Mestrado Profissional em Saúde da Família pelo PROFSAÚDE, foi proposto o desenvolvimento de um Produto Técnico Tecnológico (PTT) para a intervenção na realidade observada, sendo escolhida pela pesquisadora a temática do GENOGRAMA. O entendimento do papel estratégico dos instrumentos de abordagem familiar para a busca pela integralidade da atenção ao indivíduo pela equipe de saúde, em especial do genograma, levaram a pesquisadora a propor o desenvolvimento de um projeto educacional através da formulação de uma Cartilha sobre o genograma intitulada “Genograma e Sistema Familiar na Atenção Primária à Saúde: contribuições para a prática”. Para a apresentação e capacitação dos profissionais serão realizadas oficinas para trabalhar a cartilha, envolvendo os profissionais de saúde das equipes de saúde da família e profissionais da Equipe Multiprofissional. Para a elaboração da Cartilha estão participando os médicos residentes de Medicina de Família e Comunidade que

estão atuando nas equipes no Distrito Nacional e sua validação será contar com profissionais atuantes no território especialistas em Saúde da Família/Medicina de Família. Esta será a contribuição da pesquisadora para o fortalecimento do atributo Orientação Familiar na prática cotidiana das equipes de saúde da família.

O atributo Orientação Comunitária teve desempenho satisfatório nesta pesquisa, apesar de nota limítrofe (6,6). Este resultado é compatível com outros estudos (CHOMATAS et al., 2013; MAIA et al., 2020; COSTA et al., 2022) e contrasta com outras pesquisas (PRATES et al., 2017; BRUNELLI et al., 2021).

A avaliação satisfatória do atributo orientação comunitária pode ser atribuída, na ótica de Chomatas et al. (2013), aos princípios envolvidos no processo de construção da própria APS, como a territorialização, a vigilância à saúde e a responsabilização sanitária.

Neste estudo os itens relacionados à articulação intersetorial, avaliação e análise sistemática das estatísticas de saúde locais e programas/serviços prestados, realização de pesquisas com os pacientes e na comunidade, utilização de dados secundários sobre saúde ocupacional tiveram a pior avaliação. É estimulada a realização de planejamento das unidades básicas conjuntamente com os equipamentos sociais presentes no território para potencializar as ações intersetoriais no território (CONTAGEM, 2019). A atuação intersetorial é uma prerrogativa para que a APS possa incidir sobre os diversos determinantes do processo saúde-doença, para o enfrentamento de problemas complexos e de grupos populacionais (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

O item que versa sobre a realização de atividade de interlocução com a comunidade atendida, como a figura do Agente Comunitário de Saúde e membros dos Conselhos de Saúde foi bem avaliado pelos profissionais. Em Contagem, a instituição dos Conselhos Locais de Saúde com a participação dos profissionais é determinada nas normativas de funcionamento dos serviços da APS e monitorada pelo corpo gestor dos distritos sanitários (CONTAGEM, 2019). É parte do processo de trabalho da Atenção Básica a participação dos profissionais de saúde nos conselhos locais de sua área de abrangência e o incentivo à participação da comunidade, visando fortalecer a gestão local e o controle social (BRASIL, 2012).

A questão do PCATool sobre realização de visitas domiciliares por membros da equipe obteve a nota máxima (score 10) neste estudo. Dentre os profissionais da equipe, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o profissional que mais realiza a

Visita Domiciliar, além de ser responsável pela vinculação entre a comunidade e a equipe. A atuação do ACS nos processos de monitoramento e efetividade dos serviços também foi bem avaliada pelos profissionais participantes da pesquisa. O ACS é o elemento responsável pelo fortalecimento da Orientação à Comunidade (BRUNELLI et al., 2021).

Outros itens bem avaliados neste estudo foram sobre a disponibilidade de informações clínicas do serviço em relação à mapeamento de grupos específicos como gestantes, hipertensos e pacientes com Tuberculose, ações de vigilância em saúde e adequação do processo de trabalho às necessidades da comunidade.

A atuação da vigilância em saúde no município de Contagem é fortalecida pela presença dos Núcleos de Epidemiologia distritais que atuam em articulação com a coordenação de zoonoses, integrados com o nível central de gestão. O setor de epidemiologia distrital acompanha sistematicamente o processo de trabalho das equipes em relação ao monitoramento de agravos no território.

Considerando as variáveis sociodemográficas do estudo, a faixa etária dos participantes da pesquisa por categoria profissional evidencia uma polarização, em que 82,6% dos enfermeiros estão na faixa etária de 39-67 anos e 82,6% dos médicos entre 24-38 anos. Scheffer (2023) demonstra fenômeno de rejuvenescimento da população de médicos no Brasil, com projeções que em 2035, 85% dos profissionais terá idade até 45 anos. Outras pesquisas envolvendo avaliação da APS mostram predominância de profissionais jovens atuando na atenção primária (BISPO et al., 2020; MAIA et al., 2020).

A comparação dos escores essencial, geral e derivado do PCATool com as categorias sexo, raça/cor, tipo instituição de formação na graduação não mostrou diferença estatisticamente significativa, assim como observou Oliveira et al. (2016).

O perfil dos profissionais mostra uma feminilização das categorias médica e de enfermagem conforme observado por pesquisa do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2017) e do Conselho Federal de Medicina (SCHEFFER, 2023). A predominância de mulheres entre os profissionais da Estratégia de Saúde da Família verificada neste estudo está em consonância com outras pesquisas (ESCOREL et al., 2002; OLIVEIRA et al., 2016; RIBEIRO et al., 2019b; MAIA et al., 2020) e se deve, entre outras razões, à ampliação da participação da mulher na educação e no trabalho nas últimas quatro décadas.

Neste estudo houve predominância de médicos que se declararam negros. Este fato pode se justificar em virtude de a medicina estar se tornando mais diversa e inclusiva socialmente, desde a graduação, principalmente, em virtude de políticas afirmativas, aumento de vagas, financiamento estudantil nas escolas privadas e maior debate das questões relacionadas à identidade racial, que altera a percepção e autodeclaração de raça/cor por esta categoria (SHEFFER, 2023).

É observado neste estudo, maior participação de médicos formados por faculdades privadas e de enfermeiras graduadas em instituições públicas, que confirma os estudos de (SCHEFFER, 2023), que evidencia privatização do ensino médico e contrapõe pesquisa do COFEN (2017) que mostra predomínio de graduação em ensino privado pela enfermagem. Segundo Frota et al. (2020), houve predomínio da graduação pública de enfermagem até o final do século XX, o que pode justificar que a maioria dos enfermeiros desta pesquisa, com mediana de tempo de formação de 21 anos, tenha sido formada pelo poder público.

Os enfermeiros participantes desta pesquisa têm maior tempo de formados (mediana 21 anos), maior tempo de atuação na equipe atual (mediana 5 anos) e na APS (mediana 20 anos), em relação aos médicos que apresentam menor tempo de formados (mediana 2 anos), menor tempo de atuação na APS (mediana 1,5 anos) e na equipe atual (mediana 1,5 anos). Estes dados evidenciam uma maior dificuldade de fixação para os médicos na ESF do município, assim como observado no estudo de Tonelli et al. (2018), em que o tempo de permanência do enfermeiro era superior ao do médico. Entre os diversos fatores implicados na alta rotatividade entre os médicos está a precarização do vínculo empregatício, insatisfação com as condições de trabalho e o perfil do médico(recém-formados) (CAMPOS; MALIK, 2008).

Foi observado que os médicos possuem maior pluralidade de vínculos trabalhistas, sendo 17,8% com vínculo público, enquanto 78% dos enfermeiros acessaram o cargo por concurso público. A menor oferta de contratação por concurso público, apesar dos benefícios a curto prazo, como reposição imediata das baixas de profissionais, desconsidera o impacto nos custos de uma APS resolutive além de favorecer a maior rotatividade dos médicos (GIOVANELLA et al., 2016; LIMA JUNIOR et al., 2021). No estudo de Silveira et al. (2010), gestores municipais alegaram que os contratos temporários permitem a contratação de profissionais com perfil mais adequado à atenção básica em virtude dos salários mais atrativos e a reposição imediata de pessoal.

O médico é responsável por atividades de promoção, prevenção e assistência integral em saúde, além de contribuir para o planejamento e organização do processo de trabalho da equipe de saúde. A permanência dos profissionais na equipe, especialmente o médico, é um fator decisivo para a efetividade do PSF. A criação de vínculo e envolvimento com a comunidade favorece a longitudinalidade do cuidado. A alta rotatividade dos profissionais compromete o funcionamento do trabalho da equipe, a qualidade da atenção (CAMPOS; MALIK, 2008), causa sobrecarga de trabalho dos profissionais remanescentes e impacta financeiramente os sistemas de saúde (AYDOGDU, 2023).

Nesta pesquisa, a maior permanência dos enfermeiros na equipe de saúde, maior experiência no trabalho na APS e melhor qualificação, em relação à categoria médica, confere ao profissional enfermeiro um papel fundamental como referencial para a equipe e para a comunidade assistida. O tempo de permanência em uma equipe pode ser considerado um indicador de qualidade na dimensão processo, sob a ótica da longitudinalidade do cuidado (MENDONÇA et al., 2018). O maior tempo de atuação do enfermeiro na equipe lhe confere maior conhecimento sobre as rotinas e fluxos do serviço, dinâmicas do trabalho em equipe e do território.

É observado na APS do município de Contagem, que na ausência do profissional médico, o enfermeiro auxilia na realização de articulações necessárias para a manutenção da rotina de funcionamento da equipe e da organização da assistência ao usuário, juntamente com o gerente das UBS. Além disto, os enfermeiros prestam apoio aos médicos recém-admitidos em sua unidade de saúde, promovendo uma adaptação mais fácil destes à realidade do território e ao processo de trabalho na ESF, aos fluxos do serviço e protocolos assistenciais. De acordo com a PNAB (BRASIL, 2017), além da função técnico assistencial, o enfermeiro tem atribuições no âmbito da gestão do processo de trabalho da equipe, o que exige alta capacidade adaptativa deste profissional. É fundamental o reconhecimento e valorização do trabalho do profissional da enfermagem, pela sua relevância e protagonismo à frente das equipes de saúde da família.

A presença de qualificação para atuar na APS é maior entre enfermeiros (74%) em relação aos médicos (30%). O predomínio de enfermeiros com pós-graduação em relação aos médicos é observado em outros estudos (LOPES; BOSQUAT, 2011; LIMA et al., 2016b; OLIVEIRA et al., 2016) e pode estar relacionado ao perfil dos médicos com menor idade e tempo de formação na

graduação que não possibilitou a realização de especialização, assim observou Oliveira et al. (2016). O perfil de qualificação predominante neste estudo foi a especialização em Saúde da Família, assim como em outros estudos (CHOMATAS et al. 2013; CARNEIRO et al., 2014; SILVA et al., 2014; MAIA et al., 2020).

Nesta pesquisa possuir qualificação na área de APS não apresentou diferença estatisticamente significativa com a média dos escores geral, essencial e derivado, assim como nos estudos de Castro (2019), Oliveira et al. (2016), Costa, Guerra e Leite (2022). Os estudos de Chomatas et al. (2013), Castro et al. (2012), Leão e Caldeira (2011), Turci, Lima-Costa e Macinko (2015) e Antunes (2018) encontraram associação entre maior qualificação profissional na área de APS e melhor avaliação da APS. Barra (2020) mostrou associação entre possuir especialização em saúde da família e/ou residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) com maiores escores dos atributos longitudinalidade e Coordenação (Integração de Cuidados). Pesquisa conduzida por Scherer et al. (2016) com egressos de cursos de especialização em Saúde da Família mostra a contribuição dos cursos na ampliação das competências e construção de novos conhecimentos e modos de agir.

A participação no treinamento introdutório no município foi referida por 71,7% dos profissionais e não apresentou correlação estatisticamente significativa com os escores geral, essencial e derivado da APS. Estudos de Alves e Silva et al. (2010) e Gonçalves et al. (2009) referem que médicos recém-formados relatam grandes desafios iniciais à frente da ESF, em virtude da grande abrangência do trabalho (atuação generalista e abordagem integral dos pacientes). O treinamento introdutório é uma atividade importante para a capacitação dos profissionais recém-admitidos no trabalho na APS, pois permite uma análise da realidade do território e dos aspectos do trabalho na ESF e idealmente deve anteceder o início do trabalho dos profissionais no PSF (BRASIL, 2001).

A totalidade dos profissionais considera necessária a participação em atividades de educação permanente e cerca de 90% deles relatam tê-las realizado nos últimos 6 meses, ofertadas pela Secretaria de Saúde de Contagem. Segundo Ogata et al. (2021), a educação permanente em saúde é essencial para qualificar o trabalho em relação às práticas para a atenção em saúde e ao cuidado integral, contribuindo para a maior percepção de satisfação no trabalho pelos profissionais.

A oferta de educação permanente é uma importante estratégia para a fixação para o médico na ESF, pois a sensação de capacitação destes profissionais para o exercício do seu trabalho, se associa a menor rotatividade (CAMPOS; MALIK, 2008; CRUZ, 2017).

A admissão frequente de novos profissionais nas unidades básicas de saúde, pela grande rotatividade de profissionais (especialmente médicos), a complexidade do trabalho na ESF e a diversidade de realidades de cada equipe de saúde, exige da gestão local o desenvolvimento de ações de educação permanente diferenciadas, que incluem não somente capacitações técnicas, mas a atuação sobre os determinantes do processo de trabalho no cotidiano dos serviços. No município de Contagem há um direcionamento central para as capacitações, mas é permitido uma grande autonomia dos distritos sanitários em relação à proposição de treinamentos, conforme o cenário epidemiológico do território e as peculiaridades dos processos de trabalho das equipes de saúde locais. Segundo Batista e Gonçalves (2011), o conteúdo das capacitações e cursos ofertados deve basear-se em desafios vividos no cotidiano de trabalho nas unidades de saúde e cuja solução se reverta em ganho de qualidade dos serviços prestados e satisfação do usuário com a atenção recebida.

Apesar do êxito da implantação da Estratégia de Saúde da Família nos impactos sobre os indicadores de saúde, o avanço na reorganização do trabalho e formação profissional é essencial. A integração entre os aspectos da formação e da prática profissional, favorecendo a construção das competências para o trabalho cotidiano requerem a readequação das estratégias educacionais (SCHERER et al., 2016).

Dentre as variáveis sociodemográficas avaliadas, a análise estatística mostrou que os profissionais na faixa etária entre 39-67 anos atribuíram menor média para o escore derivado e geral da APS, do que os profissionais na faixa etária de 24-38. O teste de correlação de Spearman demonstrou que quanto maior a idade, o tempo de formação dos profissionais e maior tempo na equipe atual e na APS, menor o escore dos atributos Integralidade (Serviços Disponíveis), Orientação familiar e os escores derivado e geral. Outro achado foi que maior tempo de atuação na equipe atual se associa a menores escores dos atributos Coordenação (Integração de Cuidados), Integralidade (Serviços Disponíveis e Prestados), Orientação Familiar, e escores essencial, geral e derivado da APS. Na literatura

pesquisada não foram encontrados estudos que validassem esta discussão, exceto por uma pesquisa de Castro (2019) onde houve associação entre ter mais de cinco anos de trabalho na equipe atual e menor chance do escore derivado ser alto. Segundo Santos (2017), é pertinente a associação entre maior tempo de trabalho na APS e melhor avaliação dos atributos pelos profissionais. Outros estudos não observaram associação entre o tempo de atuação no serviço atual e maior prevalência de alto escore geral da APS (PIOVESAN et al., 2017; SANTOS, 2017; MACHADO et al., 2021).

Lima et al. (2016a) verificou associação entre o atributo essencial e experiência anterior na Saúde da Família. Oliveira et al. (2016) mostrou associação entre maior tempo de trabalho na equipe ( $\geq 1$  ano) e maior prevalência de alto escore geral da APS. Pesquisa de Santos (2017) demonstrou associação entre tempo de atuação no serviço  $\geq 6$  anos e maior escore do atributo Coordenação (Sistema de Informação). De acordo com Costa, Guerra e Leite (2022) e Barra (2020), maior tempo de atuação no serviço se associou a melhor percepção quanto ao alcance do atributo longitudinalidade.

Embora não seja possível atribuir causalidade a estes resultados, em virtude do tipo de delineamento deste estudo, e nem inferir que sejam generalizáveis devido à participação de 58% dos profissionais elegíveis dos Distritos Nacional e Ressaca à época da coleta de dados, algumas reflexões podem ser consideradas, como a que profissionais com maior idade e maior tempo de atuação na equipe e na APS possuam uma visão mais crítica dos aspectos relacionados ao trabalho na ESF e conseqüentemente uma avaliação mais rigorosa dos atributos. Avaliar melhor nem sempre é atribuir conceito positivo, mas ter a capacidade de explicitar a realidade do objeto avaliado.

Outra hipótese para os resultados apresentados é que o descontentamento e insatisfação no trabalho podem interferir na avaliação dos escores. Neste estudo foi verificado que apesar de grande parte dos profissionais relatarem estar satisfeitos com o trabalho individual, com a equipe e com a comunidade, a maioria não está satisfeito em relação à estrutura e equipamentos, apoio propedêutico e retaguarda de consultas especializadas e urgência, necessitando estudos adicionais para maior esclarecimento. Estudo de Turci, Lima-Costa e Macinko (2015) mostra que a disponibilidade de insumos e equipamentos na UBS foi o fator mais fortemente associado ao desempenho da APS.

No estudo de Pimentel (2020) os enfermeiros da APS relataram a falta de condições de trabalho em relação à ausência de infraestrutura e de recursos materiais, como motivo de insatisfação e percepção de desvalorização no trabalho. Outras causas de insatisfação no trabalho incluíram a sobrecarga de trabalho, falta de incentivo à qualificação profissional e pouca autonomia no exercício do trabalho. Sousa et al. (2014) descreve que entre as barreiras enfrentadas pelos usuários para a continuidade e integralidade do cuidado estão a insuficiência na oferta de consultas e exames especializados e longos períodos entre os atendimentos especializados.

Nesta pesquisa em virtude do desenho metodológico utilizado não foi possível maior detalhamento dos pontos de insatisfação dos profissionais, sendo necessárias novas pesquisas para este fim.

Entre as questões avaliadas neste estudo está a percepção do grau de violência do território onde atuam os profissionais. A violência direta ou indireta no ambiente de trabalho pode ser um fator de descontentamento, com repercussões no trabalho dos profissionais e na qualidade do cuidado (MACHADO et al., 2016). Segundo Lancman et al. (2009), a violência relacionada ao trabalho é mais explícita nos serviços de saúde da família, pelo seu histórico de implantação em regiões de maior vulnerabilidade social e maior proximidade entre a equipe e a população assistida no território, na lógica do acesso aberto, da atenção integral ao indivíduo e da formação de vínculos. Atendimentos em ambientes abertos e na própria residência dos usuários, contribuem para o aumento da vulnerabilidade do trabalhador.

Estudo realizado com profissionais da ESF, aponta a violência como fenômeno negativo, que gera frustração, compromete as práticas de cuidado e promove a fragilização de usuários e profissionais (MACHADO et al., 2016).

É necessário conhecer a epidemiologia da violência no território para posteriormente promover o enfrentamento de seus determinantes. É fundamental o desenvolvimento de ações e programas para instrumentalizar os profissionais para lidar com as situações de violência no território e na prática cotidiana nos serviços de saúde. A Secretaria de Saúde de Contagem, através do Núcleo de Promoção à saúde promoveu um treinamento em Comunicação Não-Violenta em 2022, para 100 profissionais da rede que trabalham em diferentes cargos e níveis de atenção no ano de 2022, para atuarem como multiplicadores em seus ambientes de trabalho,

para favorecer a prevenção à violência e promoção da cultura de paz nos serviços de saúde.

## 9 CONCLUSÕES

Os serviços foram avaliados pelos médicos e enfermeiros da ESF, como tendo baixa orientação à APS pelo escore geral (6,4), embora com valor limítrofe, impactado pelo baixo escore do atributo acesso. Os atributos Longitudinalidade e Coordenação (Integração de Cuidados) também tiveram avaliação insatisfatória, embora com escores mais próximos da nota de corte do PCATool. Estratégias para a promoção do acesso à saúde e coordenação do cuidado foram adotadas pelo município nos últimos anos, como a ampliação do horário de funcionamento das unidades de saúde para o período noturno e aumento do número de equipes de saúde, assim como a informatização plena da APS e demais serviços, implantação de um sistema de informação integrado e prontuário eletrônico. O término da coleta de dados desta pesquisa em momento anterior à implementação do horário estendido nas unidades, contribuirá com futuras investigações sobre o desempenho do atributo acesso.

O detalhamento dos itens dos atributos sinalizou como eles têm sido operacionalizados nas equipes, apontando as fragilidades, fortalezas dos serviços, promovendo a análise de possíveis intervenções neste cenário.

A análise do perfil dos profissionais no estudo convida a reflexões sobre estratégias para favorecer a maior fixação de profissionais (principalmente médicos) nas equipes de saúde da família, como a contratação por concurso público. A maior qualificação dos recursos humanos para atuação na APS deve ser um alvo a ser perseguido para a construção de um cuidado integral, qualificado e eficiente. Os enfermeiros, pela maior experiência na atenção primária, maior tempo de permanência na equipe atual e maior qualificação na área de APS, se constituem em uma referência para as equipes de saúde e usuários assistidos pelos serviços e convoca investimentos no fortalecimento do seu papel clínico, organizacional e gerencial.

A percepção dos profissionais em relação ao grau de violência dos territórios e dos desafios com as condições de estrutura dos serviços e equipamentos, apoio propedêutico, retaguarda de consultas especializadas e urgência precisa ser acolhida e melhor avaliada para a construção compartilhada de soluções entre gestores, trabalhadores e usuários. Apesar das dificuldades vivenciadas pelos

profissionais na prática diária à frente das ESF, predomina a satisfação com o trabalho individual, com a equipe e com a comunidade.

A pesquisadora elaborou uma tabela considerando as fragilidades observadas pelos profissionais no serviço avaliadas através do PCATool, as fortalezas do SUS Contagem relacionadas, as possibilidades de intervenção para a promoção da maior orientação dos serviços aos atributos da APS e os atributos da APS associados a estas especificidades (Apêndice B).

O Produto Técnico Tecnológico (PTT) vinculado ao Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM) a ser desenvolvido pela pesquisadora/mestranda objetiva a intervenção na realidade a partir da observação da fragilidade do atributo Orientação Familiar, em relação à utilização de instrumentos de abordagem familiar pelos profissionais na prática cotidiana. A identificação deste problema implicou na proposta de um PTT que se enquadra no eixo 'Educação', com o desenvolvimento um material educativo tipo CARTILHA, de acordo com o documento da CAPES – Área: Saúde Coletiva – 12 produtos prioritários. O título proposto para o Produto Técnico Tecnológico: “Genograma e Sistema Familiar na Atenção Primária à Saúde: contribuições para a prática”. Além de trazer orientações práticas para a elaboração do genograma e sua interpretação pelos profissionais de saúde, também abordará temas centrais da sistêmica familiar, como tipos de família, estilos de parentagem, estágios do ciclo de vida e ações de prevenção e promoção de saúde nestes estágios. É importante que os conceitos centrais sobre sistêmica familiar estejam no mesmo documento que o Genograma, de maneira a contribuir para a avaliação e a abordagem familiar. O formato do documento em “Cartilha” objetiva uma linguagem clara e objetiva, propiciando a sua incorporação na prática do trabalho dos profissionais.

A elaboração para a cartilha terá a participação dos alunos de Residência de Medicina de Família atuando nas equipes do município. Após a finalização da Cartilha, esta será apresentada aos profissionais da ESF em oficinas no território em oficinas com o uso de metodologias ativas e casos clínicos ilustrativos para a aplicação dos conhecimentos trazidos na Cartilha. As reuniões para discussão da temática estão em curso e a finalização da cartilha se dará em dezembro de 2024.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, R. A. T. **A construção internacional do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e sua emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. 2007. 136 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte (MG), 2007. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2653.pdf>. Acesso em: 12 maio 2024.
- ALVES E SILVA, A. C. M. et al. A Estratégia Saúde da Família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 159-169, 2010.
- ALMEIDA, M. H. M. et al. Avaliação da atenção primária em saúde por usuários com e sem deficiência. **CoDAS**, v. 29, n. 5, 2017.
- ANTUNES, B. S. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde: criança e adolescente vivendo com HIV. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 2, 2018.
- AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 1, p. 87-93, 2009.
- ASEN, E. et al. **A família dentro de nós. Dez minutos para a família**: intervenções sistêmicas em Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- AYDOGDU, A.L. F. Rotatividade entre enfermeiros da atenção primária: um desafio para a gestão em saúde. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 4, n. 4, 2023.
- BARRA, J. F. Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde na perspectiva de enfermeiros. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, e6319109075, 2020.
- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.
- BISPO, G. M. B. et al. Avaliação do acesso de primeiro contato na perspectiva dos profissionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 3, p. e20180863, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos. **I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde**. Relatório final. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Recursos Humanos para o SUS. **II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde**. Relatório final. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf). Acesso em: 07 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/organizacao\\_atencao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/organizacao_atencao.pdf). Acesso em: 08 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do PSF**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a NOB/RH – SUS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (2010a). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 09 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Casa Civil. **Decreto presidencial n. 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a lei n. 8.080/90. Diário Oficial da União, 29 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília (DF), 2012a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf). Acesso em: 08 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Número 466 de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=23/10/2013>. Acesso em: 09 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância**: detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 09 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS**: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019**. Institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera a Portaria nº 2.436/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde**: PCATool-Brasil – 2020 [recurso eletrônico]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo 2022**. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/mapas.html?localidade=BR>. Acesso em: 04 ago. 2023.

BRUNELLI, B. B. et al. Orientação Comunitária: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2768, 2021.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008.

CARDOZO, D. D. et al. Validity and reliability of the brazilian primary care assessment tool: Oral health of adults. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. 1-11, 2020.

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

CARNEIRO, T. S. G.; CARNEIRO, O. S.; PINTO, I. C. O conflito como manifestação da dimensão política dos enfermeiros na implementação do PMAQAB. **Saúde Debate**, v. 44, n. 125, p. 310-321, 2020.

CARNEIRO, L. F. et al. Rastreamento da retinopatia diabética pelo médico generalista na Atenção Primária de Saúde do Brasil. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, v. 83, p. e0014, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbof/a/4F8x45yc3ky8cQtSxH5LRNx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 ago. 2023.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **Genetogramas e o Ciclo de vida familiar. As mudanças no ciclo de vida familiar**: uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre (RS): Artmed, 1995.

CARVALHO, F. C. et al. Associação entre avaliação positiva da atenção primária à saúde e características sociodemográficas e comorbidades no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 25, n. E220023, p. 1-14, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220023.2>. Acesso em: 05 ago. 2023.

CASSADY, C. E. et al. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, v. 105, n. 4, p. 998-1003, 2000.

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

CASTRO, W. E. C. Avaliação dos serviços de atenção primária à saúde e a formação dos profissionais de saúde em São José de Ribamar-MA. 2019. 107 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família/CCBS). Universidade Federal do Maranhão, São Luís (MA), 2019.

CHOMATAS, E. et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v. 8, n. 29, 2013.

CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R. **Análisis de la Integración de la Atención Primaria en Salud en la Red de Servicios en Europa y América Latina**. Madrid, Rio de Janeiro: Eurosocial Salud, Ensp/Fiocruz, 2009.

COFEM – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM; MACHADO, Maria Helena (Coord.). **Perfil da enfermagem no Brasil**: relatório final. Rio de Janeiro: NERHUS-DAPS-ENSP/Fiocruz, 2017.

CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, Supl. 1, p. s14-s27, 2010.

CONSTANTINO, L. R. et al. Urgências de baixo risco: análise da integração entre atenção primária e Unidade de Pronto Atendimento. *Saúde em Debate*, v. 45, n. 131, p. 970-986, 2021.

CONTAGEM. Prefeitura Municipal de Contagem. Secretaria Municipal de Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde. **Relação dos Serviços Prestados na Atenção Primária à Saúde**. Contagem, 2019. Disponível em: <https://www.contagem.mg.gov.br/sms/wp-content/uploads/2020/08/CARTEIRA-DE-SERVI%C3%87OS-A5-NOVO.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2023.

CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Cadernos Saúde da Família**, v. 1, n. 1, p. 13-18, 1996.

COSTA, A. P. B.; GUERRA, M. R.; LEITE, I. C. G. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde sob a ótica dos profissionais médicos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 17, n. 44, p. 1-11, 2022.

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

CRUZ, C. S. S. Educação Permanente e rotatividade de médicos em região de Minas Gerais, Brasil. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 26, p. e-1841, 2017.

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

D'AVILA, L. S. et al. **Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um estado da Região Sudeste do Brasil**. *Ciênc. saúde coletiva*. v. 19, n. 2, p. 401-416, 2014.

D'AVILA, O. P. et al. Validation of the Brazilian version of Primary Care Assessment Tool (PCAT) for Oral Health - PCATool Brazil Oral Health for Professionals. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2097-2108, 2021.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care, 1966. **The Milbank Quartely**, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

DEMARZO, M. M. P. **Atenção Primária à Saúde**. UNASUS, 2012. Disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/pab/1/unidades\\_conteudos/unidade02/p\\_04.htm](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/1/unidades_conteudos/unidade02/p_04.htm). Acesso em: 30 jul. 2023.

DOWBORI, T. P.; WESTPAL, M. F. Determinantes Sociais da Saúde e o Programa Saúde da Família no município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p. 781-790, 2013.

- DOURADO, I. et al. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). **Medical Care**, v. 49, n. 6, p. 577-584, 2011.
- DUARTE, A. G. S. et al. Fatores associados ao desempenho de serviços da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 31, n. 3, p. 1-13, 2019.
- ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 663-41, 2006.
- ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.
- ESCOREL, S. et al. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**: síntese dos principais resultados. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.
- ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Pan American Journal of Public Health**, v. 21, n. 2/3, p. 164-176, 2007.
- FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, p. 208-223, 2018.
- FACCHINI, L. A. et al. **Acesso e qualidade na atenção básica brasileira**: análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012-2018. [E-book]. São Leopoldo: Oikos, 2021.
- FAUSTO, M. C. R. **Dos Programas de Medicina Comunitária ao Sistema Único de Saúde**: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira. 2005. Tese (Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2005.
- FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV/Fiocruz, 2007. p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4).
- FEITOSA, R. M. M et al. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n.3, p. 821-829, 2016.
- FERREIRA NETO, J.; FAM, B. M.; SILVA, K. L. Práticas de avaliação na gestão da Atenção Básica à Saúde. **Physis**, v. 32, n. 1, p. e320112, 2022.

FIGUEREDO, R. C. de. et al. Avaliação da atenção primária em saúde no Brasil: principais características, limitações e potencialidades entre PMAQ e PCATool. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, 2022.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. Posicionamento brasileiro. Fiocruz e Conselho Nacional de Saúde para a *Global Conference on Primary Health Care*. Astana, outubro de 2018. **Saúde em Debate**, v. 42, n.1, p. 434-451, 2018.

FLEURY, S. M. **Estado sem Cidadãos**: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

FLÔRES, G. M. S. et al. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 237-247, 2018.

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

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

FROTA, M. A. et al. Mapeando a formação do enfermeiro no Brasil: desafios para atuação em cenários complexos e globalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 25-35, 2020.

GERVAS, J.; PEREZ FERNANDEZ, M. Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 9, n. 3, p. 389-400, 2006.

GIL, C. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005.

GIOVANELLA, L. et al. Potencialidades e obstáculos para a consolidação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos. **Saúde em Debate**, v. 34, n. 85, p. 248-264, 2010.

GIOVANELLA, L. et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2697-2708, 2016.

GIOVANELLA, L. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. e00012219, 2019.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. *In*: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro:

FIOCRUZ, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494>. Acesso em: 30 jul. 2023.

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

GONÇALVES, R. J. et al. Ser Médico no PSF: formação e trabalho. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 3, p. 393-403, 2009.

GONÇALVES, M. R. et al. A qualidade da atenção primária e o manejo do diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 235, 2013.

GUANAIS, F.; MACINKO, J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. **Journal of Ambulatory Care Management**, v. 32, n. 2, p. 115-122, 2009.

HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, 2006a.

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

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

HARZHEIM, E. et al. Estudos de PCA Tool no Brasil. *In*: MENDONÇA, M. H. M. et al. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2018.

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

IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.

KOLLING, J. H. G. **Orientação à atenção primária à saúde das equipes de Saúde da Família nos municípios do projeto Telessaúde RS**: estudo de linha de base. 2008. 144 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre (RS), 2008.

LANCMAN, S. et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 682-688, 2009.

LEÃO, C .D. A.; CALDEIRA, A. P. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4415-4423, 2011.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos Saúde da Família**, v. 1, p. 5-12, 1996.

LIMA, E. F. A. et al. Avaliação da Estratégia Saúde da Família na Perspectiva dos Profissionais de Saúde. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 275-280, 2016a.

LIMA, R. T. S. et al. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2685-2696, 2016b.

LIMA, J. G. et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, p. 52-66, 2018.

LIMA JÚNIOR, A. L. et al. Formatos de contratação médica na Estratégia Saúde da Família e o desempenho de seus atributos essenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, p. 1657-1668, 2021.

LOPES, E. Z.; BOSQUAT, A. E. Fixação de enfermeiras e médicos na Estratégia Saúde da Família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 6, n. 19, p. 118-124, 2011.

MACHADO, M. H. **Perfil dos médicos e enfermeiros do PSF no Brasil e grandes regiões**: Relatório final. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: [http://www.ccms.saude.gov.br/asaudebateaporta/pdfs/perfil\\_medico.pdf](http://www.ccms.saude.gov.br/asaudebateaporta/pdfs/perfil_medico.pdf). Acesso em: 23 jul. 2023.

MACHADO, C. B. et al. Violência urbana e repercussão nas práticas de cuidado no território da saúde da família. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 24, n. 5, p. e25458, 2016.

MACHADO, G. A. B. **Avaliação da Qualidade da Atenção Primária à Saúde**: aplicação do PCATool. 2018. 95 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem). Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto (SP), 2018.

MACHADO, G. A. et al. Avaliação de atributos da Atenção Primária à Saúde: a perspectiva dos profissionais. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, n. eAPE00973, p. 1-8, 2021.

MACINKO, J. et al. Avaliação Das Características Organizacionais Dos Serviços de Atenção Básica em Petrópolis: Teste de Uma Metodologia. Janeiro de 2003. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 243-256, 2003.

MACINKO, J. et al. Organization and delivery of primary care services in Petrópolis, Brazil. **International Journal of Health Planning and Management**, v. 19, n. 4, p. 303-317, 2004.

MACINKO, J. et al. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. **Social Science & Medicine**, v. 65, n. 10, p. 2070-2080, 2007.

MACINKO, J. et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. **Health Affairs (Millwood)**, v. 29, n. 12, p. 2149-2160, 2010.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J. Brazil's Family Health Strategy – Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. **New England Journal of Medicine**, v. 372, n. 23, p. 2177-2218, 2015.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, p. 18-37, 2018.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. D. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. **International Journal of Health Services**, v. 37, n. 1, p. 111-126, 2007.

MAIA, L. G. **Avaliação da atenção primária pelos profissionais de saúde**. 2017. 92 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Universidade Federal de Goiás. Goiânia (GO), 2017. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/teseserver/api/core/bitstreams/33bab988-eb11-4b76-8b14-bb2760dd60f4/content>. Acesso em: 29 jun. 2024.

MAIA, L. G. et al. A qualidade de serviços de atenção primária, a formação profissional e o Programa Mais Médicos em uma região de saúde do sudoeste goiano. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. E200014, 2020.

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

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária a Saúde. In: EPSJV (Org.) **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, FIOCRUZ, 2006.

MEDEIROS, G. A. R. **Avaliação do uso do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB) em municípios de Santa Catarina**. 2019. 275 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Santa Catarina, 2019.

MELO, D. C.; ROCHA, A. A. R. M.; ALELUIA, I. R. S. Avaliação externa do PMAQ-AB: elementos facilitadores e limitantes em capital do Nordeste brasileiro. **Revista Gestão & Saúde**, v. 8, n. 1, p. 3-17, 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

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

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília (DF): CONASS; 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/ACONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2023.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília (DF): CONASS, 2019.

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

MINISTRY OF HEALTH. **Interim report on the future provision of medical and allied services**. London (UK), 1920. Disponível em: <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/> Acesso em: 07/04/2023. Acesso em: 02 ago. 2023.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. Rio de Janeiro: Record, 1995.

MURAMOTO, F. T. **Repercussões da avaliação PMAQ-AB no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família**. 2017. 154 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública). Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto (S), 2017.

NEDEL, F. B. et al. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 19, n. 1, p. 61-75, mar. 2010.

NUTTING, P. A. et al. Continuity of Primary Care: to whom does it matter and when? **Annals of Family Medicine**, v. 1, n. 3, p. 149-155, 2003.

OGATA, M. N. et al. Interfaces between permanent education and interprofessional education in health. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, n. e03733, p. 1-9, 2021.

OLIVEIRA, K. N. S. et al. Instrumentos para avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Meta: Avaliação**, v. 15, n. 46, p. 194-213, 2023.

OLIVEIRA, M. M. C. **Presença e Extensão dos Atributos da Atenção Primária à Saúde nos Serviços de Atenção Primária de Porto Alegre: Uma Análise Agregada**. 2007. 118 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre (RS), 2007.

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

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

OMS/OPAS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Atenção Primária de Saúde nas Américas**: as lições aprendidas ao longo de 25 anos e os desafios futuros. Washington D.C., EUA: OMS/OPAS, 2003.

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

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Série Técnica Inovação na Gestão Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro** – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre (RS): OPAS, 2013.

OPAS/OMS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde. Washington D.C., EUA: OPAS/OMS, 2007.

PAIVA, M. B. et al. Uma contribuição para a avaliação da Atenção Primária à Saúde pela perspectiva do usuário. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 925-950, 2015.

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

PIMENTEL, F. E. **Valorização, reconhecimento e Satisfação no Trabalho do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde**. 2020. 174 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Juiz de Fora. Minas Gerais, 2020.

PINTO, L. F.; SILVA, V. S. T. M. Primary Care Assessment Tool (PCAT): a construção de uma nova linha de base para avaliação dos serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 651-656, 2021.

PIOVESAN, G. et al. Qualidade da atenção primária na perspectiva de profissionais: saúde de crianças e adolescentes com HIV. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 2-11, 2017.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017.

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

RIBEIRO, L. A.; SCATENA, J. H. G. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 2, p. 95-110, 2019a.

RIBEIRO, L. A.; SCATENA, J. H. G. Avaliação da qualidade da estratégia de saúde da família em um município de porte médio. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 7, p. 126-140, 2019b.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. **Carteira de serviços da atenção primária**: abrangência do cuidado. Superintendência de Atenção Primária. Rio de Janeiro (RJ): Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2021.

ROLIM, L. B. et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 1, p. 24-31, 2019.

SAMPAIO, L. F. R.; SOUZA, H. M. Atenção básica: políticas, diretrizes e modelos coletâneos no Brasil. *In*: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. **Recursos humanos em saúde, política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. São Paulo: NEPP, Unicamp, 2002.

SANTOS, D. C.; FERREIRA, J. B. B. O prontuário da família na perspectiva da coordenação da atenção à saúde. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 1121-1137, 2012.

SANTOS, A. M. et al. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2687-2702, 2012.

SANTOS, N. A. Avaliação dos atributos da atenção primária por profissionais de saúde. **Revista APS**, v. 20, n. 3, p. 339-348, 2017.

SANTOS, L. S. Perfil social-profissional de enfermeiros e médicos da Atenção Primária em uma microrregião geográfica. **Enfermagem Brasil**, v. 18, n. 4, p. 552-560, 2019.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo: FMUSP, AMB, 2023.

SCHERER, M. D. A. et al. Cursos de especialização em Saúde da Família: o que muda no trabalho com a formação? **Interface**, v. 20, n. 58, p. 691-702, 2016.

SERAPIONI, M.; SILVA, M. G. C. Avaliação da qualidade do Programa de Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4315-4326, 2011.

SERRA, C. G.; MATTA, P. H. **O Financiamento da Saúde no Brasil**. Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

SHI, L. et al. Income inequality, primary care, and health indicators. **Journal of Family Practice**, v. 48, n. 4, p. 275-284, 1999.

SHI, L. et al. Primary care, income inequality, and stroke mortality in the United States: a longitudinal analysis, 1985-1995. **Stroke**, v. 34, n. 8, p.1958-1964, 2003.

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

SHI, L.; MASIS, D. P.; GUANAIS, F. C. **Measurement of primary care: Report on the Johns Hopkins primary care assessment tool**. n. 2012. Disponível em: <https://publications.iadb.org/en/publication/11845/measurement-primary-care-report-johns-hopkins-primary-care-assessment-tool>. Acesso em: 03 ago. 2023.

SILVA, S. A. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. Especial, p. 126-132, 2014.

SILVA, A. N. et al. Primary care assessment from a male population perspective. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 2, p. 236-243, 2018.

SILVEIRA, D. S. et al. Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1714-1726, set, 2010.

SOUSA, F. O. S. et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1283-1293, 2014.

SOUZA, M. B. et al. Genograma e Ecomapa: revisão bibliométrica. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, v. 4, n. e202101024, p. 1-7, 2021.

STARFIELD B. Primary Care and Health: A Cross-National Comparison. **JAMA**, v. 266, n. 16, p. 2268-2271, 1991.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): OPAS/Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

STARFIELD, B. et al. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. *Journal of Family Practice*, v. 46, n. 3, p. 216-226, 1998.

SUMAR, N.; FAUSTO, M. C. R. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. *Journal of Management & Primary Health Care*, v. 5, n. 2, p. 202-211, 2014.

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

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017.

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

TONELLI, B. Q. et al. Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Revista da Faculdade de Odontologia RFO-UPF*, v. 23, n. 2, p. 180-185, 2018.

TURCI, M. A.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, n. 9, p. 1941-1952, 2015.

UNICEF – FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Cuidados Primários. Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados Primários De Saúde Alma-Ata. URSS, 6-12 de setembro de 1978. UNICEF – Brasil, 1979. Disponível em: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39228/9241800011\\_por.pdf;jsessionid=E4A66A656E8FCEFFB70A9BA8C8D8B890?sequence=5](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf;jsessionid=E4A66A656E8FCEFFB70A9BA8C8D8B890?sequence=5). Acesso em: 12 maio 2025.

VAN STRALEN, C. J. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, Supl. 1, p. 148-158, 2008.

VERGARA, S. C. Gestão de pessoas. São Paulo: Atlas; 2000. In: GIL, C. R. Formação de recursos humanos em saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005.

VIANA, F. D. C. Vínculo e comunicação no processo de trabalho de profissionais de saúde na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. Centro Universitário Vale do Salgado – UniVS. *Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências – RIEC*, v. 6, n. 2, p. 248-262, 2023.

VIDAL, T. B. et al. Avaliação do desempenho da atenção primária à saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2012: estudo transversal de base populacional. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, v. 27, n. 4, p. 1-10, 2018.

VIEIRA, N. F. C et al. Fatores presentes na satisfação dos usuários na Atenção Básica. **Interface**, v. 25, n. e200516, p. 1-15, 2021.

VITORIA, A. M. et al. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 285-293, 2013.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaration of Astana**. Global Conference in Primary Health Care. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>. Acesso em: 30 jul. 2023.

**APÊNDICE A – Questionário: caracterização sociodemográfica, de formação/  
qualificação profissional e de aspectos do trabalho dos profissionais de saúde  
das equipes de estratégia de saúde da família**

QUESTIONÁRIO: CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, DE FORMAÇÃO/QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL E DE ASPECTOS DO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESF.	
1.Data:	CÓDIGO:
2.Sexo: ( ) M ( ) F	
3.Idade (Anos): ( )	
4.Raça/Cor: ( ) Branco ( ) Pardo ( ) Preto ( ) Indígena ( ) Amarelo	
5.Categoria Profissional: ( ) Médico ( ) Enfermeiro	
6.Tipo de Formação Graduação	
( ) Instituição Pública ( ) Instituição Privada	
7.Especialização: S (SIM) /N (NÃO):	
( ) Título em Medicina da Família e Comunidade	
( ) Residência Medicina da Família	
( ) Residência ou Título de Clínica Médica	
( ) Residência ou Título de Pediatria	
( ) Residência ou Título de Ginecologia-Obstetrícia	
( ) Residência Multiprofissional	
( ) Especialização em Saúde da Família	
( ) Especialização em Saúde Pública	
( ) Especialização em Enfermagem Obstétrica	
( ) Especialização em Enfermagem da Família	
( ) Outras Residências	
( ) Outras Especializações	
( ) Mestrado	
( ) Doutorado	
8.Treinamentos/Educação Permanente	
-Participou de treinamento/capacitação introdutória em Atenção Primária em Saúde/Estratégia de Saúde da Família:	
( ) Sim ( ) Não	
-Sente necessidade de Educação Permanente em Saúde da Família:	
( ) Sim ( ) Não	
-Realizou atividades de Educação Permanente ofertadas pelo Município de Contagem nos últimos 06 meses? ( ) Sim ( ) Não	

<b>9. Tempo de Formado (anos):</b> (      )
<b>10. Primeiro Trabalho em Equipe de Saúde da Família:</b> (   ) Sim (   ) Não
<b>11. Tempo de atuação profissional:</b> -Na equipe de saúde atual (anos): (      ) -Na Atenção Primária à Saúde (anos): (      ) -Outros Serviços de Saúde no SUS (anos): (      )
<b>12. Vínculo Empregatício:</b> (   ) Efetivo (   ) Processo seletivo (   ) Mais Médicos (   ) Residente (   ) Pessoa Jurídica
<b>13. Percepção da Satisfação do Profissional:</b> (1. Muito Satisfeito; 2. Satisfeito; 3. Pouco Satisfeito; 4. Insatisfeito) -Com o Trabalho individual: (   ) -Com o Trabalho em Equipe: (   ) -Com a Comunidade: (   ) - Com a infraestrutura física e equipamentos da unidade de saúde: (   ) -Com o apoio propedêutico (exames complementares): (   ) -Com a retaguarda de consultas especializadas: (   ) -Com a retaguarda do atendimento de Urgência: (   ) <b>13. Percepção da Satisfação do Profissional:</b> 1 . Muito Satisfeito; 2. Satisfeito; 3. Pouco Satisfeito; 4. Insatisfeito) (   )
<b>14. Grau de motivação para o trabalho</b> 1. Muito motivado 2. Motivado 3. Pouco Motivado 4. Desmotivado): (   )
<b>15. Percepção do Grau de Violência no Território (1. Alto 2. Médio 3. Baixo):</b> (   )

Fonte: Elaborada pela autora baseada em estudos de Castro, 2012; Chomatas, 2013.

**APÊNDICE B – Fragilidades, Fortalezas e Possibilidades do SUS Contagem e atributos da APS contemplados**

Fragilidades apontadas na avaliação dos profissionais	Fortalezas do SUS Contagem para a orientação da APS a seus atributos	Possibilidades de intervenção para promover maior orientação dos serviços aos atributos da APS	Atributos da APS contemplados
-Não funcionamento do serviço em horário noturno e finais de semana	-Adesão ao Programa Saúde na Hora e Programa Mais Médicos com implantação do horário ampliado noturno e ampliação do número de equipes e profissionais nas UBS do município.	-Abertura das UBS nos finais de semana e ampliação do horário de funcionamento noturno até as 20:00.  -Ampliação desta estratégia para todas as UBS	-Acesso  -Longitudinalidade
-Indisponibilidade de modalidades de contato não presencial do usuário com os profissionais de saúde	-Informatização plena das unidades de saúde e acesso à internet	-Normatização e Implantação de formas de comunicação virtual com o usuário pela equipe de saúde (WhatsApp, Tele consulta) e telefone	-Acesso  -Longitudinalidade
-Problemas com envio de contrarreferência pelos especialistas  -Desconhecimento das consultas realizadas pelos pacientes nos serviços especializados	Informatização plena das unidades de saúde, implantação de prontuário eletrônico do cidadão e disponibilidade de sistema de informação integrado  -Presença da figura do médico gestor da clínica em cada distrito sanitário que articula e integra a comunicação entre APS, coordenação da especializada e regulação.	-Investimento em educação permanente para o uso adequado do PEC em relação ao registro de consultas pelos especialistas e profissionais da APS e monitoramento do processo;  -Incentivo à utilização das demais funcionalidades do Sistema de Informação e do PEC.  -Integração do Sistema prontuário eletrônico da urgência com os demais níveis de atenção  -Implantação do Telessaúde	-Coordenação de Cuidados  -Longitudinalidade
-Indisponibilidade de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e colocação de tala nas UBS	- Disponibilidade de serviços de cirurgia ambulatorial nos Centros de atendimento especializado e de sutura nas UPAS  -Fluxos bem estabelecidos para estes procedimentos e atividade regulatória	- Descentralização dos serviços de cirurgia ambulatorial (especialistas) para os distritos sanitários.	-Acesso  -Integralidade (Serviços Disponíveis)

	<p>oportuna para priorização de casos quando necessário</p> <p>-Unidade de Pronto Atendimento Distrito Nacional em Construção</p> <p>-Carteira de Serviços da APS que orienta o escopo dos serviços disponíveis na APS e fluxos.</p>		
<p>-Não realização de aconselhamento sobre tópicos de segurança para os pacientes;</p> <p>-Não utilização de ferramentas de abordagem familiar pelos profissionais</p>	<p>-Descrição na Carteira de Serviços de disponibilidade de ações de prevenção de violência e acidentes pela APS</p> <p>-Presença de profissionais da APS com qualificação na área de APS, com potencial de contribuição para a discussão da temática sobre ferramentas de abordagem familiar com os profissionais da APS.</p>	<p>- Sensibilização dos profissionais sobre a abordagem de temas relacionados à prevenção de violência e acidentes</p> <p>-Educação Permanente dos profissionais sobre o uso de ferramentas de abordagem familiar nas diversas situações da prática cotidiana (Projeto Técnico Tecnológico proposto pela pesquisadora – Elaboração de Cartilha sobre genograma e realização de oficinas com os profissionais e saúde).</p>	<p>-Integralidade (Serviços Prestados)</p> <p>-Orientação Familiar</p>
<p>-Não realização de pesquisa com os pacientes</p> <p>-Não realização de auditorias periódicas nos prontuários dos pacientes</p>	<p>-Presença de alunos de graduação de medicina e enfermagem e de residência em Medicina de Família e Comunidade nas UBS.</p> <p>-Realização de investigação epidemiológica e reuniões do Comitês de mortalidade materna e infantil.</p>	<p>-Ações de incentivo à realização de pesquisas clínicas e auditorias de prontuários para favorecer melhora da competência clínica e da qualidade do cuidado.</p>	<p>-Coordenação do Cuidado (Sistema de Informações)</p> <p>-Orientação Comunitária</p>
<p>-Insatisfação com a estrutura e equipamentos, apoio propedêutico, retaguarda de consultas especializadas e urgência</p>	<p>-Investimento em estrutura e equipamentos, aumento da oferta de exames e consultas especializadas.</p> <p>-Atividades regulatórias das solicitações de exame e consultas baseadas na prioridade do caso.</p> <p>-Fluxos e Protocolos bem estabelecidos para acesso a exames e especialidades</p> <p>- Unidade de Pronto Atendimento Distrito Nacional em Construção</p>	<p>-Implantação do Telessaúde</p> <p>-Investimento em estrutura e aquisição de equipamentos nas UBS (Construção e ampliação de UBS, manutenção predial e de equipamentos)</p> <p>-Aumento da oferta de consultas e exames</p> <p>-Educação Permanente para uso racional de exames e</p>	<p>-Acesso</p> <p>-Longitudinalidade</p> <p>-Integralidade (Serviços Disponíveis e Prestados)</p> <p>-Coordenação (Sistema de Informação e Integração de Cuidados)</p>

	<p>-Ações para melhor aproveitamento das consultas e exames e redução do absenteísmo a consultas</p> <p>-Presença da figura do médico gestor da clínica em cada distrito sanitário que articula e integra a comunicação entre APS, coordenação da especializada, regulação e urgência.</p> <p>-Rede de atenção especializada organizada e atendimento de urgência descentralizado (UPAS – Unidades de Pronto Atendimento))</p>	<p>encaminhamentos para outros níveis de atenção</p> <p>-Maior articulação entre os serviços da APS, atenção especializada e UPAS</p>	
<p>-Percepção de grau de violência médio e alto pela maioria dos profissionais</p>	<p>-Investimento em atividades Educação Permanente e ações para a promoção de cultura de paz e prevenção à violência.</p> <p>-Fluxos e protocolos para atendimento a situações de 'violências' bem estabelecidos</p>	<p>-Ações e atividades de prevenção à violência junto à comunidade nos territórios, conselhos locais de saúde, ações intersetoriais)</p> <p>-Maior investimento em Educação Permanente nesta temática</p> <p>-Apoio aos profissionais da APS em relação a situações de violência vivenciadas na prática cotidiana</p> <p>-Implementação de medidas para maior segurança nas Unidades de Saúde (Patrimonial e Pessoal)</p>	<p>-Integralidade (Serviços prestados)</p> <p>-Orientação Familiar</p> <p>-Orientação Comunitária</p>

**ANEXO A – Instrumento de Avaliação da Atenção Primária PCATool – Brasil  
versão profissionais médicos e enfermeiros (versão extensa)**

<b>PCATool – Brasil versão profissionais médicos e enfermeiros (versão extensa)</b>				
<b>ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE (A1 A9)</b>				
<b>POR FAVOR INDIQUE A MELHOR OPÇÃO</b>				
A1. O seu serviço de saúde está aberto no sábado e/ou no domingo?				
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(0) Não sei/Não lembro
A2. O seu serviço de saúde está aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?				
A3. Quando o seu serviço de saúde está aberto e algum(a) paciente adoecer, alguém do seu serviço o(a) atende no mesmo dia?				
A4. Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) se acreditam ser necessário?				
A5. Quando o seu serviço de saúde está fechado e os pacientes adoecem, existe um número de telefone ou contato de ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) o qual possam contatar?				
A6. Quando o seu serviço de saúde está fechado no sábado e no domingo e algum(a) paciente adoecer, alguém do seu serviço o(a) atende no mesmo dia?				
A7. Quando o seu serviço de saúde está fechado e algum(a) paciente adoecer durante a noite, alguém do seu serviço o(a) atende na mesma noite?				
A8. É fácil para um(a) paciente marcar uma consulta de revisão (consulta de rotina, checkup) no seu serviço de saúde?				
A9. Na média, os pacientes precisam esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo(a) médico(a) ou pelo(a) enfermeiro(a) (sem considerar a triagem ou o acolhimento)?				

<b>LONGITUDINALIDADE (B1 a B13)</b>				
<b>POR FAVOR INDIQUE A MELHOR OPÇÃO</b>				
B1. No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a)?				
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
B2. Você consegue entender as perguntas dos seus pacientes?				
B3. Você acredita que os seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta?				
B4. Se os pacientes têm uma pergunta sobre a saúde deles, podem telefonar ou utilizar alguma formade comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) e falar com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que os conhece melhor?				
B5. Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem (discutirem) sobre as suas preocupações ou problemas?				
B6. Você acredita que os seus pacientes se sentem confortáveis ao contar para você as suas preocupações ou problemas?				
B7. Você acredita que conhece “muito bem” os pacientes do seu serviço de saúde?				
B8. Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?				
B9. Você sabe quais problemas são mais importantes para os seus pacientes?				
B10. Você conhece a história clínica (história médica) completa de cada paciente?				
B11. Você sabe qual o trabalho ou o emprego de cada paciente?				
B12. Você saberia se os seus pacientes tivessem problemas em obter ou pagar por medicamentos receitados?				
B13. Você sabe a respeito de todos os medicamentos que os seus pacientes estão tomando?				

<b>COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS (C1 a C6)</b>				
<b>POR FAVOR INDIQUE A MELHOR OPÇÃO</b>				
C1. Você sabe de todas as consultas que os seus pacientes fazem com especialistas ou nos serviços especializados?				
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
C2. Quando os seus pacientes necessitam de encaminhamento, você discute sobre os diferentes serviços onde eles podem ser atendidos?				
C3. Alguém do seu serviço de saúde ajuda o(a) paciente a marcar essa consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado?				
C4. Quando os seus pacientes são encaminhados, você fornece aos pacientes alguma informação que seja para o(a) especialista ou serviço especializado?				
C5. Você recebe do(a) especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o(a) paciente encaminhado(a)?				
C6. Após a consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado, você conversa com o(a) seu(sua) paciente sobre os resultados dessa consulta?				

<b>COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES (D1 a D8)</b>				
<b>POR FAVOR INDIQUE A MELHOR OPÇÃO</b>				
D1. Você solicita aos pacientes que tragam os seus registros médicos recebidos em atendimentos anteriores (ex.: fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação, resultados de exames de laboratório)?				
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
D2. Se os pacientes quisessem, você permitiria que eles examinassem os prontuários deles?				
D3. Os prontuários dos pacientes estão sempre disponíveis quando você os atende?				
<b>VOCÊ UTILIZA OS SEGUINTE MÉTODOS PARA ASSEGURAR QUE OS SERVIÇOS INDICADOS ESTÃO SENDO FORNECIDOS?</b>				
D4. Fluxogramas dos resultados dos exames laboratoriais				
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
D5. "Guidelines" /protocolos impressos junto aos prontuários dos pacientes				
D6. Auditorias periódicas dos prontuários médicos				
D7. Lista de problemas no prontuário dos pacientes				
D8. Lista de medicamentos em uso no prontuário dos pacientes				

<b>INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS (E1 a E22)</b>				
<b>SE UM(A) PACIENTE NECESSITA DE QUALQUER DOS SEGUINTE SERVIÇOS, PODERIA OBTÊ-LOS NO SEU SERVIÇO DE SAÚDE?</b>				
E1. Aconselhamento sobre nutrição ou dieta				
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
E2. Vacinas (imunizações)				
E3. Verificar se a família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais (ex.: Programa Bolsa Família, Tarifa Social)				
E4. Avaliação da saúde bucal (exame dentário)				
E5. Tratamento dentário				
E6. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais				
E7. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas lícitas ou ilícitas (ex.: álcool, cocaína, remédios para dormir)				
E8. Aconselhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão)				
E9. Sutura de um corte que necessite de pontos				
E10. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV				
E11. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)				
E12. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)				
E13. Colocação de tala (ex.: para tornozelo torcido)				
E14. Remoção de verrugas				
E15. Exame preventivo para câncer de colo do útero (CP, Teste Papanicolau)				
E16. Aconselhamento sobre tabagismo (ex.: como parar de fumar)				
E17. Cuidados pré-natais				
E18. Remoção de unha encravada				
E19. Orientações sobre os cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma)				
E20. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair)				
E21. Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do(a) paciente (ex.: curativos, troca de sondas, banho na cama)				
E22. Inclusão em programa de suplementação nutricional (ex.: leite, alimentos)				

<b>INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS (F1 a F18)</b>				
<b>VOCÊ DISCUTE OS SEGUINTESS ASSUNTOS COM OS SEUS PACIENTES OU SEUS RESPONSÁVEIS?</b>				
F1. Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente)				
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
F2. Segurança no lar (ex.: como guardar medicamentos com segurança, proteção para piscina, proteção para tomada)				
F3. Orientações sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro ou sobre como evitar que crianças tenham queda de altura				
F4. Maneiras de lidar com conflitos familiares				
F5. Orientações sobre exercícios físicos apropriados				
F6. Níveis de colesterol				
F7. Medicações em uso				
F8. Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex.: veneno para formiga/para rato, água sanitária) no lar, no trabalho ou na vizinhança				
F9. Disponibilidade, armazenagem e segurança de armas				
F10. Prevenção de queimaduras (ex.: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias)				
F11. Prevenção de quedas				
F12. Prevenção de osteoporose em mulheres				
F13. Cuidado de problemas comuns relacionados à menstruação ou à menopausa				
<b>VOCÊ DISCUTE OS SEGUINTESS ASSUNTOS COM A CRIANÇA E/OU PAIS/ RESPONSÁVEL PELOS CUIDADOS DE SAÚDE DA CRIANÇA?</b>				
F14. Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças				

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
F15. Mudanças de crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária (ex.: quando a criança irá caminhar, controlar o xixi)				
F16. Tópicos de segurança para crianças menores de 6 anos: ensiná-las a atravessar a rua em segurança e a usar assentos de segurança para crianças nos carros				
F17. Tópicos de segurança para crianças entre 6 e 12 anos: manter distância das armas, usar cintos de segurança e usar capacetes (para ciclistas)				
F18. Tópicos de segurança para crianças acima de 12 anos: sexo seguro, dizer não às drogas, não beber e dirigir				

<b>ORIENTAÇÃO FAMILIAR (G1 a G14)</b>				
<b>POR FAVOR, INDIQUE A MELHOR OPÇÃO.</b>				
G1. Você pergunta aos pacientes quais são as suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e o cuidado do paciente ou alguém da família?				
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
G2. Você pergunta sobre doenças ou problemas de saúde que podem ocorrer na família dos pacientes?				
G3. Você está disposto(a) e capacitado(a) para se reunir com membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou familiar?				
<b>OS SEGUINTE ITENS SÃO INCLUÍDOS COMO PARTE ROTINEIRA DA SUA AVALIAÇÃO DE SAÚDE?</b>				
G4. Uso de genogramas e/ou outros instrumentos de avaliação do funcionamento familiar				
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
G5. Discussão sobre fatores de risco familiares (ex.: genéticos)				
G6. Discussão sobre recursos econômicos da família dos pacientes				
G7. Discussão sobre fatores de risco sociais (ex.: perda de emprego)				
G8. Discussão sobre condições de vida (ex.: refrigerador em condições de funcionamento)				
G9. Discussão sobre estado de saúde de outros membros da família				
G10. Discussão sobre as funções parentais				
G11. Avaliação de sinais de abuso infantil				
G12. Avaliação de sinais de crise familiar				
G13. Avaliação do impacto da saúde do paciente sobre o funcionamento da família				
G14. Avaliação do nível de desenvolvimento familiar				

<b>ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA (H1 a H21)</b>				
<b>POR FAVOR, INDIQUE A MELHOR OPÇÃO.</b>				
H1. Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?				
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
H2. Você acredita que o seu serviço de saúde tem o conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade atendida?				
H3. No seu serviço de saúde são obtidas opiniões e ideias da comunidade sobre como melhorar os serviços de saúde?				
H4. No seu serviço de saúde podem ser adaptados serviços ou programas em resposta a problemas específicos de saúde da comunidade?				
<b>NO SEU SERVIÇO DE SAÚDE, OS SEGUINTE TIPOS DE DADOS SÃO UTILIZADOS PARA DETERMINAR QUAIS OS PROGRAMAS OU SERVIÇOS SÃO NECESSÁRIOS À COMUNIDADE ATENDIDA?</b>				
H5. Informações de mortalidade (dados sobre óbitos)				
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
H6. Dados de doenças de notificação compulsória (ex.: DSTs, TB)				
H7. Taxas de imunização da comunidade				
H8. Dados secundários sobre saúde e riscos ocupacionais				
H9. Informações clínicas do próprio serviço (ex.: número de gestantes, número de pacientes hipertensos, número de pacientes com TB)				
<b>NO SEU SERVIÇO DE SAÚDE OS SEGUINTE MÉTODOS SÃO UTILIZADOS PARA MONITORAR E/OU AVALIAR A EFETIVIDADE DOS SERVIÇOS OU PROGRAMAS?</b>				
H10. Pesquisas com os seus pacientes				
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
H11. Pesquisas na sua comunidade				
H12. Feedback (retorno das informações) de organizações comunitárias ou conselhos gestores de saúde				
H13. Feedback (retorno das informações) da equipe de saúde				
H14. Análise de dados de saúde locais ou estatísticas vitais				
H15. Avaliações sistemáticas de seus programas e serviços prestados				
H16. Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde				
H17. Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde				
H18. Atuar em rede com agências estatais e locais envolvidas com grupos culturalmentediversos				
H19. Vínculos com serviços/organizações religiosas				
H20. Envolvimento com associações de moradores/lideranças comunitárias				
H21. Agentes comunitários de saúde ou membros do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde				

Fonte: Adaptado de BRASIL (2020).

## ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa "Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na perspectiva dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família". O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é a possibilidade de ampliar os conhecimentos sobre como os atributos da Atenção Primária vêm sendo operacionalizados, sob o ponto de vista dos profissionais de saúde, propiciando contribuições para o serviço, gestão, usuários e profissionais, impactando positivamente na qualidade do cuidado da APS. Nesta pesquisa pretendemos avaliar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária na perspectiva dos médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família dos Distritos Ressaca e Nacional, Município de Contagem, contribuindo para a discussão dos processos avaliativos na Atenção Primária e para melhorias dos serviços de saúde oferecidos à população na Atenção Primária no Município de Contagem.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: você responderá a dois questionários auto aplicados, sendo o primeiro questionário referente ao Instrumento PCA-Tool (Primary Care Assessment Tool) e o segundo questionário com questões sobre o seu perfil sociodemográfico, de formação/qualificação profissional e aspectos laborais.

Esta pesquisa tem alguns riscos, que são classificados como mínimos, isto é, os mesmos riscos que se corre nas atividades cotidianas como conversar e responder perguntas e enquetes.

Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, é garantido o sigilo em relação às suas respostas, as quais serão tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos e para isto não há identificação nominal no formulário nem no banco de dados, a fim de garantir o seu anonimato. A resposta aos questionários é através de autoaplicação, ou seja, você responderá aos questionários sem a presença de um entrevistador, de forma que você se sinta mais à vontade e forneça respostas mais condizentes com a sua realidade de trabalho. Caso concorde em participar da pesquisa você receberá todas as orientações necessárias através da pesquisadora, no seu local de trabalho e terá um período de 10(dez) dias para responder aos questionários, quando então a própria pesquisadora recolherá a documentação em envelope lacrado.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizemos com você nesta pesquisa, você tem direito a buscar indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). A pesquisadora não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, a pesquisadora avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

Nome do Pesquisador Responsável: Giulliana Cantoni Di Spirito  
 Campus Universitário da UFJF Rua José Loureço Kelmer, s/n, Martelos – Campus da Universidade Federal de Juiz de Fora  
 Faculdade/Departamento/Instituto: Núcleo de Assessoria Treinamentos e Estudos em Saúde – NATES/UFJF  
 CEP: 36036-900  
 Fone: (32) 2102 3830 Contato da pesquisadora: (31) 992330539  
 E-mail: giullianacantoni@yahoo.com.br

Rubrica do Participante de  
 pesquisa ou  
 responsável: \_\_\_\_\_  
 Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_

O CEP avalia protocolos de pesquisa que envolve seres humanos, realizando um trabalho cooperativo que visa, especialmente, à proteção dos participantes de pesquisa do

Brasil. Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propp@ufjf.br

## ANEXO C – Carta de anuência para solicitação de pesquisa



MUNICÍPIO DE CONTAGEM  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CONTAGEM

### CARTA DE ANUÊNCIA PARA SOLICITAÇÃO DE PESQUISA

Em resposta à solicitação para realização de pesquisa pela pesquisadora **GIULLIANA DE AGUIAR CANTONI DI SPIRITO**, responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado "AVALIAÇÃO DA PRESENÇA E EXTENSÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA", que tem como objetivo geral: "avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na perspectiva dos médicos e enfermeiros da Estratégica de Saúde da Família dos Distritos Sanitários Ressaca e Nacional do município de Contagem".

1. A execução do projeto foi autorizada pela Sra. Kacilda L. S. Assis, Diretora da Atenção Básica/SAS, através do Controle de Tramitação 013/2023/DDH/SMS;
2. A Secretaria Municipal de Saúde não terá nenhuma despesa decorrente da participação nessa pesquisa;
3. Informamos que para ter acesso à Secretaria Municipal de Saúde e dar início à coleta de dados, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e o parecer consubstanciado, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).
4. O período de conclusão da coleta de dados será de no máximo 2 (dois) anos. Caso seja necessário um maior período, deverá ser realizada a solicitação da prorrogação com apresentação de justificativa.
5. A servidora Cynthia Andréia Antão Pires matrícula 142052, lotada na Diretoria de Atenção Básica/SAS, fará o acompanhamento da pesquisa e coletas de dados;
6. Os resultados desta pesquisa devem ser apresentados à Superintendência de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem/MG, após obtenção do título.

Diante de tais considerações, autorizamos a pesquisa.

Ressaltamos a necessidade de que os autores deixem explícito, em toda e qualquer publicação feita a partir dessa pesquisa, a participação do SUS Contagem.

À disposição para quaisquer esclarecimentos necessários.

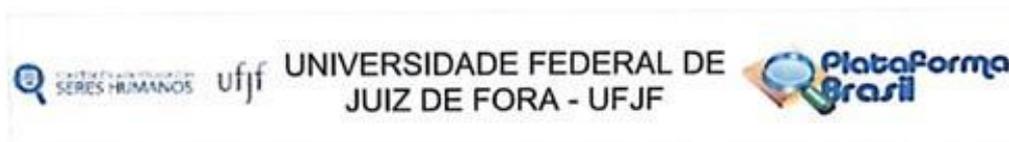
Contagem, 08 de fevereiro de 2023

FABRÍCIO HENRIQUE DOS SANTOS SIMÕES  
Secretário Municipal de Saúde de Contagem  
Matrícula: 1442301

**FABRÍCIO HENRIQUE DOS SANTOS SIMÕES**  
Secretário Municipal de Saúde

Avenida General David Sarnoff, 3113 / Cidade Industrial / Contagem / MG  
CEP 32.210-110 / Telefone: (31) 3363-5276 / www.contagem.mg.gov.br

## ANEXO D – Parecer consubstanciado do conselho de ética em pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na perspectiva dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família.

**Pesquisador:** GIULLIANA DE AGUIAR CANTONI DI SPIRITO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 68934823.3.0000.5147

**Instituição Proponente:** NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.083.772

#### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

"Trata-se de um estudo avaliativo, com delineamento transversal e abordagem quantitativa. A população do estudo será composta por todos os profissionais de saúde de nível superior (médicos e enfermeiros), de ambos os sexos, que integram as Equipes da Estratégia de Saúde (EESF) dos Distritos Nacional e Ressaca, no Município de Contagem, Minas Gerais, Brasil".

#### Objetivo da Pesquisa:

As informações elencadas foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

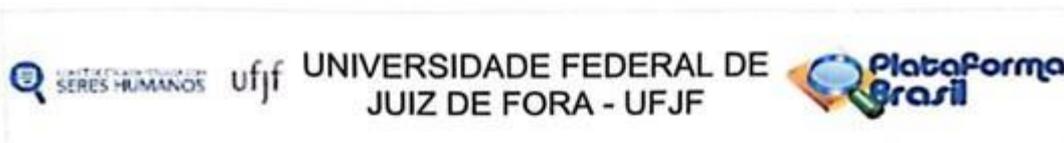
**Objetivo Primário:** Avaliar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária na perspectiva dos médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família dos Distritos Ressaca e Nacional, Município de Contagem.

**Objetivo Secundário:** -Caracterizar o perfil sociodemográfico, de formação/qualificação profissional e de aspectos de trabalho dos médicos e enfermeiros da ESF;-Avaliar a relação entre a qualificação profissional e o grau de orientação dos serviços para os atributos da APS;-Avaliar a percepção dos profissionais sobre aspectos do trabalho e sua associação com o desempenho dos atributos da APS".

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As informações elencadas foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 6.083.772

\*Os riscos existentes de exposição dos participantes e dos dados oriundos da resposta aos questionários do estudo são mínimos. Serão adotadas algumas medidas minimizadoras de risco para os participantes da pesquisa conforme diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466 de Dezembro de 2012 (BRASIL,2012): os dados da pesquisa serão anonimizados, com a garantia da não identificação nominal nos questionários, nem no banco de dados e serão utilizados de forma agregada, com a garantia do sigilo em relação às respostas, as quais serão lidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos e de acesso apenas pela equipe de pesquisa. A coleta de dados se dará na própria unidade de saúde, na privacidade do profissional, optando-se pela autoaplicação dos instrumentos, com o objetivo de evitar a possibilidade de constrangimento e intimidação. Desconfortos durante a participação do estudo serão minimizados, garantindo aos participantes liberdade para

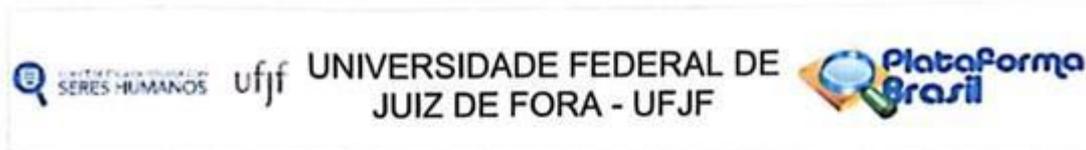
não responder questões constrangedoras e fornecendo explicações necessárias para responder às questões. Será assegurado ao participante da pesquisa, o direito de acesso ao teor do conteúdo do instrumento (tópicos que serão abordados) antes de responder as perguntas, para uma tomada de decisão informada. Será garantida ao participante, a liberdade de se recusar a ingressar e participar do estudo, sem penalização alguma por parte dos pesquisadores e que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar sua condição e relação civil e social com a equipe de pesquisa. Será garantido aos participantes confidencialidade e privacidade; não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico – financeiro. Serão respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes dos (as) participantes.

**Benefícios:** Pretende-se colaborar para a discussão dos processos avaliativos na APS no Município e ampliar os conhecimentos sobre como os atributos da APS vêm sendo operacionalizados, sob o ponto de vista dos profissionais de saúde, indicando as características do serviço que necessitam de mudança e possibilitando intervenção sobre os processos de trabalho nas Equipes de Saúde da Família. Espera-se propiciar contribuições para o serviço, gestão, usuários e profissionais, impactando positivamente na assistência prestada pelos profissionais da APS, refletindo melhora na qualidade do cuidado na APS e consequentemente fortalecendo o Sistema Único de Saúde".

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 E-mail: cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 6.083.772

resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS.

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

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CEPs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

**Recomendações:**

Enviar ao CEP/UFJF o Relatório Final após concluído o estudo.

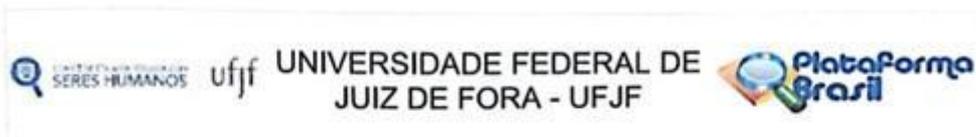
**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS, segundo este relator, aguardando a análise do Colegiado. Data prevista para o término da pesquisa: 31/08/2024.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 E-mail: cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 6.083.772

projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2093689.pdf	19/04/2023 12:40:47		Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES_MARIO_CIRIO.pdf	19/04/2023 12:39:48	GIULLIANA DE AGUIAR CANTONI DI SPIRITO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_FINAL_PBRASIL_REVISADO.pdf	19/04/2023 12:19:14	GIULLIANA DE AGUIAR CANTONI DI SPIRITO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMENTO_CEP.docx	19/04/2023 11:52:59	GIULLIANA DE AGUIAR CANTONI DI SPIRITO	Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES_FINALIZADO.pdf	18/04/2023 21:56:32	GIULLIANA DE AGUIAR CANTONI DI SPIRITO	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	TERMO_SIGILO_CONFIDENCIALIDADE_assinado.pdf	18/04/2023 21:45:23	GIULLIANA DE AGUIAR CANTONI DI SPIRITO	Aceito
Outros	INSTRUMENTOS_A_E_B.docx	18/04/2023 20:56:02	GIULLIANA DE AGUIAR CANTONI DI SPIRITO	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACAO_CONCORDANCIA.pdf	03/04/2023 21:41:09	GIULLIANA DE AGUIAR CANTONI DI SPIRITO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_assinada.pdf	27/03/2023 22:20:31	GIULLIANA DE AGUIAR CANTONI DI SPIRITO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 E-mail: cep.propp@ufjf.br



ufjf

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA - UFJF

Continuação do Parecer: 6.083.772

JUIZ DE FORA, 26 de Maio de 2023

---

Assinado por:Patricia Aparecida Baumgratz de Paula  
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

E-mail: cep.propp@ufjf.br