

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM REDE EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**WILKA EMANOELY CUNHA CASTRO**

**AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A  
FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM SÃO JOSÉ DE RIBAMAR-MA**

São Luís - MA  
2019

**WILKA EMANOELY CUNHA CASTRO**

**AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A  
FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM SÃO JOSÉ DE RIBAMAR-MA**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Brito e Alves.

São Luís - MA  
2019

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Castro, Wilka Emanoely Cunha.

Avaliação dos serviços de atenção primária à saúde e a formação dos profissionais de saúde em São José de

Ribamar-MA / Wilka Emanoely Cunha Castro. - 2019.

106 f.

Orientador(a): Maria Teresa Seabra Soares de Brito Alves.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Rede em Saúde da Família/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2019.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação de Serviços de Saúde. 3. Estratégia de Saúde da Família. 4. Formação Profissional. I. Alves, Maria Teresa Seabra Soares de Brito. II. Título.

**WILKA EMANOELY CUNHA CASTRO**

**AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A  
FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM SÃO JOSÉ DE RIBAMAR-MA**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Brito e Alves.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Brito e Alves  
(Orientadora - Presidente)  
Universidade Federal do Maranhão

---

Profa. Dra. Liberata Campos Coimbra  
(Externa ao Programa)  
Universidade Federal do Maranhão

---

Profa. Dr. Marcelo Rodrigues Gonçalves  
(Externa a Instituição)  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Profa. Dra. Regimarina Soares Reis  
(Suplente)  
Universidade Federal do Maranhão

## **AGRADECIMENTOS**

Mistura de sentimentos ao chegar nesse momento. Achei que não chegaria, mas chegou e só tenho a agradecer a todos que de uma forma ou de outra me apoiaram nesse caminho.

Agradeço a Deus por ter enviado o seletivo do PROFSAUDE num momento de grandes transições da minha vida e ter me dado forças para cumprir todas as etapas do processo de formação nesse mestrado.

Agradeço ao meu filho, José Danilo, que me faz todo dia ser uma pessoa melhor e me incentivar com sua personalidade alegre e leve.

À minha orientadora, Teresa Seabra, por aceitar o desafio de trabalhar com PCATool, por compartilhar comigo de sua experiência e saberes e por me apoiar todas as vezes que o desespero aparecia.

A gestão do município de São José de Ribamar que autorizou e apoiou a pesquisa em toda sua rede de atenção básica.

Aos meus queridos pais e meus irmãos que com tanto esforço e carinho me conduziram à formação da pessoa que me tornei. Mesmo distantes fazem parte dessa conquista.

Aos colegas mestrandos do grupo de pesquisa do PROFSAUDE, Cristiane Silva e Mannasses Araujo, que toparam entrar comigo nesse desafio que foi estudar a atenção primária de São José de Ribamar.

Aos 11 alunos da graduação que formaram a equipe de pesquisa de campo, em especial ao Cauby Arthur Moreno que se dedicou também a digitação, análise e confecção de artigos.

A todos docentes e discentes da primeira turma do PROFSAUDE UFMA com os quais pude compartilhar anseios, aprendizados e desafios. Em especial a professora Maria do Carmo e a secretária Doroteia, por toda dedicação para organizar o mestrado profissionalizante em rede em saúde da família na UFMA.

Ao chefe da COREME, José Guará, e aos residentes de Medicina de Família e Comunidade do HUUFMA que entenderam minha certa ausência nesses últimos meses, em especial a residente Rosana Castello Branco que também compôs a equipe da pesquisa.

As amigas, Luciana Oliveira e Bianca Serra, por auxiliarem na revisão da dissertação.

A dona Tânia, segunda mãe e avó do meu filho, que sempre se dispôs a ficar com ele quando precisei me ausentar pesquisando ou representando minha turma no ABRASCO.

As minhas secretárias, Ximena e Neide, que permitiram que eu “madrugasse” nos locais de coleta de dados enquanto elas cuidavam da minha casa e do José.

Seriam muitos nomes para citar, por isso finalizo agradecendo a todos que de alguma forma compreenderam, esperaram e me substituíram no período do mestrado.

*“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.”*

*Paulo Freire*

## RESUMO

Os conceitos de Atenção Primária à Saúde (APS) ampliam a visão do cuidado da saúde, exigindo uma modificação da prática profissional. A avaliação da APS tem ganhado destaque com a crise dos sistemas de saúde e a necessidade de ferramentas para planejamento de gestão. O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária Primary Care Assessment Tool (PCATool) é um dos instrumentos mais usados na avaliação da APS no Brasil e no mundo. Essa pesquisa analisou o perfil sócio demográfico e de formação dos profissionais de nível superior das equipes de ESF do município de São José de Ribamar - MA, a qualidade dos serviços de APS do ponto de vista dos profissionais e a relação entre esses dois fatores (formação e qualidade). Trata-se de um estudo transversal, realizado com 2 questionários: um autoaplicável para traçar o perfil dos profissionais e uma entrevista com PCATool versão profissionais para avaliar a qualidade dos serviços de APS. Participaram do estudo 73 profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Os dados foram analisados no programa Stata, versão 14.2. As variáveis foram analisadas utilizando regressão multivariada, regressão de Poisson com variância robusta e foi apresentada como medida de efeito a razão de prevalência (RP) com seus intervalos de confiança de 95% (IC95%). Os resultados apontaram predomínio de mulheres, profissionais com até 50 anos e com especialização em SF. A maioria estava atuando a menos de 5 anos na ESF e na mesma equipe e cerca de 90% participou de capacitação no último ano. A avaliação dos atributos da APS resultou em alto escore geral de APS (7,5). O escore do atributo essencial acesso foi o mais baixo (3,9) e os escores mais altos foram em coordenação/sistema de informação (8,9) e orientação familiar (8,9). Os maiores escores nos atributos derivados foram associados estatisticamente ao grupo de profissionais do Programa Mais Médicos (PMM) e ao maior tempo de atuação na ESF. Não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre os demais atributos e o perfil sócio econômico e de formação profissional. Portanto, as equipes da ESF de São José de Ribamar estavam orientadas para APS de acordo com PCATool na perspectiva do profissionais que nela trabalham. Considerando o modelo de APS avaliado por esse instrumento, destaca-se a necessidade de melhor avaliação do componente estrutura e resultado da atenção básica em São José de Ribamar. Os recursos



humanos de nível superior das equipes de ESF apresentam características de formação e vínculo que geram a avaliação da qualidade dos serviços de APS apresentado nesse estudo. Apesar de a maioria ser especialista em saúde da família e terem realizado capacitações no último ano, essas atividades não tiveram reflexo na prática, sugerindo realização de mais estudos para entender essa relação.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde. Formação Profissional. Estratégia de Saúde da Família.

## ABSTRACT

The concepts of Primary Health Care (PHC) expand the view of health care, requiring a change in the professional practice. The PHC assessment has been highlighted by the health systems crisis and the need for tools for management planning. The Primary Care Assessment Tool (PCATool) is one of the most used instruments in the evaluation of PHC in Brazil and worldwide. This research analyzed the socio-demographic and professional training profile of the higher education professionals of the FHS teams in the municipality of São José de Ribamar-MA, the quality of PHC services from the professionals' point of view and the relationship between these two factors (training and quality). This is a cross-sectional study, carried out with 2 questionnaires: a self-administered one to profile professionals and an interview with PCATool professional version to evaluate the quality of PHC services. 73 professionals from the FHS teams participated in the study. Data were analyzed with Stata version 14.2 program. The variables were analyzed using multivariate regression, Poisson regression with robust variance and the prevalence ratio (PR) with 95% confidence intervals (95% CI) was presented as a measure of effect. The results showed a predominance of women, professionals with up to 50 years and specialization in Family Health Care. Most were working less than 5 years in the FHS and in the same team, and about 90% participated in training in the last year. Assessment of PHC attributes resulted in a high overall PHC score (7.5). Access essential attribute score was the lowest (3.9) and the highest scores were in Coordination/information system (8,9) and Family Orientation (8,9). The highest scores in the derived attributes were statistically associated to the group of PMM professionals and to the longer time of performance in the FHS. No statistically significant relationship was found between the other attributes and the socioeconomic and professional training profile. Therefore, the FHS teams from São José de Ribamar were oriented to APS according to PCATool from the perspective of the professionals who work in it. Considering the PHC model evaluated by this instrument, it is worth highlighting the need for a better evaluation of the Structure and Outcome components of Primary Care in São José de Ribamar. The higher education human resources of the FHT teams present training and link characteristics that generate the evaluation of the quality of PHC services presented in this study. Although most are specialists in family health and have performed

training in the last year, these activities did not have a reflex in practice, suggesting more studies to understand this relationship.

**Keywords:** Primary Health Care. Evaluation of Health Services. Professional Training. Family Health Strategy.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Escores dos atributos essenciais e derivados na perspectiva dos profissionais em diferentes estudos, São Luís, 2019 .....	23
<b>Tabela 2</b>	Perfil socioeconômico e de formação dos profissionais participantes do estudo em São José de Ribamar, 2019 .....	53
<b>Tabela 3</b>	Escore dos atributos expressos na escala de 0 a 10. São Luís, 2019 .....	55
<b>Tabela 4</b>	Escores Essencial, Derivado e Geral expressos na escala de 0 a 10. São Luís, 2019 .....	56
<b>Tabela 5</b>	Análise ajustada dos fatores associados aos atributos da atenção primária em profissionais de saúde de São José de Ribamar. São Luís, 2019 .....	57

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
APS	Atenção Primária à Saúde
AQ-PCP	ADHD Questionnaire for Primary Care Providers
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CED	Centro de Especialidades Diagnóstico
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CTA	Centro de Testagem Anônima
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAIMER	Foundation for Advancement of International Medical Education and Research
GPAG	General Practice, Assessment Questionnaire
HUUFMA	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC	Intervalo de Confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IES	Instituição de Ensino Superior
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MFC	Medicina de Família e Comunidade
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOB/RH SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACOTAPS	Aplicativo para Atenção Primária em Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PCET WHO	Primary Care Evaluation Tool
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos Brasil
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
Pró-Saúde	Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
QualiAB	Questionário Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica
RP	Razão de Prevalência
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde

SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMA	Universidade Federal do Maranhão

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>18</b>
<b>2.1</b>	<b>Atenção primária no mundo e no Brasil</b> .....	<b>18</b>
<b>2.2</b>	<b>Avaliação dos serviços de APS</b> .....	<b>21</b>
<b>2.3</b>	<b>Formação em APS</b> .....	<b>24</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>26</b>
<b>3.1</b>	<b>Objetivo geral</b> .....	<b>26</b>
<b>3.2</b>	<b>Objetivos específicos</b> .....	<b>26</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>27</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo/delineamento</b> .....	<b>27</b>
<b>4.2</b>	<b>Local</b> .....	<b>27</b>
<b>4.3</b>	<b>Sujeito do estudo/população alvo</b> .....	<b>28</b>
<b>4.4</b>	<b>Coleta de dados</b> .....	<b>29</b>
<b>4.4.1</b>	<b>Instrumentos de pesquisa</b> .....	<b>29</b>
<b>4.4.2</b>	<b>Coleta de dados</b> .....	<b>30</b>
<b>4.5</b>	<b>Instrumentos e variáveis do estudo</b> .....	<b>30</b>
<b>4.6</b>	<b>Plano de análise</b> .....	<b>31</b>
<b>4.7</b>	<b>Aspectos éticos</b> .....	<b>32</b>
	<b>ARTIGO</b> .....	<b>33</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>58</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>59</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>65</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>69</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A partir da Conferência de Alma-Ata, em 1978, a Atenção Primária em Saúde (APS) vem se consolidando como uma das formas mais eficientes de organização do sistema de saúde por possibilitar acesso aos serviços com atenção integral e longitudinal. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2007).

No Brasil, a APS começou a ser organizada na década de 80 do século XX pelo movimento de reforma sanitária. Com a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, a APS é municipalizada e estruturada do ponto de vista jurídico e financeiro com a criação do PSF. Posteriormente, se tornou uma Estratégia e principal modelo de expansão da APS. Esse modelo foi construído com a incorporação dos produtos de experiências internacionais de sistemas de saúde de países desenvolvidos, baseados na atenção primária e nas propostas definidas na Conferência de Alma Ata. Seus objetivos foram reorientar a prática assistencial para a prática centralizada na família, baseada no trabalho em equipe interdisciplinar responsável por território geograficamente definido, estruturando e consolidando os princípios do SUS. (BRASIL, 2011).

Após revisão sistemática sobre a avaliação em serviços de atenção primária, Fracoli *et al.* (2014) encontraram 5 instrumentos validados, sendo eles: WHO Primary Care Evolution Tool (PCET); ADHD Questionnaire for Primary Care Providers (AQ-PCP) e General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ); PACOTAPS (Aplicativo para Atenção Primária em Saúde) e PCATools (Primary Care Assessment Tool).

Nessa revisão sistemática, esses autores concluíram que o PCATool é o instrumento mais usado para avaliar APS diante de sua aceitação e validação em vários países e por avaliar o serviço sob a ótica de vários atores (HAUSER *et al.*, 2013). Essa ferramenta de avaliação foi criada por Starfield *et al.* (2005) com base no modelo proposto por Donabedian no qual se avalia estrutura, processo e resultados de serviços de saúde. Esse instrumento é embasado nos quatro atributos essenciais para funcionamento dos serviços da APS e três atributos derivados, todos criados por Starfield e colaboradores na John Hopkins University. (FRACOLLI *et al.*, 2014; LEÃO; CALDEIRA, 2011).

Gil (2005) afirma que o modelo de atenção à saúde e a formação de recursos humanos são dois temas difíceis de serem discutidos separadamente. Na

década de 80, prevalecia a assistência hospitalar especializada que muitas vezes não atendia as necessidades da população; as escolas médicas não formavam profissionais para os desafios de saúde e sociais mais prevalentes; o cuidado em saúde era fragmentado, ficando de um lado as medidas curativas e de outro, as preventivas. (BRASIL, 2010a; GIL, 2005; KOLLING, 2008).

Diante desse cenário de formação existente não se poderia exigir profissionais com capacitação específica para compor as equipes de ESF. A expansão dessas equipes aconteceu rapidamente ao mesmo tempo em que não foram tão efetivas na sua proposta de cuidado. Percebeu-se que para trabalhar numa APS qualificada era necessário compreender um território adstrito a partir do enfoque familiar e comunitário, considerando-o como espaço de construção coletiva, onde os diversos sujeitos estão envolvidos nos cuidados em saúde. (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Dessa forma era necessário minimizar os déficits dos profissionais já inseridos nas equipes e impulsionar as mudanças na academia, para que sejam formados profissionais para atuarem no SUS que surgia. (GIL, 2005).

A introdução ou a modificação de uma prática organizativa nos serviços de saúde implica em trabalhar não apenas no desenvolvimento de novas habilidades específicas, mas, sobretudo os contextos que mantêm e alimentam as práticas anteriores. (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

O presente estudo buscou entender a relação entre a formação dos profissionais de nível superior das equipes de ESF do município de São José de Ribamar-MA e a qualidade do serviço de APS do ponto de vista desses profissionais de saúde, utilizando como instrumento de avaliação o questionário PCATool.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Em decorrência da estruturação que a temática avaliação de serviços e formação profissional apresenta, a revisão de literatura contempla um breve apanhado sobre a Atenção Primária de Saúde (APS), instrumentos de avaliação de serviços de APS e formação profissional.

### 2.1 Atenção primária no mundo e no Brasil

O Relatório Dawson publicado em 1920, após oito anos da instituição do seguro saúde na Grã-Bretanha, representa o primeiro marco dos conceitos de níveis de saúde e Atenção Primária a Saúde. Nesse documento se distinguia três níveis principais de serviços de saúde (centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola) e foram propostos vínculos formais entre eles. (STARFIELD, 2002).

Em 1978, na Conferência de Alma-Ata se buscou ampliar a visão do cuidado da saúde. Nesse momento surge o conceito de APS como central na organização dos sistemas de saúde abordando a saúde com olhar integral: promoção, prevenção, cura e reabilitação. (DECLARAÇÃO..., 1978; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2007).

A Declaração de Alma-Ata (1978) sugere pelo menos oito ações elementares para a APS nos diferentes países:

- a) educação sobre os principais problemas de saúde e métodos para sua prevenção e controle;
- b) promoção distribuição de alimentos e de uma nutrição apropriada;
- c) abastecimento adequado de água potável e saneamento básico;
- d) assistência materno-infantil e planejamento familiar;
- e) imunização contra as principais doenças infecciosas;
- f) prevenção e controle das doenças endêmicas locais;
- g) tratamento adequado de doenças e traumatismos comuns;
- h) distribuição de medicamentos essenciais.

Esse documento sugere também que a base da APS sejam os profissionais de saúde – médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes da comunidade –, tanto no âmbito local como nos serviços de referência. Por fim,

recomenda que as ações da APS se enquadrem em quatro tipos de intervenções em saúde: promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Várias experiências nos anos seguintes a Alma-Ata foram realizadas com o objetivo de reestruturar sistemas de saúde de forma a incorporar os preceitos de APS, principalmente no tocante à extensão de cobertura e hierarquização de serviços. (AGUIAR, 2010).

Starfield, Shil e Macinko (2005) fazem uma releitura dos conceitos definidos em Alma-Ata e definem APS como nível de saúde que apresenta os 4 atributos essenciais e 3 atributos derivados. Os atributos essenciais são: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação de cuidados. Os atributos derivados são: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. (SILVA *et al.*, 2014).

Antes da Conferência de Alma-Ata, já haviam sido realizadas práticas voltadas para reestruturação do sistema de saúde brasileiro como a expansão da Medicina Comunitária nos anos setenta, programas nacionais - como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS) e o Sistema Integrado de Saúde do Norte de Minas. (AGUIAR, 2003). Essas experiências, contudo, realizaram-se em uma época na qual não existia a intenção de se reestruturar o sistema de saúde com base em ações integrais, ou mesmo a decisão política de se universalizar a cobertura dos serviços de saúde.

A tentativa mais importante, entretanto, começou a se delinear no nordeste brasileiro em 1989 com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Criado pelo governo federal, o PACS teve, como referencial, diversas experiências comunitárias, religiosas e ligadas a organizações não governamentais. Baseava-se no trabalho do Agente Comunitário de Saúde, ou ACS – profissionais que deveriam ser recrutados entre pessoas da própria comunidade-alvo, dotadas de capacidade de liderança, relacionamento pessoal e ação política. (AGUIAR, 2003).

O PACS pode ser considerado como o ponto de partida para o enfoque na família como objeto da atenção primária à Saúde, assim como para a reintrodução do conceito de cobertura territorial para a assistência àquelas mesmas famílias. (AGUIAR, 2010).

O PSF surge em um momento no qual se buscava um novo modelo assistencial que refletisse melhor, em suas práticas, os princípios do SUS.

A implementação dos conceitos de APS variam de acordo com o país e seu modelo de proteção social. Nos países subdesenvolvidos, a aplicação das propostas da Conferência de Alma-Ata foi mais difícil, pois exigia reformas mais amplas que esses países não suportariam. Diante das frequentes crises econômicas em países da América Latina nesse período, a APS ganha um caráter de atenção seletiva, focando em populações rurais ou em pobres de áreas urbanas. (RIBEIRO, 2007). No Brasil, esse conceito surge no contexto da Reforma Sanitária, que fez parte de um movimento de redemocratização do país. O marco dessa reforma foi a Constituição Brasileira de 1988, quando se institui o SUS. Muitos dos princípios do novo sistema remetiam a proposta de Alma-Ata. Ainda por influencia dos anos 70 e das agencias de financiamento que preconizavam a redução do financiamento e gastos em saúde, a APS brasileira surge associada ao conceito de pacote mínimo de serviços e por isso recebeu a denominação de Atenção Básica. (BRASIL, 2010b).

Em 1994, com surgimento do PSF, se inicia a construção da APS brasileira e em 1998 é definida pelo Ministério da Saúde como Estratégia de orientação da APS no SUS. Inicialmente essa implantação ocorreu em municípios de pequeno porte populacional que permitiu uma cobertura de quase 100% nessas cidades. Em 2003, com o Programa de Expansão e consolidação da Estratégia de Saúde da Família (PROESF) tem-se incentivo para implantação e expansão da ESF nas cidades com mais de 100mil habitantes. (AGUIAR, 2010).

A mais recente proposta para fortalecimento da APS foi o Programa Mais Médicos Brasil (PMM) regulamentado através da Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Composto por três eixos: provimento emergencial, educação e infraestrutura. (BRASIL, 2015; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018). Segundo dados da OPAS/OMS, o PMM aumentou 10% a cobertura da ESF entre 2013 e 2017, correspondendo a 26 milhões de pessoas a mais com acesso a atenção primária. Os médicos do PMM compõem 40% das equipes de SF no Brasil, em 75% dos municípios. (INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, [201-]).

A APS brasileira se diferencia dos modelos de outros países por três características principais. (MENDONÇA, 2011):

- a) formada por equipe multidisciplinar que se responsabiliza por território e população definida;
- b) apresenta a figura dos agentes comunitários de saúde;
- c) inclui a saúde bucal no sistema público de saúde.

## 2.2 Avaliação dos serviços de APS

Avaliar consiste em aplicar julgamento de valor a uma intervenção por meio de um dispositivo cientificamente validado e socialmente legítimo. É uma atividade essencial de gestão para embasar o planejamento das atividades. (FRACOLLI et al., 2014).

A avaliação da atenção primária tem ganhado destaque com a crise dos sistemas de saúde e a necessidade de reformulação das políticas de assistência à saúde. Exigindo um instrumento de avaliação que melhor se adeque a esse cenário. Após revisão sistemática da literatura internacional, Fracolli *et al.* (2014) encontraram 5 principais ferramentas de avaliação da APS. São eles: WHO Primary Care Evaluation Tool (PCET); ADHD Questionnaire for Primary Care Providers (AQ-PCP) e General Practice; Assessment Questionnaire (GPAQ); PACOTAPS (Aplicativo para atenção primária em saúde) e PCATools (Primary Care Assessment Tool). Desses instrumentos, o que mais se adequou ao que o APS brasileira preconiza é o PCATool.

Desde 1998, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo métodos de avaliação e monitoramento da atenção básica. A cultura de avaliação da APS no SUS se efetiva em 2005 a partir de uma cooperação técnica e financeira da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e do Banco Mundial, com assessoria técnica do Instituto de Qualidade em Saúde do Ministério da Saúde de Portugal e recebe o nome de projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ). Lançado pelo Ministério da Saúde com metodologia de auto avaliação e autogestão. Em 2007 foi criado e validado em São Paulo outro instrumento para avaliação da Atenção Básica, o Questionário Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB). Ele era autoaplicável, via web. (BAVA *et al.*, 2016).

A falta de um instrumento validado que avaliasse a interação entre usuários e profissionais nos diversos modelos de APS, fez com que em 2010, o Ministério da Saúde lançasse a versão traduzida e validada do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool - Instrumento de Avaliação da Atenção Primária). Esse foi criado por Starfield e colaboradores com base no modelo proposto por Donabedian no qual se avalia estrutura, processo e resultados de serviços de saúde. Essa ferramenta é embasada nos quatro atributos essenciais para funcionamento

dos serviços da APS e três atributos derivados (FRACOLLI *et al.*, 2014; LEÃO; CALDEIRA, 2011).

De acordo com Silva *et al.* (2014, p. 127) os atributos essenciais são:

- a) acesso de primeiro contato: o serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das urgências;
- b) longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção e a expressão da relação interpessoal de confiança mútua entre a população e o serviço;
- c) integralidade: ações de atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial quanto do processo saúde-doença, adequadas ao contexto da APS;
- d) coordenação: disponibilidade de uma rede de serviços, de informações a respeito de problemas e de serviços anteriores, e o reconhecimento daquela informação para o presente atendimento.

Os atributos derivados são:

- a) orientação familiar: consideração do contexto familiar e de seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde na avaliação das necessidades individuais;
- b) orientação comunitária: reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade por meio de dados epidemiológicos e da relação com a comunidade, o incentivo ao controle social, assim como o planejamento, a avaliação conjunta dos serviços;
- c) competência cultural e adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com esta. (SILVA *et al.*, 2014, p. 127).

A partir da revisão dos instrumentos acima e a validação do PCATool para Brasil, surgem um novo instrumento Auto avaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ). (BAVA *et al.*, 2016).

Em 2011, após a Política Nacional de Atenção Básica ser lançada, surge o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) cujo objetivo era garantir um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente dessa forma permite mais efetividade das ações governamentais. (FIGUEIREDO *et al.*, 2013; BRASIL, 2012).

De acordo com Brasil, 2012 (*apud* CASTANHEIRA *et al.*, 2015, p. 214) o PMAQ encontra-se organizado em quatro fases complementares:

**Fase 1** iniciada pela adesão voluntária dos municípios mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes dos serviços e os gestores municipais e desses como Ministério da Saúde. **Fase 2** é constituída por quatro dimensões: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional, no qual a autoavaliação é considerada o ponto de partida no processo de melhoria, pois a partir da aplicação de uma ferramenta como o AMAQ, as equipes são capazes de identificar problemas e discutir estratégias de reorganização da

equipe e da gestão local. **Fase 3** é constituída pelas avaliações externas, por meio de certificação de desempenho das equipes de AB e gestões municipais, por meio de monitoramento de indicadores e verificação das condições locais e da avaliação das condições de acesso e de qualidade, por meio de outros instrumentos e da satisfação e utilização dos serviços por parte dos usuários. São realizadas por equipes contratadas e treinadas para esse fim, com a aplicação de instrumentos estruturados, cujos padrões de qualidade se assemelham aos da autoavaliação da segunda fase. A **Fase 4**, com base nas realidades evidenciadas na avaliação externa, encerra o ciclo e gera nova recontractualização com a gestão municipal e equipes dos serviços de Atenção Primária.

Considerando que definir qualidade da assistência não é fácil e não existe consenso a respeito, na pesquisa atual foi considerado um serviço de qualidade aquele que apresenta os atributos da APS definidos por Starfield. Figueiredo e colaboradores sugere em seu estudo que não é possível a utilização os padrões do AMQ como forma de mensurar todos os atributos da APS definidos por Starfield. Os instrumentos de avaliação utilizados no PMAQ tem na equipe seu instrumento de estudo e necessita de uma adesão voluntária das equipes em respondê-los (FIGUEIREDO *et al.*, 2013). Dessa forma tem-se uma amostra por conveniência a partir dos dados secundários do PMAQ.

Portanto, para melhor responder a pergunta do atual estudo o PCATool é o melhor instrumento, pois sua unidade de estudo são médicos e enfermeiros individualmente. Esse instrumento na versão profissional já foi amplamente aplicado em cidades brasileiras com diferentes perfis demográficos como mostra a tabela 1.

**Tabela 1** - Escores dos atributos essenciais e derivados na perspectiva dos profissionais em diferentes estudos, São Luís, 2019.

Escores	Serra <sup>A1</sup>	Alfenas <sup>B2</sup>	Goiás <sup>C3</sup>	Chapecó <sup>D4</sup>	Curitiba <sup>E5</sup>	Goiânia <sup>F6</sup>
<b>Essencial</b>	<b>6,69</b>	<b>7,12</b>	<b>7,01</b>	<b>6,8</b>	<b>7,0</b>	<b>6,5</b>
Acesso	2,84	4,13	3,71	3,6	5,1	4,6
Longitudinalidade	7,99	7,86	7,29	6,0	6,7	6,8
Coordenação	7,32	7,93	7,86	8,0	7,0	6,7
Integralidade	7,33	7,40	7,68	7,6	8,1	7,2
<b>Derivado</b>	<b>8,14</b>	<b>8,25</b>	<b>8,00</b>	<b>7,7</b>	<b>8,3</b>	<b>6,9</b>
Orientação Familiar	9,07	8,82	8,82	8,6	8,5	7,6
Orientação Comunitária	7,32	7,68	7,19	6,9	8,1	6,5
<b>Geral</b>	<b>8,19</b>	<b>7,40</b>	<b>7,26</b>	<b>7,09</b>	<b>7,4</b>	<b>6,7</b>

Fonte: **A1** = LIMA *et al.*, 2016; **B2** = SILVA *et al.*, 2014; **C3** = MAIA, 2017; **D4** = VITORIA *et al.*, 2013; **E5** = CHOMATAS, 2009; **F6** = OLIVEIRA *et al.*, 2016. Ver referência no final do trabalho.



### 2.3 Formação em APS

A introdução ou a modificação de uma prática organizativa nos serviços de saúde implica em trabalhar não apenas no desenvolvimento de novas habilidades específicas, mas, sobretudo os contextos que mantêm e alimentam as práticas anteriores. (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Com esse olhar, surgem várias iniciativas na área de Educação Permanente:

O primeiro grande esforço nacional para lidar com esse desafio foi a criação dos Polos de Formação, Capacitação e Educação Permanente em Saúde da Família, em 1997, que tinham, por objetivo, apoiar a expansão e consolidação dessa estratégia por meio da qualificação da então incipiente força de trabalho vinculada à atenção básica. Além disso, esses consistiram nas primeiras iniciativas a refletir sobre os cursos de graduação e as mudanças necessárias ao melhor preparo de seus egressos para o exercício adequado da Saúde da Família. (VIANA; FARIA, 2002; GIL *et al.*, 2002 *apud* BRASIL, 2010b, p. 125).

Foram ofertadas outras diversas modalidades de capacitação profissional - como cursos introdutórios, de atualização ou aperfeiçoamento para agentes comunitários de saúde, supervisores do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e instrutores de PSF e PACS, além de cursos de especializações, residências e programas de educação permanente à distância para profissionais de nível universitário.

Em 2003, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou resolução para aplicar os Princípios e Diretrizes da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH SUS) como Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde âmbito do SUS. No mesmo ano foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS) com aprovação no CNS e Comissão Intergestora Tripartite (CIT) da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. (SIMPÓSIO NACIONAL DE SAÚDE, 2015).

Em 2005, é lançado o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) que atuou em projetos de reorientação de cursos da graduação. (BRASIL, 2010b).

Ações para formação de lideranças e valorização das iniciativas de interação ensino-serviço também surgiram. O Programa internacional de *fellowship* em educação na saúde, parceria com a Foundation for Advancement of International

Medical Education and Research (Instituto FAIMER) foi uma oportunidade de formar lideranças. Para valorizar a interação das instituições de ensino e as equipes de ESF foi implantado o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) que foi um marco por permitir o pagamento de bolsas de estudo pelo Fundo Nacional de Saúde. Mais recentemente, surge o Programa Pró-Residência Médica, cujo objetivo é apoiar a expansão de residências médicas em áreas estratégicas para o SUS. (BRASIL, 2010b).

A mais recente proposta de formação e fixação de profissionais na APS foi o Programa Mais Médicos Brasil (PMM) regulamentado através da Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Composto por três eixos: provimento emergencial, educação e infraestrutura. Buscando de forma permanente e estrutural enfrentar a falta de médicos no Brasil, melhorar a qualidade da formação médica e melhorar a infraestrutura das unidades de saúde, além de atender a demanda imediata por médicos da população brasileira. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018; BRASIL, 2015).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Avaliar a qualidade dos serviços de Atenção Primária a Saúde e sua relação com a formação e qualificação dos profissionais de saúde de nível superior da APS no município de São José de Ribamar.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- 1) Identificar o perfil sócio-demográfico dos profissionais de nível superior da ESF;
- 2) Caracterizar a formação e experiência em APS dos profissionais de nível superior em atividade nos serviços;
- 3) Identificar a relação entre as características sócio-demográficas, a formação e experiência em APS dos profissionais de nível superior da ESF;
- 4) Mensurar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária nesses serviços do ponto de vista dos profissionais de nível superior da ESF;
- 5) Verificar a associação entre a formação profissional e a qualidade dos serviços definida pelos profissionais.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipos de estudo/delineamento

Trata-se de um estudo de caráter transversal e avaliativo de abordagem quantitativa do perfil socioeconômico e de formação dos profissionais de nível superior da ESF e desempenho dos serviços das equipes de Saúde da Família, a partir dos atributos da Atenção Primária em Saúde (STARFIELD, 2002), na perspectiva desses profissionais, em São José de Ribamar.

### 4.2 Local

O município de São José de Ribamar – MA existe desde 1952 e ocupa uma área de 388,37 Km<sup>2</sup>. Segundo dados do IBGE [201-], o município possui 176 321 mil habitantes, sendo 23,13% residentes na zona urbana e 76,87% residentes na zona rural. É a terceira maior cidade do estado, ficando atrás de São Luís e Imperatriz (ATLAS..., 2018). O PIB per capita é R\$ 3.607,65 (2011) com 8,8% da sua população vivendo em extrema pobreza. O IDH de São José de Ribamar é 0,708 que está acima da média estadual (0,639). (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, [201-]).

O município está localizado a leste da ilha de São Luís, fazendo divisa com município de Paço do Lumiar, Raposa e São Luís, todos do estado do Maranhão. São José de Ribamar apresenta 103 localidades, sendo 83 na área urbana e 20 na área rural, distribuídas em 6 regiões administrativas. (SEMUS, 2017).

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de São José de Ribamar (2019), no momento do início da pesquisa a cidade possuía 38 Centros de Saúde/Unidades Básicas de Atenção Primária e 46 equipes trabalhando na Estratégia Saúde da Família que representa uma cobertura de 89,96%. Dentro da Rede de Atenção à Saúde apresentam 3 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF do tipo I); 1 equipe do Programa Melhor em Casa (EMAP e ENAD); 1 laboratório de análises clínicas; 1 laboratório de endemias. A atenção secundária é composta de 1 Hospital e Maternidade municipal; 1 Centro de Especialidades Diagnóstica (CED); 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); 1 Centro de

Reabilitação Maria Amélia Bastos; 1 Serviço de Atendimento Especializado SAE/CTA; 1 base descentralizada do SAMU e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II). 9,8% da população possui plano de saúde. (BRASIL, 2019).

As equipes de ESF em São José de Ribamar são compostas por médico, enfermeiro e número variável de ACS. O acesso a exames laboratoriais básicos ocorre uma vez ao mês em cada equipe, demais exames são realizados na sede do município ou via tratamento fora do domicílio em São Luís. Algumas especialidades médicas são oferecidas pelo próprio município e são agendadas pelo próprio paciente na central de marcação da SEMUS. Não dispõem de sistema de regulação de vagas. O acesso a maioria das consultas e procedimentos da média e alta complexidade se dá através do tratamento fora do domicílio (TFD).

### **4.3 Sujeitos do estudo/população alvo**

Foram convidados para o estudo todos os médicos e enfermeiros vinculados à ESF no município de São José de Ribamar, no período da coleta de dados. Foram excluídos os profissionais com menos de 2 meses na mesma equipe no momento da coleta de dados, os que estavam de licença médica e férias.

No momento da realização da pesquisa de campo haviam 46 equipes da ESF credenciadas, perfazendo um total máximo de 92 vagas para alocação de profissionais com potencial para serem entrevistados. No entanto existiam equipes incompletas, sendo 88 o número real de profissionais existentes. Após aplicar critérios de inclusão obteve-se um total de 82 profissionais elegíveis.

Dos 82 profissionais elegíveis, quatro profissionais recusaram participar e outros dois profissionais não foram encontrados após três tentativas de aplicação das entrevistas em dias aleatórios de funcionamento da unidade de saúde. Durante período da coleta alguns profissionais foram demitidos ou transferidos da UBS/ESF. Assim, as perdas totalizaram nove indivíduos e a amostra final foi de 73 profissionais.

## 4.4 Coleta de dados

### 4.4.1 Instrumentos de pesquisa

Foram utilizados dois questionários para coleta de dados:

- 1) Questionário sobre o perfil de formação e qualificação profissional elaborado pelos pesquisadores responsáveis, tomando por base o estudo de Oliveira *et al.* (2016);
- 2) Questionário PCATool– padronizado pelo ministério da saúde foi usado para avaliar profissionais da APS (Anexo A). (BRASIL, 2010a).

O instrumento PCATool que foi utilizado é embasado no marco teórico da atenção primária à saúde. Mede a presença e a extensão dos principais atributos (coordenação, acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, enfoque familiar, orientação para a comunidade e formação profissional) da atenção primária.

A versão para profissionais do instrumento PCATool Brasil foi criada em espelho da versão PCATool Adulto, com acréscimo de itens do atributo Integralidade da versão para Criança. Esse questionário é composto por 77 itens divididos em 8 componentes de acordo com os atributos da APS:

1. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (A). Constituído por 9 itens.
2. Longitudinalidade (B). Constituída por 13 itens.
3. Coordenação – Integração de Cuidados (C). Constituído por 6 itens.
4. Coordenação – Sistema de Informações (D). Constituído por 3 itens.
5. Integralidade – Serviços Disponíveis (E). Constituído por 22 itens.
6. Integralidade – Serviços Prestados (F). Constituído por 15 itens.
7. Orientação Familiar (G). Constituído por 3 itens.
8. Orientação Comunitária (H). Constituído por 6 itens.

Existem quatro opções de resposta para cada pergunta e essas opções são iguais para todos os entrevistados. Cada resposta “com certeza, sim”, “provavelmente sim”, “provavelmente não” e “com certeza, não” será então convertida em um escore ou escala *Likert*, que varia entre 1 e 4. O escore “1” corresponde à resposta “com certeza, não”, “2” corresponde à resposta “provavelmente não”, e assim sucessivamente. Existe ainda a opção “não sei/não lembro”, que não foi computada.

#### 4.4.2 Coleta de dados

Foi realizada de outubro a dezembro de 2018. Os pesquisadores de campo foram 11 alunos dos cursos de medicina, farmácia e nutrição escolhidos por processo seletivo. Receberam treinamento de 12 horas que incluiu todas as etapas da pesquisa, desde a discussão dos objetivos e dos questionários; leitura e análise crítica das perguntas; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e questões éticas da pesquisa; assim como o correto preenchimento das respostas.

Posteriormente, foi realizado o Teste Piloto na Unidade de Saúde da Vila Itamar do município de São Luís. Dessa forma foram realizados os ajustes e modificações pertinentes na aplicação dos instrumentos e na identificação dos entrevistados.

As entrevistas foram realizadas no ambiente de trabalho dos entrevistados e/ou durante reuniões que a gestão municipal promoveu com os enfermeiros da ESF. Essas reuniões acontecem mensalmente e tem a finalidade de discutir os indicadores de saúde das Unidades.

#### 4.5 Instrumentos e variáveis do estudo

O questionário do perfil de formação profissional foi autoaplicável e o questionário do PCATool foi aplicado por entrevista face a face por um dos pesquisadores de campo.

Foram consideradas como variáveis independentes do estudo sexo (categorizada como masculino e feminino); idade (média e três categorias até 35 anos, 36 a 50 anos e 51 a 76 anos); renda familiar (em salários-mínimos) categoria profissional (médico ou enfermeiro); tempo decorrido da graduação (em anos); tempo de estágio em APS (em anos); realização e tipo de curso de pós-graduação; tempo de trabalho na ESF e na equipe (em anos); oferta e participação em capacitação no último ano. Foi considerada capacitação: treinamentos, cursos teóricos e cursos teórico-práticos realizados em serviço ou não.

A variável desfecho foi a alta pontuação obtida no escore essencial, escore derivado e escore geral.

## 4.6 Plano de análise

De acordo com as instruções do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: o escore essencial foi calculado por meio da média dos atributos essenciais e o escore derivado foi obtido pela média dos atributos derivados. O escore geral foi obtido da média dos escores de cada componente. (BRASIL, 2010a).

Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente. Para isso, seguiu-se a análise dos dados orientada pelo manual e descrita abaixo:

- Transformação dos escores

1º Passo: Inversão dos Valores

O item A9 foi formulado de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para APS. Logo, este item deve ter seu valor invertido para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4).

2º Passo:

Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“*missing*”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) atingir 50% ou mais do total de itens de um componente (“A” a “H”), não calcule o escore deste componente para este entrevistado. O escore deste componente para este entrevistado ficará em branco (“*missing*”) no banco de dados.

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

Para transformar os escores em escala de 0 a 10 foi utilizada a seguinte fórmula: [escore obtido – 1 (valor mínimo)] X 10 / 4 (valor máximo) – 1 (valor mínimo). Ou Seja: (Escore obtido – 1) X 10/3.

Os escores iguais ou maiores que 6,6 indicam uma extensão adequada de cada atributo e uma forte orientação para Atenção Primária à Saúde. (BRASIL, 2010a).



As respostas do instrumento foram digitadas e organizadas em um banco de dados criado no software Epiinfo versão 7.2 e analisadas no *software Stata* versão 14.2, sendo utilizado o intervalo de confiança de 95% nas análises estatísticas. Foi realizada análise de consistência em todo o banco de dados.

As variáveis de formação profissional foram relacionadas ao desfecho utilizando regressão multivariada. Foi utilizado um modelo de regressão de Poisson com variância robusta para cada uma das três variáveis desfecho: escore essencial, escore derivado e escore geral. Foi apresentada como medida de efeito a razão de prevalência (RP) com seus intervalos de confiança a nível de 95% (IC95%). Os escores foram categorizados em alto ou baixo, de acordo com o nível de corte proposto de 6,6. (BRASIL, 2010a).

#### **4.7 Aspectos éticos**

Todos os entrevistados receberam explicação clara sobre os objetivos do estudo. As entrevistas foram iniciadas somente após a leitura, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos adultos selecionados, respeitando-se os princípios éticos e legais da Resolução nº 466/12.

Para garantir a confidencialidade dos informantes apenas as respostas agregadas foram relatadas. Nenhuma resposta individual foi atribuída à sua fonte pessoal original. Todos os questionários e entrevistas foram guardados em lugar seguro e confidencial.

Os entrevistados puderam se recusar a participar ou a responder qualquer pergunta. Para assegurar a confidencialidade das informações e proteger a identidade dos usuários, os mesmos não foram identificados.

O presente projeto fez parte de um projeto intitulado Avaliação da Atenção Primária no Sistema Único de Saúde em dois municípios maranhenses que foi submetido ao CEP do Hospital Universitário da UFMA e aprovado com o número do parecer: 2.788.428e CAAE nº 89446318.6.0000.5086. (Anexo B).

Os resultados e a discussão serão apresentados no formato de artigo.

## **Avaliação dos serviços de Atenção Primária à Saúde e a formação dos profissionais de saúde em um município maranhense**

## **Evaluation of Primary Health Care services and the training of health professionals in a city of Maranhão**

## **Evaluación de los servicios de Atención Primaria de Salud y la formación de profesionales de la salud em uma ciudad de Maranhão**

### **Resumo**

Estudo transversal, utilizando dois questionários: PCATool versão profissionais e Formação e Experiência dos profissionais da atenção primária, em São José de Ribamar. Participaram 73 profissionais. Utilizou-se regressão de Poisson com variância robusta para estimar razão de prevalência e intervalos de confiança 95%. As variáveis desfecho foram: escore geral, essencial e derivado em escala de 0 a 10. Os resultados apontaram predomínio feminino, com até 50 anos, especialização em SF, atuando a menos de 5 anos na estratégia e na mesma equipe e ter participado de capacitação no último ano. Os escores geral, essencial e derivado foram considerados altos, compatíveis com orientação para APS. Dispor de médico com vínculo do Programa Mais Médico, assim como mais tempo atuando na estratégia diminuiu a chance do serviço ter alto escore derivado. Não houve associação com as demais características dos profissionais.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde. Avaliação de serviços de saúde. Formação profissional. Estratégia de saúde da família.

### **Abstract**

Cross-sectional study using two questionnaires: PCATool Professional version and training and experience of primary care professionals in São José de Ribamar. 73 professionals participated. Poisson regression with robust variance was used to estimate prevalence ratios and 95% confidence intervals. The outcome variables

were: General score, essential and derivative scale from 0 to 10. The results showed a female predominance, with up to 50 years, specialization in SF, working less than 5 years in the strategy and in the same team and having participated in training in the last year. The general, essential and derivative scores were considered high, compatible with guidance for APS. Having a physician with a link of the more medical program, as well as more time working on the strategy decreased the chance of the service having high derivative score. There was no association with the other characteristics of the professionals.

**Keywords:** Primary health care. Evaluation of health services. Professional training. Family health strategy.

## Resumen

Estudio transversal a través de dos cuestionarios: versión PCATool Professional y formación y experiencia de profesionales de atención primaria en San José de Ribamar. Participaron 73 profesionales. La regresión de Poisson con varianza robusta se utilizó para estimar las relaciones de prevalencia y los intervalos de confianza del 95%. Las variables de resultado fueron: Puntuación general, escala esencial y derivada de 0 a 10. Los resultados mostraron un predominio femenino, con hasta 50 años, de especialización en SF, trabajando menos de 5 años en la estrategia y en el mismo equipo y habiendo participado en la formación en el último año. Las puntuaciones generales, esenciales y derivadas se consideraron altas, compatibles con la orientación para APS. Tener un médico con un vínculo del programa más médico, así como más tiempo trabajando en la estrategia disminuyó la probabilidad de que el servicio tenga una puntuación derivada alta. No hubo asociación con las otras características de los profesionales.

**Palabras clave:** Atención primaria de salud. Evaluación de servicios de salud. Formación profesional. Estrategia de salud familiar.

## Introdução

A APS é reconhecida como a resposta mais adequada e efetiva aos atuais desafios de morbi-mortalidade devido aos seus atributos de integralidade, acesso de

primeiro contato, longitudinalidade e coordenação somados à incorporação de tecnologias econômicas e menos intervencionistas<sup>1</sup>.

A introdução ou a modificação de uma prática organizativa nos serviços de saúde implica em trabalhar não apenas no desenvolvimento de novas habilidades específicas, mas, sobretudo os contextos que mantêm e alimentam as práticas anteriores<sup>2</sup>.

Com esse objetivo, o SUS oferta diversas modalidades de capacitação profissional além de cursos de especializações, residências e programas de educação permanente à distância para profissionais<sup>3</sup>. Em 2003, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) cria Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde âmbito do SUS e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS)<sup>4</sup>.

Em 2005, surge o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) que atuou em projetos de reorientação de cursos da graduação<sup>5</sup>. Ações para formação de lideranças e valorização das iniciativas de interação ensino-serviço também surgiram. Para valorizar a interação das instituições de ensino e as equipes de ESF foi implantado o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) e mais recentemente, surge o Programa Pró-Residência Médica, cujo objetivo é apoiar a expansão de residências médicas em áreas estratégicas para o SUS<sup>5</sup>.

A mais recente proposta de formação e fixação de profissionais na APS foi o Programa Mais Médicos Brasil regulamentado através da Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Composto por três eixos: provimento emergencial, educação e infraestrutura. Buscando de forma permanente e estrutural enfrentar a falta de médicos no Brasil, melhorar a qualidade da formação médica e melhorar a infraestrutura das unidades de saúde, além de atender a demanda imediata por médicos da população brasileira<sup>6,7</sup>.

O presente estudo buscou entender a relação entre a formação dos médicos e enfermeiros das equipes de ESF do município de São José de Ribamar-MA e a qualidade do serviço de APS do ponto de vista desses profissionais, aferida pelo instrumento PCATool.

## Metodologia

Trata-se pesquisa avaliativa das características de formação dos profissionais da ESF e do desempenho das equipes dos serviços de Saúde da Família no município de São José de Ribamar-MA na perspectiva dos profissionais que nele atuam, a partir dos atributos da Atenção Primária em Saúde<sup>7</sup>. Foi realizada de outubro a dezembro de 2018.

O município, em 2018, possuía 176 321 mil habitantes, sendo a terceira maior cidade do estado. Apresentava 103 localidades<sup>8</sup>. De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de São José de Ribamar<sup>9</sup>, no momento do início da pesquisa a cidade possuía 38 Centros de Saúde/Unidades Básicas de Atenção Primária e 46 equipes trabalhando na Estratégia Saúde da Família, que representava cobertura de 89,96%<sup>10</sup>.

As equipes da ESF em São José de Ribamar são compostas por médico, enfermeiro e número variável de ACS. O acesso a exames laboratoriais básicos ocorre uma vez ao mês em cada equipe. Os demais exames são realizados na sede do município ou via tratamento fora do domicílio, em São Luís. Algumas especialidades médicas são oferecidas no próprio município e são agendadas pelo usuário na central de marcação da SEMUS. Não dispõem de sistema de regulação de vagas. O acesso à maioria das consultas e procedimentos de média e alta complexidade se dá através do tratamento fora do domicílio.

Os sujeitos do estudo foram todos os médicos e enfermeiros vinculados à ESF em São José de Ribamar. Foram excluídos os profissionais com menos de dois meses na mesma equipe, os que estavam de licença médica e férias no momento da coleta de dados. Nesse período havia 46 equipes de ESF credenciadas perfazendo um total máximo de 92 vagas para alocação de profissionais com potencial para serem entrevistados. No entanto existiam equipes incompletas, sendo 88 o número de profissionais cadastrados. Após aplicar critérios de inclusão resultou em 82 profissionais elegíveis. Quatro profissionais recusaram participar e outros dois não foram encontrados após três tentativas em dias aleatórios de funcionamento da unidade de saúde. Durante o período da coleta alguns profissionais foram demitidos ou transferidos da UBS/ESF. Assim, a amostra final totalizou 73 profissionais.

Foram utilizados dois questionários para coleta de dados: questionário do perfil de formação e qualificação profissional adaptado do estudo de Oliveira et al.<sup>11</sup>; e o questionário PCATool<sup>3</sup>.

A versão para profissionais do instrumento PCATool Brasil é composta por 77 itens divididos em 8 componentes de acordo com os atributos da APS. Foram utilizados os componentes: A - Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (9 itens); B - Longitudinalidade (13 itens); C - Coordenação – Integração de Cuidados (6 itens); D - Coordenação – Sistema de Informações (3 itens); E - Integralidade – Serviços Disponíveis (22 itens); F - Integralidade – Serviços Prestados (15 itens); G - Orientação Familiar (3 itens); e H - Orientação Comunitária (6 itens).

Existem quatro opções de resposta para cada pergunta. Cada resposta “com certeza, sim”, “provavelmente sim”, “provavelmente não” e “com certeza, não” será então convertida em um escore ou escala *Likert*, que varia entre 1 e 4. O escore “1” corresponde à resposta “com certeza, não”, “2” corresponde à resposta “provavelmente não”, e assim sucessivamente. Existe ainda a opção “não sei/não lembro”, que não foi computada.

Os pesquisadores de campo foram alunos dos cursos de medicina, farmácia e nutrição, capacitados em todas as etapas da pesquisa. Posteriormente, foi realizado teste Piloto em Unidade de Saúde em São Luís. Dessa forma foram realizados os ajustes e modificações pertinentes na aplicação dos instrumentos e na identificação dos entrevistados.

As entrevistas foram realizadas no ambiente de trabalho dos entrevistados e/ou durante reuniões com gestão municipal com os enfermeiros das equipes. O questionário do perfil de formação profissional foi autoaplicável e o questionário do PCATool foi aplicado por entrevista face a face.

Foram variáveis independentes: sexo (masculino ou feminino), idade (média e nas categorias até 35 anos, 36 a 50 anos e 51 a 76 anos), categoria profissional (médico ou enfermeiro), tempo decorrido da graduação (em anos incluir as categorias que usamos), realização e tipo de curso de pós-graduação, tempo de trabalho na ESF e na equipe (em anos idem); oferta e participação em capacitação no último ano. Foi considerada capacitação: treinamentos, cursos teóricos e cursos teórico-práticos realizados em serviço ou não. As variáveis desfecho foram a alta pontuação obtida no escore essencial, no escore derivado e no escore geral.

De acordo com as instruções do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde, o escore essencial foi calculado pela média dos atributos essenciais e o escore derivado foi obtido pela média dos atributos derivados. O escore geral foi obtido da média dos escores de cada componente<sup>3</sup>.

Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente. Para transformar os escores em escala de 0 a 10 foi utilizada a seguinte fórmula:  $[\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo})] \times 10/4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo})$ . Ou Seja:  $(\text{escore obtido} - 1) \times 10/3$ .

Os escores iguais ou maiores que 6,6 indicam uma extensão adequada de cada atributo e uma forte orientação para Atenção Primária à Saúde.

As respostas do instrumento foram digitadas e organizadas em banco de dados analisado no *software Stata* versão 14.2. Foram calculados a média e o intervalo de confiança de 95% das estimativas.

As variáveis de formação profissional foram relacionadas ao desfecho utilizando regressão multivariada. Foi utilizado modelo de regressão de Poisson com variância robusta para cada uma das três variáveis desfecho: escore essencial, escore derivado e escore geral. Foi apresentada como medida de efeito a razão de prevalência (RP) com intervalo de confiança a nível de 95% (IC95%). Os escores foram categorizados em alto ou baixo, de acordo com o nível de corte proposto de 6,6<sup>3</sup>.

Este estudo faz parte do projeto Avaliação da Atenção Primária no Sistema Único de Saúde em dois municípios maranhenses. Foi submetido ao CEP e aprovado com parecer nº 2.788.428 e CAAE nº 89446318.6.0000.5086.

## **Resultados**

Entre os 82 profissionais elegíveis, 73 (89%) participaram do estudo, sendo 33 (46%) médicos e 39 (54%) enfermeiros. A idade média dos entrevistados foi de 43 anos, variando de 23 a 76 anos. Um percentual de 75% dos profissionais tinha até 50 anos de idade, apresentando a mesma distribuição em ambas às profissões, e 5,6% dos profissionais tem entre 66 e 76 anos, com maior prevalência de médicos nessa faixa de idade (10% dos médicos nessa faixa). (Tabela 1).

O sexo feminino foi predominante, 72,2% na amostra, assim como no grupo de enfermeiras. Entre os médicos, 58% eram do sexo masculino. A renda familiar mensal de 62% dos profissionais foi de até 10 salários-mínimos, sendo que 46% dos médicos declararam renda familiar acima de 16 salários-mínimos e 80% dos enfermeiros ganhavam até sete salários mínimo ( $p < 0,001$ ). O percentual de 53% tinha atividade exclusiva na APS, não apresentando diferença estatística significativa entre as profissões. (Tabela 1).

Quanto ao tempo de formado, 51% dos profissionais tinham até 10 anos. Entre os médicos, 45% tinham até 5 anos de formado, enquanto que para os enfermeiros, 43% tinham entre 6 e 10 anos (6,8-15,6), com diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ). A proporção de médico com mais de 36 anos de formados foi de 18,2%.

Do total de entrevistados, 52% referiu graduação em instituição privada; 62,5% dos profissionais já cursaram ou estão cursando especialização em saúde da família, não apresentando diferença estatística significativa entre as categorias; 63,6% dos médicos e 94,4% dos enfermeiros relataram não terem cursado residência ( $p=0,01$ ). Entre os médicos, 15,2% tinham residência em MFC e 15,2% em outras áreas (ginecologia e obstetrícia, gastroenterologia, dermatologia e pediatria). Dentre todos os profissionais, três enfermeiros realizaram pós-graduação strictu sensu.

O tempo médio de trabalho na ESF foi de 6,5 anos ( $\pm 6$ ) e o tempo médio de trabalho na mesma equipe foi 2,8 anos. Sendo o maior percentual entre 1 e 5 anos, tanto para tempo de trabalho na ESF como para tempo de trabalho na mesma equipe. Variando de 3 meses a 27 anos para tempo de ESF e de 2 meses a 22 anos para tempo na mesma equipe de ESF. Do total com tempo de 1 a 5 anos na ESF, 62% são médicos ( $p=0,03$ ). Todos os profissionais que tinham de 1 a 5 anos de atuação na ESF(39), estavam na mesma equipe pelo mesmo período ( $p < 0,001$ ). E dos sete profissionais com mais de 16 anos de atuação na ESF, apenas 2 estavam na mesma equipe nesse período ( $p < 0,001$ ).

Entre os entrevistados, 77% (56 profissionais) relataram sentirem-se aptos para atuar na APS quando iniciaram suas atividades na ESF.

O tipo de vínculo predominante foi a contratação de pessoa física, presente em 82% dos entrevistados. Somente 15% do total eram bolsistas. Entre todos os médicos entrevistados, 30% (10 médicos) eram bolsistas do Programa Mais



Médicos. A capacitação relacionada às atividades na ESF no último ano foi referida por 64 (88%) profissionais, desses 53% referem que a capacitação foi muito importante para mudanças na sua prática profissional. Do total de entrevistados, 96% pretendem continuar atuando na APS.

Segundo os profissionais, o escore geral de APS médio obtido pelo *PCATool* – Brasil nos serviços foi 7,5 ( $\pm 0,2$ ). Somente o atributo acesso ( $3,9 \pm 0,4$ ) apresentou escore médio abaixo do ponto de corte (6,6). (Tabela 2).

O escore essencial médio de APS foi de 7,2 ( $\pm 0,2$ ). O escore para o acesso de primeiro contato teve a pontuação mais baixa, com 3,9 ( $\pm 0,4$ ), e o mais alto foi o de coordenação/sistema de informação ( $8,9 \pm 0,4$ ). A análise dos atributos derivados resultou em um alto escore, 8,0 ( $\pm 0,3$ ), onde o atributo orientação familiar apresentou o mais alto escore de APS ( $8,9 \pm 0,4$ ). (Tabela 2).

Após análise ajustada entre as características e a formação dos profissionais e os altos escores na avaliação da APS verificou-se que o maior tempo de atividade na ESF e ser do PMM foram características com significância estatística para o escore derivado. Ser do PMM, assim como ter mais de cinco anos na estratégia diminui a chance do escore derivado ser alto. (Tabela 4).

## **Discussão**

As equipes da ESF de São José de Ribamar mostraram-se orientadas para APS, obtendo altos escores geral, essencial e derivado, na perspectiva dos profissionais de acordo com *PCATool*. Serviços onde o médico é do Programa Mais Médico, assim como dispor de profissionais com mais de cinco anos na estratégia demonstrou menor probabilidade de obter alto escore nos atributos derivados. Entre os profissionais encontrou-se predomínio de mulheres, com idade até 50 anos, com vínculo de contratação de pessoa física e com especialização em SF. A maioria estava atuando há menos de 5 anos na ESF e na mesma equipe. E cerca de 90% participou de capacitação no último ano.

A proporção de perdas da amostra foi de 11%, percentual esperado considerando-se estudos semelhantes nos quais as perdas variaram de 7,9% a 28%

Houve predomínio de profissionais da enfermagem (54%) dispostos a participar do estudo. Resultado semelhante foi encontrado por Oliveira em Goiânia<sup>2</sup> (86,4% de enfermeiros) e por Reis em São Luís (72,5%)<sup>16</sup>. Diferindo do estudo de Chapecó<sup>14</sup> que apresentou maior percentual de médicos (52%). O autor ressalta que entre os entrevistados foram incluídas equipes tradicionais, onde não há a presença do enfermeiro. A recusa em participar entre médicos é comum a vários estudos<sup>17</sup>. Acredita-se que seja reflexo da formação com pouca vivência em ser sujeito de pesquisas acadêmicas e por não ter o hábito de sua atuação profissional ser avaliada. As agendas de atendimento médico-centradas também parecem ser dificultadores de sua participação. Existem poucos estudos sobre fatores que interferem na participação do profissional de saúde em pesquisas<sup>18</sup>.

A predominância de profissionais jovens atuando na APS é frequente. A demografia médica de 2018 mostrou que no Maranhão 54% dos médicos tem menos de 50 anos (31). Chamou atenção o fato de que um pequeno percentual dos profissionais médicos tinha acima de 66 anos (10%), apontando para o fato já relatado de que os profissionais da APS se encontram nos extremos da faixa etária. Esse achado pode refletir a distribuição por idade dos médicos no estado do Maranhão (13,3% dos médicos tem mais de 65 anos)<sup>19</sup>.

A entrada de profissionais mais jovens na APS pode estar relacionada à mudança na grade curricular e maior oferta dos cursos de graduação<sup>20</sup>.

Oliveira, em Goiânia, encontrou resultados semelhantes ao presente estudo em relação à predominância do sexo feminino nos serviços<sup>2</sup>. No grupo em estudo predominou mulheres, em especial dentro da enfermagem. Reforçando a tendência de feminilização da força de trabalho em saúde já demonstrada pela literatura há cerca de 2 décadas<sup>21,22,23,19</sup>. Entre os médicos ainda apresenta predomínio masculino, mas já com valores mais equilibrados, semelhantes aos achados de Guarda, Tavares e Silva na região metropolitana de Recife<sup>24</sup> e Scheffer em estudo nacional<sup>19</sup>. O predomínio masculino entre os médicos deste estudo reflete a distribuição de sexo entre os médicos do estado do Maranhão no qual 61% são homens<sup>19</sup>.

Os médicos da ESF têm menos tempo de formado que as enfermeiras, semelhante ao estudo de Oliveira<sup>2</sup>. Essa característica é divergente na literatura, como podemos observar no estudo de Ferrari et al.<sup>25</sup> e Machado<sup>21</sup> que mostraram que os médicos da ESF tinham mais tempo de profissão que as enfermeiras das equipes. Os dados encontrados nos estudos mais recentes podem refletir as

mudanças ocorridas nos últimos anos na formação médica, com surgimento do PROVAB e Mais Médicos. Esses programas têm incentivado a entrada de recém-formados na APS, com conseqüente rejuvenescimento da profissão na atenção básica<sup>19</sup>. A frequência de médico com mais de 36 anos de formados foi alta em São José de Ribamar comparada com o índice encontrado em outros estudos.

A predominância de profissionais especialistas em Saúde da Família também foi frequente em outros estudos<sup>26,27,2,28</sup>. No Espírito Santo, Maciel et al.<sup>29</sup> ao avaliarem a contribuição dessa especialização, destacaram a sua importância para a qualificação profissional e mudanças na prática na ESF.

A oferta de capacitações foi evidenciada como um aspecto positivo na ESF de São José de Ribamar, semelhante aos estudos realizados em Goiânia<sup>2</sup>, em Porto Alegre<sup>13</sup> e em Curitiba<sup>30</sup>. Esse fato aponta que a gestão entende o papel da qualificação contínua do profissional para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. No entanto, as capacitações não expressaram, estatisticamente, melhorias na qualidade do serviço. Em São José de Ribamar, portanto, são necessários outros estudos que esclareçam quais são as temáticas e as estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas nessas capacitações para gerar a necessária mudança na prática dos profissionais. No estudo de Silva et al.<sup>30</sup>, o principal fator que prejudica as capacitações é a utilização de metodologias inadequadas, existindo um consenso sobre a lógica vertical e programática das capacitações, estando distante de ser educação permanente, embasada nas necessidades dos serviços. Além da capacitação, existe uma necessidade da gestão ser voltada para os princípios da APS. O gestor da APS tem o desafio de ao mesmo tempo administrar esse nível de atenção e de reorientar o sistema de saúde promovendo a intersetorialidade. O uso das tecnologias de gestão depende da capacidade técnica de profissionais em cargos com alta rotatividade e do compromisso dos políticos com fortalecimento do SUS<sup>31</sup>.

Com relação à avaliação do serviço de APS de São José de Ribamar, observou-se alto grau de orientação à APS, nos atributos avaliados na visão dos profissionais. A exceção foi o atributo acesso de primeiro contato, sempre o pior avaliado, achado semelhante ao encontrado em outros estudos semelhantes<sup>32,26,27,14,30,2</sup>.

O escore do atributo acesso foi próximo ao encontrado por Reis no município de São Luís localizado na mesma região de saúde<sup>16</sup>. Acredita-se que o baixo escore

do acesso pode influenciar de forma negativa a efetivação dos demais atributos, a medida que o paciente não é acolhido dificilmente estabelecerá vínculo para posteriormente desenvolver longitudinalidade e coordenação de cuidado. Segundo Lima, em estudo semelhante na cidade de Serra-ES<sup>32</sup>, o acesso seria o equilíbrio entre oferta e a demanda de serviços, perpassando por questões geográficas, comodidade, acolhimento e humanização.

O atributo orientação familiar foi o melhor avaliado, assim como em diversos estudos<sup>32,26,27,14,30,2</sup> utilizando PCATool na perspectiva dos profissionais. Esse atributo indica que a ESF estaria cumprindo o objetivo da família ser reconhecida como fonte de promoção ou de ameaça a saúde<sup>32</sup>. Acredita-se que essa mudança seja reflexo da especialização em Saúde da Família cursada pela maioria dos profissionais do estudo. Maciel et al.<sup>29</sup> ao estudar egressos dos cursos de espacialização em SF encontrou que 77% deles adquiriram habilidades para atuar junto à família na implementação de ações de saúde.

O atributo coordenação foi bem avaliado neste estudo, assim como em outros trabalhos<sup>33,34,35,32,36</sup>. Uma coordenação satisfatória advém da boa relação entre APS e serviços especializados, favorecendo a comunicação e a continuidade do cuidado através de um sistema de referência e contrarreferência fortalecidos<sup>37</sup>. Segundo Carneiro et al.<sup>33</sup>, os profissionais julgam conhecer o caminho que os usuários atendidos fazem pela rede de atenção à saúde, por isso avaliam positivamente a coordenação – integração de cuidados. Ademais, a coordenação – sistema de informação contribui para a qualidade da informação e o conhecimento integral do usuário, além de proporcionar ao cliente o conhecimento sobre seu processo saúde-doença, uma vez que ele tem direito à consulta do seu prontuário.

Os atributos longitudinalidade e integralidade apresentaram alto escore, assim como em diversos estudos que utilizaram o PCATool sob a ótica dos profissionais<sup>15,26,34,32,27</sup>. A adequada longitudinalidade está associada à melhor familiaridade com o paciente, melhores diagnósticos, satisfação do paciente e maior frequência de exames preventivos<sup>35</sup>, além de tratamentos mais precisos e redução de encaminhamentos desnecessários a especialistas<sup>38</sup>. A avaliação positiva da integralidade demonstra o atendimento às necessidades de saúde da comunidade pela APS<sup>35</sup>.

O alto escore da orientação comunitária está relacionado ao reconhecimento da importância do ambiente social, econômico e cultural das famílias nas

necessidades familiares<sup>32</sup>. Essa dimensão também compõe o conteúdo dos cursos de especialização que foi realizado pela maioria dos profissionais entrevistados.

Na avaliação geral, o presente estudo não mostrou associação entre o perfil de formação e qualificação dos profissionais com a qualidade dos serviços da ESF, assim como no estudo de Oliveira<sup>2</sup>. Apesar dos esforços para mudanças na formação dos profissionais, ainda temos uma lacuna entre a academia e as necessidades do SUS, em especial da ESF. Várias são as hipóteses para isso, entre elas as metodologias usadas na formação e nas capacitações, o pouco treino para trabalho em equipe e para lidar com manifestações clínicas inespecíficas.

Outros aspectos que interferem na qualidade do serviço são a infraestrutura e insumos, pois em alguns casos, o profissional tem a capacidade de realizar determinada atividade, mas a infraestrutura não permite executá-la. A demanda da gestão por produção também dificulta mudanças no processo de trabalho na ESF<sup>36</sup>.

Alguns estudos mostraram que a residência em medicina de família e comunidade e/ou residência multiprofissional em APS promovem melhoria de qualidade dos serviços<sup>30,13</sup>. No presente estudo, não foi possível realizar essa análise porque apenas uma equipe era composta por médico com residência em medicina de família e comunidade, embora ainda estivesse em curso.

A significância estatística só foi encontrada na relação entre a presença de maiores escores de atributos derivados e não ser médico do PMM ou menor tempo de ESF. Esse achado difere dos da literatura. Greco, no estudo realizado na região sudoeste do Goiás<sup>27</sup> identificou a presença de maiores escores entre médicos do PMM. Outros estudos<sup>6,7,39,40</sup> tem mostrado que essa estratégia nacional para alocação de médicos está associada a maiores escores essenciais, em especial o escore de acesso. A associação inversa encontrada neste estudo pode estar relacionada às características dos médicos do PMMB em São José de Ribamar. Tem sido relatado que a pequena oferta de vagas em Programas de residência médica tem incentivado médicos a procurarem postos de trabalho na atenção primária, enquanto se preparam para o processo seletivo do próximo ano. Não sendo essa a sua opção de exercício profissional.

Entre as limitações do presente estudo, podemos citar a falta de instrumento para avaliação estrutural das UBS<sup>2</sup>. Segundo a literatura, a precária infraestrutura de saúde representa o maior desafio para implantação da atenção primária<sup>41</sup>. Algumas limitações foram relacionadas à escolha dos instrumentos para a avaliação da APS

e da formação profissional. Citamos a ausência de avaliação dos profissionais de nível médio e do Agente Comunitário de Saúde, peça chave na APS brasileira, mas que não são considerados no questionário do PCATool. O tamanho grande do instrumento também foi uma dificuldade relatada por alguns profissionais.

Outra limitação foi a ausência de um instrumento que identificasse as propostas pedagógicas e as características dos cursos de qualificação e formação dos profissionais para se entender a contribuição desses cursos para a qualidade da assistência. Também seria interessante a existência de instrumento que avaliasse o conhecimento do profissional sobre práticas e a não realização dessas estratégias por falta de insumo e/ou equipamento.

### **Conclusão e considerações finais**

A avaliação dos serviços da Atenção Primária em Saúde em São José de Ribamar demonstrou alto score geral para todos os atributos, exceto para o acesso. Entre os profissionais predominou mulheres, de até 50 anos, vinculada por cargo comissionado e com especialização em SF. A maioria tinha menos de 5 anos de atuação na ESF e na mesma equipe. Quase totalidade realizou capacitação no último ano. Os altos scores nos atributos derivados foram associados inversamente ao profissional médico ser do PMM e ao maior tempo de atuação na ESF.

Considerando o modelo de APS avaliado pelo PCATool destaca-se a necessidade de melhor avaliação do componente estrutura e resultado da atenção básica em São José de Ribamar.

Apesar de a maioria dos médicos e enfermeiros ser especialista em saúde da família e terem realizado capacitações no último ano, essas atividades não se refletiram na prática voltada para APS. A instabilidade do vínculo parece impactar na motivação para aplicar os novos conhecimentos adquiridos nas capacitações e especializações.

Outro aspecto que demanda novos estudos são as características das capacitações realizadas no município, para entender se elas propõem revisão das práticas ou apenas uniformização de algumas rotinas de trabalho.

## Referências

1. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018 [citado 19 Ago 2019]; 23(6):1903-1913. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1903.pdf>.
2. Oliveira MPR, Menezes IHCF, Sousa LM, Peixoto MRG. Formação e qualificação de profissionais de saúde: fatores associados à qualidade da atenção primária [Internet]. *Revista Brasileira de Educação Médica (Goiânia)*. 2016 [citado 12 Ago 2017]; 40(11):547-59. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n4/1981-5271-rbem-40-4-0547.pdf>.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: primary care assessment tool - PCATool-Brasil [Internet]. Brasília; 2010 [citado 16 Ago 2017]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_avaliacao\\_pcatool\\_brasil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf).
4. 15º Simpósio Nacional de Saúde, 2015, [Brasília]. Saúde: direito de todos, dever do Estado. [Brasília]: FIOCRUZ, 2015 [citado 12 Mar 2019]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/seminario-e-outros-eventos/seminarios-e-outros-eventos-anteriores/simposio-nacional-de-saude/apresentacao-nisia-trindade-lima>.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010 [citado 5 Abr 2019]. (História da Saúde do Brasil, 1). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias\\_saude\\_familia\\_brasil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf).
6. Organização Pan-Americana da Saúde. Qualidade da atenção primária no Programa Mais Médicos: a experiência dos médicos e usuários [Internet]. Brasília, DF: OPAS, 2018 [citado 7 Mar 2019]. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34573>.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros [Internet]. Brasília; 2015 [citado 12 Jan 2019]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa\\_mais\\_medicos\\_dois\\_anos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf).

8. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil: São José de Ribamar, MA [Internet]. [citado 16 Fev 2018]. Disponível em: [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/sao-jose-de-ribamar\\_ma](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/sao-jose-de-ribamar_ma).
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica [Internet]. São José de Ribamar-MA: [Secretaria de Atenção à Saúde]; 2019 [citado 4 Mar 2019]. Disponível em: <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. E-Gestor Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica. Coberturas da Saúde da Família [Internet]. [citado 4 Mar 2019]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
11. Oliveira MPR. Formação e qualificação de profissionais de saúde: fatores associados à qualidade da atenção primária [Internet]. Revista Brasileira de Educação Médica. 2016 [citado 12 Ago 2017];40(4):547-59. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n4/1981-5271-rbem-40-4-0547.pdf>.
12. Hauser L, Castro RCL, Vigo A, Trindade TG, Gonçalves MR, Stein AT et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde [Internet]. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2013 [citado 23 Jun 2017]; 8(29):244-55. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/821>.
13. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços [Internet]. Cadernos de Saúde (Rio de Janeiro). 2012 [citado 24 Jun 2017]; 28(9):1772-84. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000900015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900015).
14. Vitoria AM, Harzheim E, Takeda SP, Hauser L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil [Internet]. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (Rio de Janeiro). 2013 [citado 12 Jan 2018]; 8(29):286-93. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)832](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)832).
15. Chomatas ERV. Avaliação da presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde na rede básica de saúde de Curitiba, no ano de 2008 [Internet] [dissertação]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009 [citado 15 Maio 2018]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/24606/000747716.pdf?se>.



16. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, Santos AM, Alves MTSSB, Lamy ZC et al. Acesso e utilização de serviços na Estratégia de Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários [Internet]. Ciênc. saúde coletiva (Rio de Janeiro). 2013 [citado 10 Fev 2019]; 18(11):3321-31. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013001100022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100022).
17. Kemper ES. Programa mais médicos: impactos de uma política pública exitosa [Internet]. Brasil: OPAS; 2018 [citado 24 Jan 2018]. Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2018/04/Mesa-1-Elisa-Kemper.pdf>.
18. Klabund CN, Willis GB, Casalino LP. Facilitators and Barriers to Survey Participation by Physicians: a call to action for researchers [Internet]. Evaluation & the Health Professions (Pennsylvania). 2016 [citado 17 Abr 2019]; 36(3):279-95. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.866.2647&rep=rep1&type=pdf>.
19. Sheffer M, coordenador. Demografia Médica do Brasil 2018 [Internet]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; 2018 [citado 12 Ago 2018]. Disponível em: <https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/DemografiaMedica2018.pdf>.
20. Costa SM, Prado MCM, Andrade TN, Araújo EPP, Silva Junior WS, Gomes Filho ZC, et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil [internet]. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade. 2013 [citado 5 Jul 2019]; 8(27):90-6. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/530>.
21. Machado MH, coordenador. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ [Internet]. [2000] [citado 12 Out 2018]. Disponível em: [http://www.ccms.saude.gov.br/asaudebateaporta/pdfs/perfil\\_medico.pdf](http://www.ccms.saude.gov.br/asaudebateaporta/pdfs/perfil_medico.pdf).
22. Machado MH, coordenador. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade [Internet]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997 [citado 2 Fev 2018]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/bm9qp/pdf/machado-9788575412695.pdf>.
23. Wermelinger, M, Machado MH, Lobato MF, Oliveira ES, Moyses NN, Ferraz W. A Feminilização do mercado de trabalho em saúde no Brasil [Internet]. Divulgação em Saúde para Debate (Rio de Janeiro). 2010 [citado 18 Mar 2019]; 45:54-70. Disponível em: [http://capacidadeshumanas.org/trajetoriainstitucionaldosus/wp-content/uploads/2017/11/Afeminilizacaodomercadodetrabalho\\_Wermelinger.pdf](http://capacidadeshumanas.org/trajetoriainstitucionaldosus/wp-content/uploads/2017/11/Afeminilizacaodomercadodetrabalho_Wermelinger.pdf).

24. Guarda FRB, Tavares RAW, Silva RH. Perfil Sociodemográfico dos médicos que compõem equipes de saúde da família na Região Metropolitana do Recife, estado do Pernambuco, Brasil [Internet]. Rev. Pan-Amaz Saúde. 2012 [citado 24 Nov 2018]; 3(2):17-24. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v3n2/v3n2a03.pdf>.
25. Ferrari RAP, Thoson Z, Melchior R. Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná [Internet]. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde (Londrina). 2005 [citado 24 Jan 2019]; 26(2):101-108. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3558/2872>.
26. Silva SA, Nogueira DA, Paraizo CMS, Fracolli LA. Avaliação da atenção primária à saúde: visão dos profissionais de saúde [Internet]. Rev. Esc. Enferm (São Paulo). 2014 [citado 16 Ago 2017]; 48(Esp):126-32. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt\\_0080-6234-reeusp-48-esp-126.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-126.pdf).
27. Maia LG. Avaliação da atenção primária pelos profissionais de saúde [Internet] [tese]. Goiânia: Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Federal do Goiás, 2017 [citado 12 Out 2018]. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/7824/5/Tese%20-%20Ludmila%20Grego%20Maia%20-%202017.pdf>.
28. Dias HS, Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS [Internet]. Ciênc. saúde coletiva (Rio de Janeiro). 2013 [citado 7 Mar 2019]; 18(6):1613-24. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000600013&script=sci\\_abstract&tIng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000600013&script=sci_abstract&tIng=es).
29. Maciel ELN, Figueiredo PF, do Prado TN, Galavote HS, Ramos MC, de Araújo MD et al. Avaliação dos egressos do curso de especialização em Saúde da Família no Espírito Santo, Brasil [Internet]. Ciênc. saúde coletiva (Rio de Janeiro). 2010 [citado 8 Nov 2018]; 15(4):2021-28. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000400016&script=sci\\_abstract&tIng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000400016&script=sci_abstract&tIng=es).
30. Silva JAM, Ogata MN, Machado MLT. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas [Internet]. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2007 [citado 20 Jan 2019]; 9(2):389-401. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/pdf/v9n2a08.pdf>.
31. Paim JS. Gestão da atenção básica nas cidades. In: Rassi Neto E, Bógus, CM. Grandes aglomerados urbanos: uma visão integrada [Internet]. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003 [citado 19 Ago 2019]. p. 183-212. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6580/1/Paim%20JS.%20Gest%c3%a3o%20da%20aten%c3%a7%c3%a3o%20b%c3%a1sica.%202003.%20OK%20repositorio.pdf>.

32. Lima EFA, Sousa AI, Leite FMC, Lima RCD, Souza MHN, Caniçali Primo C. Avaliação da estratégia saúde da família na perspectiva dos profissionais de saúde [Internet]. Escola Anna Nery. 2016 [citado 24 Ago 2018]; 20(2):275-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0275.pdf>.
33. Carneiro MSM, Melo DMS, Gomes JM, Pinto, FJM, Silva MGC. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. Saúde Debate. 2014 [citado 6 Jul 2019]; 38 (n. esp.):279-295. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0279.pdf>.
34. Silva AS, Baitelo TC, Fracolli LA. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família [Internet]. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015 [citado 5 Jul 2019]; 23(5):979-87. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt\\_0104-1169-rlae-23-05-00979.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00979.pdf).
35. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros [internet]. Cad. Saúde Pública. 2015 [citado 5 Jul 2019]; 31(9):1941-1952. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000901941&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000901941&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
36. Leandro SS, Monteiro PS. Avaliação da coordenação da atenção na perspectiva dos profissionais de saúde. Enferm. Foco. 2017 [citado 4 Jul 2019]; 8(3):65-69. Disponível em: <file:///C:/Users/Gilson/Downloads/1097-5212-1-PB.pdf>.
37. Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ET, Costa GD, Cotta RMM. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. Ciência & Saúde Coletiva. 2017 [citado 4 Jul 2019]; 22(6):1881-1893. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1881.pdf>.
38. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro [internet]. Ciência & Saúde Coletiva. 2011 [citado 5 Jul 2019]; 16(1):1029-1042. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700036](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036).
39. Kemper ES, Molina J, Tasca R, Suarez J. More Doctors Programme and the strengthening of Primary Health Care in Brazil: reflections from the monitoring and evaluation of the More Doctors Cooperation Project [Internet]. Quality in

Primary Care. 2017 [citado 20 Dez 2018]; 25(2):50-54. Disponível em: <http://primarycare.imedpub.com/more-doctors-programme-and-the-strengtheningof-primary-health-care-in-brazil-reflectionsfrom-the-monitoring-and-evaluation-of-the.php?aid=19203>.

40. Rech MRA, Hauser L, Wollmann L, Roman R, Mengue SS, Kemper SE et al. Qualidade da atenção primária no Brasil e associação com o Programa Mais Médicos [Internet]. Rev Panam Salud Publica. 2018 [citado 22 Fev 2019]; 42. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e164/>.
41. Silva HP, Tavares RB, Gomes Y, Pereira LL, Shimizu HE, Mercham-Hamann E et al. O Projeto Mais Médicos para o Brasil: desafios e contribuições à atenção básica na visão dos médicos cooperados [Internet]. Interface (Botucatu). 2017 [citado 12 Jan 2019]; 21(Supl. 1):1257-68. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832017000501257&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000501257&lng=en&nrm=iso).

## ILUSTRAÇÕES

**Tabela 2** - Perfil socioeconômico e de formação dos profissionais participantes do estudo em São José de Ribamar, 2019.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	20	27,8
Feminino	52	72,2
<b>Idade</b>		
até 35	24	32,9
36 a 50	31	42,5
51 a 65	14	19,2
66 a 76	4	5,5
<b>Renda Familiar (em salários mínimos)</b>		
1 a 3	11	18
4 a 7	19	31,2
7 a 10	8	13,1
11 a 15	10	16,4
>16	13	21,3
<b>Profissão</b>		
Médico	33	45,8
Enfermeiro	39	54,2
<b>Titulação</b>		
Graduação	21	28,8
Especialização	49	67,1
Mestrado	1	1,4
Pós-doutorado	2	2,7
<b>Tempo de formado (em anos)</b>		
1 a 5	19	26,8
6 a 10	22	31
11 a 15	7	9,9
16 a 35	16	22,5
>36	7	9,9
<b>Tempo de estágio em APS (em meses)</b>		
1 a 6	31	44,3
7 a 12	29	41,4
13 a 18	1	1,4
19 a 24	6	8,6
31 a 36	1	1,4
>36	2	2,9
<b>Tipo de instituição de graduação</b>		
Pública	35	48
Privada	38	52,1
<b>Residência em MFC</b>		
MFC/SF	5	7,1
Outra	7	10
Nenhuma	56	80
MFC e Outra	2	2,9
<b>Tempo de ESF</b>		
1 a 5	39	54,9
6 a 10	18	25,4
11 a 15	7	9,9
>16	7	9,9
<b>Tempo na equipe atual</b>		
1 a 5	61	83,6
6 a 10	8	11
11 a 15	2	2,7
>16	2	2,7
<b>Capacitação nos últimos 12 meses</b>		
Sim	64	87,7

Não	9	12,3
<b>Vínculo empregatício</b>		
Estatutário	2	2,8
Contratado	59	81,9
PMMB	10	13,9
Residente	1	1,4
<b>Interesse em continuar na APS</b>		
Sim	69	95,8
Não	3	4,2

**Tabela 3** - Escore dos atributos expressos na escala de 0 a 10. São Luís, 2019.

Atributo	Média	IC95%
Acesso de primeiro contato	3,91	3,52-4,30
Longitudinalidade	7,57	7,29-7,86
Coordenação	8,41	8,17-8,65
Integração de cuidados	8,15	7,86-8,44
Sistema de informação	8,93	8,57-9,30
Integralidade	7,79	7,55-8,03
Serviços disponíveis	7,51	7,25-7,78
Serviços prestados	8,19	7,91-8,47
Orientação Familiar	8,90	8,59-9,21
Orientação Comunitária	7,58	7,17-7,99



**Tabela 4** - Escores Essencial, Derivado e Geral expressos na escala de 0 a 10. São Luís, 2019.

Escores	Média	IC95%
<b>Essencial</b>	<b>7,28</b>	<b>7,07-7,49</b>
Acesso de primeiro contato	3,91	3,52-4,30
Longitudinalidade	7,57	7,29-7,86
Coordenação	8,41	8,17-8,65
Integralidade	7,79	7,55-8,03
<b>Derivado</b>	<b>8,02</b>	<b>7,69-8,35</b>
Orientação Familiar	8,90	8,59-9,21
Orientação Comunitária	7,58	7,17-7,99
<b>Geral</b>	<b>7,54</b>	<b>7,33-7,75</b>

**Tabela 5** - Análise ajustada dos fatores associados aos atributos da atenção primária em profissionais de saúde de São José de Ribamar. São Luís, 2019.

Variáveis	Alto Escore								
	Escore Essencial			Escore Derivado			Escore Geral		
	RP	IC 95%	Pvalor	RP	IC 95%	pvalor	RP	IC95%	pvalor
Idade em anos			0,857			0,799			0,342
Até 35	Ref			Ref			Ref		
36 a 50	1,00	0,76	1,33	1,01	0,84	1,21	1,12	0,88	1,43
51 a 76	0,96	0,60	1,53	0,96	0,71	1,30	0,90	0,55	1,47
Sexo			0,154			0,128			0,286
Feminino	Ref			Ref			Ref		
Masculino	0,79	0,57	1,09	0,78	0,57	1,07	0,84	0,61	1,15
T. formado			0,465			0,606			0,278
Até 10 anos	Ref			Ref			Ref		
+ 10 anos	0,86	0,58	1,28	0,93	0,71	1,22	0,84	0,61	1,15
Tempo na SF			0,964			<b>0,012</b>			0,745
Até 5 anos	Ref			Ref			Ref		
+ 5 anos	0,99	0,69	1,42	0,78	0,64	0,95	0,96	0,75	1,23
PMMB			0,876			<b>0,040</b>			0,270
Não	Ref			Ref			Ref		
Sim	0,97	0,68	1,39	0,59	0,35	0,98	0,83	0,60	1,15
IES			0,500			0,307			0,425
graduação									
Pública	Ref			Ref			Ref		
Privada	0,91	0,69	1,19	0,88	0,69	1,13	0,90	0,70	1,16
Especialista SF			0,272			0,325			0,910
Sim	Ref			Ref			Ref		
Não	1,14	0,90	1,46	0,89	0,71	1,12	1,01	0,80	1,29
Capacitação SF			0,438			0,728			0,429
Sim	Ref			Ref			Ref		
Não	1,14	0,82	1,58	0,93	0,61	1,42	1,13	0,84	1,53

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização de um projeto de pesquisa que avalia todas as unidades de saúde de uma cidade do porte e com o território de São José de Ribamar foi um desafio. Do ponto de vista do território observou-se durante a atividade de campo, uma grande diversidade nos tipos de território, da população assistida, nas características de acesso, estrutura e horário das unidades.

As frequentes trocas de profissionais entre as unidades e falta de comunicação efetiva entre os gestores (apoiadores de área) e a equipe das unidades foram pontos que dificultaram a realização da pesquisa. O contato inicial para agendamento da entrevista era realizado com apoiador de área, após uma semana de coleta, percebeu-se a discrepância das informações e o desencontro. Passando a ser utilizado contato direto com a enfermeira das equipes.

A cidade de São José de Ribamar se destaca por ser campo de prática de um programa de residência em medicina de família e comunidade e ter se disponibilizado para realização deste estudo num momento de crise do sistema de financiamento do SUS. O tema abordado tem importância internacional por ainda ter diversas lacunas de conhecimento, em especial ausência de mais instrumentos validados para analisar qualidade do cuidado na APS, um conceito complexo e multifacetado.

A formação de recursos humanos para o SUS e avaliação em saúde mostraram-se grandes desafios em especial pelo pouco tempo de existência e a grande complexidade do sistema de saúde brasileiro. Além disso, a heterogeneidade de serviços dentro de um país continental que também pode ser observada dentro do município de São José de Ribamar.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. 2003, 136 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003. Disponível em: [http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ECJS-76RHW7/raphael\\_augusto\\_teixeira\\_de\\_aguiar.pdf?sequence=1](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ECJS-76RHW7/raphael_augusto_teixeira_de_aguiar.pdf?sequence=1). Acesso em: 12 dez. 2017.

AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de. **A universidade e as políticas de educação permanente para a estratégia saúde da família: um estudo de caso**. 2010, 232 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: [http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-8D4KUK/tese\\_raphael\\_aguiar\\_\\_\\_vers\\_o\\_final.pdf?sequence=1](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-8D4KUK/tese_raphael_aguiar___vers_o_final.pdf?sequence=1). Acesso em: 12 dez. 2017.

ALMEIDA, Celia; MACINKO, James. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília, 2006. (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde; 10). Disponível em: <file:///C:/Users/bibliocch4/Desktop/Macinko.pdf>. Acesso em: 16 maio 2018.

ATLAS do desenvolvimento humano no Brasil: São José de Ribamar, MA. [201-]. Disponível em: [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/sao-jose-de-ribamar\\_ma](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/sao-jose-de-ribamar_ma). Acesso em: 16 fev. 2018.

BAVA, Maria do Carmo Guimarães Caccia et al. PMAQ: Considerações críticas para transformá-lo em um dispositivo para a produção de mudanças no rumo da melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. In: AKERMAN, Marco; FURTADO, Juarez Pereira (Org.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Porto Alegre, RS: Rede Unida, 2016. cap. 8, p. 292-323. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/praticas-de-avaliacao-em-saude-no-brasil-dialogos-pdf>. Acesso em: 12 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica. **Coberturas do Saúde da Família**. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 4 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica**. São José de Ribamar, MA: [Secretaria de Atenção Básica], 2019. Disponível em: <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>. Acesso em: 4 mar. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**: primary care assessment tool - PCATool-Brasil. Brasília; 2010a. (Normas e Manuais Técnicos; A). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_avaliacao\\_pcatool\\_brasil.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf). Acesso em: 16 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. (História da Saúde do Brasil; I). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias\\_saude\\_familia\\_brasil.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf). Acesso em: 5 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 20 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Mais Médicos**: dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa\\_mais\\_medicos\\_dois\\_anos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf). Acesso em: 10 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mais perto de você: **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília, DF [Ministério da Saúde], 2012. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_instrutivo\\_pmaq\\_site.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf). Acesso em: 24 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Textos Básicos de Saúde; B). Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>. Acesso em: 6 abr. 2018.

CASTANHEIRA, Elen Rose Ladeira et al. Desafios para a avaliação básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa? In: AKERMAN, Marco; FURTADO, Juarez Pereira (Org.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil**: diálogos. Porto Alegre, RS: Rede Unida, 2016. Cap. 5, p. 189-231. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/praticas-de-avaliacao-em-saude-no-brasil-dialogos-pdf>. Acesso em: 12 fev. 2019.

CHOMATAS, Eliane Regina da Veiga. **Avaliação da presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde na rede básica de saúde de Curitiba, no ano de 2008**. 2009. 95 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/24606/000747716.pdf?se>. Acesso em: 15 maio 2018.

DECLARAÇÃO de Alma-Ata. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 6-12, 1978, Alma Ata. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso: 22 ago. 2017.

FIGUEIREDO, Alexandre Medeiros de et al. Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, mar. 2013. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742013000100004](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100004). Acesso em: 2 mar. 2019.

FRACOLLI, L. A. et al. Instrumentos de avaliação da atenção primária à saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4851-4860, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/pt\\_1413-8123-csc-19-12-04851.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/pt_1413-8123-csc-19-12-04851.pdf). Acesso em: 06 jan. 2018.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, mar./abr. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000200015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200015). Acesso: 22 ago. 2017.

HARZHEIM, Erno et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 274-284, 2013. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/829/0>. Acesso: 16 ago. 2017.

HAUSER, Lisiane et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 244-255, 2013. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/821>. Acesso: 16 ago. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **São José de Ribamar**. [201-]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/sao-jose-de-ribamar/panorama>. Acesso em: 20 jun. 2018.

KEMPER, Elisandrea Sguário. **Programa mais médicos: impactos de uma política pública exitosa**. Brasil: OPAS; OMS, 2018. Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2018/04/Mesa-1-Elisa-Kemper.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2019.

KOLLING, João Henrique Godinho. **Orientação à atenção primária à saúde das equipes de saúde da família nos municípios do projeto Telessaúde RS: estudo de linha de base.** 2008, 144 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/16375>. Acesso em: 22 ago. 2017.

LEÃO, Cláudia Danyella Alves; CALDEIRA, Antonio Prates. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4415-4423, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a14v16n11.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.

LIMA, Eliane de Fátima Almeida et al. Avaliação da estratégia saúde da família na perspectiva dos profissionais de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 2, n. 2, p. 275-280, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000200275&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000200275&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 24 jan. 2019

MAIA, Ludmila Grego. **Avaliação da atenção primária pelos profissionais de saúde.** 2017. 82 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade Ciências da Saúde, Universidade Federal do 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: 14 fev. 2019.

MENDONÇA, Claunara Schilling. Sistema Único de Saúde: um sistema de saúde orientado pela atenção primária. In: HARSHEIM, Erno (Coord.). **Inovando o papel da atenção primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras.** Brasília: OPAS, 2011. p. 23-36. Disponível em: <http://www.telessaude.mt.gov.br/Arquivo/Download/2052>. Acesso em: 12 jan. 2019.

OLIVEIRA, Mariana Policena Rosa de et al. Formação e qualificação de profissionais de saúde: fatores associados à qualidade da atenção primária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 11, p. 547-559, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n4/1981-5271-rbem-40-4-0547.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2017.

OLIVEIRA, Mônica Maria Celestina de. **Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre: uma análise agregada.** 2007, 118 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12649/000631287.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 maio 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Qualidade da atenção primária no Programa Mais Médicos: a experiência dos médicos e usuários.** Washington: OPAS, 2018. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34573>. Acesso em: 21 fev. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, DC: OPAS, 2007. Disponível em: [http://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](http://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: 16 ago. 2017.

RIBEIRO, Fatima Aparecida. **Atenção Primária (APS) e sistema de saúde no Brasil**: uma perspectiva histórica. 2007. 325 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-24102007-084507/publico/fatimaapribeiro.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2019.

SÃO JOSÉ DE RIBAMAR. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS). **Relatório de gestão**: período de janeiro a dezembro de 2016. São José de Ribamar: Secretaria Municipal de Saúde, 2017. Disponível em: [http://file:///C:/Users/Gilson/Downloads/Relat%C3%B3rio\\_Gest%C3%A3o\\_Anuar\\_2016%2021.23.57.pdf](http://file:///C:/Users/Gilson/Downloads/Relat%C3%B3rio_Gest%C3%A3o_Anuar_2016%2021.23.57.pdf). Acesso em: 15 maio 2018.

SILVA, Simone Albino da et al. Avaliação da atenção primária à saúde: visão dos profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. Esp., p. 126-132, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt\\_0080-6234-reeusp-48-esp-126.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-126.pdf). Acesso em: 16 ago. 2017.

SIMPÓSIO NACIONAL DE SAÚDE, jun., 2015, [Brasília]. **Anais [...]**. [Brasília]: FIOCRUZ, 2015, 79 p. Tema: Saúde: direito de todos, dever do Estado. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/seminario-e-outros-eventos/seminarios-e-outros-eventos-anteriores/simposio-nacional-de-saude/apresentacao-nisia-trindade-lima>. Acesso em: 12 mar. 2019.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, 2002. [Online]. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2017.

STARFIELD, Bárbara; SHIL, Leiyu; MACINKO, James. Contribution of primary care to health systems and health. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 3, set. 2005, p. 457-502. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/>. Acesso em: 20 ago. 2017.

SIMPÓSIO NACIONAL DE SAÚDE, jun., 2015, [Brasília]. **Anais [...]**. [Brasília]: FIOCRUZ, 2015, 79 p. Tema: Saúde: direito de todos, dever do Estado. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/seminario-e-outros-eventos/seminarios-e-outros-eventos->



anteriores/simposio-nacional-de-saude/apresentacao-nisia-trindade-lima. Acesso em Acesso em: 12 mar. 2019.

VITORIA, Ângela Moreira et al. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, 2013. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)832](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)832). Acesso em: 12 jan. 2018.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais.****PESQUISADOR RESPONSÁVEL:**

Profa. Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves

TELEFONE PARA CONTATO: (98) 3272 9676 ou 3272 9674.

PATROCINADOR FINANCEIRO DA PESQUISA: pesquisadores.

**COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA:**

Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

**APRESENTAÇÃO DO ESTUDO:**

Somos um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e estamos realizando uma pesquisa para entender a qualidade da atenção prestada nos serviços de Atenção Básica deste município. Essa pesquisa está sendo realizada em São José de Ribamar e em Conceição do Lago Açu, estado do Maranhão. Vamos estudar a qualidade da atenção prestada na perspectiva dos profissionais e gestores da área e também dos participantes da pesquisa presentes nesses serviços. Convidamos você a participar desta pesquisa e pedimos que autorize a sua participação.

Este é um formulário de consentimento, que fornece informações sobre a pesquisa. Faça perguntas quando quiser. Se concordar em participar, você deverá dar o seu consentimento assinando este formulário. Forneceremos uma cópia para você guardar, se quiser.

**OBJETIVO DA PESQUISA:**

Avaliar a qualidade dos serviços de Atenção Primária em Saúde existentes em dois municípios do MA.

**ARTICIPAÇÃO NO ESTUDO:**

Convidamos o(a) Sr(a) a participar de uma entrevista individual e sigilosa para preenchimento de questionário elaborado de acordo com o objetivo acima.

**RISCOS E BENEFÍCIOS:**

O(a) Sr(a) vai responder um questionário contendo diversas perguntas. Perguntaremos sobre sua experiência na obtenção de consultas e cuidados nesta unidade de saúde. Também serão solicitadas informações sobre seus dados pessoais e sociais. Os pesquisadores que realizarão as entrevistas e os exames são treinados para as tarefas, portanto praticamente não há riscos para sua saúde , imediato ou tardio. Sua participação é inteiramente voluntária. Caso aceite participar, poderá deixar de responder a qualquer pergunta durante a atividade ou interrompê-la se assim o desejar, sem que isso afete negativamente a sua participação. Será garantido seu direito de assistência integral gratuita neste serviço pelo tempo que for necessário.

O sigilo de todas as informações será absoluto e nenhum dado que permita sua identificação será informado. Ao final, os resultados do estudo serão divulgados para que muitas pessoas se beneficiem desse conhecimento, mas sem identificar os participantes da pesquisa. O senhor não terá despesa alguma como participante de pesquisa.

Para solucionar dúvidas relativas a este estudo, em qualquer outro momento, entre em contato com a Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves (coordenadora) no telefone (98)32729676. Para obter mais informações sobre seus direitos como participante da pesquisa, entre em contato com a Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HUUFMA, Profa. Dra. Dorlene Maria Cardoso de Aquino pelo telefone (98) 2109 1250, endereço Rua Barão de Itapary, 227, quarto andar, Centro, São Luís-MA. CEP- 65.020-070.

Se o Sr(a) entendeu estas explicações e concorda voluntariamente em participar deste estudo, por favor, manifeste-se rubricando todas as suas páginas e assinando seu nome abaixo ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador membro da equipe. Este documento foi elaborado em duas vias, sendo uma para o pesquisador responsável e outra para o participante de pesquisa

Agradecemos sua colaboração! Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura Entrevistado (a)\_\_\_\_\_.

Entrevistador:\_\_\_\_\_Município:\_\_\_\_\_.

## APÊNDICE B – Questionário para Coleta de Dados dos Profissionais e Gestores.

### Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária do SUS.

	Município (1) São José de Ribamar	Munic	<input type="checkbox"/>
	Número questionário	Nquest	<input type="checkbox"/>
1.	Sexo (1) masculino (2) feminino	sexo	<input type="checkbox"/>
2.	Idade: _____ anos	idade	<input type="checkbox"/>
3.	Renda familiar mensal: R\$ _____	rendaf	<input type="checkbox"/>
4.	Locais de trabalho fora da ESF: (1) Nenhum outro local- dedicação exclusiva a ESF outros locais. Qual _____	trabforaps	<input type="checkbox"/>
5.	Profissão: (1) médico (2) Enfermeira	prof	<input type="checkbox"/>
6.	Titulação: (1) Graduação (2) Especialização (3) Mestrado (4) Doutorado (5) Pós-doutorado.	titula	<input type="checkbox"/>
7.	Tempo de formado: _____ anos	tformado	<input type="checkbox"/>
8.	Instituição da graduação (1) pública (2) privada	grad	<input type="checkbox"/>
9.	Internato/estágio curricular em APS (1) sim (2) não	estagio	<input type="checkbox"/>
10.	Se sim, tempo de duração _____ meses (8) não se aplica (9) ignorado	testagio	<input type="checkbox"/>
11.	Especialização em Saúde da Família (1) sim (2) não	especial	<input type="checkbox"/>
12.	Residência médica ou multiprofissional (1) sim, em SF/MFC (2) sim outra(3) não	residencia	<input type="checkbox"/>
	Qual a especialidade: _____	tiporesid	<input type="checkbox"/>
13	Tempo de trabalho na ESF _____ (meses) (anos)	tesf	<input type="checkbox"/>
14	Tempo de trabalho na equipe atual _____ (meses) (anos)	tequipe	<input type="checkbox"/>
15	Quando iniciou trabalho na ESF, sentia-se apto para o mesmo? (1) Sim (2) Não.	apto	<input type="checkbox"/>
16	Participou de capacitação em SF/APS nos últimos 12 meses: (1) Sim (2) Não	capacita	<input type="checkbox"/>
17	Contribuição das capacitações para mudanças na prática profissional (1) Nada (2) Pouco (3) Muito (4) Extremamente	capacitapрати	<input type="checkbox"/>
18	Participou de algum congresso/seminário nos últimos 12 meses (1) sim (2) não	evento	<input type="checkbox"/>
19	Vínculo atual: (1) Estatutário (4) Contrato PF (2) Celetista (5) Programa Mais Médicos (3) Contrato PJ (6) Residência MFC	vinculo	<input type="checkbox"/>
20	Pretende continuar atuando na APS (1) sim (2) não	continua	<input type="checkbox"/>

## **ANEXOS**

**ANEXO A** – Instrumento para coleta de dados com profissionais que trabalham no serviço de saúde.

A – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o CARTÃO RESPOSTA

A1 – Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPA1
4	3	2	1	9	

A2 – Este serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPA2
4	3	2	1	9	

A3 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPA3
4	3	2	1	9	

A4 – Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPA4
4	3	2	1	9	

A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPA5
4	3	2	1	9	

A6 – Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPA6
4	3	2	1	9	

A7 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPA7
4	3	2	1	9	

A8 – É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de rotina (check-up) no seu serviço de saúde?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPA8
4	3	2	1	9	

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)?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPA9
4	3	2	1	9	

#### B – LONGITUDINALIDADE

B1 – No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPB1
4	3	2	1	9	

B2 – Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPB2
4	3	2	1	9	



B3 – Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPB3
4	3	2	1	9	

B4 – Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPB4
4	3	2	1	9	

B5 – Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPB5
4	3	2	1	9	

B6 – Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPB6
4	3	2	1	9	

B7 – Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPB7
4	3	2	1	9	

B8 – Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPB8
4	3	2	1	9	

B9 – Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPB9
-----------------	--------------	--------------	-----------------	-------------	------

4	3	2	1	9	

B10 – Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPB10
4	3	2	1	9	

B11 – Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPB11
4	3	2	1	9	

B12 – Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPB12
4	3	2	1	9	

B13 – Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPB13
4	3	2	1	9	

### C - COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

C1 – Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPC1

4	3	2	1	9	

C2 – Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPC2
4	3	2	1	9	

C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPC3
4	3	2	1	9	

C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPC4
4	3	2	1	9	

C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPC5
4	3	2	1	9	

C6 – Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPC6
4	3	2	1	9	

#### D - COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES

D1 – Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPD1

4	3	2	1	9

D2 – Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não
4	3	2	1	9

D3 – Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não
4	3	2	1	9

#### E – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

E1 – Aconselhamento nutricional.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não
4	3	2	1	9

E2 – Imunizações.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não
4	3	2	1	9

E3 – Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não
4	3	2	1	9

E4 – Avaliação da saúde bucal.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não
-----------------	--------------	--------------	-----------------	-------------

4	3	2	1	9

E5 – Tratamento dentário.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não
4	3	2	1	9

E6 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não
4	3	2	1	9

E7 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não
4	3	2	1	9

E8 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não
4	3	2	1	9

E9 – Sutura de um corte que necessite de pontos.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não
4	3	2	1	9

E10 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não
4	3	2	1	9

E11 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPE11
4	3	2	1	9	

E12 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPE12
4	3	2	1	9	

E13 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPE13
4	3	2	1	9	

E14 – Remoção de verrugas.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPE14
4	3	2	1	9	

E15 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPE15
4	3	2	1	9	

E16 – Aconselhamento sobre como parar de fumar.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPE16
4	3	2	1	9	

E17 – Cuidados pré-natais.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPE17
-----------------	--------------	--------------	-----------------	-------------	-------

4	3	2	1	9	

E18 – Remoção de unha encravada.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPE18
4	3	2	1	9	

E19 – Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPE19
4	3	2	1	9	

E20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPE20
4	3	2	1	9	

E21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPE21
4	3	2	1	9	

E22 – Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos).

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPE22
4	3	2	1	9	

#### F – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

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)

F1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPF1
4	3	2	1	9	

F2 – Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPF2
4	3	2	1	9	

F3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPF3
4	3	2	1	9	

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

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

F4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPF4
4	3	2	1	9	

F5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPF5



4	3	2	1	9

F6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não
4	3	2	1	9

F7 – Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não
4	3	2	1	9

F8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não
4	3	2	1	9

F9 – Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não
4	3	2	1	9

F10 – Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não
4	3	2	1	9

F11 – Como prevenir quedas.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não

4	3	2	1	9	
---	---	---	---	---	--

F12 – Prevenção de osteoporose em mulheres.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPF12
4	3	2	1	9	

F13 – Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPF13
4	3	2	1	9	

As perguntas F14 – F15 se aplicam apenas a crianças.

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

F14 – Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPF14
4	3	2	1	9	

F15 – Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPF15
4	3	2	1	9	

#### G - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

G1 – Você pergunta aos pacientes quais suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPG1
4	3	2	1	9	

G2 – Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPG2
-----------------	--------------	--------------	-----------------	-------------	------

4	3	2	1	9	

G3 – Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPG3
4	3	2	1	9	

#### H – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

H1 – Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPH1
4	3	2	1	9	

H2 – Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPH2
4	3	2	1	9	

H3 – Seu serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPH3
4	3	2	1	9	

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?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não	PPH4
4	3	2	1	9	

H5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não
4	3	2	1	9

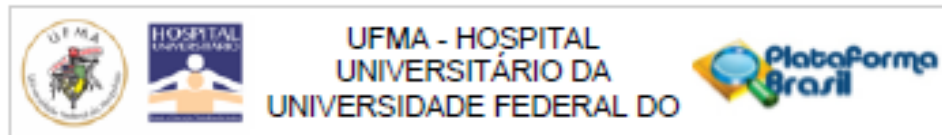
H6 – Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).

PPH5
------

Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/não
4	3	2	1	9

PPH6
------

## ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa.



UFMA - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária do Sistema Único de Saúde em dois municípios maranhenses

**Pesquisador:** MARIA TERESA SEABRA SOARES DE BRITTO E ALVES

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 89446318.6.0000.5086

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.788.428

#### Apresentação do Projeto:

A partir da Conferência de Alma-Ata (OPAS, 1978) a Atenção Primária em Saúde (APS) vem se consolidando como uma das formas mais eficientes de organização do sistema de saúde por possibilitar acesso aos serviços com atenção integral e integrada ao longo do tempo (OPAS, 2007). No Brasil, o Ministério da Saúde, a partir de meados da década de 1990, estabeleceu a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de expansão da APS. Esse modelo foi construído com a incorporação dos produtos de experiências internacionais de sistemas de saúde de países desenvolvidos baseados na atenção primária e nas propostas definidas na Conferência de Alma Ata, cujos princípios de acesso aos serviços de saúde, cuidado integral ao longo do tempo e sua coordenação são valorizados junto às comunidades em seu contexto social (Harzheim et al., 2006). Seus objetivos foram reorientar a prática assistencial para centralidade na família, baseada no trabalho em equipe interdisciplinar, responsável por território geograficamente definido, estruturando e consolidando os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS (Brasil, 2011). Estudos vem demonstrando que a ESF apresenta impacto positivo sobre a mortalidade infantil por condições sensíveis à APS, e na qualidade da atenção pré-natal e de puericultura. Além disso, ainda amplia o acesso a serviços de saúde para populações mais vulneráveis do ponto de vista sociossanitário (Bezerra Filho et al., 2007; Facchini et al., 2008). Com o objetivo de compreender as diretrizes da APS foi proposto o conceito de atributos essenciais e derivados (Starfield, 2004). Os atributos essenciais são: acesso de primeiro contato, que define a APS como porta de entrada

Endereço: Rua Santo de Ipatary nº 227  
Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070  
UF: MA Município: SAO LUIS  
Telefones: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br

Continuação do Parecer: 2.761-026

de fácil acesso ao usuário para o sistema de saúde a cada novo problema ou novo episódio de um problema; longitudinalidade, que pressupõe a existência de uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e usuários da área de cobertura de seu território; integralidade, que exige que a APS reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos que devem ser usados para abordá-los a fim de que o paciente receba todos os tipos de serviços de saúde; coordenação, que é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços prestados relacionada às necessidades para o presente atendimento. Também segundo Starfield (2004) os atributos derivados, por sua vez, são: orientação familiar, que leva em consideração o conhecimento dos fatores familiares relacionados à origem e ao cuidado das doenças; orientação comunitária, que se refere ao conhecimento da equipe sobre as necessidades da comunidade por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com essa comunidade. Implica, também, em uma relação direta, bem como no planejamento e na avaliação conjunta dos serviços; e competência cultural, que está relacionada à adaptação da equipe de saúde para facilitar a relação com populações de características culturais específicas (Brasil, 2013). Donabedian (1988) desenvolveu quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, considerando uma tríade, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado. A elaboração do instrumento para avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS, intitulado Primary Care Assessment Tool (PCA-Tool), permite a análise dos componentes de estrutura e processo dos serviços de cuidados primários e serem disponibilizados em diferentes formatos de serviços de saúde nesse nível do sistema (Brasil, 2010). No processo de validação desse instrumento no Brasil foram necessárias adaptações para que se pudesse levar em consideração características culturais da população e do nosso sistema nacional de saúde (Harzheim, 2006). O PCA-Tool se encontra validado em versões para profissionais e usuários, considerando tanto o adulto, quanto a criança. Considerando o cenário da Atenção Básica no Maranhão, que apresenta uma cobertura distinta da Estratégia Saúde da Família da ordem de 30% a 100% (Piccini et al., 2007), associado ao fato de que ainda não foi realizado estudo com o objetivo de avaliar o alcance da reestruturação do modelo assistencial e o perfil profissional na rede básica desses municípios, a hipótese que orienta este trabalho é que a qualidade dos serviços de atenção primária pode ser avaliada com base nos atributos definidos por Starfield, utilizando instrumentos capazes de considerar a diversidade dos sujeitos envolvidos no processo (Paula et al., 2016). Parte-se da compreensão de que a avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde (BRASIL, 2003), então, será feita uma avaliação no sentido de identificar que fatores estruturais e processuais estão dificultando e quais

Endereço: Rua Santo de Ipirany nº 227		CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO		
UF: MA	Município: SÃO LUIS	
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: <a href="mailto:cep@hufma.br">cep@hufma.br</a>	

de fácil acesso ao usuário para o sistema de saúde a cada novo problema ou novo episódio de um problema; longitudinalidade, que pressupõe a existência de uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e usuários da área de cobertura de seu território; integralidade, que exige que a APS reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos que devem ser usados para abordá-los a fim de que o paciente receba todos os tipos de serviços de saúde; coordenação, que é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços prestados relacionada às necessidades para o presente atendimento. Também segundo Starfield (2004) os atributos derivados, por sua vez, são: orientação familiar, que leva em consideração o conhecimento dos fatores familiares relacionados à origem e ao cuidado das doenças; orientação comunitária, que se refere ao conhecimento da equipe sobre as necessidades da comunidade por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com essa comunidade. Implica, também, em uma relação direta, bem como no planejamento e na avaliação conjunta dos serviços; e competência cultural, que está relacionada à adaptação da equipe de saúde para facilitar a relação com populações de características culturais específicas (Brasil, 2013). Donabedian (1988) desenvolveu quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, considerando uma tríade, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado. A elaboração do Instrumento para avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS, intitulado Primary Care Assessment Tool (PCA-Tool), permite a análise dos componentes de estrutura e processo dos serviços de cuidados primários e serem disponibilizados em diferentes formatos de serviços de saúde nesse nível do sistema (Brasil, 2010). No processo de validação desse Instrumento no Brasil foram necessárias adaptações para que se pudesse levar em consideração características culturais da população e do nosso sistema nacional de saúde (Harzheim, 2006). O PCA-Tool se encontra validado em versões para profissionais e usuários, considerando tanto o adulto, quanto a criança. Considerando o cenário da Atenção Básica no Maranhão, que apresenta uma cobertura distinta da Estratégia Saúde da Família da ordem de 30% a 100% (Piccini et al., 2007), associado ao fato de que ainda não foi realizado estudo com o objetivo de avaliar o alcance da reestruturação do modelo assistencial e o perfil profissional na rede básica desses municípios, a hipótese que orienta este trabalho é que a qualidade dos serviços de atenção primária pode ser avaliada com base nos atributos definidos por Starfield, utilizando instrumentos capazes de considerar a diversidade dos sujeitos envolvidos no processo (Paula et al., 2016). Parte-se da compreensão de que a avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde (BRASIL, 2003), então, será feita uma avaliação no sentido de identificar que fatores estruturais e processuais estão dificultando e quais

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br

Continuação do Anexo: 2.708-428

crianças ou incapacitados. O grupo de profissionais será composto a partir do censo das unidades de Saúde da Família nos Municípios. O médico ou enfermeiro será entrevistado em cada unidade. Já os Informantes-chave para o nível municipal serão selecionados entre os gestores da Secretaria Municipal de Saúde e supervisores do PSF que tenham pelo menos seis meses de experiência nessas Secretarias. O tamanho amostral de usuários de serviços foi calculado levando-se em consideração o nível de confiança de 95%, erro de estimação de 3% e uma população estimada de 3000 usuários por equipe em São José de Ribamar e 2000 em Conceição do Lago-Açu, o que resultou numa amostra de 2116 usuários dos serviços. Em cada UBS será selecionado um número determinado de usuários a serem entrevistados nos dias elegíveis, por sorteio. Serão utilizados instrumentos validados no Brasil a partir dos componentes do Primary Care Assessment Tool (PCATool), formulados e validados para avaliar a atenção primária (STARFIELD 2000; 1998; ALMEIDA, MACINCKO, 2006). O instrumento que será utilizado, embasado no marco teórico da atenção primária à saúde, mede a presença e a extensão dos principais atributos (coordenação, acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, enfoque familiar, orientação para a comunidade e formação profissional) da atenção primária e o grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde. A dimensão "Formação profissional" não integra o elenco de dimensões trabalhado por Starfield, mas foi considerada importante nesta avaliação, porque existem programas específicos de capacitação para profissionais que atuam neste âmbito da atenção. Cada questionário tem cerca de 100 perguntas específicas, que correspondem a um indicador relacionado com uma determinada dimensão da atenção básica. Existem seis opções de resposta para cada pergunta e essas opções são iguais para cada tipo de entrevistado. Cada resposta ("nunca", "quase nunca", "algumas vezes", "muitas vezes", "quase sempre" e "sempre") será então convertida em um escore que varia entre 0 e 5. O escore "0" corresponde à resposta "nunca", "1" corresponde à resposta "quase nunca", e assim sucessivamente. No caso da enquete com os usuários, como existem também as opções "recusa" e "não sabe", serão codificadas na análise como valores em branco.

#### Critério de Inclusão:

Para inclusão no grupo de profissionais e gestores das Secretarias Municipais de Saúde e supervisores da ESF serão elegíveis os profissionais que estejam exercendo suas atividades há pelo menos 3 meses. Os critérios de inclusão dos usuários dos serviços de saúde serão: ter pelo menos 18 anos de idade, estar cadastrado na ESF e ter sido atendido anteriormente pela equipe. Serão ainda incluídas todas as gestantes e mulheres que já tiveram filhos, independente da sua idade.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2100-1250	E-mail: cep@hufma.br



Continuação do Planoar: 2.706.420

Para os usuários de serviço de saúde menores de idade ou incapacitados, o respondente do questionário será o acompanhante que deverá já ter acompanhado o usuário na unidade em outra oportunidade e ter pelo menos 18 anos, com exceção das mães acompanhando seus filhos.

**Metodologia de Análise de Dados:**

A qualidade dos serviços será definida pelos escores obtidos, conforme orientação do plano de análise dos instrumentos. Para se obter o escore de qualidade da Atenção Básica de Saúde, será calculada a média dos valores dos itens que compõem cada dimensão considerada no instrumento de pesquisa. Os escores dos indicadores serão somados para construir um Índice Composto para cada dimensão da Atenção Básica. Por exemplo, todos os escores das perguntas sobre acesso serão somados e a média dessa soma representará o Índice Composto de Acesso. Esse processo será seguido para construir oito índices compostos, isto é, um índice composto para cada dimensão. Por último, será criado um Índice Composto Total da Atenção Básica que será obtido a partir da soma de todos os oito índices compostos. Esse último índice representa a experiência total de atenção básica. A análise será realizada utilizando o software Stata 14.0.

**Desfecho Primário:**

Relatório executivo para os gerentes das unidades de saúde e gestor municipal de saúde.

**Desfecho Secundário:**

Produtos para divulgação junto a Secretaria municipal de Saúde e instâncias de controle social das políticas de saúde. Dissertações de mestrado.

Tamanho da Amostra no Brasil: 2.206

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo primário:**

Avallar a qualidade dos serviços de Atenção Primária em Saúde existentes em dois municípios do MA.

**Objetivo Secundário:**

- Identificar as características organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde;
- Mensurar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Básica nos serviços de atenção

Endereço: Rua Barão de Itapery nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br

Continuação do Projeto: 2.708.428

básica;

- Avaliar o desempenho da Atenção Básica como "porta de entrada" do Sistema Único de Saúde;
- Elaborar o perfil dos serviços de atenção básica nos municípios, comparando determinadas dimensões organizacionais.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Segundo o pesquisador a participação traz poucos riscos aos participantes de pesquisa. Todos eles receberão explicação clara sobre os objetivos do estudo. As entrevistas serão iniciadas somente após a leitura, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos adultos selecionados, respeitando-se os princípios éticos e legais da Resolução nº 466/12. Para garantir a confidencialidade dos informantes apenas as respostas agregadas serão relatadas. Nenhuma resposta individual será atribuída à sua fonte pessoal original. Todos os questionários e entrevistas serão guardados em lugar seguro e confidencial. Caso o participante de pesquisa seja analfabeto o entrevistador lerá o termo de consentimento para ele e assinará por ele, uma vez manifestada explicitamente a sua concordância com os termos do consentimento, assegurando sua livre vontade de participar da pesquisa. Os participantes da pesquisa poderão se recusar a participar ou a responder qualquer pergunta. Para assegurar a confidencialidade das informações e proteger a identidade, os participantes de pesquisa não serão identificados. As entrevistas serão realizadas numa área da unidade onde o participante de pesquisa tenha maior privacidade.

**Benefícios:**

Quanto aos benefícios o pesquisador informa que os resultados dessa pesquisa vão contribuir para aprofundar os conhecimentos sobre a qualidade da atenção ofertada pelos serviços de atenção primária. Isso pode ajudar a identificar pontos que necessitem de melhoria da assistência prestada. A perspectiva de melhorar a assistência se traduz em cuidados mais adequados às necessidades de saúde dos usuários.

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

A pesquisa possui relevância social e científica por propor uma avaliação da qualidade dos serviços de atenção primária, contribuir para aprofundar os conhecimentos sobre os serviços ofertada, bem como, identificar pontos que necessitem de melhoria da assistência prestada.

Continuação do Parecer: 2.708.428

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

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013(Ítem 3/ 3.3.).

**Recomendações:**

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

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

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Cronograma	cronograma_atualizado.doc	25/07/2018 15:23:35	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito
Outros	termoconsentimento.doc	25/07/2018 14:16:54	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito

Continuação do Parecer: 2.706.428

Cronograma	Cronograma.doc	25/07/2018 12:06:59	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1017885.pdf	25/06/2018 15:00:28		Acelto
Outros	carta_pendencia2.pdf	25/06/2018 14:59:38	MARIA TERESA SEABRA SOARES DE BRITTO E	Acelto
Outros	carta_pendencia.pdf	01/06/2018 17:19:18	MARIA TERESA SEABRA SOARES DE BRITTO E	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	3PROJETO.docx	01/06/2018 17:11:21	MARIA TERESA SEABRA SOARES DE BRITTO E	Acelto
Cronograma	Cronograma1.doc	02/05/2018 18:10:05	MARIA TERESA SEABRA SOARES DE BRITTO E	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	04/04/2018 13:50:44	MARIA TERESA SEABRA SOARES DE BRITTO E ALVES	Acelto
Folha de Rosto	avaliacao.pdf	04/04/2018 13:41:59	MARIA TERESA SEABRA SOARES DE BRITTO E	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 27 de Julho de 2018

Assinado por:

Dorlene Maria Cardoso de Aquino  
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Itapery nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br

## ANEXO C – Normas de publicação do periódico.



# Submissão

## INSTRUÇÕES AOS AUTORES

---

### Escopo e política editorial

**Interface – Comunicação, Saúde, Educação** é uma publicação interdisciplinar, exclusivamente eletrônica, em acesso aberto, trimestral, editada pela Universidade Estadual Paulista – Unesp, (Laboratório de Educação e Comunicação em Saúde, Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu. Tem como missão publicar artigos e outros materiais relevantes sobre a Educação e Comunicação nas práticas de saúde, a formação de profissionais de saúde (universitária e continuada) e a Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia, as Artes e as Ciências Sociais e Humanas, que contribuem para o avanço do conhecimento nessas áreas.

Interface – Comunicação, Saúde, Educação integra a coleção de periódicos indexados na base SciELO e adota o sistema *ScholarOne Manuscripts* para submissão e avaliação de manuscritos (<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>). Prioriza abordagens críticas e inovadoras e a pesquisa qualitativa e não cobra taxas para submissão e acesso aos artigos. Publica apenas textos inéditos e originais, sob a forma de artigos de demanda livre, analíticos e/ou ensaísticos, revisão de temas atuais, resenhas críticas, relatos de experiência, debates, entrevistas; e veicula cartas e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Também publica temas relevantes e/ou emergentes, desenvolvidos por autores convidados, especialistas no assunto. Não são aceitas traduções de textos publicados em outro idioma.

Os manuscritos submetidos passam por um processo de avaliação de mérito científico **por pares**, utilizando critérios de originalidade e relevância temática, rigor científico e consistência teórica e metodológica. Os avaliadores são selecionados entre membros do Conselho Editorial ou pareceristas *ad hoc*, pesquisadores da área do escopo do trabalho submetido, de diferentes regiões e instituições de ensino e/ou pesquisa. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

Interface segue os princípios da ética na publicação científica contidos no código de conduta do Committee on Publication Ethics (COPE) – <http://publicationethics.org> e utiliza o sistema *Turnitin* para identificação de plágio, licenciado pela Unesp.

Todo o conteúdo de Interface, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença Creative Commons, tipo CC-BY. Mais detalhes, consultar: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

A submissão de manuscritos é feita apenas *online*, pelo sistema *ScholarOneManuscripts*. (<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>)

Recomenda-se a leitura atenta das Instruções antes dos autores submeterem seus manuscritos à Interface, uma vez que a submissão está condicionada ao atendimento às normas adotadas pelo periódico. O não atendimento dessas normas poderá acarretar a rejeição da submissão na análise inicial.

## SEÇÕES DA REVISTA

**Editorial** – texto temático de responsabilidade dos editores ou de pesquisadores convidados (até duas mil palavras).

**Dossiê** – conjunto de textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais de interesse para a revista (até seis mil palavras).

**Artigos** – textos analíticos resultantes de pesquisas originais teóricas ou empíricas referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

**Revisão** – textos de revisão da literatura sobre temas consagrados pertinentes ao escopo da revista (até seis mil palavras).

**Debates** – conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil e quinhentas palavras; réplica: até mil e quinhentas palavras).

**Espaço Aberto** – textos embasados teoricamente que descrevam e analisem criticamente experiências relevantes para o escopo da revista (até cinco mil palavras).

**Entrevistas** – depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis mil palavras).

**Resenhas** – textos de análise crítica de publicações lançadas no Brasil ou exterior nos últimos dois anos, expondo novos conhecimentos além do simples resumo da publicação, sob a forma de livros, filmes ou outras produções recentes e relevantes para os temas do escopo da revista (até três mil palavras).

**Criação** – textos de reflexão sobre temas de interesse para a revista, em interface com os campos das Artes e da Cultura, que utilizem em sua apresentação formal recursos iconográficos, poéticos, literários, musicais, audiovisuais etc., de forma a fortalecer e dar consistência à discussão proposta.

**Notas breves** – notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores e obituários com análise da obra e contribuição científica do homenageado (até duas mil palavras).

**Cartas ao Editor** – comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

### Nota

– Na contagem de palavras do texto incluem-se referências, quadros e tabelas e excluem-se título, resumo e palavras-chave.

## FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

### Formato e Estrutura

**1** Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista.

Todos os originais submetidos à publicação, **sem exceção**, devem ter autoria com a afiliação completa (Instituição, cidade, estado e país) e ID do ORCID, título próprio diferente do título da seção, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol), citações e referências bibliográficas. Devem conter, também, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas, com exceção das seções Resenhas, Notas breves e Cartas ao Editor.

### Notas

. O texto inicial da seção Debates deve dispor de título, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol). Os demais textos do Debate devem apresentar apenas título nos três idiomas.

. As entrevistas devem dispor de título e palavras-chave nos três idiomas.

. As resenhas devem apresentar, na primeira página do texto, o título da obra resenhada no seu idioma original, seguido de um subtítulo alusivo ao tema da obra resenhada, elaborada pelo autor da resenha.

**2** As seguintes precauções devem ser tomadas pelos autores ao submeter seu manuscrito:

– Excluir do texto todas as informações que identificam a autoria do trabalho, em referências, notas de rodapé e citações, substituindo-as pela expressão **NN [eliminado para efeitos da revisão por pares]**. Os dados dos autores são informados **apenas** em campo específico do formulário de submissão.

– Em documentos do *Microsoft Office*, remover a identificação do autor das Propriedades do Documento (no menu Arquivo > Propriedades), iniciando em Arquivo, no menu principal, e clicando na sequência: Arquivo > Salvar como... > Ferramentas (ou Opções no Mac) > Opções de segurança... > Remover informações pessoais do arquivo ao salvar > OK > Salvar.

– Em PDFs, também remover o nome dos autores das Propriedades do Documento, em Arquivo, no menu principal do *Adobe Acrobat*.

– Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de autoria também são incluídas em campo específico do formulário de submissão.

### Nota

. Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, **todas as informações que foram omitidas devem ser incluídas novamente pelos próprios autores do texto**.

**3** O número máximo de autores do manuscrito está limitado a **cinco**. A partir desse número é preciso apresentar uma justificativa, que será analisada pelo Editor. A **autoria** implica assumir publicamente a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido à publicação e deve estar baseada na contribuição efetiva dos autores no que se refere a: **a)** concepção e delineamento do trabalho **ou** participação da discussão dos resultados; **b)** redação do manuscrito **ou** revisão crítica do seu conteúdo; **c)** aprovação da versão final do manuscrito. **Todas essas condições devem ser atendidas**.

### Nota

. O número máximo de manuscritos de um mesmo autor, nos Suplementos, está limitado a **três**.

**4** A página inicial do manuscrito (**Documento principal**) deve conter as seguintes informações (em português, espanhol e inglês): título, resumo e palavras-chave. Na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave. **Observe as exceções indicadas no item 1, em relação a essas informações**.

4.1 Título: deve ser conciso e informativo (até vinte palavras).

#### **Notas**

. Se no título houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas vinte palavras.

. Se no título houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas vinte palavras.

4.2 Resumo: deve destacar os aspectos fundamentais do trabalho, podendo incluir o objetivo principal, o enfoque teórico, os procedimentos metodológicos e resultados mais relevantes e as conclusões principais (até 140 palavras). Deve-se evitar a estrutura do resumo em tópicos (Objetivos, Metodologia, Resultados, Conclusões).

#### **Notas**

. Se no resumo houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas 140 palavras.

. Se no resumo houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 140 palavras.

4.3 Palavras-chave: devem refletir a temática abordada (de três a cinco palavras).

**5** Notas de rodapé são identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses.

Devem ser sequenciais às letras utilizadas na autoria do manuscrito. **E devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.**

**6** Manuscritos referentes a pesquisa com seres humanos devem incluir informação sobre aprovação por Comitê de Ética da área, conforme a Resolução nº 466/2013, do Conselho Nacional de Saúde, ou a Resolução nº 510/2016, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais. Deve-se informar **apenas** o número do processo, apresentando-o no corpo do texto, no final da seção sobre a metodologia do trabalho. **Esse número deve ser mantido na versão final do manuscrito, se for aprovado para publicação.**

**7** Manuscritos com ilustrações devem incluir seus respectivos créditos ou legendas e, **em caso de imagens de pessoas, deve-se incluir também a autorização para o uso dessas imagens pela revista.**

**8** Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 300 dpi, tamanho 16 x 20 cm, com legenda e fonte Arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em *Word* ou *Excel*. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (*Photoshop* ou *Corel Draw*). Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados do texto original (Documento principal), **com seus respectivos créditos ou legendas e numeração.** No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

#### **Nota**

. No caso de textos submetidos para a seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 300 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

**9** Interface adota as normas Vancouver como estilo para as citações e referências de seus manuscritos. Detalhes sobre essas normas e outras observações referentes ao formato dos manuscritos encontram-se no final destas Instruções.

## **SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS**



1 O processo de submissão é feito apenas *on-line*, no sistema *ScholarOneManuscripts*. Para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema. Para isso é preciso acessar o link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e seguir as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, basta clicar em “**Autor**” e iniciar o processo de submissão.

#### Nota

. No cadastro de todos os autores, é necessário que as palavras-chave referentes às suas áreas de atuação estejam preenchidas. Para editar o cadastro é necessário que cada autor realize *login* no sistema com seu nome de usuário e senha, entre no Menu, no item “**Editar Conta**”, localizado no canto superior direito da tela e insira as áreas de atuação no passo 3. As áreas de atuação estão descritas no sistema como **Áreas de expertise**.

2 Interface – Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos e originais, submetidos somente a este periódico, serão encaminhados para avaliação. Os autores devem declarar essas condições em campo específico do formulário de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea a outro periódico, o manuscrito será desconsiderado. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento está disponível para *upload* no sistema.

3 Os dados dos autores, informados em campo específico do formulário de submissão, incluem:

– Autor principal: **vínculo institucional** (apenas um, completo e por extenso), na seguinte ordem: Departamento, Unidade, Universidade. Endereço institucional completo para correspondência (logradouro, número, bairro, cidade, estado, país e CEP). Telefones (fixo e celular) e apenas **um e-mail** (preferencialmente institucional). ID do ORCID.

– Coautores: **vínculo institucional** (apenas um, completo e por extenso), na seguinte ordem: Departamento, Unidade, Universidade, cidade, estado, país. E-mail institucional. ID do ORCID.

#### Notas

. Os dados de **todos os autores** devem incluir, **obrigatoriamente**, o **ID do ORCID** (os links para criação ou associação do ID do ORCID existente encontram-se disponíveis no sistema *ScholarOne*, na Etapa 3 da submissão). No ORCID devem constar **pelo menos** a instituição a que o autor pertence e a sua função.

. Não havendo vínculo institucional, informar a formação profissional.

. Em caso do autor ser aluno de graduação ou de pós-graduação, deve-se informar:

**Graduando do curso de ...Pós-graduando do curso...**, indicando, entre parênteses, se é Mestrado, Doutorado ou Pós-Doutorado.

. Titulação, cargo e função dos autores **não devem ser informados**.

. Sempre que o autor usar nome composto em referências e citações, esse dado também deve ser informado.

**Exemplo:** autor Fabio Porto Foresti; em referências e citações indica-se **Porto-Foresti, Fabio**.

4 Em caso de texto que inclua ilustrações, essas são inseridas com seus respectivos créditos ou legendas como documentos suplementares ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

#### Nota

. Em caso de imagens de pessoas, os autores devem providenciar uma autorização para uso dessas imagens pela revista, que também será inserida como documento complementar ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

**5** O título (até vinte palavras), o resumo (até 140 palavras) e as palavras-chave (de três a cinco), **na língua original do manuscrito** e as ilustrações são inseridos em campo específico do formulário de submissão.

**6** Ao fazer a submissão, em **Página de Rosto**, o autor deverá redigir uma carta explicitando se o texto é inédito e original, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se há conflitos de interesse (qualquer compromisso por parte dos autores com as fontes de financiamento ou qualquer tipo de vínculo ou rivalidade que possa ser entendido como **conflito de interesses** deve ser explicitado) e, em caso de pesquisa com seres humanos, se foi aprovada por Comitê de Ética da área, indicando o número do processo e a instituição. Caso o manuscrito **não envolva** pesquisa com seres humanos, também é preciso declarar isso em **Página de Rosto**, justificando a não aprovação por Comitê de Ética.

Da mesma forma, se entre os autores há alunos de graduação, é preciso declarar isso neste campo do formulário.

Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas não preenchem os critérios de autoria, também são incluídas neste campo do formulário.

Em texto com dois autores ou mais devem ser especificadas, em **Página de Rosto**, as responsabilidades individuais de cada um na preparação do manuscrito, incluindo os seguintes critérios de autoria: **a)** concepção e delineamento do trabalho **ou** participação da discussão dos resultados; **b)** redação do manuscrito **ou** revisão crítica do conteúdo; **c)** aprovação da versão final do manuscrito. **Todas essas condições devem ser atendidas.**

**7** No caso de submissão de **Resenha**, em **Página de Rosto** o autor deve incluir todas as informações sobre a obra resenhada, no padrão das referências usadas em Interface (Vancouver), a saber:

Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n): página inicial e final. Deve incluir, ainda, a imagem da capa da obra resenhada, como documento complementar ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

**Exemplo:**

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

**8** No item **Contribuição à Literatura** o autor deverá responder à seguinte pergunta: O que seu texto acrescenta em relação ao já publicado na literatura nacional e internacional?

**Nota**

. Nesta breve descrição é necessário inserir a especificidade dos resultados de pesquisa, da revisão ou da experiência no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, ressaltando o caráter inédito do trabalho; manuscritos que focalizem questões de interesse apenas local e apresentem abordagens essencialmente descritivas do problema não são prioridade da revista e devem ser evitados.

9 O autor pode indicar um avaliador (do país ou exterior) que possa atuar no julgamento de seu trabalho, **desde que não pertença à mesma instituição do (s) autor (es) do manuscrito**. Se houver necessidade, também deve informar sobre pesquisadores com os quais possa haver conflitos de interesse com seu artigo.

## **AVALIAÇÃO DE MANUSCRITOS E PUBLICAÇÃO DOS ORIGINAIS APROVADOS**

Interface adota a política editorial estrita de **avaliação de mérito científico por pares, realizada em duas etapas: pré-avaliação e revisão por pares**.

**Pré-avaliação:** todo manuscrito submetido à Interface passa por uma triagem inicial para verificar se está dentro da área de abrangência da revista, se atende às normas editoriais e para identificar pendências na submissão e documentação, incluindo identificação de plágio e auto-plágio, só confirmando a submissão se cumprir todas as normas da revista e quando todos os documentos solicitados estiverem inseridos no sistema. A análise da triagem inicial é concluída pelos editores e editores associados e só seguem para a revisão por pares os textos que:

- atendam aos requisitos mínimos de um artigo científico e ao escopo da revista;
- apresentem relevância e originalidade temática e de resultados e adequação da abordagem teórico-metodológica.

**Revisão por pares:** o texto cuja submissão for confirmada segue para revisão *por pares* (duplo-cego), no mínimo por dois avaliadores, que seguem critérios de originalidade e relevância temática, rigor científico e consistência teórica e metodológica. Os avaliadores são selecionados entre membros do Conselho Editorial ou pareceristas *ad hoc*, pesquisadores da área do escopo do trabalho de diferentes regiões e instituições de ensino e/ou pesquisa.

O material será devolvido ao autor caso os revisores sugiram **pequenas mudanças e/ou correções**. Neste caso, caberá uma nova rodada de avaliação do manuscrito revisito.

### **Notas**

. Em caso de divergência de pareceres, o texto é encaminhado a um novo relator, para arbitragem.

. A decisão final sobre o mérito científico do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

**Edição de artigo aprovado:** uma vez aprovado, os autores recebem uma correspondência com orientações específicas sobre o envio da versão final do texto, para dar início ao processo de edição para publicação e marcação dos originais. Essas orientações incluem:

- atualização dos dados completos do (s) autor (es), confirmando o vínculo institucional ou a formação profissional, **e o ID do ORCID**, como já indicado **no item 3 de SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS**;
- revisão final do texto, incluindo título, palavras-chave, citações e referências, e dos resumos (português, inglês e espanhol), por profissionais especializados indicando, com outra cor de fonte, as correções efetuadas nesta última versão;
- em caso de artigo com dois ou mais autores, inserção, nesta versão final do texto, **antes das Referências**, do item **Contribuições dos autores**, especificando as responsabilidades individuais de cada um na produção do manuscrito, como está explicitamente indicado **no item 6 de SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS**;
- em caso de agradecimentos a pessoas ou instituições, inseri-los também, na versão final do texto, **antes das Referências**, no item **Agradecimentos**.

O processo de edição do artigo aprovado inclui a normalização, diagramação e revisão do material pela equipe técnica de Interface e a aprovação final da versão em PDF pelos autores.

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista do Corpo Editorial da revista.

### Notas

. Caso tenham interesse de publicar seu artigo na língua inglesa, os autores devem manifestar o interesse e contatar imediatamente a Secretaria da revista para informações sobre prazos, custos, contato com profissionais credenciados etc. Essas despesas serão assumidas totalmente pelos autores. As duas versões (português e inglês) serão publicadas na SciELO Brasil.

. Interface passou a adotar a publicação contínua de seus artigos, **publicados em um único volume ao ano**, de forma ininterrupta, de acordo com orientação da SciELO. No Sumário eletrônico da revista, na SciELO e em seu site, apenas a seção a que o artigo foi submetido será indicada.

### PROCESSAMENTO DE MANUSCRITOS EM ACESSO ABERTO

Interface – Comunicação, Saúde, Educação é um periódico de acesso aberto, *on-line* e digital. O movimento internacional de acesso aberto busca garantir o acesso universal a um bem que deve ser de toda a humanidade: o conhecimento. Os custos de produção dos periódicos neste modelo de acesso aberto, ao não serem financiados pelos leitores, requerem um financiamento público.

Durante 19 anos Interface foi mantida quase exclusivamente com recursos públicos. Como atualmente a captação deste recurso cobre parcialmente seus custos, a revista passou a adotar taxa de publicação de manuscritos aprovados, para assegurar sua periodicidade, regularidade, qualidade e o acesso aberto aos artigos publicados.

#### Taxa de publicação

Os procedimentos para o pagamento desta taxa serão informados pela secretaria da revista após a aprovação do artigo, quando tem início o processo de preparação dos originais para publicação. Esta taxa será cobrada apenas para artigos aprovados para as seções **Dossiê, Artigos, Revisão e Espaço Aberto**.

1 Para manuscritos com até 5000 palavras: **R\$ 700,00**  
 2 Para manuscritos com mais de 5000 palavras: **R\$ 800,00**

A taxa deverá ser paga mediante um depósito em conta bancária cujos dados encontram-se a seguir:

**Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar**  
**CNPJ: 46.230.439/0001-01**

**Banco Santander**  
**Agência 0039**  
**Conta Corrente: 13-006625-3**

No valor **não está incluído** o custo com a tradução do artigo para o inglês, caso haja interesse. Este custo é responsabilidade dos autores do artigo em publicação.

O valor da taxa pode variar em função de maior ou menor captação de recursos públicos.

### NORMAS VANCOUVER – citações e referências

## CITAÇÕES NO TEXTO

As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos. Não devem ser inseridas no modo automático, nem como referência cruzada.

### Exemplo:

Segundo Teixeira<sup>1</sup>

De acordo com Schraiber<sup>2</sup>...

### Casos específicos de citação

**1** Referência de mais de dois autores: inserida no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

**2** Citação literal: deve ser inserida no parágrafo, entre aspas (aspas duplas), e acompanhada da página da citação entre parênteses, com a pontuação no final.

### Exemplo:

Partindo dessa relação, podemos afirmar que a natureza do trabalho educativo corresponde ao “[...] ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens”<sup>2</sup> (p. 13).

### Notas

– No caso da citação vir com aspas no texto original, substituí-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

### Exemplo:

“Os ‘Requisitos Uniformes’ (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM”<sup>1</sup> (p. 47).

– No fim de uma citação o sinal de pontuação ficará dentro das aspas se a frase começa e termina com aspas.

### Exemplo:

“Estamos, pois, num contexto em que, como dizia Gramsci, trata-se de uma luta entre o novo que quer nascer e o velho que não quer sair de cena.”<sup>9</sup> (p. 149)

– Quando a frase não está completa dentro das aspas, a pontuação deve ficar fora das aspas.

### Exemplo:

Na visão do CFM, “nunca houve agressão tão violenta contra a categoria e contra a assistência oferecida à população” (p. 3).

**3** Citação literal de mais de três linhas: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com recuo de 4cm à esquerda, espaço simples, tipo de fonte menor que a utilizada no texto, sem aspas e acompanhada da página da citação entre parênteses (após a pontuação da citação).

### Exemplo:

Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos – Estilo Vancouver.<sup>2</sup> (p. 42)

### Nota

#### Fragmento de citação no texto

– utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

**REFERÊNCIAS** (Transcrito e adaptado de Pizzani L, Silva RC, fev 2014; Jeorgina GR, 2008)

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE): <http://www.icmje.org>.

Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no *Index Medicus*: <http://www.nlm.nih.gov>.

As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separadas entre si por espaço duplo. A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências:

Dar um espaço após ponto.

Dar um espaço após ponto e vírgula.

Dar um espaço após dois pontos.

Quando a referência ocupar mais de uma linha, reiniciar na primeira posição.

**EXEMPLOS:**

**LIVRO**

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

**Exemplo:**

Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

\* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

\*\* Sem indicação do número de páginas.

**Notas**

– **Autor é uma entidade:** SÃO PAULO (Estado). Secretaria do Meio Ambiente. Manjuba (ancharellalepidentostole) no rio Ribeira de Iguape. São Paulo: Ibama; 1990.

– **Séries e coleções:** Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

**CAPÍTULO**

**DE**

**LIVRO**

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo

**Exemplos:**

– Autor do livro igual ao autor do capítulo:  
Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.

– Autor do livro diferente do autor do capítulo:  
Cyrino EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu– Unesp. In: Tibério IFLC, Daud-Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

\* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

\*\* Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

**ARTIGO** **EM** **PERIÓDICO**  
 Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume (número/suplemento):página inicial-final do artigo.

**Exemplos:**

Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7-40.

Ortega F, Zorzanelli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BFCC, et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

\* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al. se exceder este número.

\*\* Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do artigo.

**DISSERTAÇÃO** **E** **TESE**  
 Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada; ano de defesa do trabalho.

**Exemplos:**

Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertação]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

**TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO**

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final.

**Exemplo:**

Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [citado 30 Out 2013]. Disponível em: [www.google.com.br](http://www.google.com.br)

\* Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar a data de citação (dia Mês abreviado e ano) e o endereço eletrônico: Disponível em: http://www.....

**DOCUMENTO** **LEGAL**  
 Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação).

**Exemplos:**

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 Set 1990.

\* Segue os padrões recomendados pela NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT – 2002), com o padrão gráfico adaptado para o Estilo Vancouver.

**RESENHA**

Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n):página inicial e final.

**Exemplo:**

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

**ARTIGO****EM****JORNAL**

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).

**Exemplo:**

Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião:A3.

**CARTA****AO****EDITOR**

Autor [cartas]. Periódico (Cidade).ano; v(n.):página inicial-final.

**Exemplo:**

Bagrichevsky M, Estevão A. [cartas]. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1143-4.

**ENTREVISTA****PUBLICADA**

– Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo entrevistado.

**Exemplo:**

YrjöEngeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista a Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

– Quando o entrevistador transcreve a entrevista, a entrada é sempre pelo entrevistador.

**Exemplo:**

Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista de YrjöEngeström]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

**DOCUMENTO****ELETRÔNICO**

Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de citação com a expressão “citado”]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”

– **Com paginação:** Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet], 1998 [citado 20 Jun 1999]; 40. Disponível em: <http://www.probe.br/science.html>.

– **Sem paginação:** Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>

\* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

**Nota**

– Se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. Só neste caso (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o DOI junto; em outros casos, nem sempre).

**Outros exemplos podem ser encontrados em [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)**

**OUTRAS OBSERVAÇÕES****TÍTULOS E SUBTÍTULOS**



- 1 Título do manuscrito – em negrito, com a primeira letra em caixa alta
- 2 Títulos de seção (Introdução, Metodologia, Resultados, Considerações finais...) – em negrito, apenas com a primeira letra em caixa alta
- 3 Quando houver subdivisão na seção assinalar da seguinte forma **[subtítulo]**,
- 4 Caso esta subdivisão ainda tenha outra subdivisão: assinalar **[sub-subtítulo]** e assim sucessivamente.

#### Nota

– Excluir números e marcadores automáticos antes dos títulos e subtítulos.

**Exemplo:** 1 Introdução, 2 Metodologia... **Fica apenas** Introdução, Metodologia...

#### PALAVRAS-CHAVE

**Apenas a primeira letra em caixa alta, o resto em caixa baixa. Ponto final entre as palavras-chave.**

#### NOTAS

#### DE

#### RODAPÉ

1 Nota de rodapé vinculada ao título do texto deve ser identificada com asterisco (\*), ao final do título.

2 Informações dos autores devem ser indicadas como nota de rodapé, iniciando por<sup>(a)</sup>, indicadas entre parênteses.

#### Nota

– Essas notas devem ser curtas, devido ao espaço restrito da página de rosto do artigo.

3 No corpo do texto as notas de rodapé devem seguir a sequência iniciada na página de rosto (se o texto tiver dois autores, por exemplo, a primeira nota de rodapé do texto deve ser<sup>(c)</sup>).

#### Nota

– Notas de rodapé devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

#### DESTAQUE DE PALAVRAS OU TRECHOS NO TEXTO

Devem estar entre aspas (aspas duplas).

Interface **não** utiliza negrito ou itálico para destaque.

Itálico é usado apenas para grafia de palavras estrangeiras.

Os destaques entre aspas devem ser sucintos, usados somente quando necessário.

**USO DE CAIXA ALTA OU CAIXA BAIXA (baseado em: FRITSCHER, Carlos Cezar et al. Manual de urgências médicas. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002, p. 468.)**

#### Emprega-se caixa alta:

- 1 No início de período ou citação.
- 2 Nos nomes dos corpos celestes: Saturno, Sol, Marte, Via Láctea.
- 3 Nos nomes dos pontos cardeais e dos colaterais quando indicam as grandes regiões do Brasil do mundo: Sul, Nordeste.

#### Nota

– Quando designam direções ou quando se empregam como adjetivo, escrevem-se com **caixa baixa**: o nordeste do Rio Grande do Norte.

4 Na palavra **estado**, quando personificada ou individualizada: o Estado (Brasil).

5 Nos pronomes de tratamento e nas suas abreviaturas: Vossa Excelência, Senhor, Dona.

## 6 Em siglas:

- . se pronunciável pelas letras (UFGRS, UFF, OMS): tudo em caixa alta;
- . se pronunciável como palavra (Unesp, Unicef...): só a primeira letra em caixa alta.

Exceções: ONU, UEL, USP.

### Nota

– Ao usar sigla, primeiro escreve-se por extenso e depois a sigla, entre parênteses.

**7 Na primeira letra de palavras que indicam** datas oficiais e nomes de fatos ou épocas históricas, de festas religiosas, de atos solenes e de grandes empreendimentos públicos ou institucionais: Sete de Setembro, Idade Média, Festa do Divino, Dia de Natal.

**8 Na primeira letra de palavras que indicam** nomes de disciplinas de um currículo, de uma área de estudo ou exame: História da Educação, Psicologia, Avaliação, Exame da Ordem.

**9 Na primeira letra de palavras que indicam** áreas do conhecimento, instituições e religiões: Saúde Coletiva, Epidemiologia, Medicina, Enfermagem, Educação, História, Ciências Sociais, Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Cristianismo.

**10 Na primeira letra de palavras que indicam** nomes de leis, decretos, atos ou diplomas oficiais: Lei dos Direitos Autorais nº 9.609.

**11 Na primeira letra de** todos os elementos de um nome próprio composto, unidos por hífen: Pró-Reitoria de Graduação, Pós-Graduação em Finanças.

**12 Na primeira letra de palavras que indicam** nomes de eventos (cursos, palestras, conferências, simpósios, feiras, festas, exposições, etc.): Simpósio Internacional de Epilepsia; Jornada Paulista de Radiologia, Congresso Brasileiro de Solos.

**13 Na primeira letra de palavras que indicam** nomes de diversos setores de uma administração ou instituição: Reitoria, Pró-Reitoria de Extensão Universitária, Assessoria Jurídica, Conselho Departamental, Departamento de Jornalismo, Centro de Pastoral Universitária.

**14 Na primeira letra de palavras que indicam** acidentes geográficos e sua denominação: Rio das Antas, Serra do Mar, Golfo Pérsico, Cabo da Boa Esperança, Oceano Atlântico.

**15 Na primeira letra de palavras que indicam** nomes de logradouros públicos: Avenida Faria Lima, Rua Madalena, Parque Trianon, Praça Michelângelo.

<b>Emprega-se</b>	<b>caixa</b>	<b>baixa:</b>
1 Na designação de profissões e ocupantes de cargo: presidente, ministro, senador, secretário, papa, diretor, coordenador, advogado, professor, reitor.		

2 Em casos como os seguintes: era espacial, era nuclear, era pré-industrial, etc.

<b>USO</b>	<b>DE</b>	<b>NUMERAIS</b>
<b>Escrever por extenso:</b>		

– de zero a dez;

– dezenas e centenas “cheias”: dez pacientes; vinte carros; trezentas pessoas; oitenta alunos, seiscentos internos...

– quantidade aproximada: Eram cerca de quatrocentos alunos.

– unidades de ordem elevada: A grande São Paulo possui cerca de vinte milhões de habitantes.

**Escrever em algarismos numéricos:**

- a partir do número 11;
- quando seguidos de unidades padronizadas: 10cm; 6l; 600m

**USO DE CARDINAIS**

**Escrever por extenso:** – de zero a dez.