

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

LAÍS FRAGA ALVES DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PELOS
ENFERMEIROS DE UM MUNICÍPIO MINEIRO**

Alfenas/MG

2020

LAÍS FRAGA ALVES DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PELOS
ENFERMEIROS DE UM MUNICÍPIO MINEIRO**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Gestão em Serviços de Saúde e Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Simone Albino da Silva
Coorientador: Prof. Dr. Murilo César do Nascimento

Alfenas/MG

2020

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfnas

O48a Oliveira, Laís Fraga Alves de.
Avaliação da qualidade da estratégia de saúde da família pelos
enfermeiros de um município mineiro / Laís Fraga Alves de Oliveira. –
Alfnas/MG, 2020.
115f. : il. --

Orientadora: Simone Albino da Silva.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de
Alfnas, 2020.
Bibliografia.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação em Saúde. 3. Qualidade,
Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. 4. Profissional de Saúde. 5.
Enfermeiros. I. Silva, Simone Albino. II. Título.

CDD-610.73

LAÍS FRAGA ALVES DE OLIVEIRA

Avaliação da qualidade da Estratégica Saúde da Família pelos enfermeiros de um município mineiro

A Banca examinadora abaixo-assinada aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovada em: 20 de fevereiro de 2020

Profa. Dra. Simone Albino da Silva

Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Fernanda Moura Lanza

Instituição: Universidade Federal de São João Del Rei

Profa. Dra. Roberta Seron Sanchez

Instituição: Universidade Federal de Alfenas



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Moura Lanza, Usuário Externo**, em 20/02/2020, às 16:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Simone Albino da Silva, Professor do Magistério Superior**, em 21/02/2020, às 13:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Roberta Seron Sanches, Professor do Magistério Superior**, em 21/02/2020, às 13:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0266731** e o código CRC **9FE06740**.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me conduzir e me manter firme na caminhada, mesmo diante dos obstáculos.

A minha orientadora, Simone Albino da Silva, todo o meu carinho e respeito. Obrigada pelos conselhos, experiências trocadas e por facilitar de uma maneira tão especial todo o conhecimento adquirido nessa trajetória. Ao meu coorientador Murilo César do Nascimento conselheiro, agradeço o conhecimento e a sabedoria sempre compartilhados.

Agradeço a minha mãe Lucinete Fraga pelo apoio, incentivo e por sempre me proporcionar o melhor para conquistar os meus sonhos e me tornar a profissional que sou hoje.

Ao meu marido Felipe Barcelos de Oliveira, obrigada por seu apoio, por seus conselhos e paciência.

A minha irmã Jéssica Paula Fraga Alves, pela constante e presente torcida.

Aos colegas do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, pelo apoio e pelo companheirismo nesse processo.

“O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Brasil (CAPES)- Código de Financiamento 001”.

RESUMO

A qualidade na perspectiva dos profissionais significa observar se o serviço satisfaz as necessidades definidas dentro das normas do sistema de saúde e se as técnicas e procedimentos necessários são executados de forma apropriada e resolutiva. No nível da atenção primária, o enfermeiro é um profissional de fundamental importância, pois incorpora a avaliação no ciclo administrativo do seu processo de trabalho rotineiro, portanto configura-se como informante-chave em pesquisas avaliativas. O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade da ESF na perspectiva dos enfermeiros. Realizou-se uma pesquisa avaliativa, quantitativa e transversal, desenvolvida com 27 enfermeiros de um município da região Sul do Estado de Minas Gerais, Brasil. A coleta de dados ocorreu em novembro de 2018 por meio de entrevistas, utilizando os instrumentos questionário de caracterização do profissional, o Primary Health Assessment Tool (PCA-Tool) - versão profissional de saúde e algumas subdimensões do instrumento Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), utilizando a ferramenta no Google Forms. A análise foi realizada a partir das orientações dos próprios instrumentos, importaram-se os dados do Google Forms para planilha eletrônica a partir da qual procedeu-se à abordagem descritiva-analítica das respostas por meio do software Statistical Package for the Sciences – SPSS (versão-20.0). Para comparações entre os instrumentos, foram utilizados os testes Pearson, Shapiro Wilk, ANOVA, Kruskal Wallis, Fisher e o teste Tukey. Encontrou-se que a maioria dos enfermeiros era do sexo feminino, idade média de 36,26 anos, carga horária de trabalho de 40 horas semanais na unidade de saúde à qual estava vinculada por concurso, não possuindo outro emprego ou atividade remunerada, e com especialização em saúde da família. As médias de tempo foram: 11,56 anos de formado, 7,67 anos de tempo de trabalho em estratégia de saúde da família e 2,35 anos de tempo na unidade atual. Sobre a avaliação da presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da atenção primária, obtiveram-se resultados satisfatórios. Encontrou-se desempenho positivo para os atributos longitudinalidade, coordenação - sistema de informação, integridade e orientação familiar. Não alcançaram o escore satisfatório a acessibilidade, a coordenação – integração do cuidado e orientação comunitária. Nas subdimensões de qualidade avaliadas pelo AMAQ, a maioria apresentou maior percentual nas classificações satisfatório e muito satisfatório, com exceção da subdimensão educação permanente e qualificação. Na análise de associação das variáveis, o vínculo empregatício dos concursados interferiu positivamente na avaliação do atributo coordenação – sistemas de informação. Conclusão: A avaliação da qualidade da ESF na perspectiva dos enfermeiros deste nível assistencial foi considerada satisfatória, tanto na avaliação do PCA-Tool quanto nas subdimensões do AMAQ. As fragilidades encontradas foram os atributos acessibilidade, coordenação-integração do cuidado e orientação comunitária e na subdimensão educação permanente e qualificação, subsidiando a elaboração de estratégias que visem a melhorar a qualidade da assistência.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. Profissional de Saúde. Enfermeiros.

ABSTRACT

Quality from the perspective of professionals means observing whether the service meets the needs defined within the norms of the health system and whether the necessary techniques and procedures are carried out in an appropriate and resolute manner. At the level of primary care, the nurse is a professional of fundamental importance, as it incorporates the evaluation in the administrative cycle of its routine work process, therefore it is configured as a key informant in evaluative research. The objective of this study is to evaluate the quality of the Family Health Strategy from the perspective of nurses. An evaluative, quantitative and cross-sectional research was carried out with 27 nurses from a municipality in the southern region of the State of Minas Gerais, Brazil. Data collection took place in November 2018 through interviews, using the professional characterization questionnaire instruments, the Primary Health Assessment Tool (PCA-Tool) - health professional version and some sub-dimensions of the Self-Assessment Tool for Improving Access and of Primary Care Quality (AMAQ), using the tool in Google Forms. The analysis was performed based on the guidelines of the instruments themselves, data from Google Forms were imported into an electronic spreadsheet, from which the descriptive-analytical approach of the responses was carried out using the Statistical Package for the Sciences - SPSS software (version -20.0). For comparisons between instruments, Pearson, Shapiro Wilk, ANOVA, Kruskal Wallis, Fisher and Tukey tests were used. It was found that the majority of nurses were female, with an average age of 36.26 years, a workload of 40 hours per week in the health unit to which they were linked by competition, not having another job or paid activity, and with specialization in family health. The averages of time were: 11.56 years since graduation, 7.67 years of work time in family health strategy and 2.35 years of time in the current unit. On the assessment of the presence and extent of the essential and derived attributes of primary care, satisfactory results were obtained. Positive performance was found for the attributes longitudinality, coordination - information system, integrality and family orientation. Accessibility, coordination - integration of care and community guidance did not reach the satisfactory score. In the sub-dimensions of quality assessed by AMAQ, the majority had a higher percentage in the satisfactory and very satisfactory classifications, with the exception of the sub-dimension permanent education and qualification. In the analysis of the association of variables, the employers' employment relationship positively interfered in the evaluation of the coordination attribute - information systems. Conclusion: The evaluation of the quality of the FHS from the perspective of nurses at this level of care was considered satisfactory, both in the evaluation of the PCA-Tool and in the sub-dimensions of the AMAQ. The weaknesses found were the attributes accessibility, coordination-integration of care and community guidance and in the sub-dimension permanent education and qualification, supporting the development of strategies aimed at improving the quality of care.

Keywords: Primary Health Care. Health Evaluation. Health Care Quality, Access, and Evaluation. Health Personnel. Nurses.

LISTA DE FIGURA

Figura 1- Atributos e funções da APS.....	21
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Dimensões na qualidade em saúde.....	24
Quadro 2-	Estrutura do Instrumento AMAQ.....	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Caracterização do perfil dos enfermeiros de ESF, segundo as variáveis: sexo, carga horária semanal, vínculo empregatício, outros empregos/atividades e formação. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27).....	35
Tabela 2-	Caracterização do perfil dos enfermeiros de ESF, segundo as variáveis: idade, tempo de formado, tempo de trabalho em ESF, tempo de trabalho na atual ESF. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27).....	36
Tabela 3-	Valores da média, valores mínimos e máximos e desvio padrão dos escores dos atributos da APS, do escore essencial, derivado e geral. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27).....	37
Tabela 4-	Percentual de respostas aos itens que compõem o atributo acessibilidade. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27).....	38
Tabela 5-	Percentual de respostas aos itens que compõem o atributo longitudinalidade. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27).....	39
Tabela 6-	Percentual de respostas aos itens que compõem o atributo coordenação-integração do cuidado. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27).....	40
Tabela 7-	Percentual de respostas aos itens que compõem o atributo coordenação-sistema de informação. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27).....	40
Tabela 8-	Percentual de respostas aos itens que compõem o atributo integralidade- serviços disponíveis. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27).....	41
Tabela 9-	Percentual de respostas aos itens que compõem o atributo integralidade-serviços prestados. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27).....	43
Tabela 10-	Percentual de respostas aos itens que compõem o atributo orientação familiar. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27).....	44
Tabela 11-	Percentual de respostas aos itens que compõem o atributo orientação comunitária. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27).....	44
Tabela 12-	Frequência e proporção da classificação das subdimensões do AMAQ pelos enfermeiros. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27).....	45
Tabela 13-	Média e erro padrão de resposta aos itens que compõem a subdimensão educação permanente. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27).....	46

Tabela 14-	Média e erro padrão de resposta aos itens que compõem a subdimensão monitoramento e avaliação. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27).....	46
Tabela 15-	Média e erro padrão de resposta aos itens que compõem a subdimensão infraestrutura e equipamentos. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27).....	47
Tabela 16-	Média e erro padrão de resposta aos itens que compõem a subdimensão insumos, imunobiológicos e medicamentos. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27).....	48
Tabela 17-	Média e erro padrão de resposta aos itens que compõem a subdimensão educação permanente e qualificação das equipes de atenção básica. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27).....	48
Tabela 18-	Média e erro padrão de resposta aos itens que compõem a subdimensão organização do processo de trabalho. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27).....	49
Tabela 19-	Média e desvio padrão da escala de Coordenação Sistema de Informação comparado com o Vínculo Empregatício. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27).....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIS	Ações Integradas de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMAQ	Autoavaliação da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CAPS	Centro de atenção Psicossocial
CAPS/AD	Centro de atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CRM	Conselho Regional de Medicina
CTA	Centro de Aconselhamento e Testagem
DP	Desvio Padrão
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programas de Agentes Comunitários de Saúde
PCA-TOOL	Primary Care Assessment Tool
PDR-MG	Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	16
2.1	OBJETIVO GERAL.....	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1	ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA APS.....	17
3.2	A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE.....	22
4	MÉTODO	26
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	26
4.2	CENÁRIO DE ESTUDO.	26
4.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	28
4.4	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	28
4.5	INSTRUMENTOS PARA COLETA.....	28
4.6	TRATAMENTOS E ANÁLISE.....	32
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	33
5	RESULTADOS	34
5.1	PERCEPÇÃO DO PESQUISADOR EM CAMPO.....	34
5.2	CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS PROFISSIONAIS.....	35
5.3	ESCORES DOS ATRIBUTOS DA APS.....	36
5.4	AS SUBDIMENSÕES DO AMAQ.....	45
5.5	ANÁLISE DE ASSOCIAÇÃO ENTRE OS INSTRUMENTOS.....	50
6	DISCUSSÃO	52
6.1	ANÁLISE DESCRITIVA SOBRE A CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS PROFISSIONAIS.....	52
6.2	ANÁLISE DOS ESCORES DOS ATRIBUTOS DA APS E DA ASSOCIAÇÃO ENTRE OS INSTRUMENTOS.....	55
6.3	ANÁLISE DESCRITIVA DAS SUBDIMENSÕES DO AMAQ.....	64
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS	74
	APÊNDICES	87
	ANEXOS	92

1 INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) é um conceito polissêmico e fundamental para os sistemas de saúde. Na vertente dos sistemas públicos de saúde, encontra-se mais estofa na definição cunhada durante a Conferência de Alma Ata (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; 1978, p.2), na qual:

os cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

Para Oliveira e Pereira (2013), a APS apresenta dois aspectos distintos e interdependentes: é uma estratégia de organização e de reorganização dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção, e um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde.

Hoje, quatro décadas depois de Alma – Ata, a APS é a materialização da conquista do direito à saúde para a população brasileira (MENDES, 2015). Na construção do SUS e na Reforma Sanitária, buscou-se uma nova denominação para atenção primária que sofreu resistência ideológica por parte de alguns autores, pois este termo se propagava internacionalmente com propósito seletivo. Logo, na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) - 01/91, o termo “Atenção Básica de Saúde” foi utilizado na reorientação do modelo assistencial, fundamentado em um sistema integrado e universal de atenção à saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

A APS no Brasil é intitulada como Atenção Básica (AB) e atualmente esses termos são considerados como equivalentes pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017a). Sua principal estratégia para a expansão e consolidação é a saúde da família que é a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) onde são acolhidos, atendidos e/ou referenciados para outro nível de atenção.

Na literatura internacional Starfield (2002), identificaram-se eixos estruturantes para o funcionamento da APS, que receberam o nome de atributos, divididos em

essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural.

Esses atributos foram muito utilizados pelo Ministério da Saúde na organização do processo de trabalho das equipes da estratégia saúde da família (ESF), sendo identificados nas últimas três políticas nacionais de atenção básica (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2006a).

A presença desses atributos está relacionada com a garantia dos resultados e da qualidade da atenção na APS (MENDES, 2015). Podem ser avaliados separadamente, apesar de estarem inter-relacionados na prática assistencial, individual ou coletiva dos serviços (BRASIL, 2010).

Buscando mensurar a qualidade da APS, o Ministério da Saúde tem incentivado o uso do Primary Care Assessment Tool (PCA-Tool) -Brasil para avaliar e monitorar a qualidade das equipes de saúde da família (BRASIL, 2010). Tem implementado, ainda, iniciativas de avaliação como Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) no qual utiliza o instrumento de autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (AMAQ).

Ambos os instrumentos são embasados na teoria sobre avaliação da qualidade da estrutura, do processo e dos resultados dos serviços de saúde desenvolvida por Avedis Donabedian, segundo a qual a componente qualidade da estrutura corresponde às características do serviço; o processo, às ações por parte dos profissionais de saúde e das populações; e os resultados, ao estado de saúde alcançado (DONABEDIAN, 1988).

O processo de avaliação em saúde no Brasil se constitui em um grande desafio, devido à complexidade política e social do SUS (AKERMAN; FURTADO, 2016). A avaliação de serviços pode corroborar o processo de mudança, evidenciando necessidades e fornecendo elementos para uma reflexão crítica sobre o trabalho tanto para gestores e profissionais quanto para a comunidade (CASTANHEIRA et al., 2016).

A avaliação da qualidade da atenção pode se fundamentar em um enfoque múltiplo, que implica o envolvimento de diferentes atores: usuários, profissionais de saúde e gestores, cada um com sua perspectiva de avaliação. A qualidade na perspectiva dos profissionais significa observar se o serviço de saúde satisfaz as

necessidades definidas por esses atores que prestam a atenção e se as técnicas e procedimentos necessários são executados de forma apropriada (SERAPIONI, 2009). Sendo assim, observa-se a grande importância da avaliação na perspectiva dos profissionais de saúde.

Na ESF, o enfermeiro, além do técnico/a ou auxiliar de enfermagem, faz parte da equipe mínima prescrita pelo Ministério da Saúde para ESF: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2017a).

Estudos indicam que o enfermeiro é o profissional de nível superior mais presente na ESF (SILVA; BAITELLO; FRACOLLI, 2015). Esse profissional desempenha atribuições específicas desse nível assistencial, tais como realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes se necessário no domicílio e/ou outros espaços comunitários; realizar consulta de enfermagem, estratificação de risco e elaboração de plano de cuidados para as pessoas; realizar atividades em grupo; planejar, supervisionar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnico-auxiliares de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS); implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e exercer outras atribuições conforme legislação profissional e que sejam de responsabilidade de sua área de atuação (BRASIL, 2017a).

Sendo assim, o enfermeiro da ESF é um informante-chave para a avaliação dos serviços prestados nesse nível assistencial, tendo sistematicamente participado das avaliações do PMAQ. Haja vista que esse profissional também incorpora esse passo do ciclo administrativo em seu processo de trabalho rotineiro, entende-se que este apresenta potencial para a participação em pesquisas avaliativas.

A avaliação em saúde ocupa a quarta posição das 10 principais prioridades de pesquisa em APS (O' NEILL et al., 2018), tendo em vista que essa é a porta de entrada para o usuário ao sistema de saúde, cuja efetividade tem grande impacto nos demais serviços das redes de atenção.

Apesar dos incentivos e dos avanços alcançados na avaliação em saúde no país, essa temática continua a ser um desafio em função da grande complexidade do SUS, e principalmente da APS, que é composta por múltiplos e diferentes objetos de atenção à saúde em todos os ciclos de vida com atenção integral, além das oscilações políticas (CASTANHEIRA et al., 2016).

A avaliação na perspectiva do enfermeiro de ESF se justifica no próprio cenário de estudo, onde, além de desenvolver as atividades inerentes à profissão, de coordenar os ACS e de supervisionar os técnicos e auxiliares de enfermagem, é tido como referência pela própria equipe, pela população e pela gestão, conforme a estrutura desses serviços de saúde. Ademais, a vivência da pesquisadora como enfermeira da ESF, bem como os relatos de seus colegas de trabalho expressavam a preocupação com a qualidade da atenção prestada nesse nível assistencial.

Logo, este estudo poderá subsidiar discussões referentes ao atendimento prestado na ESF e produzir evidências que sustentem um norte para a prática do enfermeiro no nível de atenção básica, desdobrando-se em possíveis melhorias na assistência prestada ao paciente, à família e à comunidade, voltadas às suas demandas e necessidades.

Conhecendo a importância da avaliação da qualidade da APS e o papel que o enfermeiro atua neste nível de atenção, elabora-se a seguinte pergunta de pesquisa: Como o enfermeiro da ESF avalia a qualidade do nível onde atua?

2 OBJETIVOS

O presente estudo tem os seguintes objetivos:

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade da ESF na perspectiva dos enfermeiros.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar profissionalmente os enfermeiros que atuam nas ESF de um município mineiro;
- b) Avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS, segundo a perspectiva dos enfermeiros da ESF;
- c) Avaliar as subdimensões educação permanente; educação permanente e qualificação das equipes de atenção básica; monitoramento e avaliação; infraestrutura e equipamentos; insumos imunobiológicos e medicamentos e organização do processo de trabalho por meio do instrumento AMAQ;
- d) Verificar associações entre os instrumentos: questionário para caracterização dos enfermeiros, PCA-Tool e as subdimensões selecionadas do AMAQ.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA APS

A concepção de APS surgiu no Reino Unido, em 1920, no Relatório Dawson. Esse documento descreveu as funções de cada nível de atenção, as relações entre eles e a representação da regionalização dos sistemas de atenção à saúde organizada com base na saúde da população, tendo influenciado a organização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (MENDES, 2015).

Na década dos anos sessenta, do século XX, vários movimentos ocorridos foram relevantes na construção da APS, tais como: o movimento feminista e a pílula anticoncepcional; o surgimento dos movimentos ecológicos; a saúde materno-infantil; os estudos de Framingham sobre os fatores de risco nas doenças cardiovasculares; a aparição das organizações de manutenção da saúde americanas; o surgimento de uma grande liderança na direção da Organização Mundial da Saúde (OMS) e outros (SAKELLARIDES, 2001).

Todos os movimentos criaram um clima propício, nos campos político e cultural, para a institucionalização da APS, o que veio a ocorrer na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978. Nessa conferência, a APS teve sua definição como cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação (OMS, 1978).

A APS possui numerosas definições, mais descritivas ou mais normativas, dependendo do propósito com que serão utilizadas. A abordagem normativa tem sido estreitamente relacionada à Declaração de Alma-Ata. A partir dessa definição, estabeleceu-se um padrão, a APS foi adotada como estratégia e modelo de organização dos sistemas de saúde pelo mundo, embora seja diversificado em razão das diferentes realidades encontradas (SALTMAN; RICO; BOERMA, 2010).

Em 2005, a OMS estabeleceu uma renovação da APS e considerou que um sistema de saúde baseado na APS possui uma abordagem abrangente da

organização e da operacionalização dos sistemas que tem como meta o alto nível de saúde, maximizando a equidade e a solidariedade e seguindo os princípios da receptividade; da orientação de qualidade; da responsabilização governamental; da justiça social; da sustentabilidade; da participação e da intersetorialidade (OPAS, 2008).

De acordo com Mendes (2012), o percurso da APS no Brasil pode ser registrado por ciclos de desenvolvimento. O primeiro ciclo surgiu, em 1924, com os Centros de Saúde criados na Universidade de São Paulo (USP). O segundo ciclo teve início nos anos 1940, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), hoje Fundação Nacional de Saúde. O terceiro ciclo, instituído a partir da metade dos anos 1960, desenvolveu-se nas Secretarias Estaduais de Saúde, conservando o núcleo tecnológico original, o que implicava focalizar suas ações na prevenção das doenças, mas incorporando a atenção médica num modelo dirigido para o grupo materno-infantil e para as doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase, os denominados programas de saúde pública.

O quarto ciclo, nos anos 1970, começou a se desenvolver na forma de programas de extensão de cobertura, referidos claramente pela decodificação da APS como programa de atenção primária seletiva com objetivos de extensão de cobertura. Iniciados como experiências-piloto em universidades, confluíram para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento. O quinto ciclo deu-se no início dos anos 1980, concomitantemente a uma grave crise da Previdência Social que levou à instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS), para dentro das unidades de APS do sistema de saúde pública, parte da cultura de atenção médica do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS (MENDES, 2012).

A instituição do SUS levou a um sexto ciclo, que se concretizou por meio da municipalização das unidades de APS dos estados, o que gerou uma enorme expansão dos cuidados primários. A implantação do programa saúde da família (PSF) significou o início do sétimo ciclo de desenvolvimento da APS na saúde pública brasileira, que se denomina ciclo da atenção básica à saúde e que vige atualmente (MENDES, 2012).

Nesse ciclo, destacam-se as NOB 01/93 e NOB 01/96 como indutoras da redefinição de funções e de competências das três esferas de governo no que se refere à gestão, à organização e à prestação de serviços de saúde, por meio da

transferência de recursos (financeiros, físicos, humanos e materiais), dos níveis federal e estadual para os municípios. (CARVALHO; SHIMIKU, 2017). A NOB 96/98 criou um arcabouço jurídico e financeiro para o PSF, colocando-o como estratégia prioritária de expansão da atenção primária da ESF.

A partir dos anos 2000, por meio do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), as cidades com mais de 100 mil habitantes foram o foco para a organização e para o fortalecimento da APS no país, em uma iniciativa do Ministério da Saúde, apoiada pelo Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD). Esse projeto visou contribuir para a efetivação da qualificação do processo de trabalho e de desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população desses municípios brasileiros (BRASIL, 2003).

Na mesma década, no bojo das portarias lançadas em 2006, que compuseram a iniciativa do Pacto pela Saúde, foi lançada a primeira Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Esse pacto significou a reafirmação dos compromissos do SUS, por um instrumento de política que pretendia instituir um processo de negociação permanente entre gestores, no sentido de garantir a implementação de políticas e ações prioritárias (CARVALHO; SHIMIKU, 2017; BRASIL, 2006b). A segunda PNAB foi lançada em 2012 pela portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que estabeleceu a revisão de diretrizes e de normas para a organização da atenção básica, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2012a). A terceira PNAB, ainda vigente, entrou em vigor com a portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, que estabelece novas diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS.

A PNAB tem na saúde da família sua estratégia prioritária para a expansão e a consolidação da atenção primária. Está atualmente definida como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. É desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017a).

A PNAB traz princípios e diretrizes para orientar a organização dos serviços ofertados. Os princípios são: - universalidade: permitir o acesso universal e contínuo

a serviços de saúde resolutivos e de qualidade, como porta de entrada aberta e preferencial da Rede de Atenção à Saúde (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a corresponsabilização pela atenção às necessidades de saúde; - equidade: ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e de saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade; e integralidade: o conjunto de serviços executados pela equipe que atendam às necessidades da população na promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos e inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção (BRASIL, 2017a).

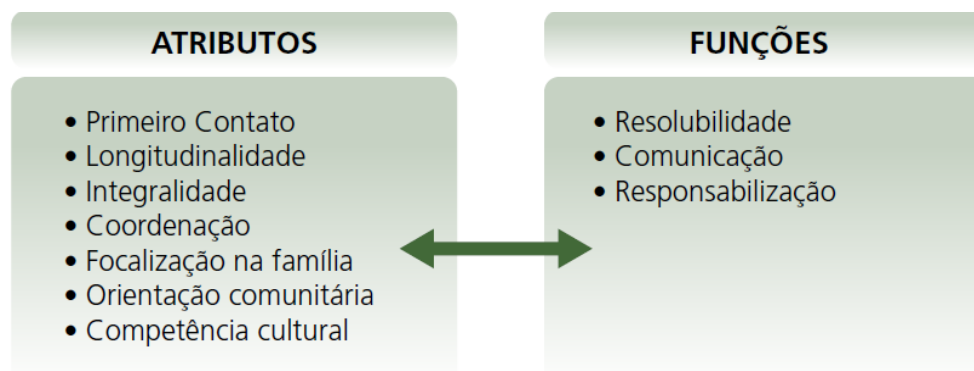
As diretrizes que orientam a organização dos serviços de saúde são:

- regionalização e hierarquização: são regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade e a hierarquização, a organização de pontos de atenção das redes, com fluxos e referências estabelecidos;
- territorialização e adstrição: permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico;
- população adscrita: a população que está presente no território da Unidade de Saúde e garantindo a continuidade das ações de saúde;
- cuidado centrado na pessoa: desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada;
- resolutividade: reforça a importância de a APS ser resolutiva e capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da rede;
- longitudinalidade do cuidado: relação com a continuidade do cuidado;
- coordenação do cuidado: elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das redes;
- ordenação das redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção;

- participação da comunidade: estimular a participação das pessoas na orientação comunitária das ações de saúde na APS (BRASIL, 2017a).

Starfield (2002) relata que a interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de saúde implica exercitá-la de forma a obedecer a certos atributos e a desempenhar algumas funções, descritas a seguir.

Figura 1- Atributos e funções da APS



Fonte: Mendes (2015).

Segundo Starfield (2002), os primeiros quatro atributos são essenciais e os três últimos são os derivados. O primeiro contato implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para o qual se procura atenção à saúde. A longitudinalidade constitui a existência de uma fonte continuada de cuidados pela equipe de saúde, ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe, indivíduos e famílias.

A integralidade significa a prestação, pela equipe, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adstrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e dos cuidados paliativos, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação conota a capacidade de garantir a continuidade do cuidado e se articula com a função de centro de comunicação dos outros pontos de atenção (STARFIELD, 2002).

Os atributos derivados conferem um maior alcance da qualidade nos serviços de atenção primária. São eles: orientação familiar que focaliza a família e a considera como o sujeito da atenção, e o conhecimento integral de seus problemas

de saúde, utilizando as ferramentas de abordagem familiar. A orientação comunitária significa o reconhecimento das necessidades de saúde da comunidade em função do contexto físico, econômico e social, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde. Já a competência cultural, convoca uma relação horizontal entre a equipe e a população, que respeite as singularidades culturais da população atendida, facilitando, assim, essa relação (STARFIELD, 2002).

A presença dos sete atributos da APS está relacionada com a garantia dos resultados e da qualidade da atenção. Existem evidências no Brasil de que a diversidade da qualidade da APS está associada à possível ausência de atributos (MENDES, 2015).

O cumprimento das funções essenciais da APS é de suma importância para sua existência como estratégia de organização dos serviços de saúde: a resolubilidade significa que a APS deve ser resolutiva e capacitada para atender a mais de 90% dos problemas de sua população. A função de comunicação expressa o exercício de centro de comunicação das RAS (Redes de Atenção à Saúde), o que significa ter condições de ordenar os fluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes. Já a função de responsabilização, implica o conhecimento e o relacionamento íntimo nos microterritórios sanitários e da população adstrita, e a responsabilização econômica e sanitária em relação a estes (MENDES, 2012).

Em janeiro de 2019, a ESF atingiu uma cobertura de atuação na população brasileira em torno de 206 milhões de habitantes, com equipes em 5.469 municípios (BRASIL, 2019), o que reflete a grande relevância que essa estratégia tem alcançado no país.

3.2 A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE

A avaliação é uma área especializada de estudos e de trabalho e possui identidade própria e especialidades (FARIA, 2011). Furtado e Silva (2016) complementam que avaliar é parte do processo de controle e do exercício do poder, envolvendo interações entre os campos político, burocrático e do poder. Nesse

sentido, uma característica importante para a avaliação é a produção da informação e do conhecimento para realizar julgamentos e subsidiar as tomadas de decisão.

Para Maia (2017), a avaliação em saúde é condição fundamental para o êxito na gestão dos serviços e é por meio dela que se consegue mensurar indicadores, observar pontos frágeis, fortalecer estratégias e alcançar melhores indicadores quanti-qualitativos na assistência prestada.

A avaliação em saúde pressupõe a seleção de problemas relevantes, a medição de atributos pertinentes, o julgamento e a comparação do comportamento desses atributos e a alimentação dos processos de análise e formulação de conduta e de recomendações. A avaliação em saúde produz informações quanto à adequação, aos efeitos e custos associados ao uso da tecnologia, dos serviços ou programas de saúde, podendo assim subsidiar as tomadas de decisões (PORTELA, 2000).

Nas últimas décadas, a avaliação da qualidade dos serviços de saúde tem sido uma temática que vem sendo discutida. Reis et al. (1990), em revisão bibliográfica, descreve antecedentes históricos desde 1910 - relatório de Flexner - que identifica a necessidade do controle do exercício profissional ao avaliar a educação e denunciar condições precárias na prática profissional. O desenvolvimento da avaliação qualitativa se deu sob o impulso das corporações médicas no controle das más práticas e do resguardo profissional. Ainda nesse estudo, é relatada a necessidade de aprofundar a sistematização do conhecimento nessa área, principalmente na realidade brasileira.

Donabedian (1978), um dos primeiros e principais autores sobre a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, define seus três componentes: estrutura, processo e resultado. O componente estrutura avalia as características dos recursos como a organização administrativa, a descrição das características das instalações e da equipe em relação às normas vigentes e ao perfil dos profissionais. O componente processo descreve as atividades do serviço e analisa a competência para a resolução dos problemas de saúde. Essa avaliação do processo compara os procedimentos empregados com os estabelecidos como normas pelos próprios profissionais de saúde. A avaliação do resultado descreve o estado de saúde do indivíduo ou da comunidade como produto da interação com os serviços de saúde.

A definição desse autor propõe que a avaliação deva se dar da inter-relação entre os três componentes; sendo assim, uma boa estrutura favorece um bom processo e um bom processo possibilita um bom resultado (DONABEDAIN, 1988).

Para a avaliação da qualidade, foi proposta por Donabedian (1990) uma importante ampliação dos critérios a serem utilizados, os quais ficaram conhecidos como "Sete Pilares da Qualidade: eficiência, eficácia, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade". A descrição dessas dimensões está exposta no quadro a seguir.

Quadro 1- Dimensões na qualidade em saúde

Dimensão:	Descrição da dimensão:
Eficácia	É a capacidade do cuidado, na sua forma mais perfeita, de contribuir para a melhoria das condições de saúde; é a habilidade da atenção em melhorar a saúde.
Efetividade	É o quadro de melhorias possíveis nas condições de saúde. Melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Na avaliação da qualidade, a efetividade é grau com que a melhora da saúde é de fato atingida.
Eficiência	É a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.
Otimização	Relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados de forma absoluta, mas relativamente aos custos. É o balanço vantajoso entre custos e benefícios.
Aceitabilidade	Sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos e expectativas dos pacientes e famílias. A conformidade com as preferências do paciente em relação ao acesso, à relação médico-paciente, à estrutura oferecida, aos efeitos e custos da atenção.
Legitimidade	Aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade; é a conformidade com as preferências sociais.
Equidade	Princípio que determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros da população. É parte que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

Fonte: Adaptado de Donabedian (1990).

A constituição da avaliação em saúde no Brasil ocorreu do encontro de agentes (nas diferentes trajetórias nos campos científico, político e burocrático) financiadas por instituições internacionais, mas vinculadas ao SUS. Esse movimento se deu na Saúde Coletiva, com um universo de saberes e práticas (FURTADO; SILVA, 2016).

Uma importante característica da avaliação em saúde no país nas últimas três décadas são as interações entre os diferentes níveis do SUS e os distintos grupos inseridos nas universidades brasileiras para o desenvolvimento de atividades de avaliação. Exemplos dessa colaboração são o PMAQ e o PROESF que caracterizam a articulação entre o campo científico e o burocrático (FURTADO; SILVA, 2016).

Uma das profissões que tem longa tradição é a do enfermeiro que, atualmente, aparece na atenção primária de forma crucial, atuando em cuidados diretos, gerenciamento de pacientes com condições crônicas, psiquiátricas, na promoção da saúde, nos cuidados no pré-natal, nos procedimentos diagnósticos, nos tratamentos, dentre outros (SALTMAN; RICO; BOERMA, 2010).

A atuação do enfermeiro na APS é de grande relevância conforme descrito. Dessa forma, a avaliação da APS na percepção dessa categoria profissional fornecerá informações importantes para a tomada de decisão dos gestores.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

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

O objetivo principal da pesquisa de avaliação é a produção de um conhecimento que seja reconhecido como tal pela comunidade científica, ao qual está vinculado. Essas pesquisas geralmente são desenvolvidas sob a coordenação de instituições acadêmicas, por iniciativa delas próprias, ou a partir de solicitações de instâncias públicas com elevado poder sobre a implementação ou reorientação de macro políticas (Ministérios ou Secretarias Estaduais, Legislativo e outros órgãos), nos quais, à distância dos avaliadores, ou de pelo menos parte da equipe responsável pelas principais decisões (não implicando a não participação de avaliadores internos no processo), dada a valorização da máxima objetividade possível, é considerada uma condição necessária ao adequado desenvolvimento da investigação (NOVAES, 2000, p.550).

A pesquisa avaliativa, que exige uma perícia metodológica e teórica importante, geralmente não pode ser feita por aqueles que são responsáveis pela intervenção em si. Ela é mais frequentemente confiada a pesquisadores que são exteriores à intervenção. A avaliação de uma intervenção é constituída pelos resultados de várias análises obtidas por métodos e abordagens diferentes. Estes resultados não poderão ser facilmente resumidos em um pequeno número de recomendações. E até provável que quanto mais uma avaliação seja bem-sucedida, mas ela abra caminhos para novas perguntas. Ela semeia dúvidas sem ter condições de dar todas as respostas e não pode nunca terminar realmente, deve ser vista como uma atividade dinâmica no tempo, apelando para atores numerosos, utilizando métodos diversos e envolvendo competências variadas (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997, p.58).

Na pesquisa quantitativa, são quantificados opiniões e dados, nas formas de coletas e de informações, assim como no emprego de recursos e de técnicas estatísticas, desde as mais simples até o uso de testes mais complexos (PEREIRA, 2008).

O delineamento transversal é quando o(s) fator(es) e efeito(s) são observados num mesmo momento histórico, fazendo um corte no tempo (BORDALO, 2006).

4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Pouso Alegre que se localiza às margens da Rodovia Fernão Dias, a 180 km de São Paulo, a 373 km de Belo Horizonte e a 391 km do Rio de Janeiro. Pouso Alegre é uma das cidades que mais

crecem, em população, no Estado de Minas Gérias e no Brasil, com uma média anual de 2,6%. O município é o 2º mais populoso da região sul-mineira e o 18º maior do Estado. Embora com grande população urbana, estima-se que aproximadamente 10 mil habitantes vivam na zona rural, caracterizando a cidade como a de maior população rural da região, sendo a segunda maior produtora de morangos do Estado. (CÂMARA MUNICIPAL DE POUSO ALEGRE, 2018).

De acordo com o IBGE (2018), o município, no último censo de 2010, apresentava uma população de 130.615 pessoas e uma população estimada de 147.137 no ano de 2017.

A cidade é um polo regional, voltada para a área comercial e industrial, com mais de 4.500 pontos destes setores pelo município, segundo os dados da Associação de Comércio e Indústria de Pouso Alegre (CÂMARA MUNICIPAL DE POUSO ALEGRE, 2018).

A cidade é polo da macrorregião sul, e polo da microrregião de Pouso Alegre, sendo referência em média e alta complexidade para 159 municípios mineiros, segundo o Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR-MG), (MALACHIAS et al., 2010). No setor de serviços de saúde que atendem ao Sistema Único de Saúde (SUS), há 73 estabelecimentos listados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL; [20--]).

Nos serviços de atenção básica, Pouso Alegre possui 28 equipes de ESF, atingindo uma cobertura de 65,65% referente ao mês de março de 2018 (BRASIL, 2018); sete equipes de Atenção Básica; três NASF (Núcleo de Atenção à Saúde da Família) e um Consultório de Rua.

A rede ambulatorial de especialidades contempla uma Policlínica; um Centro de Aconselhamento e Testagem (CTA); um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS/AD); um Serviço de Atenção à Saúde das pessoas com ostomias (SASPO) e um Centro Municipal de Educação em Diabetes (CEMED).

No setor de urgência, o município possui duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e uma Base do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) regional.

Desse universo, interessam para o pesquisador apenas as 28 ESF: quatro localizam-se na zona rural; dezoito, na zona urbana e seis equipes são mistas (zona urbana e rural).

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Foram convidados a participar do estudo todos os enfermeiros que atuavam nas unidades de ESF do município de Pouso Alegre. A estes, foi aplicado o critério de seleção de estar cadastrado no CNES há pelo menos seis meses, visando garantir um período mínimo de atuação no serviço para fidedignidade nas respostas aos instrumentos aplicados.

Foram excluídos os enfermeiros que durante o período de coleta de dados estavam de férias, de licenças médicas e de licença maternidade. A pesquisadora era componente da população de pesquisa, logo, também entrou no critério de exclusão para não haver conflito de interesse. Não houve recusa por parte dos profissionais convidados a participar do estudo, sendo então 27 enfermeiros de ESF participantes com exclusão apenas da pesquisadora.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em novembro de 2018, por meio de contato telefônico prévio, para o agendamento da entrevista de acordo com a disponibilidade do participante. As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora de forma presencial em dias úteis, no horário de funcionamento da unidade de saúde na qual os profissionais trabalhavam. O tempo médio de entrevista foi de 40 a 50 minutos, utilizando-se o notebook da pesquisadora em que os instrumentos eletrônicos foram criados na ferramenta do Google Forms.

Um diário de campo foi utilizado, no qual diariamente eram registradas todas as entrevistas realizadas com nomes dos participantes, lista dos entrevistados por unidade, nomes dos profissionais ausentes, motivo da não realização da entrevista e reagendamento dessas visitas. E as percepções do pesquisador em campo.

4.5 INSTRUMENTOS PARA COLETA

Para a coleta de dados, aplicou-se o questionário e instrumentos eletrônicos criados no Google Forms: questionário de caracterização dos enfermeiros de ESF

(APÊNDICE A); instrumento PCA-Tool– versão profissional de saúde (ANEXO A) e uma parte do instrumento auto avaliativo AMAQ (ANEXO B).

O estudo de Fracoli et al. (2014), que buscou pelos principais instrumentos de avaliação da APS, resultou em 5 principais instrumentos, sendo eles: WHO Primary Care Evaluation Tool (PCET); ADHD Questionnaire for Primary Care Providers (AQ-PCP); General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ); PACOTAPS (aplicativo para atenção primária em saúde) e PCA-Tool. O estudo também verificou que o instrumento que mais se aproxima da proposta da estratégia saúde da família, conforme propõe a PNAB, é o PCA-Tool, pois avalia a presença e a extensão dos atributos da APS e, concomitantemente, aponta os indicadores de processo.

O PCA-Tool foi criado por meio de pesquisas científicas (STARFIELD; XU; SHI, 2001). Com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1966), este modelo de avaliação baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, de processo e de resultados dos serviços de saúde. Desse modo, devido à ausência de ferramentas para medir essas interações no contexto da APS no Brasil, o PCA-Tool preenche essa lacuna, promovendo uma medida de base individual sobre a estrutura e o processo de atenção em APS (BRASIL, 2010).

O PCA-Tool-Brasil permite identificar aspectos de estrutura e de processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade tanto para o planejamento, como para a execução das ações de APS (BRASIL, 2010).

Hauser (2013) evidenciou que o PCA-Tool – Brasil, na versão profissional de saúde, é um instrumento válido e fidedigno para avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS na experiência dos profissionais.

O questionário é composto por 77 itens, divididos em oito componentes em relação aos atributos da APS: acessibilidade (9 itens); longitudinalidade (13 itens); coordenação- integração de cuidados (6 itens); coordenação – sistema de informação (3 itens); integralidade – serviços disponíveis (22 itens); integralidade-serviços prestados (15 itens); orientação familiar (3 itens) e orientação comunitária (6 itens) (BRASIL, 2010).

As respostas às questões do instrumento 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). Existe ainda a opção 9 = não sei/não lembro, em que o valor “9” foi substituído para valor “2”

(“provavelmente não”). Essa transformação foi necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado. Isso aconteceu quando, para um entrevistado, a soma de respostas em branco com respostas “9” (“não sei/não lembro”) foi inferior a 50% do total de itens de um componente. Os escores de cada atributo são produzidos por meio da média aritmética simples dos itens que compõem cada atributo ou seu componente. Os escores assumem valores de uma escala de 0 a 10. Quando o escore atinge o valor $\geq 6,6$, reflete uma alta orientação para a APS. O escore geral é calculado pelo valor médio dos atributos essenciais e dos atributos derivados. (BRASIL, 2010; OLIVEIRA, 2007).

No âmbito da saúde pública brasileira, a avaliação da Atenção Básica foi instituída com o PMAQ pela portaria de nº 1.654 GM/MS de 19 de julho de 2011. Teve por objetivo amplo avaliar as condições de infraestrutura das unidades e a qualidade da atenção básica em saúde, bem como desenvolver tecnologias para a avaliação desta no país (BRASIL, 2011).

No PMAQ, recomenda-se que a autoavaliação seja realizada com base na ferramenta AMAQ, composta por um conjunto de padrões relacionados à qualidade esperada na estrutura, nos processos e nos resultados das ações na AB. A autoavaliação é entendida como um início, já que os processos orientados para a melhoria da qualidade têm partido da identificação e no reconhecimento das dimensões positivas e negativas do trabalho, da gestão e das equipes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2017b).

O AMAQ foi uma das primeiras iniciativas de institucionalização da cultura avaliativa da APS no SUS como estratégia indutora de qualidade em saúde (BRASIL, 2012b). O AMAQ é um instrumento de autoavaliação que possui 109 itens e se organiza em quatro dimensões que se desdobram em 14 subdimensões, as quais abrangem em termos de qualidade para a atenção básica o que é considerado esperado. As competências da gestão, da coordenação e das equipes de Atenção Básica na AMAQ são traduzidas por meio das subdimensões apresentadas no quadro a seguir (BRASIL, 2017b).

Quadro 2- Estrutura do Instrumento AMAQ

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
Gestão	Gestão Municipal	A-Implantação e implementação da atenção básica no município
	Gestão da Atenção Básica	B-Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde C- Gestão do trabalho D-Participação, controle social e satisfação do usuário E- Apoio institucional F- Educação permanente G- Monitoramento e avaliação
Gestão e Equipe de Atenção Básica	Unidade Básica de Saúde	H- Infraestrutura e equipamentos I- Insumos, imunobiológicos e medicamentos
	Equipe de Atenção Básica	J-Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica K-Organização do processo de trabalho L-Atenção Integral à saúde M-Participação, controle social e satisfação do usuário N- Programa Saúde na Escola (para as equipes participantes do programa)

Fonte: Brasil (2017b).

Após a análise do instrumento AMAQ com os objetivos do presente estudo, foram selecionadas as seguintes subdimensões do instrumento: educação permanente (F); monitoramento e avaliação (G); infraestrutura e equipamentos (H); insumos imunobiológicos e medicamentos (I); educação permanente e qualificação das equipes de atenção básica (J) e organização do processo de trabalho (K); e que

abrange as dimensões: gestão da atenção básica; unidade básica de saúde e educação permanente; processo de trabalho e atenção integral à saúde.

O resultado do instrumento AMAQ é obtido pela somatória dos pontos de cada subdimensão, a qual representa uma pontuação que varia de acordo com o número de padrões de qualidade, sendo a estes atribuídos dez pontos. A classificação da subdimensão foi feita pelo cálculo dos percentuais dos pontos conquistados em relação ao total de pontos possíveis, associando-se o resultado observado à escala definida. A escala utilizada distribui, de maneira percentual, os pontos das subdimensões em cinco categorias: muito insatisfatório (0 a 17%); insatisfatório (18 a 35%); regular (36 a 53%); satisfatório (54 a 71%) e muito satisfatório (72 a 90%) (BRASIL, 2017b).

4.6 TRATAMENTO E ANÁLISE

A análise dos instrumentos foi realizada a partir das orientações dos próprios PCA-Tool e AMAQ. Para tal, foram importados os dados do questionário de caracterização e destes instrumentos do Google Forms diretamente para uma planilha eletrônica. Posteriormente, foram utilizados para a análise estatística descritiva o software Statistical Package for the Social Science (SPSS)- versão 20.0, o programa R e o R Studio.

Para comparações entre as variáveis do questionário de caracterização dos enfermeiros e os resultados do PCA-Tool, foram usados testes de Correlação de Pearson (em que as variáveis de ambos os instrumentos eram contínuas). Quando a variável era categórica, foi aplicado o teste Shapiro Wilk para verificar a normalidade dos dados; se a variável foi considerada normal, utilizou-se o teste ANOVA, e se não apresentou normalidade, utilizou-se o teste Kruskal Wallis.

Nas comparações entre as variáveis do questionário de caracterização e os resultados do AMAQ, foram utilizados os testes Shapiro Wilk, Kruskal Wallis e ANOVA, conforme já descrito e teste de Fisher (nas comparações de variáveis categóricas). Comparações entre os resultados do PCA-Tool e os resultados do AMAQ foram efetuadas por meio dos testes Shapiro Wilk, ANOVA, Kruskal Wallis e teste Tukey.

Com a finalização das análises, os dados foram apresentados por meio de tabelas, incluindo valores absolutos e percentuais com estatística descritiva (frequência; média; mediana; desvio padrão; erro padrão; valor mínimo e máximo).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização da pesquisa, foi solicitada autorização da coordenação da atenção primária à saúde da secretaria municipal de saúde de Pouso Alegre- MG para a execução da pesquisa (APÊNDICE B).

A seguir, o projeto de pesquisa foi enviado à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa por meio da Plataforma Brasil, tendo sido registrado sob o CAAE 97909018.0.0000.5142, e aprovado conforme o termo Parecer Consubstancial ao CEP (ANEXO C), de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12 (BRASIL, 2013a).

Somente participaram da pesquisa aqueles que concordaram mediante a ciência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) na entrevista sendo garantido o anonimato e o sigilo das informações prestadas pelos respondentes durante a realização da pesquisa. Após a coleta de dados, o termo foi entregue impresso aos participantes da pesquisa.

5 RESULTADOS

Os resultados foram organizados em cinco seções distintas. A primeira versa sobre a percepção do pesquisador em campo; a segunda sobre a caracterização do perfil dos profissionais; a terceira, os escores dos atributos da APS; a quarta, as subdimensões do AMAQ e a quinta, a análise de associação entre os instrumentos.

5.1 PERCEPÇÃO DO PESQUISADOR EM CAMPO

A pesquisa de campo proporciona ao pesquisador observar o objeto de estudo e as pessoas envolvidas. Embora não seja o objetivo desta pesquisa, considerou-se relevante destacar fatos observados pelo pesquisador durante as entrevistas.

A princípio, houve uma boa acolhida pelos enfermeiros durante as entrevistas, que, mesmo com uma agenda saturada em sua maioria, demonstravam grande interesse pelo tema da pesquisa.

A participação dos enfermeiros na pesquisa gerou um processo de reflexão sobre a atuação no cuidado e dos serviços prestados pelas equipes, conforme avançavam as questões dos instrumentos. Como por exemplo, temas a que os profissionais não tinham se atentado sobre sua importância na abordagem durante um atendimento individual ou em grupos, a disponibilidade de serviços que a unidade não oferece, mas que poderia oferecer.

O processo de coleta de dados não foi apenas uma etapa a ser concluída, foi uma grande troca de experiência e de conhecimento entre os participantes e a pesquisadora, como das diferentes formas de desenvolvimento do processo de trabalho na APS. Embora se tratando de um mesmo modelo de serviço e no mesmo município, cada qual tem sua autonomia na organização de agendas, dos atendimentos e das disponibilidades de serviços.

Nesse encontro, com a diversidade de experiências dos enfermeiros, pôde-se apreender o sentido do trabalho que cada equipe desenvolve, norteado por diretrizes que se reconfiguram singularmente para o atendimento das especificidades de cada território e de cada população adstrita.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS PROFISSIONAIS

Nesta seção, serão apresentadas as análises descritivas das características do perfil dos participantes do estudo.

As tabelas 1 e 2 apresentam a caracterização do perfil da população em estudo.

Tabela 1- Caracterização do perfil dos enfermeiros de ESF, segundo as variáveis: sexo, carga horária semanal, vínculo empregatício, outros empregos/atividades e formação. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27)

VARIAVEIS	Fa	%
SEXO		
Feminino	26	96,3
Masculino	1	3,7
CARGA HORÁRIA SEMANAL- Total		
40 horas/ semanais	26	96,3
Mais de 40 horas/semanais	1	3,7
VÍNCULO EMPREGATÍCIO		
Contratado	11	40,4
Concursado	16	59,3
OUTROS EMPREGOS/ATIVIDADES		
Sim	1	3,7
Não	26	96,3
FORMAÇÃO		
Graduação	5	18,5
Especialização	22	81,5
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO		
Saúde da Família	4	18,2
Outras áreas		

Fonte: Da autora.

Os participantes do estudo são em sua maioria mulheres, que possuem especialização em saúde da família e que cumprem 40 horas semanais em função adquirida por concurso público.

Tabela 2- Caracterização do perfil dos enfermeiros de ESF, segundo as variáveis: idade, tempo de formado, tempo de trabalho em ESF, tempo de trabalho na atual ESF. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27)

VARIÁVEIS	MÉDIA	MEDIANA
IDADE	36,26	36
TEMPO DE FORMADO	11,56	10
TEMPO DE TRABALHO EM ESF	7,67	7
TEMPO DE TRABALHO NA ATUAL ESF	2,35	1

Fonte: Da autora.

Os enfermeiros são jovens, porém com tempo de atuação na ESF que legitima uma experiência nesse nível assistencial, tendo perpassado sazonalidades e períodos de diversidades governamentais nos três âmbitos federativos.

5.3 ESCORES DOS ATRIBUTOS DA APS

Neste tópico, serão apresentadas as análises descritivas do instrumento PCA-Tool, com os resultados atingidos nos escores dos atributos da APS.

A tabela 3 apresenta os valores de média, valores mínimos e máximos dos escores e desvio padrão dos atributos da APS, do escore essencial, derivado e geral.

Tabela 3- Valores da média, valores mínimos e máximos e desvio padrão dos escores dos atributos da APS, do escore essencial, derivado e geral. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27)

Atributos da APS	Média	Mínimo	Máximo	DP
A	4,56	2,96	7,03	1,02
B	6,67	5,12	8,46	0,97
C	6,39	5,00	8,33	0,83
D	8,68	5,55	10,00	1,21
E	6,69	4,39	9,54	1,43
F	7,17	4,22	9,77	1,49
Escore Essencial	6,70	5,31	8,58	0,78
G	8,06	5,55	10,00	1,47
H	6,37	4,44	8,33	0,96
Escore derivado	7,22	5,00	9,16	1,00
Escore geral	6,83	5,44	8,52	0,79

Fonte: Da autora.

Legenda: A - Acesso de primeiro contato- acessibilidade; B- Longitudinalidade; C- Coordenação- Integração de cuidado; D- Coordenação- Sistema de informações; E- Integralidade- Serviços disponíveis; F- Integralidade- Serviços prestados; G- Orientação familiar; H- Orientação comunitária.

Os escores assumem valores de uma escala de 0 a 10, onde valores $\geq 6,6$ indicam alto escore de APS (OLIVEIRA, 2007). Logo, verifica-se que, na tabela 3, de acordo com a média, os atributos que não são orientados à APS foram: acessibilidade, coordenação - integração do cuidado e orientação comunitária.

O atributo que apresentou menor valor foi acessibilidade, e os de maiores valores foram o de coordenação de sistema de informação e o de orientação familiar.

Em relação à média do escore essencial, derivado e geral, estes foram considerados orientados à APS, ainda que os resultados estejam mais próximos à nota de corte do que ao valor máximo.

As tabelas a seguir identificam o desempenho dos itens que compõem cada atributo.

Tabela 4 – Percentual de respostas aos itens que compõem o atributo acessibilidade. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27)

Avaliação	A1 %	A2 %	A3 %	A4 %	A5 %	A6 %	A7 %	A8 %	A9 %
Com certeza, sim	0	11,2	48,2	48,2	14,8	0	0	59,3	14,9
Provavelmente, sim	7,4	11,1	44,4	48,1	14,8	3,7	7,4	40,7	44,4
Provavelmente, não/não sei/não lembro	77,8	33,3	3,7	3,7	18,5	14,8	11,1	0	40,7
Com certeza, não	14,8	44,4	3,7	0	51,9	81,5	81,5	0	0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Da autora.

Legendas: A1 – Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo? A2 – Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até às 20h? A3 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia? A4 – Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgarem ser necessário? A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado, existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem? A6 – Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia? A7 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite? A8 – É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, *check-up*) no seu serviço de saúde? A9 – Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?

O resultado do atributo acessibilidade identificou barreiras nos itens A1, A2, A5, A6 e A7, que correspondem aos horários de funcionamento que favorecem os atendimentos apenas durante a semana e em horários fixados. O item A9, que trata do tempo de espera para o atendimento, parece ser positivo, mas ter a maioria das respostas provavelmente sim e com certeza sim para ter que esperar mais que 30 minutos por uma consulta. Esse fato é negativo do ponto de vista da qualidade.

Tabela 5 – Percentual de respostas aos itens que compõem o atributo longitudinalidade. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27)

Avaliação	B1 %	B2 %	B3 %	B4 %	B5 %	B6 %	B7 %
Com certeza, sim	55,6	63,0	37,0	26,9	77,8	48,1	44,4
Provavelmente, sim	37,0	37,0	63,0	55,6	22,2	51,9	44,4
Provavelmente, não/não sei/não lembro	7,4	0	0	14,8	0	0	11,2
Com certeza, não	0	0	0	3,7	0	0	0
Total	100	100	100	100	100	100	100

Avaliação	B8 %	B9 %	B10 %	B11 %	B12 %	B13 %
Com certeza, sim	3,7	22,2	0	0	7,4	0
Provavelmente, sim	26,9	74,1	44,4	22,2	70,4	22,2
Provavelmente, não/não sei/não lembro	66,7	3,7	48,2	70,4	22,2	63,0
Com certeza, não	3,7	0	7,4	7,4	0	14,8
Total	100	100	100	100	100	100

Fonte: Da autora.

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

Esse atributo foi considerado como orientado à APS, contudo o seu valor de corte está muito próximo ao limite. Esse fato está relacionado à baixa avaliação dos

itens que indicam o conhecimento do profissional sobre o paciente: com quem mora, histórico de saúde, onde trabalha e os medicamentos que utiliza.

Tabela 6 – Percentual de respostas aos itens que compõem o atributo coordenação – integração de cuidados. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27)

Avaliação	C1	C2	C3	C4	C5	C6
	%	%	%	%	%	%
Com certeza, sim	7,4	18,5	74,1	66,7	0	18,5
Provavelmente, sim	48,1	66,7	25,9	29,6	0	81,5
Provavelmente, não/não sei/não lembro	40,8	14,8	0	3,7	33,3	0
Com certeza, não	3,7	0	0	0	66,7	0
Total	100	100	100	100	100	100

Fonte: Da autora.

Legenda: C1 – Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou a serviços especializados? C2 – Quando seus pacientes necessitam de um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos? C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada? C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou ao serviço especializado? C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado? C6 – Após a consulta com o especialista ou com o serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados dessa consulta?

No resultado desse atributo fica claro que a maior fragilidade é a contra-referência na rede de serviços de saúde, na qual deveria haver melhor comunicação com a atenção primária que é a coordenadora do cuidado.

Tabela 7 – Percentual de respostas aos itens que compõem o atributo coordenação – sistema de informação. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27)

Avaliação	D1	D2	D3
	%	%	%
Com certeza, sim	44,4	63,0	85,2
Provavelmente, sim	48,2	37,0	14,8
Provavelmente, não/não sei/não lembro	3,7	0	0
Com certeza, não	3,7	0	0
Total	100	100	100

Fonte: Da autora.

Legenda: D1 - Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)? D2 - Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem? D3 – Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?

O atributo coordenação- sistema de informação foi o mais bem avaliado dos atributos apresentando avaliação satisfatória em todos os seus itens.

Tabela 8 – Percentual de respostas aos itens que compõem o atributo integralidade – serviços disponíveis. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27)

Avaliação	E1 %	E2 %	E3 %	E4 %	E5 %	E6 %	E7 %	E8 %	E9 %	E10 %	E11 %
Com certeza, Sim	74,1	51,8	33,3	55,6	55,6	66,7	33,3	48,1	7,4	92,6	25,9
Provavelmente, sim	18,5	3,7	40,8	0	0	33,3	63,0	51,9	0	7,4	29,6
Provavelmente, não/não sei/ não lembro	0	25,9	18,5	3,7	0	0	3,7	0	14,8	0	14,8
Com certeza, não	7,4	18,5	7,4	40,7	44,4	0	0	0	77,8	0	29,7
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Avaliação	E12 %	E13 %	E14 %	E15 %	E16 %	E17 %	E18 %	E19 %	E20 %	E21 %	E22 %
Com certeza, sim	25,9	48,1	11,1	96,3	37,0	96,3	7,4	66,7	59,2	88,9	48,1
Provavelmente, sim	33,3	22,2	0	3,7	48,2	3,7	3,7	33,3	40,8	11,1	25,9
Provavelmente, não/não sei/ não lembro	29,6	18,5	14,8	0	11,1	0	22,2	0	0	0	18,5
Com certeza, não	11,2	11,2	74,1	0	3,7	0	66,7	0	0	0	7,4
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Da autora.

Legenda: Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços, poderia obtê-los no seu serviço de saúde? E1 – Aconselhamento nutricional. E2 – Imunizações. E3 – Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social. E4 – Avaliação da saúde bucal. E5 – Tratamento dentário. E6 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais. E7 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas). E8 – Aconselhamento para problemas de saúde mental. 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 de útero (Teste Papanicolau). E16 – Aconselhamento sobre como parar de fumar. E17 – Cuidados pré-natais. E18 – Remoção de unha encravada. E19 – Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex.: coma). 20 – 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 paciente, como: curativos, troca de sondas, banho na cama. E22 – Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos).

Esse atributo também foi considerado como orientado à APS, mas seu valor de corte está muito próximo ao limite. Esse fato está relacionado à baixa avaliação dos itens que indicam a procedimentos como sutura de corte, remoção de verrugas e de unha encravada.

Tabela 9 – Percentual de respostas aos itens que compõem o atributo integralidade – serviços prestados. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27)

Avaliação	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
	%	%	%	%	%	%	%	%
Com certeza, sim	59,2	59,2	29,6	33,3	55,6	55,6	62,9	26,0
Provavelmente, sim	40,8	29,6	25,9	48,2	40,7	33,3	33,3	33,3
Provavelmente, não/não sei/ não lembro	0	11,2	33,3	18,5	3,7	7,4	3,8	33,3
Com certeza, não	0	0	11,2	0	0	3,7	0	7,4
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Avaliação	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15
	%	%	%	%	%	%	%
Com certeza, sim	0	33,3	48,1	29,6	59,3	22,2	55,6
Provavelmente, sim	3,7	55,6	48,1	48,1	40,7	62,9	25,9
Provavelmente, não/não sei/ não lembro	22,2	7,4	3,7	22,3	0	14,9	18,5
Com certeza, não	74,1	3,7	0	0	0	0	0
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Da autora.

Legenda: Perguntas F1 – F3 se aplicam a todas faixas etárias. “Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis?” F1 - Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente. F2 - Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança. F3 - Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura. Perguntas F4 – F13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima). “Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes?” F4 - Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando. F5 - Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados. F6 - Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol. F7 - Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando. F8 - Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente. F9 - Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança. F10 - Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente. F11 - Como prevenir quedas. F12 - Prevenção de osteoporose

em mulheres. F13 - Cuidados de problemas comuns relativos à menstruação ou à menopausa. As perguntas F14 – F15 se aplicam apenas a crianças. “Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?” F14 - Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças. F15 - Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.

Esse atributo apresentou boa avaliação em quase todos os itens com exceção do item em que se pergunta ao paciente se ele tem uma arma de fogo e se o orienta como guardá-la.

Tabela 10- Percentual de respostas aos itens que compõem o atributo orientação familiar. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27)

Avaliação	G1 %	G2 %	G3 %
Com certeza, sim	29,6	48,1	55,6
Provavelmente, sim	70,4	51,9	37,0
Provavelmente, não/não sei/não lembro	0	0	7,4
Com certeza, não	0	0	0
Total	100	100	100

Fonte: Da autora.

Legenda: G1 - Você pergunta aos pacientes quais suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família? G2 - Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes? G3 - Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?

O atributo orientação familiar foi bem avaliado em todos os itens desse atributo, sendo o segundo atributo com maior média dos escores.

Tabela 11- Percentual de respostas aos itens que compõem o atributo orientação comunitária. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27)

Avaliação	H1 %	H2 %	H3 %	H4 %	H5 %	H6 %
Com certeza, sim	100	29,6	29,6	3,8	3,7	22,2
Provavelmente, sim	0	70,4	55,6	22,2	29,7	25,9
Provavelmente, não/não sei/não lembro	0	0	14,8	59,2	51,8	48,2
Com certeza, não	0	0	0	14,8	14,8	3,7
Total	100	100	100	100	100	100

Fonte: Da autora.

Legenda: H1 - Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares? H2 - Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende? H3 - Seu serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde? “Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?” H4 - Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas? H5 - Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer? H6 - Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).

Já na orientação comunitária, as fragilidades no atributo foram evidenciadas na realização de pesquisas realizadas na comunidade para identificar satisfação desta e conhecimento de seus problemas de saúde assim como se a presença de usuários no conselho local de saúde deve ser melhorada.

5.4 AS SUBDIMENSÕES DO AMAQ

Neste tópico, serão apresentadas as análises descritivas do instrumento AMAQ, descrevendo algumas subdimensões.

A tabela 12 apresenta o valor absoluto e proporção da classificação das subdimensões do AMAQ pelos enfermeiros.

Tabela 12- Frequência e proporção da classificação das subdimensões do AMAQ pelos enfermeiros. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27)

Subitem – AMAQ	Muito insatisfa tório		Insatisfatório		Regular		Satisfatório		Muito satisfatório	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A	-	-	5	18,5	4	14,8	11	40,7	7	25,9
B	-	-	4	14,8	5	18,5	15	55,6	3	11,1
C	-	-	-	-	13	48,1	10	37	4	14,8
D	-	-	4	14,8	7	25,9	13	48,9	3	11,1
E	-	-	2	7,4	13	48,1	10	37	2	7,4
F	-	-	-	-	-	-	13	48,1	14	51,9

Fonte: Da autora.

Legenda: A – Educação Permanente; B- Monitoramento e Avaliação; C- Infraestrutura e Equipamentos; D- Insumos, imunobiológicos e medicamentos; E- Educação Permanente e Qualificação; F- Organização do Processo de Trabalho.

Na tabela 12, consolidam-se os resultados do AMAQ, tendo avaliação muito satisfatória na subdimensão organização do processo de trabalho; satisfatória, nas subdimensões: educação permanente que tem como unidade de análise a gestão do serviço; monitoramento/avaliação e insumos/imunobiológicos/medicamentos que a

unidade de análise é a gestão e as equipes. Com maior prevalência na classificação regular nas subdimensões: infraestrutura e equipamentos e educação permanente e qualificação.

As tabelas a seguir identificam as médias e erro padrão de cada item avaliado nas subdimensões. Considerou-se que os itens que obtiveram médias menores que 5, expõe fragilidades que necessitam ser corrigidas.

Tabela 13- Média e erro padrão de resposta aos itens que compõem a subdimensão educação permanente. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27)

Educação permanente	I1	I2	I3	I4	I5	I6
	6,14	6,62	5,59	6,67	6,37	6,00
Média e ErroPad	±	±	±	±	±	±
	0,46	0,49	0,57	0,54	0,48	0,56

Fonte: Da autora.

Legenda: I1- As estratégias de educação permanente são construídas baseadas em temas e as necessidades definidas com os profissionais da Atenção Básica. I2 - A gestão da Atenção Básica utiliza o apoio matricial como estratégia de educação permanente. I3 - A gestão da Atenção Básica dispõe de estratégias que estimulam a troca de experiências. I4 - A gestão da Atenção Básica garante às equipes de saúde momentos destinados às reuniões. I5 - A gestão da Atenção Básica faz articulações de forma a propiciar que as unidades de atenção básica sejam espaços de formação e aprendizagem. I6 - A gestão da Atenção Básica viabiliza a participação para os profissionais de saúde em cursos de atualização, de qualificação e de pós-graduação.

A subdimensão educação permanente foi considerada satisfatória e apresentou, na maioria das médias, pontuações acima de seis, apresentando média abaixo apenas no item se “a gestão dispõe de estratégias para estimular a troca de experiências”.

Tabela 14- Média e erro padrão de resposta aos itens que compõem a subdimensão monitoramento e avaliação. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27)

Monitoramento e avaliação	J1	J2	J3	J4
	6,88	6,14	5,29	6,29
Média e ErroPad	±	±	±	±
	0,42	0,49	0,47	0,47

Fonte: Da autora.

Legenda: J1 – A gestão da Atenção Básica organiza e adota ações de monitoramento no âmbito da atenção básica. J2 - A gestão da Atenção Básica utiliza processos avaliativos como ferramenta de gestão. J3 - A gestão de Atenção Básica promove a discussão de

resultados e estimula o uso da informação pelas equipes de AB. J4 - A gestão da Atenção Básica adota estratégias que fortalecem a alimentação e o uso dos sistemas de informações.

A subdimensão monitoramento e avaliação foi avaliada na classificação satisfatória, apresentando em seus itens médias superiores à pontuação 5, com maior média no item se “a gestão da AB organiza e adota ações de monitoramento no âmbito da AB”.

Tabela 15- Média e erro padrão de resposta aos itens que compõem a subdimensão infraestrutura e equipamentos. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27)

Infraestrutura e equipamentos	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8
Média	6,37	7,48	3,48	7,96	4,92	6,33	5,85	7,74
e	±	±	±	±	±	±	±	±
Erro Pad	0,39	0,41	0,54	0,35	0,60	0,51	0,52	0,36

Fonte: Da autora.

Legenda: K1 - A Unidade Básica de Saúde, considerando sua infraestrutura física e equipamentos, está adequada para o desenvolvimento das ações. K2 - A Unidade Básica de Saúde dispõe de consultórios com infraestrutura e equipamentos básicos que permitem o atendimento individual dos usuários com garantia de privacidade visual e auditiva. K3 - A Unidade Básica de Saúde possui cronograma de manutenção das instalações físicas, equipamentos e instrumentais de forma regular e sistemática. K4 - A Unidade Básica de Saúde dispõe de linha telefônica e de equipamentos de informática com acesso à internet para os profissionais desempenharem suas atividades. K5 - A Unidade Básica de Saúde dispõe dos materiais e dos equipamentos necessários ao primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência. K6 - O deslocamento dos profissionais das equipes da Unidade Básica de Saúde para a realização de atividades externas programadas, quando necessário, é realizado por meio de veículo oficial. K7 - A Unidade Básica de Saúde está adequada para atendimento de pessoas com deficiência e/ou com mobilidade reduzida, analfabetos e idosos. K8 - A Unidade Básica de Saúde possui identificação visual externa e interna em todas as suas dependências e dos profissionais.

Essa subdimensão foi classificada como regular, apresentando itens a serem melhorados nos cronogramas de manutenção de forma regular das instalações físicas, equipamentos e instrumentais e disposição de materiais e equipamentos necessários para casos de urgência e emergência.

Tabela 16- Média e erro padrão de resposta aos itens que compõem a subdimensão insumos, imunobiológicos e medicamentos. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27)

Subdimensão insumos, imunobiológicos e medicamentos	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	L8
Média	7,59	6,77	5,14	8,37	3,00	7,74	3,00	6,74
e	±	±	±	±	±	±	±	±
Erro Pad	0,35	0,35	0,83	0,30	0,64	0,31	0,73	0,51

Fonte: Da autora.

Legenda: L1 - A Unidade Básica de Saúde dispõe de insumos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde e atividades educativas. L2 - A Unidade Básica de Saúde dispõe de materiais e insumos necessários para o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS). L3 - A Unidade Básica de Saúde dispõe de todas as vacinas do calendário básico do Programa Nacional e Estadual de Imunização. L4 - A Unidade Básica de Saúde dispõe de material impresso em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações em saúde. L5 - A Unidade Básica de Saúde dispõe de insumos e de medicamentos indicados para o primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência. L6 - A Unidade Básica de Saúde dispõe de equipamentos de proteção individual de forma regular e suficiente. L7 - A Unidade Básica de Saúde disponibiliza de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica com suficiência e regularidade. L8 - A Unidade Básica de Saúde dispõe de mecanismos de monitoramento e controle de estoque (abastecimento) de materiais/insumos, medicamentos e imunobiológicos e das condições adequadas de conservação destes.

Essa subdimensão foi avaliada como satisfatória. Apresentou como ponto positivo a disposição de materiais impressos de forma regular e suficiente para as ações de saúde. Como fragilidades, identificou-se a disposição de insumos e medicamentos para casos de urgência e emergência e da disposição de medicamentos básicos da assistência farmacêutica.

Tabela 17- Média e erro padrão de resposta aos itens que compõem a subdimensão educação permanente e qualificação das equipes de atenção básica. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27)

Educação permanente e qualificação das equipes de atenção básica	M1	M2	M3
Média e ErroPad	6,74 ± 0,47	6,70 ± 0,31	4,55 ± 0,45

Fonte: Da autora.

Legenda: M1 - Os profissionais da equipe de nível superior e médio possuem formação complementar que os qualifica para o trabalho na Atenção Básica? M2 - A equipe participa

de cursos de atualização e de qualificação, aplicando os conhecimentos aprimorados na melhoria do trabalho e da qualificação da atenção básica. M3 - As equipes utilizam dispositivos de educação e apoio matricial a distância para a qualificação do cuidado prestado aos usuários.

Os enfermeiros de ESF participantes estimaram a subdimensão de educação permanente/qualificação como regular, apresentando maior fragilidade na utilização de dispositivos de educação e apoio matricial a distância para a qualificação do cuidado prestado aos usuários.

Tabela 18 - Média e erro padrão de resposta aos itens que compõem a subdimensão organização do processo de trabalho. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27)

Organização do processo de trabalho	N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7
Média	9,22	6,77	8,18	7,03	7,89	8,40	7,67
e	±	±	±	±	±	±	±
ErroPad	0,16	0,37	0,29	0,44	0,29	0,28	0,34

Organização do processo de trabalho	N8	N9	N10	N11	N12	N13	N14
Média	9,81	8,92	9,03	8,48	8,48	9,11	7,55
e	±	±	±	±	±	±	±
ErroPad	0,07	0,17	0,22	0,31	0,21	0,21	0,32

Fonte: Da autora.

Legenda: N1 - A equipe trabalha com território definido, mantém vínculo com a população e responsabiliza-se pela atenção/resolução de seus problemas/necessidades de saúde? N2 - A equipe planeja suas ações com base no diagnóstico situacional de seu território e envolve a comunidade, no planejamento das ações. N3 - A equipe organiza as agendas de atendimento individual dos diversos profissionais de forma compartilhada, buscando assegurar a ampliação do acesso e da atenção à saúde em tempo oportuno aos usuários. N4 - A equipe utiliza ferramentas para auxiliar na gestão do cuidado de casos complexos. N5 - A equipe realiza coordenação do cuidado dos usuários do seu território. N6 - A equipe faz registro e monitoramento das suas solicitações de exames, encaminhamentos às especialidades, bem como os retornos. N7 - A equipe de Atenção Básica utiliza estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos. N8 - A equipe de Atenção Básica oferece atendimento à população de, no mínimo, 40 horas semanais. N9 - A equipe de Atenção Básica realiza visita domiciliar de maneira sistemática, programada, permanente e oportuna. N10 - A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea. N11 - A

equipe realiza o primeiro atendimento às urgências. N12 - A equipe realiza reuniões periódicas. N13 - A equipe de Atenção Básica realiza a alimentação do sistema de informação vigente da atenção básica de forma regular e consistente. N14 - A equipe realiza monitoramento e avaliação das ações e resultados alcançados.

Somente a subdimensão organização do processo de trabalho recebeu da maioria dos participantes a avaliação muito satisfatório, sendo bem avaliada em todos os itens, apresentando destaque no trabalho com território definido, vínculo e responsabilização pela atenção com a população; no atendimento mínimo de 40 horas semanais; acolhimento à demanda espontânea e alimentação do sistema de informação de forma regular.

5.5 ANÁLISE DE ASSOCIAÇÃO ENTRE OS INSTRUMENTOS

Nos testes de associação, não houve relação entre as variáveis, ou seja, uma não influencia a outra.

Para os testes de comparação entre os instrumentos, a diferença estatística ocorre quando a média de um grupo se sobressai ao outro. Na comparação do questionário para caracterização versus instrumento PCA-Tool houve significância estatística na comparação do vínculo empregatício x coordenação sistema de informação em relação as demais. Este resultado está demonstrado na tabela 19.

Tabela 19- Média e desvio padrão da escala de Coordenação Sistema de Informação comparado com o Vínculo Empregatício. Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=27)

Vínculo Empregatício	Contratado		Concursado		Valor-p*
	Média	DP	Média	DP	
Coordenação Sistema de Informação	7,981 ± 1,474		9,167 ± 0,758		0,02918

Fonte: Da autora.

Nota: Aplicação de Kruskal Wallis.

As médias obtidas são referente à escala da variável Coordenação-Sistema de Informação. Podemos afirmar que o grupo de concursados apresenta uma escala maior, quando comparado com o grupo dos contratados, sendo que os dois grupos apresentam, em média, uma escala maior do que 6.6, considerada alta pelo instrumento.

Para os demais testes de comparação, não houve relação entre as variáveis, ou seja, o resultado de uma variável não influencia o resultado da outra.

6 DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão discutidos os resultados do presente estudo. Para melhor compreensão, organizou-se em três seções. Na primeira seção, discute-se a análise descritiva sobre a caracterização do perfil dos profissionais; na segunda, é realizada a discussão da análise dos escores dos atributos da APS e da associação entre os instrumentos. Na terceira, mostra-se a discussão das análises descritivas das subdimensões do AMAQ.

6.1 ANÁLISE DESCRITIVA SOBRE A CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS PROFISSIONAIS

Houve uma prevalência do sexo feminino entre os enfermeiros participantes desta pesquisa, assim como em outros estudos, nos quais os participantes eram profissionais de saúde da APS, incluindo os enfermeiros (SANTOS et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2016).

O papel da mulher na história e a relação do gênero feminino com o dom de educar, de servir e de cuidar podem estar relacionados com a feminização dos profissionais na área de saúde. Uma área de trabalho tradicionalmente feminina é a enfermagem, em que o cuidar é visto mais como uma “vocação” do que uma profissão, estando associada a uma pressuposta “essência feminina”. (LOMBARDI; CAMPOS, 2018). A prevalência do sexo feminino (86,2%) na categoria de enfermeiros no País também foi apontada na pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em 2013, na qual se analisou o perfil da enfermagem no Brasil (FIOCRUZ-BRASÍLIA; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM- BRASIL, 2013).

A população investigada possui dedicação exclusiva na APS como único vínculo empregatício no qual perfaz carga horária semanal de 40 horas total de trabalho, o que está em consonância com o estudo de Silva, Baitello e Fracolli (2015). Na investigação de Paula et al. (2017b), também a carga horária semanal de 40 horas foi evidenciada para a maioria dos profissionais de saúde. No estudo de Ferreira et al. (2016b), também prevaleceram os profissionais de saúde da APS que não possuíam outro emprego. Diante desses resultados, infere-se que grande parte dos profissionais de ESF possui dedicação exclusiva ao trabalho.

Os enfermeiros em estudo têm, em sua maioria, o vínculo empregatício concursado, como na investigação de Lima et al. (2016b) em que 90,6% dos enfermeiros ingressaram na atenção básica por concurso público. A ESF se expandiu no Brasil a partir dos anos 2000, o que foi oportunidade importante para os profissionais que ingressavam no mercado de trabalho na época, principalmente enfermeiros, e que teve retenção destes em alguns casos devido aos concursos públicos, dada sua permanência neste nível assistencial. A permanência desses profissionais pelo vínculo empregatício concursado pode influenciar de diferentes formas a extensão da qualidade na APS, o que foi encontrado no resultado de associação entre a variável vínculo empregatício e coordenação do sistema de informação, no qual os concursados apresentaram média maior no atributo do que os contratados.

Para Thumé et al. (2018), atualmente, a expressividade numérica da profissão da enfermagem impressiona ao corresponder por praticamente metade do total de trabalhadores da área da saúde, estando presentes em todos os municípios do Brasil, sendo que cerca de 60% possuem vínculo empregatício no setor público de saúde, destacando-se a inserção nas UBS ou em cargos de gestão em secretarias municipais e estaduais de saúde.

A população estudada também é considerada uma população qualificada ao trabalho já que possui especialização; e, desta, a maioria na área de saúde da família. A formação mais avançada dos profissionais da APS foi destacada em outras pesquisas nas regiões Centro-oeste e Sudeste (OLIVEIRA et al., 2016; SILVA; BAITELLO; FRACOLLI, 2015). Contudo, essa característica não é uma realidade em todo o país, conforme estudo de Paula et al. (2017b), realizado no Pernambuco, onde menos da metade da amostra estudada possui especialidade na área da APS. Os princípios do SUS e o estabelecimento do modelo de ESF demandou a necessidade de qualificação dos profissionais de saúde para enfrentar maiores demandas, devido ao contato mais próximo com a comunidade (FLÔR et al., 2017).

Segundo Scherer et al. (2016), as especializações ampliam conhecimentos e estimulam o profissional, mesmo em contexto adverso, a novos modos de agir, e estão associadas à busca de satisfação e de reconhecimento do trabalho. Sendo assim, a qualificação profissional contribui para um cenário favorável ao

desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde mais orientados aos atributos da APS.

O perfil da população estudada é de profissionais jovens, tendo semelhança com a investigação de Oliveira et al. (2016), mas que se diferencia do estudo de Lima et al. (2016b) que possui idade média de enfermeiros de ESF de 41,2 anos. Na ESF, observam-se, cada vez mais, jovens profissionais, o que pode estar relacionado com o aumento crescente dessa estratégia, que resulta consequentemente no aumento de vagas de emprego (BRASIL, 2015).

O tempo de formado dos enfermeiros de ESF teve média superior a 10 anos, o que caracteriza que os profissionais já possuem uma experiência profissional considerável, equivalente ao estudo de Paula et al. (2017b) em que os profissionais de saúde apresentaram tempo médio de formação de 13 anos. Porém, a investigação de Faria, Acioli e Gallasch (2016) se contrapõe a esse resultado, apresentando que 95 % dos enfermeiros de um curso de especialização em saúde da família possuíam até dez anos de formados.

De acordo com a pesquisa perfil da enfermagem no Brasil, realizada pela Ficruz- Brasília; Cofen- Brasil (2013), em relação ao tempo de formado, a maior prevalência observada foi de até cinco anos, caracterizando uma formação recente. Diante do cenário desta pesquisa, em que se observa um tempo maior de formado, mas que mesmo assim ainda não chegaram à metade das carreiras, compreende-se que o investimento no desenvolvimento desses profissionais, em diferentes dimensões, é de grande relevância para o alcance dos atributos da APS.

Os dados demonstram que os profissionais têm experiência de trabalho em ESF maior de cinco anos, em conformidade o estudo de Martins et al. (2016). Mas não se assemelham ao estudo de Santos et al. (2019) em que 43,1% dos enfermeiros atuam de 1 a 4 anos na ESF. A alta rotatividade pode levar à fragmentação nas ações de saúde, alongando o tempo de resposta de tratamentos em andamento, com diminuição do vínculo do usuário com o serviço e tornando-se necessários constantes recursos de capacitação e de educação permanente ao profissional.

Segundo Lopes et al. (2016), a educação permanente é fundamental para o enfermeiro, pois instrumentaliza ferramentas de trabalho, unindo o conhecimento científico à prática, aperfeiçoando o enfermeiro em melhorias diretas para o usuário,

para comunidade, para a instituição e para a gestão, melhorando a qualidade das ações diretas dos atendimentos e dos resultados para a população.

Os resultados também apresentaram que a média de atuação dos enfermeiros na ESF atual foi maior de dois anos, o que demonstra um conhecimento muito significativo sobre a população assistida. O tempo de atuação dos profissionais nas unidades de APS está relacionado diretamente com o vínculo na comunidade e a continuidade das ações em saúde (SANTOS et al., 2019).

De acordo com as características dos participantes da pesquisa, estes já fizeram sua formação profissional em campos de prática e estágio em serviços de saúde do SUS, que em 2019 completou 30 anos. Logo, esses profissionais já iniciaram a formação após a mudança da orientação do sistema de saúde, mesmo que ainda hoje seja preciso consolidar o SUS no dia a dia.

De acordo Paim (2018), ao completar 30 anos de SUS, pode-se apresentar um balanço de pontos positivos, de obstáculos e de ameaças durante sua caminhada. Dentre estes, a falta de prioridade pelos governos, os ataques pelas políticas do capital e o subfinanciamento. Destaca-se também a reflexão sobre perguntas e estudos, como este ora apresentado, que possui potencial de apresentar resultados que contribuam para subsidiar a criação de novas estratégias e/ou reforçar as já existentes para a preservação do SUS.

6.2 ANÁLISE DOS ESCORES DOS ATRIBUTOS DA APS E DA ASSOCIAÇÃO ENTRE OS INSTRUMENTOS

A presença e a extensão dos atributos da APS serão discutidas nesta seção.

O atributo acesso de primeiro contato - acessibilidade foi o atributo que apresentou menor valor na avaliação dos profissionais entrevistados. O baixo desempenho nesse atributo também foi encontrado em outros estudos (CARRER et al., 2016; ARAÚJO; MENDONÇA; SOUSA, 2015; PIOVESAN et al., 2017). O acesso de primeiro contato tem sido avaliado de modo insatisfatório, independentemente do ator social que avalia a APS (PIOVESAN et al., 2017; ARAUJO et al., 2014; HARZHEIM et al., 2016).

A avaliação baixa nesse atributo está relacionada aos maiores percentuais de respostas negativas nos itens relacionados à disponibilidade de horários de

funcionamento, o que não está no controle dos profissionais entrevistados já que a organização do serviço é estabelecida pela gestão municipal.

O item desse atributo que se trata do tempo de espera também é negativo do ponto de vista da qualidade, no qual a maioria das respostas indica que o usuário espera por mais que 30 minutos por uma consulta. O tempo longo de espera por um atendimento na APS, segundo Vidal et al. (2019), gera uma experiência negativa ao usuário e identifica a incapacidade do serviço de saúde em oferecer um acesso oportuno.

Em uma microrregião contigua à do presente estudo, o atributo acessibilidade apresentou baixos valores médios nos três grupos entrevistados (profissionais, usuários adultos e usuários adultos responsáveis por crianças de 0 a 2 anos), identificando barreiras para o acesso à assistência na ESF nas formas de comunicação, nos horários de funcionamento, na estrutura e no processo de trabalho existente nas unidades da ESF, que favorecem apenas os atendimentos de rotina, durante a semana, para os quais a presença da pessoa é imprescindível para a informação e para o agendamento (SILVA; BAITELO; FRACOLLI, 2015).

O baixo resultado do atributo acesso contribui para a redução do escore geral, o que também aconteceu no estudo de Oliveira et al. (2016), que identifica com isso outra barreira como a baixa disponibilidade dos serviços frente às necessidades da população do território, que possui alta demanda reprimida de atendimentos e sobrecarga dos serviços de pronto-atendimento.

O acesso é considerado o atributo prioritário, pois, não estando presente, inviabiliza a consecução dos demais. O baixo escore nesse atributo provavelmente indica dificuldades estruturais na oferta de serviços, muito além da organização interna das unidades (MARTINS et al., 2016). Sendo assim, se faz necessária a reformulação no acolhimento, no processo de trabalho e na qualificação das ações relativas à acessibilidade dos usuários à APS (CARRER et al., 2016).

A otimização do acesso pode ser alcançada com a extensão do tempo de trabalho das unidades de saúde e das equipes multiprofissionais, das visitas domiciliares aos fins de semana, da descentralização da distribuição de medicamentos pelas unidades de saúde (FLÔR et al., 2017), bem como o encaminhamento pelos agentes comunitários de saúde na marcação de consultas nos serviços (LIMA et al., 2015).

Complementarmente a esses pressupostos, a literatura indica que não basta promover melhorias na organização dos serviços. Também é necessário que ocorra uma mudança de cultura por parte da população no uso dos serviços de saúde, o que ocorre a médio e longo prazo, sendo necessários investimentos na qualificação e no treinamento de profissionais para a reorganização e para o aprimoramento da APS, entendendo que estes são formadores de opinião na sociedade (FERRER; GRISI, 2016).

De acordo com Chomatas (2013), a maioria dos serviços de APS no Brasil funciona no período diurno e de segunda a sexta-feira. Para melhorar o resultado no atributo acessibilidade, dois caminhos devem ser refletidos: uma mudança no modelo de atenção ou uma adaptação do instrumento de avaliação para a realidade brasileira.

A ESF deve ser capaz de atuar como guardiã do SUS, facilitar o acesso do paciente aos serviços de saúde e coordenar o atendimento nos diferentes níveis do sistema de saúde, atendendo, assim, às necessidades da comunidade (FLÔR et al., 2017).

O atributo longitudinalidade foi considerado com alto escore, o que se assemelha ao produto de outras investigações (CARRER et al., 2016; FERREIRA et al., 2016- a), o que caracteriza um ponto forte na qualidade da APS brasileira. Para Martins et al. (2016), a organização do processo de trabalho na ESF favorece a longitudinalidade, pois os profissionais da ESF atendem seus pacientes em consultas subsequentes e, com isso, têm um contato mais próximo a estes, discutem casos em reunião de equipe, realizam visitas domiciliares e têm contato com esses pacientes em grupos e em outras atividades promovidas pela Unidade de Saúde. Tais práticas têm favorecido o vínculo com o ser humano e não apenas na relação profissional-paciente.

Esse atributo, apesar de ser considerado avaliado como orientado à APS, teve o valor de corte próximo ao limite de 6,6. Esse fato está relacionado à baixa avaliação do conhecimento do profissional sobre o paciente. Os profissionais identificam fragilidades importantes na própria atuação, que podem estar relacionadas à grande demanda que a equipe atende. Nascimento et al. (2010) consideram que a demanda desordenada é um grande problema da ESF e que continua suprimindo a organização dentro das unidades de saúde da família.

O atendimento longitudinal está na prática profissional, mas só se torna efetivo se for prioridade na organização local da saúde, envolvendo uma oferta adequada de saúde ao usuário e a fixação profissional no serviço de saúde (PAULA et al., 2017a). O acompanhamento pelo mesmo profissional que utiliza da continuidade informacional produz ações resolutivas que reduzem a necessidade do atendimento especializado (PAULA et al., 2017a). As características da população do estudo favorecem o alcance desse atributo, principalmente em relação à variável tempo de trabalho na equipe atual.

O atributo coordenação é dividido em integração do cuidado e sistema de informação, que apresentaram resultados divergentes entre seus dois componentes. O componente coordenação-integração de cuidado não atingiu uma alta orientação para a APS. Este avalia o conhecimento dos profissionais sobre as consultas de seus pacientes a especialistas, se o profissional discute com os pacientes sobre os locais onde poderão ser atendidos, se o paciente é ajudado a marcar a consulta especializada, se a referência - contra referência acontece e se o resultado da consulta especializada é discutido (BRASIL, 2010).

Em sentido oposto, o componente coordenação - sistema de informação obteve o maior escore dentre todos os atributos avaliados. É avaliado se o profissional solicita aos pacientes registros médicos do passado, se os pacientes são autorizados a examinar os próprios prontuários e se os prontuários estão disponíveis ao profissional para o atendimento (BRASIL, 2010). Isso demonstra que as atividades profissionais estão em acordo com os direitos dos pacientes, estabelecidos em legislações como o Código de Ética Médica e de Enfermagem, que resguardam o direito dos pacientes quanto à informação de suas situações de saúde e atendimentos recebidos (CRM-Conselho Regional de Medicina, 2019; COFEN, 2018).

Melo et al. (2019), que procederam à avaliação dos atributos da APS no processo de amamentação, a partir da experiência dos profissionais no estado de São Paulo, encontraram que o atributo coordenação – integração do cuidado não atingiu escore satisfatório, apresentando também maior dificuldade no item se recebe a contra referência, atribuindo o resultado ao fato de, na maioria das vezes, o médico ser o responsável por receber a contra referência do serviço especializado ao qual ele encaminhou, o que pode ter caracterizado o valor do escore abaixo do valor de corte, já que a população de estudo eram médicos e enfermeiros. Ainda

neste estudo, a coordenação - sistema de informação atingiu alto escore, identificando um bom envolvimento dos usuários aos seus documentos e prontuários, já que esse atributo analisa o modo como o serviço se comunica com o sistema.

O atributo coordenação tem sido relacionado como relevante mecanismo para diminuir as barreiras de acesso, que favorece a estruturação do sistema de modo geral, oferecendo uma assistência mais eficiente e integrada (KRINGOS et al., 2015).

Araújo, Mendonça e Sousa (2015) perceberam que o exercício das práticas dos profissionais e a compreensão sobre a base conceitual e operacional dos atributos como a coordenação do cuidado apresentam-se difusos e confusos e, às vezes, estão relacionados com a dependência com que as formas de organização são marcadas por conceitos tradicionais.

Nesse atributo, verifica-se que itens que advêm de ações da APS são bem avaliados, quando comparados ao item que depende de outro nível assistencial como a contra referência e os mecanismos de gestão para o acompanhamento do fluxo do paciente. Evidencia-se a necessidade de qualificação da atenção especializada para o trabalho em rede, para ampliação de dispositivos de regionalização e para a otimização da oferta (ALMEIDA et al., 2018).

Silva, Baitelo e Fracoli (2015) indicam a necessidade de criação de mecanismos que assegurem a contra referência, para que o usuário que acessa a ESF e o profissional que nela está consigam dar continuidade ao projeto terapêutico nos demais níveis assistenciais, garantindo a resolubilidade e o vínculo entre cuidador – cuidado.

Mendes (2015) apresenta estratégias a serem desenvolvidas pelos profissionais para o desenvolvimento desse atributo como a adoção de protocolos de atenção organizados sob a lógica de cuidado, o conhecimento pelos profissionais sobre fluxos de atendimento das redes de atenção, o trabalho interdisciplinar com discussão dos casos, a realização de registros consistentes acerca dos serviços prestados aos usuários e a adequação e a utilização de cartas de referência e de contra referência.

A integralidade, atributo que também é constituído por dois componentes serviços prestados e serviços disponíveis, ambos com alto desempenho. Foram apontados em pesquisa avaliativa realizada no Sul do Brasil, indicando que as ESF

detêm serviços básicos e ações em saúde que tornam possível a realização de ações qualitativas à população; e que as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde têm sido desenvolvidas de acordo com os preceitos da integralidade (CARRER et al., 2016).

A integralidade-serviço disponível, avaliado como orientado à APS, obteve o valor de corte muito próximo ao limite. Esse fato está relacionado a avaliações negativas dos itens que estão relacionados a cirurgias ambulatoriais e a procedimentos invasivos como sutura de corte, remoção de verrugas e unha encravada.

Em outros dois estudos, o atributo integralidade obteve alto escore apenas nos serviços prestados (FERREIRA et al., 2016a; NASCIMENTO et al., 2016). A partir desses resultados, pode-se inferir que os profissionais possuem uma boa autoavaliação da integralidade, mas sugere que a gestão não oferece uma carteira de serviços ampla, bem como condições de trabalho adequados para garantir a integralidade nos serviços disponíveis (OLIVEIRA et al., 2016).

A integralidade - serviços prestados apresentou maior porcentagem em avaliações positivas em seus itens com exceção do item sobre segurança com arma de fogo, já que esta não é uma realidade do nosso país. De acordo com Pelegrini (2013), esse resultado pode estar relacionado ao fato de o tema não estar incluso na fala cotidiana dos profissionais e da dificuldade dos profissionais em discuti-lo, tendo em vista as condições socioculturais e de vulnerabilidade às quais usuários e profissionais estão expostos.

Os atributos derivados orientação familiar e orientação comunitária qualificam as ações dos serviços de APS. A orientação familiar avalia as necessidades individuais para a atenção integral, considerando-se o contexto familiar e seu potencial de cuidado e de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar (STARFIELD, 2002). O atributo orientação comunitária avalia a prática do profissional com relação à realização de visitas domiciliares, ao conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade, se ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde, se realiza pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde e se há a presença de usuários no Conselho Local de Saúde (BRASIL, 2010).

A orientação familiar assim como a comunitária são práticas que implicam que o profissional se sensibilize sobre a necessidade da abordagem do paciente com

clareza na comunicação facilitando o vínculo, assim o usuário irá se sentir confiável para sanar dúvidas e buscar orientações (PENSO et al., 2017).

O atributo orientação familiar neste estudo foi um dos que obteve maior escore, ficando atrás apenas do atributo coordenação- sistema de informação. Outras pesquisas avaliativas com profissionais de saúde e enfermeiros também obtiveram altos escores nesse atributo (CARRER et al., 2016; FERREIRA et al., 2016a).

O alto escore nesse atributo pode estar relacionado ao fato de os participantes da pesquisa serem enfermeiros. De acordo com o estudo de Reichert et al. (2016), esses profissionais têm maior probabilidade de fortalecer o laço de confiança do serviço com a família, devido ao fato de apresentarem melhor contato com a população e, portanto, conhecer suas dificuldades e limitações, bem como seu contexto social.

A orientação comunitária obteve um resultado que indica fragilidade, com pontuações negativas nos itens relacionados a realizar pesquisas para conhecimento de problemas de saúde da comunidade, satisfação da comunidade e presença de usuários no conselho local de saúde. Acredita-se que esses resultados estão relacionados ao planejamento das ações de saúde que seguem uma determinação verticalizada dos níveis federal e estadual. Soma-se a essa característica, a ausência de Conselhos Locais de Saúde no município de estudo, o que dificulta a participação dos usuários no planejamento, no monitoramento e na avaliação das ações em saúde na ESF.

No estudo de Flôr et al. (2017), a orientação comunitária também apresentou baixo escore na avaliação de gerentes e de profissionais de saúde, indicando que as práticas de saúde são formuladas para a comunidade sem considerar seu envolvimento nas decisões de saúde.

Nesse sentido, Paula et al. (2017b) sugerem que a participação da comunidade no processo de trabalho das ESF seja incrementada, permitindo espaços de discussão para uma maior compreensão da necessidade de saúde local e fortalecimento do controle social e do vínculo longitudinal.

Isso foi identificado em estudos de serviços que obtiveram alto desempenho no atributo orientação comunitária, nos quais as ações em saúde oferecidas tinham como foco a comunidade, uma vez que a multicausalidade do processo saúde-doença e a perspectiva de um conceito ampliado de saúde trazem à tona a

diversidade de fatores condicionantes e determinantes que envolvem a produção do cuidado (CARRER et al., 2016).

Esse cenário é preocupante, uma vez que esse atributo e a orientação familiar são as características do processo de trabalho que diferenciam a ESF do modelo ambulatorial tradicional (TURCI; COSTA; MACINKO, 2015).

O atributo orientação comunitária, de forma geral, é esperado que tenha bom resultado, tendo em vista que todo o processo de trabalho da ESF é voltado para que se estabeleça relação/vínculo com a comunidade, além da presença dos ACS, o cadastro, o processo de territorialização, o sistema de informação e o estímulo à participação social (MARTINS et al., 2016).

No íterim da avaliação, o serviço de AB é considerado provedor da atenção primária quando apresenta bom desenvolvimento nos quatro atributos essenciais: acessibilidade, longitudinalidade, coordenação e integralidade (BRASIL, 2010).

Em relação aos escores dos atributos essenciais, derivados e geral, estes obtiveram resultados satisfatórios. O escore essencial, apesar de apresentar-se satisfatório, obtendo um valor de 6,70, está bem próximo da nota de corte (6,6). Entende-se que esse resultado sofreu influência das avaliações negativas nos atributos acessibilidade e coordenação-integração do cuidado, indicando que o serviço de saúde avaliado não proporciona os atributos essenciais em sua total extensão, apresentando fragilidades.

O escore dos atributos essenciais encontrados está orientado à APS e se assemelha ao dos estudos desenvolvidos no Sul do País e no Sudeste (CARRER et al., 2016; LIMA et al., 2016a). Mas, está em discordância com o estudo realizado no Centro-oeste do País que, na perspectiva de profissionais de ESF, o escore dos atributos essenciais foi insatisfatório (OLIVEIRA et al., 2016).

Para a efetividade dos serviços de saúde e para a orientação da APS, a presença e a integração da estrutura e processo dos atributos essenciais são fundamentais. A avaliação da estrutura e do processo aumenta a percepção da organização dos serviços de saúde, bem como do processo do cuidado, para que os resultados da APS sejam resolutivos e efetivos (ARAÚJO et al., 2018).

Os atributos derivados que centralizam a família, a comunidade e a competência cultural resultam num alto nível de alcance das qualidades fundamentais e exclusivas da APS (STARFIELD, 2002).

O escore dos atributos derivados foi considerado satisfatório, assim como no estudo de Oliveira et al. (2016), no qual somente o atributo orientação comunitária apresentou baixo escore de APS, o que converge exatamente para o estudo atual na opinião de profissionais de saúde.

A presença dos atributos derivados aproxima o profissional de saúde dos usuários e da comunidade (ANTUNES; PADOIN; PAULA, 2018), já que estes melhoram o poder de interação da APS (BRASIL, 2010).

O escore geral no estudo foi considerado satisfatório (6,83), o que está em consonância com o estudo de Oliveira et al.(2016) que avaliou a APS na perspectiva de médicos e de enfermeiros de ESF, que, apesar de atingir o ponto corte satisfatório ($\geq 6,6$), está também próximo do ponto de corte (6,7). Já no estudo de Lima et al. (2016-a), o escore geral foi satisfatório, com alto escore 8,19, sendo avaliado na perspectiva de profissionais de ESF (médico, enfermeiro, auxiliares e ACS).

O serviço de saúde, quando é fortemente orientado para o alcance da maior presença dos atributos, torna-se capaz de prover atenção integral, do ponto de vista biopsicossocial da comunidade adscrita. A identificação precisa da presença e da extensão dos atributos define um serviço como realmente orientado para a APS (BRASIL, 2010).

Em relação às análises estatísticas realizadas, apenas a variável vínculo empregatício com a escala do atributo coordenação-sistema de informação apresentou associação significativa, na qual o grupo de concursados apresentou uma média de escala maior no escore do atributo coordenação-sistema de informação, quando comparado com o grupo dos contratados, entretanto os dois grupos apresentaram médias de escala orientadas à APS.

Em outros estudos a associação da variável vínculo empregatício ser concursado/estatutário confirmou prevalências mais elevadas para alto escore de APS. Identificando que a efetivação dos profissionais, por meio de concurso público, são estratégias para a qualificação da APS (NASCIMENTO et al., 2016 ; FERREIRA et al., 2016b).

A relação significativa entre a qualidade da APS e o vínculo estatutário/ concursado do profissional evidencia a necessidade de investimentos em formação e em educação permanente que permitam fortificar o exercício profissional desses profissionais (FERREIRA et al., 2016b).

A permanência desses profissionais pelo vínculo empregatício concursado pode influenciar de diferentes formas a extensão da qualidade na APS.

Tem-se de fato uma APS de qualidade na ótica de um dos principais profissionais que operam a realidade deste nível assistencial, embora a avaliação na visão do profissional tenda a ser mais positiva quando comparada a outros atores sociais (MARINHO et al., 2015). Entretanto, por sua formação e experiência, este é crítico o suficiente para reconhecer os próprios limites de atuação, exemplificados principalmente nos atributos que tiveram a pior avaliação.

A presença e a extensão dos princípios da APS, de forma geral, foram alcançadas na perspectiva dos enfermeiros de ESF, mas apresenta fragilidades nos atributos acessibilidade, coordenação integração do cuidado e orientação comunitária.

6.3 ANÁLISE DESCRITIVA DAS SUBDIMENSÕES DO AMAQ

Na análise das subdimensões selecionadas deste estudo: educação permanente; monitoramento e avaliação; infraestrutura e equipamentos; insumos, imunobiológicos e medicamentos; educação permanente e qualificação e organização do processo de trabalho, nenhuma obteve classificação muito insatisfatória. Num estudo no Norte de Minas Gerais, que analisou a qualidade da AB pelas equipes, por meio do instrumento AMAQ, também não houve a classificação muito insatisfatória nas subdimensões avaliadas no estudo: educação permanente, atenção integral à saúde e processo de trabalho (MOREIRA; VIEIRA; COSTA, 2016).

Já um estudo desenvolvido em município de médio porte, na região Nordeste do País, a classificação muito insatisfatória foi emitida por 4% das equipes de ESF. O resultado foi associado pelos autores à precária informatização de algumas UBS, o que interfere na alimentação e no uso dos sistemas de informações. Além disso, o mesmo estudo indicou que frequentemente as informações obtidas pelas equipes não são usadas para interpretar as necessidades do usuário e para aprimorar os serviços (ROCHA et al., 2016).

Observa-se neste estudo que das subdimensões avaliadas houve maior porcentagem nas classificações satisfatória e muito satisfatória, o que pode se deduzir que o enfermeiro faz uma autoavaliação bastante positiva do trabalho da AB.

No estudo de Rocha et al. (2016), essa prevalência nas classificações satisfatórias também ocorreu nas subdimensões avaliadas pelas equipes de ESF.

A subdimensão infraestrutura e equipamentos, que avalia a estrutura física e disponibilidade de equipamentos e de materiais necessários nas unidades de saúde para as ações da AB (BRASIL, 2017b), obteve o maior percentual das avaliações posicionado na classificação regular devido a fragilidades nos cronogramas de manutenção de forma regular das instalações físicas, dos equipamentos e dos instrumentais e disposição de materiais e de equipamentos necessários para casos de urgência e de emergência.

Outros estudos também mostraram fragilidade nessa subdimensão, como no de Moreira et al. (2017), em que a qualidade da infraestrutura e dos equipamentos das unidades de saúde obtiveram predominância nas classificações insatisfatório e muito insatisfatório, indicando a insuficiência na disponibilidade de equipamentos de informática com acesso à internet e linha telefônica, materiais e equipamentos para a assistência inicial nas situações de urgência e emergência e inadequação para atender portadores de deficiência, analfabetos e idosos.

De acordo com o Ministério da Saúde, a estrutura mínima da Unidade Básica de Saúde deve conter: consultório médicos, de enfermagem e de odontologia, com sanitários; sala multiprofissional para acolhimento à demanda espontânea e prevê que se deve realizar a manutenção regular de equipamentos e de infraestrutura (BRASIL, 2012a).

Para Donabedian (1988), o alcance da qualidade do serviço está relacionado à tríade: estrutura que corresponde às características do serviço; o processo que são as ações de profissionais e população e o resultado que é o estado de saúde alcançado. Isso evidencia a importância da infraestrutura e dos equipamentos como características do serviço no alcance da qualidade na APS.

A avaliação da subdimensão insumos, imunobiológicos e medicamentos teve o maior percentual de respostas na classificação satisfatória, apresentando como ponto positivo a disposição de materiais impressos de forma regular e suficiente para as ações de saúde. Já os pontos negativos, em itens relacionados à disposição de insumos e de medicamentos para casos de urgência e de emergência, que está em consonância com a fragilidade da subdimensão infraestrutura para atendimentos de casos de urgência e de emergência. Outro item de média menor foi a disposição de medicamentos básicos da assistência farmacêutica. Esse fato pode estar

relacionado ao cenário local de não possuir em todas as ESF a dispensação de medicamentos básicos.

Em estudo no interior do Ceará, essa subdimensão obteve maior frequência de respostas classificadas como regular devido à não dispor de insumos e de medicamentos indicados para o primeiro atendimento nos casos de urgência e de emergência (CAVALCANTE et al., 2018).

A manutenção do estoque dos insumos, imunobiológicos e medicamentos necessários para o funcionamento das UBS deve ser realizada regularmente, sendo atribuição dos municípios e do distrito Federal a garantia desses recursos materiais suficientes para o funcionamento das UBS e para a execução do conjunto de ações propostas (BRASIL, 2012a).

Assim também, o caráter histórico para o primeiro atendimento de urgência e emergência a serem executados apenas em hospitais e ambulatórios especializados (CARDOSO et al., 2015). De acordo com Brasil (2013b), a Atenção Básica em Saúde tem como um dos seus objetivos o primeiro atendimento às urgências e emergências em ambiente adequado. Entretanto é necessária uma intervenção que garanta uma infraestrutura adequada e equipamentos disponíveis nesse contexto para melhor resolubilidade da ESF (CARDOSO et al., 2015).

É importante destacar que a ESF, como porta de entrada dos serviços de saúde, deve estar adequadamente equipada para uma primeira abordagem, incluindo os casos de urgência e de emergência (MOREIRA et al., 2017).

Em relação ao outro ponto negativo dessa subdimensão, que foi a deficiência na disposição de medicamentos básicos na AB, para Lima et al. (2019b), esse fato compromete o controle do problema de saúde e a adesão ao tratamento, com impacto na qualidade de vida do usuário, o que se expande com despesas na assistência ambulatorial e internação.

Essa subdimensão apresentou classificação satisfatória, porém com pontos negativos na disposição de medicamentos de urgência e de emergência e de medicamentos básicos da assistência farmacêutica, o que influencia diretamente na resolatividade e na integralidade prestada pela ESF.

A subdimensão monitoramento e avaliação que avalia a gestão da AB foi avaliada na classificação satisfatória, o que também foi identificado no estudo de Rocha et al. (2016) com maior percentual nas classificações satisfatório e muito

satisfatório no qual foi identificada a adoção pelas equipes de estratégias de monitoramento e avaliação como o PMAQ e a ferramenta AMAQ.

O item que apresentou maior média de pontuação nessa subdimensão foi se a gestão da AB organiza e adota ações de monitoramento no âmbito da AB. Para Sousa (2018), outra estratégia de monitoramento e avaliação na AB é o e-SUS Atenção Básica e o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Com essa nova concepção para o sistema de informação na atenção básica, as possibilidades ampliaram significativamente do uso dos dados coletados nos serviços de saúde para iniciativas de monitoramento e de avaliação, na medida em que permite mensurar indicadores, o que contribui com o monitoramento e com a avaliação das ações de saúde na atenção básica.

A subdimensão educação permanente e qualificação se diferencia da subdimensão educação permanente que avalia a unidade de coordenação da gestão da AB e está relacionada aos itens: se as estratégias de educação permanente são utilizadas como apoio matricial e são baseadas nas necessidades das equipes; se estimulam troca de experiência (item que apresentou menor média nesta subdimensão); momentos de reuniões, estimulam as unidades de saúde nos processos de formação e produção de conhecimento como pesquisas e atenção para estudantes, e se a gestão viabiliza a participação dos profissionais em qualificações e em pós-graduação (BRASIL, 2017b).

Assim, podemos inferir que, para os enfermeiros de ESF, a educação permanente é estimulada por parte da gestão, principalmente nos itens relacionados ao apoio matricial como estratégia de educação permanente as equipes e na disponibilização momentos de reuniões, mas a educação permanente e a qualificação da equipe que analisa a equipe de atenção básica não foi considerada satisfatória na visão dessa população.

Na perspectiva dos enfermeiros de ESF, a avaliação está aquém do considerado adequado na subdimensão educação permanente e qualificação da equipe e que está relacionada se os profissionais da equipe possuem formação complementar, especialização, e/ou curso de atualização e aperfeiçoamento, se a equipe utiliza de dispositivos de educação e apoio matricial a distância e se aplica os conhecimentos aprimorados nesses cursos para a melhoria do processo de trabalho (BRASIL, 2017b). Os resultados mostram que o item utilização de dispositivos de

educação e apoio matricial a distância para a qualificação do cuidado prestado aos usuários deve ser mais aprimorada.

Em relação ao acesso das equipes de saúde da família a atividades de Educação Permanente em Saúde no Brasil, no estudo de Pinto et al. (2014), houve uma avaliação positiva no geral, apresentando frequência relevante no cenário do país de atividades de: telessaúde; cursos presenciais; troca de experiências; atividades de educação a distância; tutoria/preceptorial e outras atividades. Houve variações regionais que estão relacionadas às questões de infraestrutura do acesso às tecnologias de comunicação e informação, mas que também sugerem a necessidade de esforços institucionais do Ministério, Estado, Município e demais setores das políticas públicas para ampliar o acesso com qualidade às ofertas em Tecnologias de Informação e Comunicação.

Para Rocha et al. (2016), a Educação permanente é uma estratégia fundamental para a qualificação no processo de trabalho na AB. É fato que muitas têm sido as tentativas dos profissionais no país em busca da qualificação, entretanto essas ações não são suficientes para garantir a efetivação dos princípios da Política Nacional de Educação Permanente.

Nesse sentido, Machado et al. (2015) indicam que há necessidade de ruptura das práticas educativas fragmentadas e descontextualizadas, para que a educação permanente em saúde tenha potencial real de intervenção sobre o processo de trabalho no cotidiano dos serviços de atenção básica.

É pertinente a articulação dos resultados da autoavaliação na perspectiva da Educação Permanente por meio do PMAQ, para que fomente ações de incentivo à qualificação profissional em serviço para a aquisição de competências e habilidades na AB (ALMEIDA et al., 2019).

A despeito do perfil dos enfermeiros de ESF apresentarem uma prevalência de especialistas, principalmente em saúde da família, quando se avalia a subdimensão educação permanente e qualificação, a maior frequência de respostas se concentra na classificação insatisfatório e regular, o que reforça a fragilidade encontrada no item ao apoio matricial a distância para a qualificação do trabalho. Sendo assim, indica-se a necessidade de a gestão municipal planejar e implantar estratégias de qualificação de toda a equipe, de forma presencial ou a distância, durante o horário de trabalho, respeitando o planejamento semanal de atividades assistenciais.

A organização do processo de trabalho foi avaliada como muito satisfatória pela maioria dos participantes da pesquisa, apresentando médias superior a seis nas pontuações de todos os itens, com destaque de altas pontuações nos itens: trabalho com território definido e vínculo e responsabilização pela atenção com a população; no atendimento mínimo de 40 horas semanais; no acolhimento à demanda espontânea e alimentação do sistema de informação de forma regular.

Aqui, há consonância de resultados com o estudo de Lima et al. (2019 a), em que a maior parte das avaliações foi posicionada na classificação satisfatório (56,2%), seguido de muito satisfatório (30,1%). Esses autores concluíram que esse resultado se deve à ampliação das categorias profissionais e à incorporação de mais trabalhadores na equipe de ESF, como os profissionais da odontologia, interferindo positivamente na autoavaliação.

No estudo de Vecchi, Campos e Farah (2017), a subdimensão organização do processo de trabalho também obteve a classificação muito satisfatório, auto atribuída pelos profissionais de unidades de saúde da família. O processo de trabalho das equipes envolve princípios preconizados pela ESF como: territorialização; cadastramento das famílias; visitas domiciliares; acompanhamento de famílias e grupos de riscos, o que pode estar relacionado à classificação dessa subdimensão.

Existe relevância da AMAQ na melhoria do acesso e da qualidade da AB, haja vista que a autoavaliação é um processo potente de transformação das práticas de atenção à saúde, pois a equipe reflete sobre a realidade dos serviços por meio de padrões de qualidade. A autoavaliação tem perspectiva de reconhecer as fragilidades e de sistematizar uma matriz de intervenções com as estratégias a serem desenvolvidas para o alcance dos resultados (CAVALCANTE et al., 2018).

A integração da gestão e das equipes aos objetivos do AMAQ permite o envolvimento de todos na elaboração de um projeto comum, que procure o monitoramento das ações propostas e a integralidade da atenção, com consequentes ganhos de melhoria do acesso e da qualidade da AB (VECCHI; CAMPOS; FARAH, 2017).

As avaliações das subdimensões, de forma geral, obtiveram classificações satisfatório e muito satisfatório com destaque para a classificação muito satisfatório da subdimensão organização do processo de trabalho. Por outro lado, apresentou fragilidade na subdimensão educação permanente, qualificação com maior percentual nas classificações regular e insatisfatório.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da qualidade do serviço de saúde da APS pode corroborar com o processo de mudança, identificando fragilidades e fornecendo elementos para uma reflexão crítica sobre o trabalho para a criação de estratégias resolutivas.

A maioria dos enfermeiros de ESF avaliados no presente estudo eram do sexo feminino, com carga horária semanal de 40 horas, sem outros empregos ou atividades, concursados, especialistas em saúde da família. Além disso, apresentaram uma média de idade de 36,26 anos, tempo médio de formado de 11,56 anos, tempo médio de trabalho em ESF de 7,67 anos e tempo médio de trabalho na atual ESF de 2,35 anos.

Com isso, considera-se que o enfermeiro de ESF apresentou na caracterização em sua maioria ser um profissional exclusivo à APS, com especialização em ESF, sendo concursado com um tempo médio na atual ESF, o que legitima uma experiência nesse nível assistencial, dando fidedignidade à população estudada que perpassou períodos de sazonalidades e de diversidades governamentais nos âmbitos federativos.

Em relação à presença e à avaliação da extensão dos atributos da APS, os escores dos atributos essenciais, derivados e geral, foram considerados orientados à APS, porém alguns atributos, como acessibilidade, coordenação-integração do cuidado e orientação comunitária, não apresentaram resultados satisfatórios.

O acesso é um atributo que identificou fragilidades no funcionamento das unidades de saúde restritos de segunda a sexta-feira, em horários estabelecidos pela gestão municipal e tempo de espera para uma consulta maior que 30 minutos. Considera-se que o instrumento de avaliação nesse atributo não está adequado à realidade local, assim também como a do País e que a grande demanda da APS influencia na organização do processo de trabalho e, conseqüentemente, interfere no tempo de espera para uma consulta.

O atributo coordenação integração do cuidado apresentou necessidades de desenvolvimento de fluxos e de protocolos que assegurem a contra referência que disponibiliza informações importantes na qualidade e na continuidade do cuidado no nível da atenção básica.

A orientação comunitária identificou falha no uso de métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços: realização de pesquisas de satisfação com a

comunidade; pesquisas para identificar problemas de saúde e presença de usuários no Conselho local de saúde. Considera-se que as ações de saúde na APS, na maioria das vezes, estão voltadas à verticalização das políticas públicas de saúde e não à priorização das necessidades da população local. A ausência de Conselhos Locais de Saúde no município de estudo também dificulta a participação dos usuários nas ações de saúde.

Os atributos coordenação-sistema de informação e orientação familiar foram os atributos que apresentaram melhores médias dos escores, evidenciando pontos positivos alcançados pelo serviço nesses atributos.

Na avaliação das subdimensões do AMAQ, houve maior porcentagem nas classificações satisfatório e muito satisfatório, com exceção da subdimensão educação permanente e qualificação que apresentou maior percentual nas classificações insatisfatório e regular.

A avaliação insatisfatória na subdimensão educação permanente e qualificação está relacionada ao item menos pontuado na subdimensão que foi a utilização de dispositivos de educação e apoio matricial a distância para a qualificação do cuidado prestado aos usuários.

A subdimensão organização do processo de trabalho obteve melhor classificação com prevalência no muito satisfatório pelos enfermeiros, considerando-se que a organização do processo de trabalho se faz tão presente no processo de trabalho do enfermeiro de ESF.

Em relação às associações entre os instrumentos, constatou-se associação apenas entre o questionário para a caracterização dos enfermeiros variável vínculo empregatício com o instrumento PCA-Tool atributo coordenação- sistema de informação.

A avaliação dos serviços de ESF pelos enfermeiros mostrou que a avaliação no geral foi satisfatória pelos dois instrumentos utilizados, mas apresentou algumas fragilidades. A avaliação foi mais positiva naqueles atributos e subdimensões que têm mais relação com as características dos profissionais, e menor nos mais relacionados à organização dos serviços e que dependem da gestão municipal. Isso reflete que as mudanças para aumentar a extensão na qualidade da APS estão relacionadas a movimentos no nível gestor municipal.

O estudo apresentou inovações como o uso da ferramenta Google Forms para a coleta de dados durante as entrevistas e a utilização conjunta de dois

instrumentos validados, um em nível internacional, e outro, em nacional, que utilizam como padrão de qualidade a tríade de Donabedian: estrutura, processos e resultados das ações na AB, avaliando, assim, a ESF de forma mais ampla e consistente.

É importante mencionar que o presente estudo apresentou limitação, identificada pelo número de participantes, o que não viabilizou as associações entre os instrumentos, bem como impede a generalização dos resultados.

A contribuição do estudo para a Enfermagem e os resultados encontrados podem interferir e conduzir reflexões e norteadores para a práxis dos enfermeiros de ESF e também para aqueles que têm galgado as posições de gestão dentro do sistema de saúde.

A ESF foi uma mudança do modelo de saúde, implementado e consolidado na ampliação do acesso da população aos serviços de APS e conseqüentemente à boa parte dos serviços do SUS. Ganhou amplitude e importância ao longo de quase três décadas, nas quais a maioria das ações e programas de saúde intersetoriais foram descentralizados, ampliados ou criados para serem operacionalizados e coordenados nesse nível assistencial.

Ademais, o perfil demográfico e epidemiológico da população, passou por alterações, como o seu envelhecimento, com o aumento das doenças crônicas, dos problemas de saúde mental, dos agravos provenientes da violência e a permanência de doenças infecto contagiosas, contudo o modelo de unidade e a composição da equipe mínima da ESF se mantiveram inalterados ao longo do tempo nas edições das políticas de AB. Ainda que haja iniciativas de apoio como editais para a construção, a reforma e a ampliação das unidades, e a expansão do corpo profissional por meio de iniciativas como o NASF, esta não é a realidade para a maioria das equipes pesquisadas.

Dessa forma, acredita-se que, a partir destes resultados, se possa pensar em estratégias voltadas à superar as fragilidades apontadas. A melhoria do acesso pode ser superada por meio da extensão do horário de funcionamento das unidades da ESF, atentando para a organização da oferta de toda a carteira de serviços durante todo o horário de atendimento. Para a provisão do atributo da orientação comunitária, há que se pensar em oferecer ações além daquelas previstas no planejamento federal e estadual, visando atender as características próprias da

população atendida, bem como a criação de conselhos locais de saúde a fim de fortalecer a participação da comunidade nas ações de saúde.

Considera-se a importância da gestão municipal em criar estratégias que estimulem os profissionais de forma mais consistente na utilização de dispositivos de educação a distância, tanto na divulgação para a realização quanto na realização destes durante o horário de trabalho, respeitando o planejamento das atividades assistenciais para fortalecer ainda mais a qualificação para o cuidado. Por fim, considera-se, que a efetivação dos profissionais, por meio de concurso público, influência, de forma positiva, a presença e a extensão do atributo coordenação-sistema de informação, podendo ser uma estratégia para a qualificação da ESF.

Sugere-se que a continuidade dos estudos de avaliação da APS, na visão de outros atores como outros profissionais de saúde e usuários, poderá acrescentar e comparar outras óticas avaliativas frente aos serviços da ESF e da APS.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P.F. et al. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no sistema único de saúde. **Saúde em Debate [online]**, v. 42, n. 1, p. 244-260, 2018. Número especial. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>. Acesso em: 02 jan. 2020.
- ALMEIDA, T. M. C. de et al. Planning and development of continuing health education actions in the perspective of the PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 77-85, ago., 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000500077&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 out. 2019.
- ANTUNES, B. S.; PADOIN, S. M. de M.; PAULA, C. C. de. Primary health care attributes assessment: children and adolescents living with HIV. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, jun., 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0233>. Acesso em: 07 out. 2019.
- ARAUJO, L.U.A. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3521-32, ago., 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803521. Acesso em: 07 jul. 2019.
- ARAUJO, J.P. et al. Assessment of the essential attributes of Primary Health Care for children. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3, p. 1366-72. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0569>. Acesso em: 09 maio 2019.
- ARAUJO, R. de L.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. de. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 387-399, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200387&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2019.
- AKERMAN, M.; FURTADO, J.P. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2016.
- BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 20, n. 4, p. 5, out./dez. 2006. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpm/v20n4/v20n4a01.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de expansão e consolidação do Saúde da**

Família. Brasília: DF, jun. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica.** Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância à Saúde. Portaria N°687/2006, de 30 de março de 2006. Institui a Política Nacional de Promoção da Saúde. **Diário Oficial da União.** Brasília, 2006b, mar. 31, 138.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654/2011, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. **Diário Oficial da União.** Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ.** Brasília, 2012 b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução nº. 466/2012**, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passos das ações do Departamento de Atenção Básica.** 2015. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passo_a_passo_dab2015.pdf.

Acesso em: 06 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.436/2017, de 21 de setembro de 2017. estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União.** Brasília, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ**. Brasília, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasil: Pouso Alegre: **Cobertura da Atenção Básica**. 2018. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 15 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES**. [20--]. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 15 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – DAB. **Histórico de cobertura saúde da família**. (2019). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 26 fev. 2019.

CÂMARA MUNICIPAL DE POUSO ALEGRE. **A cidade de Pouso Alegre**. 2018. Disponível em: <http://www.cmpa.mg.gov.br/Municipio/Pagina.aspx?tipo=aspectosgerais>. Acesso em 15 maio 2018.

CARDOSO, A.V.L., et al. Assessment of the management of the Family Health Strategy via the tool Assessment for Quality Improvement in municipalities of Minas Gerais, Brazil. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p.1267-1284, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.01832014>. Acesso em: 20 dez. 2019.

CARRER, A. et al. Efetividade da estratégia saúde da família em unidades com e sem programa mais médicos em município no oeste do Paraná, Brasil. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2849-2860, set., 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902849&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2019.

CARVALHO, A. L. B. de; SHIMIZU, H. E. A institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação: desafios e perspectivas na visão dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Interface**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 23-33, mar., 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 jun. 2018.

CASTANHEIRA, E.R.L. et al. Desafios para a avaliação na Atenção Básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para instituição de uma cultura avaliativa? In: AKERMAN, M.; FURTADO, J.P. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2016.

CAVALCANTE, A.S.P. et al. Autoavaliação para melhoria do acesso e qualidade da atenção básica em município do interior do Ceará. **Revista Atenção Primária à Saúde**, v. 21, n.1, p. 29 - 36, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16168>. Acesso em: 01 dez. 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, p. 294-303, out. 2013. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/828/0>. Acesso em: 02 dez. 2019.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M.A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-47.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Novo Código de Ética da Enfermagem: **Resolução nº 564/ 2017**, de 06 de novembro de 2017. Brasília, 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 20 dez. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Código de Ética Médico: **Resolução CFRM nº 2217/2018**, de 27 de setembro de 2018. Brasília, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2019.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. **Milbank Mem. Fund.** v. 44, n.166, Part 2, 1966.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science** **200**, 1978.

DONABEDIAN, A. Assessment of technology and quality. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**, v.4, p.487-496, 1988.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med.**, v. 114, n. 11, p. 1115-1118,1990.

FARIA, R.M.B. Avaliação de programas sociais: conceituação e abordagens metodológicas. In: IBÁÑEZ, N., ELIAS, P.E.M., SEIXAS, P.H.D. **Política e Gestão pública em Saúde**. São Paulo: Hicitec/Cealag, 2011, p. 285-316.

FARIA, M.G.A., ACIOLI, S., GALLASCH, C.H. Perfil de enfermeiros fluminenses da estratégia de saúde da família participantes de um curso de especialização. **Enfermagem Foco**. v. 7, n. 1, p.52-55, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.n1.667>. Acesso em: 10 nov. 2019.

FAUSTO, M.C.R; MATTA, G.C. **Atenção primária à saúde: histórico e perspectiva. Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FERREIRA, V. D. et al. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em um Município Mineiro. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, 2016a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000400221&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2019.

FERREIRA, T. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde de crianças e adolescentes com HIV: PCATool-Brasil. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, 2016b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000300407&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2019.

FERRER, A. P. S.; GRISI, S.J.F.E. Assessment of access to primary health care among children and adolescents hospitalized due to avoidable conditions. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 62, n. 6, p. 513-523, set., 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302016000600513&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2019.

FIOCRUZ- BRASÍLIA; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM -BRASIL. **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil** - 2013. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/blocoBr/Blocos/Bloco2/bl_formacao-profissional-enf.pdf. Acessado em: 05 nov. 2019.

FLOR, C. R. et al. Primary health care as assessed by health professionals: comparison of the traditional model versus the Family Health Strategy. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 714-726, dez., 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000400714&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 out. 2019.

FRACOLLI, L.A. et al. Instrumentos de avaliação da atenção primária à saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4851-4860, dez., 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204851&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 08 jul. 2018.

FURTADO, J.P.; SILVA, L.M.V. Entre os campos científicos e burocráticos- A trajetória da avaliação em saúde no Brasil. In: AKERMAN, M.; FURTADO, J.P. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2016.

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. 1399-408, jul. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232016000501399&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 10 out. 2019.

HAUSER, L. et al. Translation, adaptation, validity and reliability of the Instrument for Assessment of Primary Health Care (PCATool) in Brazil: version of health professionals. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n.29, p.244-255, out./dez., 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-879647>. Acesso em: 01 dez. 2019.

IBGE. **Brasil/ Minas Gérias/Pouso Alegre**. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/pouso-alegre/panorama>. Acesso em: 15 maio 2018.

KRINGOS, D.S. et al. **Building primary care in a changing Europe**. Geneva: World Health Organization/European Observatory on Health Systems and Policies, 2015.

LIMA, S.A.V. et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n.2, p.635-56, abr./jun., 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312015000200635. Acesso em: 15 out. 2019.

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. 275-80, abr./jun., 2016a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200275. Acesso em: 18 abr. 2019.

LIMA, E.F.A. et al. Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 1, 2016b. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.9405>. Acesso em: 21 out. 2019.

LIMA, C. de A. et al. Avaliação do processo de trabalho entre equipes de saúde da família de um município de Minas Gerais, Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2019a. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000100504&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 nov. 2019.

LIMA, C.A. et al. Qualidade do cuidado: Avaliação da disponibilidade de insumos, imunobiológicos e medicamentos na Atenção Básica em município de Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1900, 2019b. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1900](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1900). Acesso em: 21 dez. 2019.

LOMBARDI, M.R., CAMPOS, V.P. A enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. **Revista da ABET** v. 17, n.1, p.28-46, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.22478/ufpb.1676-4439.2018v17n1.41162>. Acesso em: 16 out. 2019.

LOPES, A.G. et al. O desafio da educação permanente no trabalho da enfermagem. **Revista Remecs**, São Paulo. v.1, n.1, p.13-23, 2016. Disponível em : <https://www.revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/2>. Acesso em: 01 dez. 2019.

MACHADO, J.de F. F. P. et al. Educação Permanente no cotidiano da Atenção Básica no Mato Grosso do Sul. **Saúde Debate**, v.39, n. 104, p. 102-113, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040223>. Acesso em: 01 dez. 2019.

MAIA, L. G. **Avaliação da atenção primária pelos profissionais de saúde**. 2017. 95f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde , Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2017. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/7824/5/Tese%20-%20Ludmila%20Grego%20Maia%20-%202017.pdf>. Acesso em: 09 out. 2019.

MALACHIAS, I. et al. **O PDR - Plano Diretor de Regionalização da saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2010.

MARINHO, L.M. et al. Atributos da atenção primária: perspectiva e perfil de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**,

v. 4, n .2, p. 04-18, 2015. Disponível em:
<http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/download/90/130>. Acesso em: 02 nov. 2019.

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, jan., 2016. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1252>>. Acesso em: 03 out. 2019.

MELO, L. C. de O. et al. Atributos da atenção primária à saúde na atenção ao aleitamento materno. **Texto e contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 28, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100308&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2019.

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

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

MOREIRA, K.S. et al. Assessment of infrastructure of family health units and equipment used in primary care. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 2, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/51283/pdf>. Acesso em: 01 dez. 2019.

MOREIRA, K. S.; VIEIRA, M. A.; COSTA, S. de M. Qualidade da Atenção Básica: avaliação das equipes de saúde da família. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 117-127, dez., 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400117&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2019.

NASCIMENTO, F.G. et al. Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade em Vitória (ES). **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 15, n .5, p. 2465-2472, ago., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jan. 2020.

NASCIMENTO, L. do et al. Quality of Primary Health Care for children and adolescents living with HIV. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, ago., 2016. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100397&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2019.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v, 34, n. 5, p. 547-549, out., 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000500018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em :02 dez. 2019.

OLIVEIRA, M. A. de C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 66, p. 158-164, set., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em :30 ago. 2019.

OLIVEIRA, M. P. R. et al. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da atenção primária. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 547-559, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000400547&lng=en&nrm=iso>. Acesso em :03 out. 2019.

OLIVEIRA, M.M.C. de. **Presença e extensão dos atributos da atenção primária á saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada**. 2007. 118f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia)- Faculdade de medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <https://www.lume.ufrgr.br/bitstream/handle/10183/12649/000631287.pdf>. Acesso em: 05 maio2019.

O'NEILL, B. et al. Identifying top 10 primary care research priorities from international stakeholders using a modified Delphi method. **PLoS ONE**. v. 13, n. 10, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206096>. Acesso em :25 out. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde**. Declaração de Alma-Ata. Alma Ata, URSS,1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN -AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**- Documento de Posicionamento da Organização Pan- Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde(OPAS/OMS). Biblioteca Sede OPAS/OMS, mar., 2008. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category

_slug=atencao-primaria-em-saude-944&alias=737-renovacao-da-atencao-primaria-em-saude-nas-americas-7&Itemid=965 . Acesso em: 07 maio 2019.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Acesso em: 15 nov. 2019.

PAULA, C. C. de et al. Atenção à saúde de crianças e adolescentes com HIV: avaliação da longitudinalidade. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 136-143, abr., 2017a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000200136&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2019.

PAULA, W. K. A. S. de et al. Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. **Caderno de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 242-248, abr., 2017b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000200242&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 08 out. 2019.

PELEGRINI, A.H.W. **Produção do cuidado de enfermeiros em atenção primária à saúde no atendimento em situações de urgência**. 2013. 2016f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Porto Alegre, 2013. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/87224/000910815.pdf?sequence=1>. Acesso em: 02 jan. 2020.

PENSO, J.M. et al. Avaliação da atenção primária à saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p.1-9, 2017. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf12\(39\)1212](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf12(39)1212). Acesso em: 25 set. 2019.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PINTO, A.H.et al. Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQAB). **Revista Saúde debate (internet)**, v. 51, p. 145-160, 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2020.

PIOVESAN, G. et al. Qualidade da atenção primária na perspectiva de profissionais: saúde de crianças e adolescentes com HIV. **Texto contexto - enfermagem**,

Florianópolis, v. 26, n. 2, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200318&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2019.

PORTELA, M.C. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, S. **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p.259-269. 2000.

REICHERT, A. P. d S. et al. Orientação familiar e comunitária na atenção primária à saúde da criança. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 119-127, jan., 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100119&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 nov. 2019.

REIS, E.J.F.B et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 6, n. 1, p. 50-61, jan./mar., 1990.

ROCHA, E. do S. et al. Perspectivas avaliativas da gestão da atenção básica em município de médio porte. **SANARE**, Sobral, v. 15 n. 01, p. 08-14, jan./jun., 2016. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/920>. Acessado em: 17 nov. 2019.

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

SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde. Reforma organizacional na atenção primária europeia. In: BOERMA, W. G. W. **Coordenação e integração em atenção primária europeia**. OPAS/OMS, p. 25-47, 2010.

SANTOS, L. S. et al. Perfil social-profissional de enfermeiros e médicos da atenção primária à saúde de uma microrregião geográfica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 552-560, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/eb.v18i4.2756> . Acesso em: 21 out. 2019.

SCHERER, M.D. dos A. et al. Cursos de especialização em saúde da família: o que muda no trabalho com a formação? **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 691-702, set., 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300691&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 out. 2019.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, p. 65-89, 2009.

SILVA, S. A. da; BAITILO, T. C.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da atenção primária à saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a estratégia de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, p. 979-987, out., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500979&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2018.

SOUSA, A. N. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. **Saúde em Debate [online]**, v. 42, n.1, p. 289-301. 2018. Número especial. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S119>>. Acesso em: 22 dez. 2019.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviço e tecnologia**. Brasília: UNESCO, p.726, 2002.

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

THUMÉ, E. et al. Formação e prática de enfermeiros para à atenção primária à saúde - avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 275-288, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S118>>. ISSN 2358-2898. Acesso em: 10 out. 2019.

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. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p.1941-1952, set., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000901941&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 out. 2019.

VECCHI, M.P. S.; CAMPOS, E. M.S.; FARAH, B.F. Auto avaliação: instrumento para reflexão do processo de trabalho nas equipes de saúde da família. **Revista APS**, v. 20, n. 4, p. 527-538, out./dez., 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15940/8281>. Acessado em: 01 dez. 2019.

VIDAL, T. B. et al. Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo. v. 53, n. 38, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100233&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jan. 2020.

APÊNDICES**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS**

-Idade: _____

-Sexo: ()Feminino () Masculino

-Vínculo Empregatício: () Concursado

() Contratado

Outros empregos/atividades: () Sim. Quais: _____

() Não

-Tempo de formado: _____ () Anos

() Meses

-Formação: Especialização: () Sim () Não . Quais _____

Mestrado : () Sim () Não

Doutorado: () Sim () Não

-Tempo de trabalho na ESF _____ () Anos

() Meses

-Tempo de trabalho na atual ESF: _____ () Anos

() Meses

- Quantas horas você trabalha por semana, levando em consideração todos os seus locais de trabalho? _____ Horas/ Semanais

APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (TAI) (POUSO ALEGRE-MG)

Alfenas-MG, 27 de julho de 2018

A Sr.^a Sílvia Regina Pereira da Silva
Secretária Municipal de Saúde de Pouso Alegre-MG

Venho por meio deste, solicitar vossa autorização para a realização de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde segundo profissionais enfermeiros e usuários adultos do sexo masculino, pelas Unidades Básicas de Saúde de dois municípios sul mineiros.

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, de abordagem quantitativa, cujos atores/agentes sociais locais serão os Enfermeiros da APS de Pouso Alegre-MG, atuantes nas Unidades Básicas de Saúde que contemplam Equipes de Saúde da Família. Em um dos eixos da pesquisa pretende-se trabalhar com Enfermeiros da APS do Município de Pouso Alegre-MG, atuantes nas Equipes de Saúde da Família. Almeja-se entrevistar o total de profissionais enfermeiros da ESF do Município, sendo 28 o número de profissionais que compõem esta subpopulação da pesquisa.

A coleta de dados com os enfermeiros ocorrerá por entrevista estruturada, utilizando um Formulário Digital, elaborado com base na versão original do Instrumento *Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil)*, versão *profissionais*, já adotado pelo Ministério da saúde para a avaliação dos serviços.

A equipe executora do projeto de pesquisa se compromete a manter o sigilo dos dados obtidos na consulta aos profissionais. Concorda, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente com finalidade científica, preservando-se integralmente o anonimato dos participantes. Declara que irá cumprir todos os termos das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos previstas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Eu, **SÍLVIA REGINA PEREIRA DA SILVA**, Secretária de Saúde de Pouso Alegre-MG, estou ciente, de acordo e autorizo a execução da pesquisa intitulada **“Avaliação da Atenção Primária à Saúde em Municípios Sul Mineiros segundo Usuários Adultos do Sexo Masculino e Profissionais Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família”** orientada pelos pesquisadores **Prof. Dr. Murilo César do Nascimento, Prof.^a Dra. Simone Albino da Silva e Prof.^a Dra. Roberta Seron Sanches**, da Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL-MG.



Sílvia Regina Pereira da Silva

Secretária de Saúde de Pouso Alegre-MG

Autorizado em: Pouso Alegre-MG, 08 de agosto de 2018.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas. UNIFAL-MG
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 Alfenas/MG - CEP 37130-000
Fone: (35) 3299-1000 Fax: (35) 3299-1063



APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Avaliação da qualidade da estratégia de saúde da família pelos enfermeiros de um município mineiro.

Pesquisadora: Laís Fraga Alves de Oliveira

Orientadora: Simone Albino da Silva

1- Natureza da pesquisa: *você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário, da pesquisa: Avaliação da qualidade da estratégia de saúde da família pelos enfermeiros de um município mineiro. Este estudo é parte integrante da dissertação de mestrado em enfermagem e tem como objetivo principal avaliar a qualidade das ESF pelos enfermeiros de um município mineiro*

2- Justificativa: *o estudo poderá ajudar no processo de tomada de decisão na gestão dos serviços de saúde, trará evidências científicas para nortear a prática do enfermeiro de ESF e com isso uma possível melhoria na assistência prestada ao paciente, família e comunidade.*

3- Participantes da pesquisa: *os participantes consistirão nos enfermeiros das ESF's da rede municipal de saúde de um município mineiro.*

4- Envolvimento na pesquisa: *ao participar da pesquisa você permitirá que a mestranda em enfermagem realize o estudo, sob a supervisão do (a) orientador (a) desta pesquisa. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o(a) pesquisador(a) responsável ou com a instituição de ensino. Você receberá uma cópia deste termo, no qual consta o telefone e o endereço do(a) pesquisador(a) principal. Sempre que quiser, poderá pedir mais informações sobre a pesquisa por*

meio do telefone do (a) pesquisador(a) do projeto e, se necessário, por meio do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.

5- Sobre as entrevistas: será previamente agendada.

6- Riscos e desconforto: este estudo oferece risco mínimo, caracterizado pelo possível desconforto em responder questões relacionadas às suas atividades laborais. Caso haja algum desconforto durante a entrevista ou durante a sua participação na pesquisa, pedimos que você nos informe para que possamos corrigi-lo. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade. Este projeto está aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL-MG.

7- Confidencialidade: todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Asseguramos que você não será identificado (a).

8- Benefícios: esperamos que este estudo produza evidências científicas para nortear a prática do enfermeiro no qual encontrará sustentação em políticas de formação profissional mais consistentes, desdobrando-se em possíveis melhorias a assistência prestada ao paciente, família e comunidade, voltadas as suas demandas e necessidades. O estudo poderá produzir um fortalecimento das políticas públicas voltadas a avaliação da qualidade na atenção primária á saúde a curto e longo prazo.

9- Pagamento: você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

10- Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento, assistência, tratamento. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento. Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado) ou o CEP-UNIFAL-MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos

sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo. Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados pelo (a) pesquisador (a) Laís Fraga Alves de Oliveira em relação aos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Pouso Alegre, _____ de _____ de 2018.

Nome do(a) participante da pesquisa

Assinatura do(a) participante da
pesquisa

Nome do(a) pesquisador(a)/orientador(a)

Assinatura do(a)
pesquisador(a)/orientador (a)

Qualquer dúvida sobre a pesquisa:

Simone Albino da Silva

Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL-MG

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Alfenas-MG

ANEXOS

ANEXO A – PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL (PCATool) – BRASIL VERSÃO PROFISSIONAIS

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Profissionais

A - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

B - LONGITUDINALIDADE

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

C - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

D - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
E1 - Aconselhamento nutricional.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E2 - Imunizações.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E3 - Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E4 - Avaliação da saúde bucal.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E5 - Tratamento dentário.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E6 - Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E8 - Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9 - Sutura de um corte que necessita de pontos.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E10 - Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E11 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E12 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E13 - Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

F - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

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

Pergunte: Você atende pacientes (leia as alternativas):

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

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

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

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

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

Perguntas F1 – F3 se aplicam a todas faixas etárias

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
F1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2 – Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

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

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

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

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

As perguntas F14 - F15 se aplicam apenas a crianças.

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

G - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
G1 - Você pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2 - Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3 - Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Profissionais

H - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

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

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

ANEXO B – SUBDIMENSÕES DO AMAQ (AUTOAVALIAÇÃO DA MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA)

EDUCAÇÃO PERMANENTE	
<p>Para o redirecionamento do modelo de atenção, há a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, bem como a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho. A educação permanente entra nesse contexto com a finalidade de colocar em análise tanto as práticas dos profissionais quanto a organização do trabalho com o intuito de promover transformação. Baseia-se em um processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e dos desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem, nas ofertas educacionais, elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa). Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/ programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde.</p>	
<p>As estratégias de educação permanente são construídas baseadas em temas e as necessidades definidas com os profissionais da Atenção Básica.</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>Os processos de educação são estruturados de modo a identificar e contemplar as necessidades de aprendizado das equipes e os desafios à qualificação do processo de trabalho. As ofertas de educação permanente têm sintonia com o momento e o contexto das equipes, de modo que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade.</p>	
<p>A gestão da Atenção Básica utiliza o apoio matricial como estratégia de educação permanente.</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>A gestão da AB utiliza o apoio matricial com a finalidade de auxiliar as equipes em aspectos que elas julguem necessário, seja em relação ao processo de trabalho de maneira geral, seja em relação à clínica e ao cuidado direto ao usuário. São exemplos de práticas de apoio matricial na gestão da AB: atuação da coordenação de AB nas equipes a fim de apoiar o desenvolvimento de suas atividades; acompanhamento e avaliação das ações de cuidado em saúde; planejamento conjunto/compartilhado com outras áreas da gestão com expertise na temática; apoio de outros níveis de atenção à saúde na qualificação dos encaminhamentos para especialistas; e outras ações desenvolvidas pela equipe da gestão em conjunto com as equipes de AB. Essa dimensão gerencial e pedagógica da intervenção nos serviços resulta na qualificação dos processos de trabalho e dos trabalhadores.</p>	
<p>A gestão da Atenção Básica dispõe de estratégias que estimulam a troca de experiências.</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>A coordenação disponibiliza de mecanismos presenciais e/ou virtuais, como as comunidades de práticas, Telessaúde, grupos de discussão, sítio virtual interativo ou rede social colaborativa, seminários, mostras, oficinas, entre outros, a fim de promover o compartilhamento de experiências e a troca de conhecimentos. Tais dispositivos favorecem a cooperação horizontal entre profissionais do mesmo município e de outros.</p>	

A gestão da Atenção Básica garante às equipes de saúde momentos destinados às reuniões.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão da AB garante a realização de reuniões de equipe de AB. Nesses momentos, são discutidos temas referentes à organização do processo de trabalho, ao planejamento, ao monitoramento e à análise dos indicadores e informações de saúde, à construção de projetos terapêuticos singulares, à avaliação das ações, à educação permanente, à integração e à troca de conhecimentos entre os profissionais; há participação dos apoiadores institucionais e matriciais na AB por meio de discussão durante as reuniões; e eles têm periodicidade semanal ou quinzenal, com duração média de duas horas.	
A gestão da Atenção Básica faz articulações de forma a propiciar que as unidades de atenção básica sejam espaços de formação e aprendizagem.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão da AB estimula processos de formação e produção de conhecimento nas UBS tais como: pesquisas, atividades de extensão e práticas de educação e atenção para estudantes de nível médio, técnico, graduação e pós-graduação. São exemplos: os alunos do PET-Saúde, dos cursos técnicos, da graduação, dos estágios de vivência, das especializações, de residências multiprofissionais etc. A gestão oferece cursos de formação aos trabalhadores que realizam a preceptoria/tutoria.	
A gestão da Atenção Básica viabiliza a participação para os profissionais de saúde em cursos de atualização, de qualificação e de pós-graduação.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão da AB incentiva e viabiliza a participação dos profissionais da gestão e das equipes da AB em cursos de atualização, de qualificação e de pós-graduação na área de atuação direta ou indiretamente ligada ao seu processo de trabalho, oferecidos por instituições de ensino superior, escolas de saúde pública, Escola Técnica do SUS e/ou centros formadores. Responsabiliza-se por articular a formulação, a execução e a implementação dessa oferta. Estabelece, quando necessário, critérios para acesso que levam em consideração as necessidades e as dificuldades identificadas, a relevância do tema, o interesse do profissional, o tempo de serviço, o desempenho, a dedicação, entre outros.	
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO – M&A	
A incorporação do monitoramento e avaliação (M&A) constitui aspecto fundamental para subsidiar a melhoria das políticas implementadas. O monitoramento caracteriza-se como ação de levantamento e análise de informações, realizada de forma permanente e rotineira, propiciando intervenções pontuais para correção de problemas identificados. A avaliação é um julgamento de valor, um ato de formar opinião sobre a situação analisada, constituindo-se em um processo de análise crítica dos resultados. Para que as ações de monitoramento e avaliação atinjam seu potencial no aprimoramento das políticas públicas, é necessário que não se perca de vista seu caráter formativo e pedagógico, trabalhando-se sempre com uma abordagem de informação para a ação, incorporando-as no conjunto das atividades cotidianas dos gestores e das equipes de AB.	
A gestão da Atenção Básica organiza e adota ações de monitoramento no âmbito da atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O monitoramento está organizado de forma a contribuir para o alcance dos resultados	

planejados à medida que reflete o acompanhamento sistemático de ações elencadas como prioritárias. É parte integrante do planejamento no âmbito da AB, traduzindo os resultados a serem alcançados sob a forma de indicadores e metas (qualitativas e quantitativas). Entre as estratégias de organização do monitoramento são realizadas: a) Definição das ações prioritárias para o acompanhamento; b) Definição de indicadores/marcadores que refletem as prioridades; c) Definição de responsáveis; d) Periodicidade do acompanhamento; e) Instrumentos de sistematização das ações que contribuem com a melhoria dos indicadores; f) Mecanismos de divulgação de resultados; g) Discussão de resultados entre gestores e profissionais de saúde. As áreas técnicas que desenvolvem ações de AB – por exemplo, Saúde Bucal, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Práticas Integrativas e Complementares, Alimentação e Nutrição – são envolvidas e integradas nesse processo.

A gestão da Atenção Básica utiliza processos avaliativos como ferramenta de gestão.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão da AB faz avaliação dos projetos prioritários, refletindo criticamente suas potencialidades e fragilidades, bem como as necessidades de aprimoramento. A gestão da AB utiliza os resultados de avaliações para adoção de estratégias que qualifiquem as ações de AB, tais como: avaliação externa do Pmaq, suplementos da Pnad sobre panorama de saúde; segurança alimentar, entre outras. Promove ou participa de avaliações, no contexto da AB, realizadas por atores externos à gestão municipal.	
A gestão de Atenção Básica promove a discussão de resultados e estimula o uso da informação pelas equipes de AB.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal debate e decide com os profissionais das equipes de AB as informações/ indicadores de saúde a serem acompanhados, considerando as necessidades do território, bem como as pactuações realizadas em âmbito regional/estadual e/ou federal a (Coap, Pmaq, PSE, entre outros). Realiza discussões periódicas dos resultados, estimulando a reflexão sobre o fazer cotidiano e possíveis estratégias de intervenção. Promove cursos/ oficinas sobre análise de informações epidemiológicas para os profissionais.	

A gestão da Atenção Básica adota estratégias que fortalecem a alimentação e o uso dos sistemas de informações.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão garante o abastecimento adequado das fichas necessárias para o registro das informações nas UBS. Possui estratégias para a informatização e a conectividade das UBS, garantindo computadores nos consultórios, sala de procedimentos, sala de vacina, sala acolhimento, recepção e outros ambientes identificados como necessários. Promove aperfeiçoamento dos profissionais para o correto registro das informações, seja por meio de registro manual ou eletrônico. Verifica a consistência dos dados e os envia de forma periódica às bases nacionais. Utiliza as informações para interpretar necessidades de saúde dos usuários e toma decisões que visam ao aprimoramento dos serviços com base nesses dados. A gestão implantou o Cartão Nacional do SUS para todos os usuários.	

INFRAESTRUTURA E EQUIPAMENTOS

Essa subdimensão objetiva avaliar a infraestrutura das unidades de saúde e os equipamentos indispensáveis para o desenvolvimento das ações na AB. Estrutura física adequada e disponibilidade de equipamentos e de materiais necessários, de acordo com o quantitativo da população adscrita e suas especificidades, são de fundamental importância para a organização dos processos de trabalho e a atenção à saúde dos usuários.

A Unidade Básica de Saúde, considerando	
--	--

sua infraestrutura física e equipamentos, está adequada para o desenvolvimento das ações.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A UBS possui características estruturais e de ambiência adequadas (acústica, ventilação, iluminação, pisos, paredes e tetos adequados, instalações hidráulicas, sanitárias e elétricas) de acordo com a regulamentação preconizada, além de apresentar equipamentos e materiais essenciais. Verificar Anexo A.	
A Unidade Básica de Saúde dispõe de consultórios com infraestrutura e equipamentos básicos que permitem o atendimento individual dos usuários com garantia de privacidade visual e auditiva.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A UBS disponibiliza consultórios com espaços destinados ao atendimento individual em número suficiente para garantir o atendimento concomitante de médico e de enfermeiro da equipe, sem interrupção, em qualquer período de funcionamento da unidade, garantindo a privacidade dos usuários. Estes deverão ser compartilhados com os demais profissionais da unidade, obedecendo à programação e a cronogramas previamente estabelecidos, na perspectiva multiprofissional e interdisciplinar. Verificar Anexo A.	
A Unidade Básica de Saúde possui cronograma de manutenção das instalações físicas, equipamentos e instrumentais de forma regular e sistemática.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão realiza o planejamento e a execução dos serviços de manutenção, garantindo o bom funcionamento das instalações físicas, dos equipamentos e instrumentais da UBS.	
A Unidade Básica de Saúde dispõe de linha telefônica e de equipamentos de informática com acesso à internet para os profissionais desempenharem suas atividades.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão disponibiliza acesso à linha telefônica e equipamentos de informática com internet, possibilitando a melhoria da comunicação profissional e do acesso a dados e indicadores de saúde, além de facilitar os processos de educação permanente e a atualização técnica e científica das equipes. Viabiliza a participação no Telessaúde e nas comunidades de práticas, para troca de experiências, integração entre os serviços e aumento da resolubilidade da AB. Verificar Anexo A.	
A Unidade Básica de Saúde dispõe dos materiais e dos equipamentos necessários ao primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A UBS dispõe de materiais e de equipamentos imprescindíveis para o primeiro atendimento de urgência e emergência aos usuários do território (conforme o Anexo B), além de realizar a conferência e a manutenção periódica desses materiais e equipamentos, garantindo a condição de uso.	
O deslocamento dos profissionais das equipes da Unidade Básica de Saúde para a realização de atividades externas programadas, quando necessário, é realizado por meio de veículo oficial.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A gestão disponibiliza às equipes veículos em boas condições de uso, manutenção e segurança, com motorista, quando necessário, para realizar atividades externas programadas. A disponibilidade do veículo está adequada à organização e ao cronograma de cada uma delas.

A Unidade Básica de Saúde está adequada para atendimento de pessoas com deficiência e/ou com mobilidade reduzida, analfabetos e idosos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A UBS dispõe de materiais, equipamentos e instrumentos adequados para a promoção do acolhimento e da atenção humanizada e integral a pessoas com deficiência e/ou com mobilidade reduzida, analfabetos e idosos. Isso significa ampliação do acesso e da equidade e maior qualificação da atenção prestada. As estruturas físicas estão de acordo com a Norma Brasileira ABNT NBR 9.050/2004. Verificar Anexo C.	

A Unidade Básica de Saúde possui identificação visual externa e interna em todas as suas dependências e dos profissionais.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Há totem e placas de identificação visual externa e interna (entrada da UBS, recepção, placa com relação dos serviços ofertados, consultórios, sala de coleta, nebulização, vacina, sala de procedimentos, sala de curativos, almoxarifado, copa, banheiros para funcionários, sanitários, áreas para pessoas com cadeira de rodas, equipamentos específicos para pessoas com deficiência, consultórios odontológicos, escovário, sala de dispensação de medicamentos, central de material e esterilização, salas de reunião, auditório etc.). Traz adequadamente a identificação visual de modo que a população saiba que é uma unidade de serviços de AB integrante do Sistema Único de Saúde; placa Saúde Mais Perto de Você (placa que identifica que a UBS participa do Pmaq); horário de funcionamento; escala dos profissionais; uso de crachá de identificação; listagem das ações e ofertas de serviços da equipe e número da Ouvidoria. A listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe, de modo acessível às pessoas com deficiência (acessibilidade comunicacional). Apresenta piso tátil para o deslocamento e utiliza símbolos internacionais para pessoas com deficiência. A identificação visual facilita o acesso dos usuários ao serviço, bem como a sua movimentação dentro da UBS.	

INSUMOS, IMUNOBIOLOGICOS E MEDICAMENTOS

Essa subdimensão objetiva avaliar o armazenamento, a disponibilidade e a suficiência de insumos, imunobiológicos e medicamentos para o desenvolvimento de ações em saúde e o processo de dispensação/controle das vacinas e dos medicamentos pela Unidade Básica de Saúde.

A Unidade Básica de Saúde dispõe de insumos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde e atividades educativas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A UBS dispõe de insumos em quantidades suficientes para a atenção aos usuários e para as atividades educativas destinadas à população. Utilizar como referência a lista do Anexo D.	
A Unidade Básica de Saúde dispõe de materiais e insumos necessários para o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS).	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os materiais e insumos básicos para o processo de trabalho do ACS estão garantidos. Verificar Anexo E.	

A Unidade Básica de Saúde dispõe de	
--	--

todas as vacinas do calendário básico do Programa Nacional e Estadual de Imunização.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O calendário de vacinação é definido pelo Programa Nacional da Imunização (PNI) do Ministério da Saúde e pelo calendário estadual. A UBS organiza e estrutura meios para facilitar o acesso às vacinas básicas e aumentar a cobertura vacinal no território. Estão garantidos os seguintes imunobiológicos: BCG, hepatite B, tetravalente/pentavalente, poliomielite/Salk, rotavírus, pneumocócica 23-valente, pneumocócica 10 e meningocócica C, tríplice viral, febre amarela e tríplice bacteriana, dupla adulto, varicela, influenza sazonal.	
A Unidade Básica de Saúde dispõe de material impresso em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações em saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A UBS possui materiais impressos em quantidade suficiente, evitando que eventuais interrupções no fornecimento causem prejuízos da continuidade e da qualidade do atendimento prestado. Verificar Anexo F.	
A Unidade Básica de Saúde dispõe de insumos e de medicamentos indicados para o primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os insumos e os medicamentos indispensáveis ao primeiro atendimento de urgência e emergência ao usuário, para a estabilização e manutenção da vida até que possa ser referenciado para outro nível de atenção caso seja necessário, estão garantidos na UBS. Verificar Anexo G.	
A Unidade Básica de Saúde dispõe de equipamentos de proteção individual de forma regular e suficiente.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão garante a disponibilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) para o trabalhador com vistas à sua proteção contra riscos capazes de ameaçar sua segurança e saúde. A UBS garante a disponibilização de EPI, tais como: óculos protetores de acrílico, protetor facial de acrílico, luvas de borracha cano longo, máscaras, capotes, aventais impermeáveis, gorros, botas ou sapatos fechados impermeáveis. Verificar Anexo D.	
A Unidade Básica de Saúde disponibiliza de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica com suficiência e regularidade.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão abastece as unidades com quantidade suficiente de medicamentos para assegurar a cobertura do território, de maneira regular e programada, de tal forma que uma falta eventual destes não comprometa a resolubilidade dos tratamentos. Os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica garantem a execução do tratamento, do plano terapêutico, da promoção da saúde e da redução de agravos. Ver Anexo H.	
A Unidade Básica de Saúde dispõe de mecanismos de monitoramento e controle de estoque (abastecimento) de materiais/ insumos, medicamentos e imunobiológicos e das condições adequadas de conservação destes.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão faz programação adequada para a manutenção dos níveis de estoque	

necessários ao atendimento da demanda, evitando-se a superposição de estoque ou desabastecimento do sistema para otimizar recursos financeiros e garantir a continuidade das ações em saúde. Há instrumentos (informatizados ou manuais) para o controle do estoque, a distribuição e a dispensação de insumos, materiais, medicamentos e imunobiológicos na UBS. As condições de armazenamento estão adequadas, garantindo a conservação dos medicamentos e dos imunobiológicos.

EDUCAÇÃO PERMANENTE E QUALIFICAÇÃO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

Os processos de reorganização da AB vêm exigindo dos profissionais um novo perfil, novas habilidades e competências para atuar na diversidade de demandas e realidades do território e na integração com a comunidade. Trata-se de concepções e práticas de saúde que incluem: trabalho em equipe, interdisciplinaridade, compartilhamento de saberes, capacidade de planejar, organizar e desenvolver ações direcionadas às necessidades da população. O perfil dos profissionais da equipe de AB está vinculado a características pessoais, aos seus processos de formação e qualificação, bem como às suas experiências, às vivências e às práticas. Esse perfil pode ser aperfeiçoado com a implementação de estratégias de educação permanente, entre outras ações que valorizam o profissional.

Os profissionais da equipe de nível superior e médio possuem formação complementar que os qualifica para o trabalho na Atenção Básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os profissionais de nível superior e médio da equipe têm formação qualificada para atuarem na AB. Tais qualificações contribuem para que desenvolvam ações de saúde mais resolutivas no território, promovendo melhor desempenho técnico e profissional, novas competências e habilidades, bem como melhoria nos processos de trabalho, planejamentos e intervenções da equipe. São exemplos de formação complementar: especialização em Saúde da Família, Saúde Coletiva, Medicina Preventiva e Social; residência em Medicina de Família e Comunidade; curso de atualização/aperfeiçoamento com temas referentes à atenção básica, entre outros.	
A equipe participa de cursos de atualização e de qualificação, aplicando os conhecimentos aprimorados na melhoria do trabalho e da qualificação da atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe participa de cursos de atualização e de qualificação que são disponibilizados considerando suas necessidades e dificuldades identificadas por ela. Aplica os conhecimentos aprimorados na formulação de novos subsídios e de ferramentas para a melhoria dos processos de trabalho da equipe, bem como para o desenvolvimento de novas habilidades e de competências que visam à qualificação na AB.	
As equipes utilizam dispositivos de educação e apoio matricial a distância para a qualificação do cuidado prestado aos usuários.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
As equipes participam de atividades de educação e apoio matricial a distância como: participação dos trabalhadores em cursos de Educação a Distância (EAD) (cursos de atualização e/ou especialização), atividades ofertadas pelos Núcleos de Telessaúde Brasil Redes na AB como as Teleconsultorias e Segunda Opinião Formativa, participação nos fóruns de discussão em Comunidade de Práticas, entre outras. As atividades de educação e apoio matricial a distância podem, além de aumentar a resolubilidade clínica dos profissionais da AB, possibilitar a abertura de um canal de diálogo dos profissionais da AB com outros profissionais e serviços.	

ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO	
<p>A organização do trabalho na Atenção Básica consiste na estruturação dos processos de trabalho da equipe que realiza o cuidado, envolvendo: adscrição do território; diagnóstico situacional do território; ações no território como busca ativa e visitas domiciliares permanentes e sistemáticas, além de ações de prevenção e promoção; acolhimento resolutivo em tempo integral (com análise de necessidades de saúde, avaliação de vulnerabilidade e classificação de risco); atendimento de urgências e emergências médicas e odontológicas durante o tempo da jornada de trabalho da unidade de saúde; atenção orientada pela lógica das necessidades de saúde da população; planejamento das ações integrado e horizontalizado; serviços com rotinas estabelecidas em cronogramas, fluxogramas e protocolos clínicos; linhas de cuidado com definição, monitoramento e regulação de fluxos, solicitações e compromissos com outros pontos de atenção com vistas a coordenar o cuidado na rede de atenção; práticas sistemáticas de monitoramento e análise dos resultados alcançados pela equipe e avaliação da situação de saúde do território.</p>	
A equipe trabalha com território definido, mantém vínculo com a população e responsabiliza-se pela atenção/resolução de seus problemas/necessidades de saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe estabelece relações de vínculo e se responsabiliza pela resolução dos problemas de saúde da população adscrita, garantindo, assim, a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. É importante conhecer o território adscrito para obter informações das reais condições de vida das famílias residentes na área de atuação das equipes e, para isso, o ACS realiza o cadastramento das famílias de sua microárea.</p>	
A equipe planeja suas ações com base no diagnóstico situacional de seu território e envolve a comunidade, no planejamento das ações.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe faz o acompanhamento dinâmico da situação de saúde, mapeia adequadamente o território, representando-o de forma gráfica – com identificação dos aspectos geográficos, ambientais, sociais, econômicos, culturais, religiosos, demográficos e epidemiológicos –, associando-o com o cadastro atualizado de domicílios e de famílias e informações vindas dos sistemas de informações e de outras fontes. Identifica, durante seus atendimentos ou no território, indivíduos que fazem uso de plantas medicinais e fitoterápicos e/ou outros recursos terapêuticos das práticas integrativas e complementares. A territorialização possibilita o planejamento das ações prioritárias para o enfrentamento dos problemas de saúde mais frequentes e/ou de maior relevância e em consonância com o princípio da equidade. O planejamento e a avaliação das ações implementadas possibilitam a reorientação permanente do processo de trabalho. A comunidade e as instituições intersetoriais são envolvidas nesse processo, sempre na perspectiva de troca e de integração de saberes popular e técnico-científico, ampliando a compreensão da equipe em relação à realidade vivida pela população e também o protagonismo desses atores.</p>	
A equipe organiza as agendas de atendimento individual dos diversos profissionais de forma compartilhada buscando assegurar a ampliação do acesso e da atenção à saúde em tempo oportuno aos usuários.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe organiza a agenda dos profissionais com base nas necessidades de saúde da população, pois isso contribui para que a ação da equipe seja integrada, multiprofissional e interdisciplinar. É importante também para a garantia de continuidade do cuidado (programático ou não), reforçando o vínculo, a responsabilização e a segurança dos usuários. Por isso, é fundamental uma metodologia consistente de planejamento e gestão das agendas que contemple estas diferentes situações: oferta programada para grupos específicos, para demanda espontânea (consulta no dia e o primeiro atendimento</p>	

às urgências;) e para retorno/reavaliação de usuários que não fazem parte de ações programáticas.	
A equipe utiliza ferramentas para auxiliar na gestão do cuidado de casos complexos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe elabora, acompanha, gera e avalia os casos considerados complexos, bem como acompanha e organiza o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da RAS. A equipe utiliza ferramentas para análise e planejamento de intervenções dos casos complexos como o Projeto Terapêutico Singular.	
A equipe realiza coordenação do cuidado dos usuários do seu território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe consegue acompanhar os casos dos usuários que necessitam ser encaminhados a outros serviços. Consegue definir quais usuários são prioritários para encaminhamento e isso efetivamente determina a ordem de atendimento. Ela consegue ter informações sobre o que foi proposto de tratamento (ou plano de cuidado etc.) a esse usuário dialogando ou trocando informações com o profissional que o atendeu nesse outro ponto de atenção. Utiliza no seu cotidiano para fazer a gestão do cuidado ferramentas como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinelas e incidentes críticos, entre outros.	
A equipe faz registro e monitoramento das suas solicitações de exames, encaminhamentos às especialidades, bem como os retornos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe mantém registro das referências, das contrarreferências e das solicitações de exames de todos os usuários. As informações, registradas em instrumentos além dos prontuários, e o monitoramento dos fluxos – casos atendidos/não atendidos (em especial, casos mais graves e/ou complexos) facilitam a coordenação do cuidado. Essas ações reduzem o tempo de espera e de retorno das informações às unidades, objetivando concretizar o cuidado integral e em tempo oportuno.	
A equipe de Atenção Básica utiliza estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe utiliza ferramentas ou estratégias que contribuem para maior visibilidade da estrutura dos indivíduos, famílias e suas relações pessoais (trabalho, moradia, entre outras). Auxiliam também na compreensão da interação entre os membros e das transformações nos diferentes ciclos de vida. São exemplos: genograma, ciclo de vida, mapeamento da rede social significativa, Fundamental Interpersonal Relations Orientation (FIRO), Problem; Roles and Structure; Affect; Communication; Time in Life Cycle; Illness in Family; Coping with Stress; Ecology (PRACTICE), visita domiciliar, prontuário familiar (organizados por microáreas ou outros mecanismos que facilitem a organização do território) e outros.	
A equipe de Atenção Básica oferece atendimento à população de, no mínimo, 40 horas semanais.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe garante atendimento semanal de, no mínimo, 40 horas, tendo em vista o seu amplo escopo de ações não apenas de atenção clínica individual, como também a realização de visitas domiciliares, grupos de educação em saúde, acolhimento, ações de vigilância, ações coletivas no território e reuniões de planejamento e avaliação. Dessa forma, o envolvimento das ações das equipes durante a jornada de trabalho aumenta o impacto na saúde e as possibilidades de manutenção e fortalecimento dos vínculos e a longitudinalidade do cuidado. O atendimento clínico individual está disponível em horários que facilitem o acesso aos usuários (horários de almoço, fins de semana, período noturno etc.).	

A equipe de Atenção Básica realiza visita domiciliar de maneira sistemática, programada, permanente e oportuna.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A visita domiciliar é um importante instrumento da equipe de AB para produção de cuidados. Este instrumento possibilita conhecer melhor a comunidade e os riscos associados à conformação do território, fortalecer o vínculo e qualificar o acesso à saúde de pacientes acamados/com dificuldades de locomoção. Cumpre ainda outras funções importantes como: identificar os moradores por faixa etária, sexo, raça, condição de saúde e situação de risco e vulnerabilidade; conhecer as condições de moradia e trabalho, do entorno, hábitos, crenças e costumes; identificar situações de risco que demandem atendimento domiciliar ou atendimento com encaminhamento oportuno à UBS; estimular a reflexão sobre hábitos prejudiciais à saúde, orientando sobre medidas de prevenção de doenças e promoção à saúde; informar sobre o funcionamento da UBS e as atividades oferecidas; orientar e acompanhar a população quanto ao uso correto de medicamentos e atividades de autocuidado; registrar adequadamente os dados relevantes para os sistemas de informação no âmbito da AB. As visitas deverão ser programadas em conjunto pelos profissionais da equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes.</p>	
A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea durante todo o período de funcionamento da UBS. Oferece acolhimento humanizado a todos os usuários do seu território com: escuta qualificada, classificação de risco e vulnerabilidades, com utilização de protocolos e definição de critérios para agendamento de consultas. A equipe realiza o primeiro atendimento dos usuários que precisam ser atendidos no dia e realiza atendimento às primeiras urgências, referenciando para outros pontos da rede de atenção, quando necessário. Assim, garante o acesso e a resolubilidade. A equipe utiliza os dados do acolhimento para orientar/reorientar o planejamento das ações.</p>	
A equipe realiza o primeiro atendimento às urgências.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe acolhe a demanda de usuários com quadros agudos de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, fornecendo o primeiro atendimento às urgências básicas. Depois desse primeiro atendimento, a equipe garante a continuidade do acompanhamento em agenda programada (se houver necessidade), ampliando, assim, a resolubilidade da AB e fortalecendo o vínculo equipe-comunidade.</p>	
A equipe realiza reuniões periódicas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe realiza reuniões periódicas (semanais ou quinzenais), com duração adequada às necessidades de discussão da equipe. Utiliza esse momento para discutir temas referentes a questões administrativas e funcionamento da UBS, à organização do processo de trabalho, ao diagnóstico e monitoramento do território, ao planejamento das ações, à educação permanente, à avaliação e integração com troca de experiências e conhecimentos, à discussão de casos, ao planejamento e organização das visitas domiciliares, à avaliação dos grupos que estão sendo desenvolvidos na comunidade, à discussão de casos pela equipe (eventos-sentinelas, casos complexos), à qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial (Nasf, Caps, CEO, especialistas da rede e da vigilância), à construção/discussão de projeto terapêutico singular, ao monitoramento e análise dos indicadores e a informações de saúde, entre outros. É importante que a equipe realize com o ACS o planejamento das ações no território.</p>	
A equipe de Atenção Básica realiza a alimentação do sistema de informação vigente da atenção básica de forma regular e consistente.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe mantém atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de</p>	

informação indicado pelo gestor municipal. Registra informações referentes aos serviços ofertados pela UBS e utiliza, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local.

A equipe realiza monitoramento e avaliação das ações e resultados alcançados.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe monitora e avalia as ações desenvolvidas no território. Discute sobre o seu fazer cotidiano e os resultados obtidos, identifica e implementa estratégias de intervenção para o enfrentamento e a redefinição de rumos. Monitora, avalia e discute resultados em equipe, com vistas à melhoria dos processos de trabalho, amplia a possibilidade de resultados satisfatórios, de qualificação dos serviços prestados e de satisfação dos profissionais e usuários.	

ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIAL DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Atenção Primária à Saúde em Municípios Sul Mineiros segundo Usuários Adultos do Sexo Masculino e Profissionais Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família

Pesquisador: Murilo César do Nascimento

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 97909018.0.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.893.179

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa que abrange proposta de trabalho de iniciação científica e de dissertações de mestrado.

Objetivo da Pesquisa:

- a. claros e bem definidos;
- b. coerentes com a propositura geral do projeto;
- c. exequíveis (considerando tempo, recursos, metodologia etc.)

Objetivo Primário:

Avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde segundo usuários adultos do sexo masculino e profissionais enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de dois municípios sul mineiros.

Objetivos Secundários:

- Elaborar um Formulário Eletrônico com base na versão do Instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil), versão reduzida para adultos.
- Realizar uma caracterização sociodemográfica e das condições/situações de saúde de usuários adultos do sexo masculino, atendidos pela Estratégia de Saúde da Família do Município de Alfenas-MG.
- Avaliar o Grau de afiliação, bem como os atributos Acesso de primeiro contato, Longitudinalidade, Coordenação, Integralidade, Orientação familiar e Orientação comunitária, pela ótica de usuários adultos do sexo masculino.
- Verificar se existe associação entre as variáveis sociodemográficas e das

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 2.893.179

condições/situações de saúde dos usuários entrevistados com os escores de qualidade da APS por eles gerados. • Elaborar um Formulário Eletrônico com base no Instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool- Brasil), versão para profissionais. • Caracterizar os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde dos municípios de Alfenas-MG e Pouso Alegre – MG. • Avaliar a presença e a extensão dos princípios da Atenção Primária à Saúde nas Unidades Básicas de Saúde segundo a perspectiva dos enfermeiros de ambos os Municípios. • Verificar a existência de associação entre as características dos profissionais com os escores da APS por eles gerados. • Verificar a associação entre as dimensões avaliadas por meio do instrumento AMAQ (auto avaliação da melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica) e os atributos do PCATool-Brasil, versão para profissionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- a. o risco de execução do projeto é avaliado como mínimo, realmente necessário, está bem descrito no projeto e apresentam medidas corretivas se necessárias;
- b. os benefícios oriundos da execução do projeto justificam os riscos corridos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- a. Metodologia da pesquisa – adequada aos objetivos do projeto, atualizada.
- b. Referencial teórico da pesquisa – atualizado e suficiente para aquilo que se propõe;
- c. Cronograma de execução da pesquisa – coerente com os objetivos propostos e adequado ao tempo de tramitação do projeto.

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, de abordagem quantitativa. Serão avaliados a presença e a extensão dos atributos da APS por meio da aplicação de versões eletrônicas do Instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil), versão profissionais e versão usuários adultos (ambas autorizadas para utilização por autores que as validaram para o Brasil). Será verificada ainda a existência de associação entre as dimensões avaliadas por meio do instrumento AMAQ (auto avaliação da melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica) e os atributos do PCATool-Brasil, versão para profissionais. A coleta de dados será realizada mediante entrevista estruturada, cujo preenchimento dos Formulários Digitais será realizado pelos pesquisadores, com o auxílio de tablets e celulares, durante visitas às Unidades Básicas de Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- a. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – presentes e adequados
- b. Termo de Assentimento (TA) – não se aplica
- c. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) – não se aplica

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS**



Continuação do Parecer: 2.893.179

- d. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) – não se aplica
- e. Termo de Anuência Institucional (TAI) – presentes e adequados
- f. Folha de rosto - presente e adequada
- g. Projeto de pesquisa completo e detalhado - presente e adequado.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendação de aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP acata o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1207528.pdf	06/09/2018 20:50:55		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFISSIONAIS_ENFERMEIROS_ALFENAS_POUSO_ALEGRE.pdf	06/09/2018 20:48:36	Murilo César do Nascimento	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_USUARIOS_ADULTOS_SEXO_MASCULINO_ALFENAS.pdf	06/09/2018 20:47:02	Murilo César do Nascimento	Aceito
Outros	Autorizacao_PCATool_Reduzida.pdf	06/09/2018 20:43:21	Murilo César do Nascimento	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TAI_PA_assinado.pdf	06/09/2018 20:42:27	Murilo César do Nascimento	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TAI_Alfenas_assinado.pdf	06/09/2018 20:41:49	Murilo César do Nascimento	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TAI_Parecer_SMS_Alfenas.pdf	06/09/2018 20:40:51	Murilo César do Nascimento	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	06/09/2018 20:40:06	Murilo César do Nascimento	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_PCATool.pdf	06/09/2018 20:37:57	Murilo César do Nascimento	Aceito

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS

Continuação do Parecer: 2.893.179

Folha de Rosto	folhaDeRosto_PCATool_Assinado.pdf	06/09/2018 20:37:28	Murilo César do Nascimento	Aceito
----------------	-----------------------------------	------------------------	-------------------------------	--------

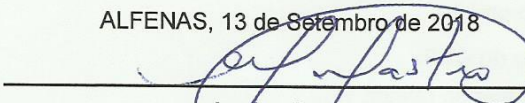
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 13 de Setembro de 2018


Assinado por:Angel Mauricio Castro Gamero
(Coordenador)**Endereço:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700**Bairro:** centro**CEP:** 37.130-001**UF:** MG**Município:** ALFENAS**Telefone:** (35)3701-9153**Fax:** (35)3701-9153**E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br