

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

Ana Paula Brandão Costa

**Avaliação dos atributos da Atenção Primária em Saúde sob a ótica dos
médicos das Unidades Básicas de Saúde de Juiz de Fora/MG**

Juiz de Fora
2020

Ana Paula Brandão Costa

**Avaliação dos atributos da Atenção Primária em Saúde sob a ótica dos
médicos das Unidades Básicas de Saúde de Juiz de Fora/MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Processo saúde-adoecimento e seus determinantes.

Orientador: Prof. Dr. Maximiliano Ribeiro Guerra

Coorientadora: Profa. Dra. Beatriz Francisco Farah

Juiz de Fora

2020

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

Costa, Ana Paula Brandão.

Avaliação dos atributos da Atenção Primária em Saúde sob a ótica dos médicos das Unidades Básicas de Saúde de Juiz de Fora/MG / Ana Paula Brandão Costa. -- 2020.

105 f.

Orientador: Maximiliano Ribeiro Guerra

Coorientadora: Beatriz Francisco Farah

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2020.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação de Serviços de Saúde. 3. Profissionais de Saúde. I. Guerra, Maximiliano Ribeiro, orient. II. Farah, Beatriz Francisco, coorient. III. Título.

Ana Paula Brandão Costa

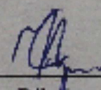
**Avaliação dos Atributos da Atenção Primária em Saúde sob a Ótica dos Médicos das
Unidades Básicas de Saúde de Juiz de Fora/MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

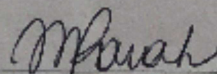
Área de concentração: Saúde Coletiva

Aprovada em 01 de dezembro de 2020.

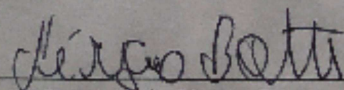
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Maximiliano Ribeiro Guerra - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora



Profª Dra Beatriz Francisco Farah - Coorientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora



Prof Dr Sérgio Henrique de Oliveira Botti
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Aos meus pais Itamar e Conceição.

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, Figueiroa, meu companheiro de vida, por estar ao meu lado sempre, e durante toda a caminhada do mestrado, me apoiando, incentivando e elevando a minha autoestima desde o processo seletivo;

Aos meus filhos Thaís, Vítor e Fernando, melhor parte de mim, por acreditarem em minha capacidade, por abdicarem da minha presença tantas vezes que necessitaram, por expressarem sempre orgulho pelo desafio por mim enfrentado, e por se inspirarem em meus passos;

A minha irmã, mestra, Ana Christina, responsável, pela minha decisão em avançar mais esse degrau de qualificação acadêmica, obrigada por estar sempre ao meu lado e por me ensinar tanto;

Ao meu irmão José Alfredo, pelas tantas orações, pelo apoio incondicional e pelos momentos de descontração fundamentais;

Aos meus cunhados e compadres Ricardo e Juliana, por terem segurado a barra comigo nos momentos difíceis que atravessei nesse período;

Aos meus sobrinhos e afilhados Eduardo e Rodrigo, pela paciência em ouvir minhas histórias e desabafos, pelo carinho, pela energia boa e por valorizarem tanto as conquistas da nossa família;

Às minhas enteadas Clarissa e Elisa pelo “help” no inglês;

Às boas energias que se moveram para que eu tivesse como orientador e coorientadora o Max e a Bia;

Ao meu orientador, professor doutor Maximiliano Ribeiro Guerra pela disponibilidade, generosidade, paciência, sabedoria e elegância na arte de ensinar e orientar;

À professora doutora Beatriz Francisco Farah, coorientadora dessa dissertação, pelo incentivo, inteligência, experiência, participação atenta e contributiva em todo o processo de discussão e escrita;

Aos colegas da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, que também optaram pelo mestrado no mesmo período, e que trocaram comigo experiências e informações relevantes para minhas reflexões: Rosângela, Priscila, Marcelo, Newtinho e Thiago. Aos colegas da SS, Dra. Cida, João Daniel, Ana Clara, Sandra pela disponibilidade de sempre. Aos colegas da UBS Humaitá e Igrejinha pela compreensão durante meu afastamento do serviço;

Aos médicos da APS de Juiz de Fora pela colaboração através das informações prestadas nos questionários da pesquisa;

Aos supervisores das unidades de saúde de Juiz de Fora pela contribuição no processo de coleta dos dados;

À Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde Suprema nas pessoas da coordenadora do Programa integrador Claudia Godinho Moura, e dos colegas professores do Programa Integrador pelo incentivo e inspiração;

Aos colegas do mestrado e doutorado em Saúde Coletiva da UFJF da turma de 2018, o reconhecimento e satisfação por ter vivenciado com vocês uma experiência tão rica e gratificante;

Aos professores do mestrado em Saúde Coletiva da UFJF que compartilharam conosco a construção e ampliação de novos saberes;

Aos professores que compuseram minha banca de qualificação e defesa da dissertação, que trouxeram contribuições valiosas para este trabalho e para meu amadurecimento intelectual: Sérgio Botti e Isabel Leite. Aos professores suplentes Sérgio Camargo e Rita Bastos, pela disponibilidade e carinho em aceitarem o convite para a banca.

À Deus, por naquele dia, ter posto sua mão debaixo da cabeça do meu filho Fernando, amenizando o impacto de sua queda, e tornando possível que eu conciliasse com muita fé sua trajetória de recuperação e a conclusão do mestrado.

Não existe tal coisa como um processo de educação neutra. Educação ou funciona como um instrumento que é usado para facilitar a integração das gerações na lógica do atual sistema e trazer conformidade com ele, ou ela se torna a "prática da liberdade", o meio pelo qual homens e mulheres lidam de forma crítica com a realidade e descobrem como participar na transformação do seu mundo (FREIRE, 1998, p. 30).

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde é ordenadora da rede de assistência à saúde brasileira, exigindo avaliação e monitoramento sistemático de sua eficácia e qualidade. A presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde são fatores determinantes na efetividade da assistência em serviços de atenção primária. Este trabalho teve como objetivo apresentar a avaliação dos atributos da APS a partir da visão dos profissionais médicos das unidades básicas de saúde do município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Trata-se de estudo transversal, realizado a partir da aplicação de questionário PCATool – Brasil, na versão profissionais de saúde, e de questionário sócio demográfico para caracterizar o perfil de formação, experiência profissional e atuação na APS. Participaram da pesquisa os médicos de unidades da estratégia de saúde da família, tradicionais e mistas, do município de Juiz de Fora/MG. Foram calculados os escores geral, essencial e derivado, para cada atributo da Atenção Primária à Saúde (acessibilidade, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária). Os escores médios $\geq 6,6$ foram considerados como orientação satisfatória do serviço para os atributos. No geral, as médias dos escores gerais, essenciais e derivados dos atributos exibiram pontuação satisfatória, contudo, o atributo de acessibilidade foi avaliado como insatisfatório. Além disso, os atributos de longitudinalidade e coordenação/integração do cuidado obtiveram avaliação insatisfatória entre os médicos com menor tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde, enquanto os atributos de longitudinalidade e orientação familiar receberam avaliação insatisfatória dos médicos que não cursaram algum tipo de pós-graduação em medicina de família e comunidade ou áreas afins. O estudo apontou para a necessidade de ampliação da acessibilidade aos serviços de atenção primária, da busca de alternativas para valorização e fixação do profissional médico na Atenção Primária à Saúde e do estímulo à formação e qualificação destes profissionais de saúde. Pretende-se que este estudo ofereça subsídios para que a lógica da estruturação da Atenção Primária à Saúde seja debatida e mensurada pelos gestores, profissionais de saúde e órgãos de controle social, à luz dos atributos da Atenção Primária à Saúde, contribuindo para o aumento da resolutividade e da qualidade dos serviços e possibilitando maior a satisfação dos atores envolvidos, inclusive os usuários e profissionais de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde.
Profissionais de Saúde.

ABSTRACT

Primary Health Care is an order of the Brazilian health care network, requiring systematic evaluation and monitoring of its efficacy and quality. Presence and extension of the attributes of Atenção Primária à Saúde [Primary Health Care] are a fundamental factors once related to effectiveness of primary care services assistance. The current paper aims to present the evaluation of the attributes of Atenção Primária à Saúde [Primary Health Care] from the point of view of medical professionals in basic health units in the city of Juiz de Fora, State of Minas Gerais. It is a cross-sectional study, executed using the PCATool - Brazil questionnaire, the health professionals' version, and using socio-demographic questionnaire to characterize training profile, professional experience and performance at the Atenção Primária à Saúde [Primary Health Care]. Participating in this research were physicians from units in the family health strategy, traditional and mixed. Scores were classified in general, essential and derived, for each attribute of Atenção Primária à Saúde [Primary Health Care] (accessibility, longitudinality, coordination, integration, familiar orientation and Community orientation). Average scores equal or higher than 6,6 indicate great service orientation to the attributes. The averages in the general, essential and derived scores presented a mark considered satisfactory (≥ 6.6), although the professionals evaluated as unsatisfactory the accessibility attribute. Moreover, the longitudinality and care coordination/integration attributes achieved unsatisfactory evaluation among professionals who had not attended some kind of specialization course in family medicine or related areas. The study demonstrates the need for investment in expansion and betterment of accessibility to the services, in the search for alternatives for valuing and fixing medical professionals at Atenção Primária à Saúde [Primary Health Care], in addition to improving instruction and training of health professionals, in order to increase the resolution and quality of services. The aim of this study is to provide subsidies so that Atenção Primária à Saúde [Primary Health Care] in Juiz de Fora attributes may be discussed and measured by managers, health professionals and social control organisms, in Juiz de Fora, playing a role in the increase of problem solving and quality of health services, thus contributing to users and health professionals satisfaction.

Keywords: Primary Health Care. Health Services Assessment. Health Professional.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das UBS de Juiz de Fora de acordo com os modelos assistenciais presentes, 2019.....	33
Tabela 2 – Escores dos atributos da APS conforme avaliação dos médicos das UBS de Juiz de Fora/MG 2019/2020.....	72
Tabela 3 – Correlação entre o tempo de experiência em APS e a média dos escores por atributos essenciais e derivados.....	73
Tabela 4 – Correlação entre formação médica e escores médios individuais por atributo e tipo de escore.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AMAQ-AB	Autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica
APS	Atenção Primária em Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
Conas	Conselho Nacional e Secretarias Estaduais de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CTAB/CNS	Câmara Técnica de Atenção Básica do Conselho Nacional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCN	Diretrizes Nacionais Curriculares
DEIs	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
EC	Educação Continuada
EP	Educação Permanente
EqSF	Equipes de Saúde da Família
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESUS-AB	ESUS Atenção Básica
FCMS	Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
IES	Instituições de Ensino Superior
IPEA	Instituto de Planejamento e Estatística Avançada
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio a Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NHS	National Health Service
NIT/DAB/MS	Núcleo de Tecnologia da Informação do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde

OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
Pacs	Programa de Agentes Comentários de Saúde
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PDAPS	Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMB	Programa médicos pelo Brasil
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPA	Plano Plurianual de Aplicação
PPB	Programa Previne Brasil
Proesf	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SAPS	Secretaria Nacional de Atenção Primária
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Siab	Sistema de Informação da Atenção Básica
Sisab	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básicas de Saúde
UBSC	Unidades Básicas de Saúde Convencionais
Uesf	Unidades de Estratégia de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
2.1	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	23
2.1.1	A Atenção Primária à saúde em Juiz de Fora.....	32
2.2	A AVALIAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.....	37
2.3	OS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	43
2.4	AVANÇOS E DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL.....	47
2.5	O INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL-BRASIL.....	50
2.6	A QUALIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE E A FORMAÇÃO DO MÉDICO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	
3	JUSTIFICATIVA.....	60
4	OBJETIVOS.....	61
4.1	OBJETIVO GERAL.....	61
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	61
5	MATERIAIS E MÉTODOS.....	62
5.1	ÁREA DE ESTUDO.....	62
5.2	DELINEAMENTO E POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	62
5.3	COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS.....	62
5.4	TRATAMENTO DE VARIÁVEIS E ANÁLISE DE DADOS.....	63
5.4.1	Variáveis dependentes.....	63
5.4.2	Variáveis independentes.....	63
5.4.3	Metodologia de análise de dados.....	64
5.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	65

6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	66
6.1	ARTIGO: AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.....	66
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
	REFERÊNCIAS.....	82
	APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados.....	89
	APÊNDICE B – Carta aos profissionais médicos das UBS de Juiz de Fora.....	91
	ANEXO A – Questionário PCATool Brasil versão Profissionais de Saúde.....	92
	ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa da UFJF.....	102
	ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	105

1 INTRODUÇÃO

Entre as inúmeras alternativas de ampliação da cobertura dos serviços de saúde de uma população, o investimento na atenção primária proporciona o favorecimento de maior acesso aos bens e serviços da saúde, e uma maior garantia de atenção às necessidades de saúde. São várias as implicações do investimento na ampliação da cobertura universal, podendo ser destacada a promoção do desenvolvimento humano, a melhoria da qualidade de vida, e a redução da pobreza e das desigualdades sociais. No entanto, enquanto avança a discussão da importância do aumento da cobertura em saúde, é notório o descaso dos governantes com os necessários investimentos para o fortalecimento da atenção primária. Para Kemper *et al.* (2018), a atenção primária é a espinha dorsal do sistema de saúde e sua priorização pode provocar a melhoria dos resultados e a diminuição dos custos, além de promover a equidade, contribuindo para a garantia de direitos à saúde. Afirmam que, no Brasil, o direito ao acesso à saúde pública de qualidade, universal, integral e equânime é garantido a partir da Constituição Federal de 1988. Porém, apesar de serem previstos constitucionalmente, esses princípios ainda não são cumpridos na sua totalidade, o que justifica que esta questão permaneça sempre nas pautas de discussão governamentais.

Ao se definir a Atenção Primária em Saúde (APS) como porta de entrada e ordenadora do Sistema Único de Saúde (SUS), o país se comprometeu em assegurar a todo cidadão, ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abranjam a promoção, proteção e prevenção de agravos, assim como o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006a). Cabe à atenção primária garantir o acesso universal e contínuo a serviços de saúde, efetivar a integralidade, favorecer o vínculo entre o cidadão e a equipe de saúde, a política de valorização profissional, incentivar a participação e controle social, e realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação em saúde (BRASIL, 2006b).

A atenção primária deve ser adotada de forma relevante e crescente nos sistemas de saúde, por apresentar propostas de intervenção mais eficazes e resolutivas ao lidar com a multimorbidade de maneira longitudinal (STARFIELD, 2011).

Diante de um cenário de escassez de médicos por habitante, da má distribuição do contingente destes profissionais no Brasil, da opção por se fixarem nos grandes centros urbanos e da dificuldade de captação de profissionais para as regiões de maior necessidade social e de saúde, o governo busca, desde a implantação do SUS em 1988, estratégias para o estabelecimento da atenção primária como ordenadora da rede de assistência à saúde em todo o território brasileiro (GIRARDI *et al.*, 2016).

Em regiões mais longínquas do país e nas regiões periféricas das grandes cidades, observa-se grande dificuldade para compor o quadro de profissionais das Equipes de Saúde da Família (EqSF), sendo frequente notar a ausência do profissional médico e equipes compostas apenas por enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Santos, Costa e Girardi (2015) afirmam que a presença do profissional médico nas EqSF propicia o aumento da capacidade de intervenção da equipe, uma vez que, ao adotar o modelo de prevenção e promoção da saúde, o profissional médico beneficia a população por meio da realização de diagnósticos e tratamentos, com a priorização da integralidade e da longitudinalidade.

No Brasil, a falta de opções para o provimento de médicos tem comprometido a expansão da atenção primária, inviabilizando sua meta de cobertura universal. A escassez de médicos e as dificuldades de fixação desses profissionais em regiões de maior pobreza e vulnerabilidade é um fenômeno que afeta também vários países no mundo que dispõem constantes esforços na busca de alternativas para essa questão (GIRARDI *et al.*, 2016).

Observa-se, frequentemente, uma enorme dificuldade dos municípios em administrar os recursos humanos, principalmente em relação ao recrutamento e fixação dos médicos em lugares de maior vulnerabilidade social e sanitária e em locais de difícil acesso, e à falta de investimento na proposição de planos de carreira atrativos. A ampliação do rol de profissionais de saúde que poderiam atuar na APS, através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011 (BRASIL, 2011b) não alterou a abordagem de planejamento e de gestão do Governo Federal na saúde, permanecendo com propostas pouco atraentes de adesão e estímulo aos municípios. A disponibilidade desigual de recursos pelos municípios e as formas díspares de gestão adotadas pelas secretarias de saúde causaram um desequilíbrio no desempenho dos serviços de atenção primária em todo o país, dificultando cada vez mais o alcance das metas de

cobertura universal. Também foi observado pouco avanço na organização das regiões de saúde devido à carência de condições de regulação e coordenação dos médicos e das equipes de saúde da família (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

As propostas instituídas na saúde com o SUS e a definição da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário de atendimento da população em APS exigem dos profissionais uma formação e qualificação ampla, que contemple o conhecimento e aplicação dos atributos essenciais e derivados da APS, conforme concebidos por Starfield (2002). No entanto, essas propostas concernentes aos cuidados básicos de saúde não vêm sendo consideradas pelos currículos de medicina e nas propostas de qualificação dos profissionais da APS (VIEIRA *et al.*, 2018).

Uma das iniciativas, para o fortalecimento e consolidação da atenção primária e para o provimento de profissionais em territórios descobertos foi o lançamento, pelo governo federal, do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), através da Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013 (BRASIL, 2013a).

O PMMB foi criado com o objetivo de reduzir as desigualdades no acesso à atenção primária. Para isso, foram eleitos três eixos estratégicos como foco: a) o provimento emergencial de médicos brasileiros e estrangeiros em municípios com áreas de vulnerabilidade, b) formação em medicina com ações de reordenação de oferta de cursos e residência médica, e revisão das Diretrizes Curriculares; c) investimentos na infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (MENDONÇA; DIERCKS; KOPITTKKE, 2016).

Para o PMMB, o governo priorizou o ingresso de brasileiros com titulação válida no país, sendo posteriormente contemplados brasileiros formados em outros países e, por último, estrangeiros com habilitação para a medicina no exterior. Em 2015, o Ministério da Saúde (MS) já contava com 18.240 médicos em 81% municípios e Distritos Sanitários Especiais Indígenas no atendimento à 63 milhões de brasileiros (ANDERSON, 2019). Entre outras ações, o PMMB pôde contribuir para a diminuição das desigualdades regionais na saúde, além de promover o aperfeiçoamento dos médicos por meio da integração ensino serviço. Todos os médicos do programa possuíam, em sua jornada de trabalho, oito horas semanais dedicadas a um curso de especialização voltado para a Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2013a; COMES *et al.*, 2016).

Como condição de inclusão ao programa, os municípios interessados deveriam contar com um dos seguintes critérios: ter 20% da população em situação de extrema

pobreza, possuir população com baixo nível socioeconômico, ser capital ou região metropolitana com áreas periféricas de extrema pobreza, ou ser Distrito Sanitário Especial Indígena (DEI) (COMES *et al.*, 2016).

Nos últimos anos, medidas adotadas pelo governo Temer (como o congelamento por 20 anos nos gastos com saúde e educação com a Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, e o incentivo aos planos populares de saúde em atendimento aos interesses privados), e as novas propostas de reorganização da APS do governo Bolsonaro (como a substituição do PMMB pelo Programa Médicos pelo Brasil (PMB), e o programa Saúde na Hora, ameaçam o processo de construção do modelo proposto pelo SUS brasileiro. Tais programas propõem a transformação das UBS de grande e médio porte em unidades de pronto-atendimento, mudanças nas cargas horárias dos profissionais médicos e a não priorização do incentivo na formação médica através dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade (ANDERSON, 2019).

A ampliação do número de médicos na atenção primária contribui para a redução da iniquidade social, da mesma forma que o provimento de médicos na atenção primária com formação em medicina de família e comunidade contribui para a melhoria dos indicadores de saúde da população por eles atendida. Atualmente o Brasil conta com mais de 40 mil equipes de saúde da família que atendem a aproximadamente 60% da população (COMES *et al.*, 2016).

Apesar das estratégias de consolidação e reorientação da APS no país, existem entre gestores, usuários e profissionais de saúde formas e instrumentos diferentes de avaliá-la, dificultando o entendimento e fortalecimento do modelo de atenção e principalmente da ampliação do acesso ao sistema (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Mesmo diante das mudanças demográficas e epidemiológicas ocorridas em Juiz de Fora, Minas Gerais, nas últimas décadas, observam-se, até o ano de 2014, poucas alterações na maneira de se planejar e executar as políticas de APS no município. A APS ainda é oferecida em três cenários: Unidades de Saúde da Família, Unidades Mistas (atendidas por equipes de saúde da família e tradicionais) e Unidades Tradicionais. Todas estão localizadas em territórios adscritos, tendo em média três mil pessoas em referência às equipes de saúde da família e vinte mil pessoas às unidades tradicionais. A APS convive ainda com um número significativo de unidades de saúde organizadas no modelo tradicional, focada no atendimento da

demanda espontânea e em ações curativas. Implantado em 2014, o Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde de Juiz de Fora (PDAPS) procurou introduzir premissas metodológicas para a implantação dos instrumentos de gestão do cuidado nas equipes de saúde, sistematizando os processos de trabalho na APS (HORTA *et al.*, 2014).

Atualmente, a APS de Juiz de Fora é composta por 63 unidades básicas de saúde, sendo 49 na área urbana e 14 na zona rural do município. Dessas, 43 UBS são orientadas pela ESF e algumas unidades atualmente contam com equipes de apoio, ainda não credenciadas oficialmente no MS. Entre os 83 profissionais médicos que atuam nas equipes de saúde da família, o município contava na data do estudo com 17 médicos recrutados pelo PMMB. Vinte UBS ainda funcionam sob a lógica do modelo tradicional, com profissionais médicos especialistas em clínica geral, pediatria e ginecologia, com carga horária de vinte horas semanais. Registra-se a presença de 18 médicos generalistas em unidades tradicionais de maior vulnerabilidade, com carga horária de quarenta horas semanais que atuam no atendimento da demanda espontânea. Em março de 2019, o município contava com 73,37% da população coberta pela APS, sendo 57,47% em Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2019b).

Não foram identificados, nos arquivos da secretaria de saúde da Prefeitura de Juiz de Fora (PJF), registros sobre ações de educação permanente (EP) ou educação continuada (EC) direcionados aos profissionais de saúde da APS do município, que abordassem seus atributos, princípios e diretrizes. Por outro lado, a partir da implantação do PDAPS o município sistematizou, na programação local das agendas das UBS, um horário protegido de duas horas semanais para o desenvolvimento reuniões destinadas à abordagem de conteúdos de EP e EC com os profissionais de saúde da APS.

Dados apresentados pela Supervisão de Gestão da Informação do Departamento de Desenvolvimento de APS da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora apontam alta rotatividade dos profissionais nas EqSF (BRASIL, 2019b).

Diante do exposto e da experiência profissional da pesquisadora com a APS na rede pública de Juiz de Fora, apontam-se desafios para a concretização da APS como modelo de atenção ordenadora da rede assistencial de saúde do município, conforme preconizado na Constituição Federal do Brasil de 1988. A pesquisadora teve a oportunidade de atuar como assistente social membro de Eqsf, na gestão da APS,

como referência técnica do PMMB, técnica da equipe de gestão de programas, projetos e ações da APS, e tutora do PDAPS. Nos últimos 10 anos, a pesquisadora também tem atuado como docente na Faculdade Suprema de Ciências Médicas e da Saúde de JF (FCMS/JF), com ênfase na abordagem da estrutura curricular e do projeto pedagógico de cursos da área de saúde através do Programa Integrador¹.

Essas experiências contribuíram para a inquietação e reflexão sobre a APS, enquanto política pública de saúde, onde se percebia a lacuna existente entre o preconizado e a prática presente nas UBS, entre o ideal e o real.

Definiu-se como principais questões que motivaram a presente pesquisa: como os profissionais médicos da APS de Juiz de Fora, possuindo formações e qualificações a princípio tão diversas vem percebendo os atributos essenciais e derivados da APS descritos por Starfield em sua prática profissional? Quais seriam os atributos mais considerados e os menos observados por estes profissionais? Que contribuição esse estudo pode trazer para o enfrentamento do desafio do estabelecimento da atenção primária no município calcada em seus princípios, diretrizes e atributos?

Essa pesquisa teve como objetivo, portanto, avaliar os atributos da APS de Juiz de Fora na visão dos profissionais médicos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município.

O referencial teórico desta dissertação foi organizado em seis partes. A primeira parte discorreu sobre a importância da APS no mundo, destacando seu papel como política pública no Brasil desde a implantação do SUS, e apontando sua trajetória no município de Juiz de Fora. A segunda parte fez uma abordagem sobre a relevância da avaliação como instrumento de análise e monitoramento da APS. A terceira e quarta partes apresentaram, respectivamente, os atributos da APS conforme concebidos por Starfield (2002), e o questionário PCATool em sua versão validada para a avaliação da extensão dos atributos da APS no Brasil, trazendo também alguns artigos que descreveram experiências do seu emprego no país. A quinta parte foi

¹ O Programa Integrador é um dos componentes centrais da estrutura curricular e do projeto pedagógico dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Farmácia e Odontologia da FCMS/JF, visando à indissociabilidade entre teoria-prática, à integração da Faculdade ao meio social local e regional, sendo articulador do ensino, pesquisa e extensão. Busca proporcionar aos estudantes a inserção em contextos reais de aprendizagem; a integração aos serviços de saúde no contexto do SUS; o desenvolvimento de ações multiprofissionais preventivas e de promoção da saúde; o desenvolvimento da observação das condições de vida. Saúde e saneamento básico no meio sociocultural; a identificação de demandas locais e o acompanhamento das ações multiprofissionais das EqSF (FACULDADE SUPREMA, c2018).

reservada para a discussão sobre a influência da qualificação profissional e da formação do médico para a atuação na APS. Já a discussão sobre os avanços e desafios da APS no Brasil foi realizada na sexta parte, finalizando o referencial teórico da dissertação.

Em seguida, foram apresentados o detalhamento da pesquisa realizada, explicitando objetivos, metodologia, área e população de estudo, instrumentos, coleta e análise dos dados.

A apresentação dos resultados e discussões da pesquisa foram realizados sob a forma de artigo científico a ser submetido em periódico indexado da área de Saúde Coletiva.

Ao final, foram tecidas considerações sobre o trabalho realizado apontando os possíveis desdobramentos práticos da pesquisa realizada.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A pesquisa teórica que embasa este estudo foi definida a partir dos seguintes eixos: a atenção primária saúde propriamente dita; a avaliação em Atenção Primária à Saúde; os atributos da Atenção Primária à Saúde; avanços e desafios da Atenção Primária à Saúde no Brasil; o instrumento de avaliação da atenção primária – *Primary Care Assessment Tool-Brasil*; a qualificação do profissional de saúde e a formação do médico para a Atenção Primária à Saúde.

2.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária em Saúde (APS) vem sendo mundialmente reconhecida como estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, representando o primeiro contato com o sistema, da mesma forma que vem se destacando pela proposta de mudança na prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde. Por esse e outros motivos aqui expostos, o estudo da APS tem despertado o interesse de gestores de saúde, instituições de ensino e instancias de controle social em diversos países do mundo.

De maneira geral, a APS é hoje considerada um componente chave dos sistemas de saúde devido às melhorias dos indicadores de saúde, melhorias na hierarquização e fluxo de atendimento dos sistemas de saúde, melhores propostas de atendimento às doenças crônicas, o foco no cuidado e nas práticas preventivas e sua vertente de diminuição das iniquidades e de ampliação do acesso aos serviços (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Entre diversos fatores que tem contribuído para esse interesse, cabe ressaltar também a preocupação com os custos majorados dos serviços de saúde, o envelhecimento da população, o maior controle das doenças crônicas, o desenvolvimento crescente de tecnologias onerosas e a busca de alternativas para a diminuição das iniquidades sociais. As discussões sobre a relevância da APS remontam o ano de 1978, com a Declaração da Conferência Internacional de Alma Ata, no Cazaquistão, onde se discutiu sobre a necessidade de melhorias na saúde da população, empregando à saúde conceitos de justiça social, participação e solidariedade. A Declaração de Alma Ata estimulou a expansão da APS no mundo (MAZUTTI PENSO *et al.*, 2017).

Almeida *et al.* (2018) registram ter sido a partir da Conferência de Alma-Ata o reconhecimento da APS por sua oferta de cuidados fundamentados em tecnologias comprovadas pela comunidade científica e socialmente aceitáveis, que passam a ser oferecidas em território próximo à moradia das pessoas, disponíveis de maneira a contemplar todos os indivíduos de determinada localidade e permitir sua participação no contexto da política e da assistência.

Ao contrário do que a expressão possa supor, as ações da APS são fundamentais para a existência de um sistema de saúde forte. Segundo Starfield (2002) a APS é um modelo de organização dos serviços de saúde que tem como objetivo central a execução de ações de promoção à saúde e prevenção das doenças. Visa estabelecer as necessidades de saúde da população sendo ordenadora das redes de atenção à saúde. A APS é o primeiro contato da população com o sistema de saúde, e onde se promove a solução das intercorrências mais frequentes e menos especializadas. A APS caracteriza-se pelas ações de continuidade e integralidade e pela coordenação do sistema, tendo como foco a família, a orientação da participação comunitária e cultural dos atores.

Harzheim *et al.* (2006) destacam a necessidade de se diferenciar metodologicamente a APS da atenção mínima à saúde, lembrando que a segunda, possui a incapacidade de se responsabilizar por algo mais que a demanda espontânea, caracterizando-se pela oferta de serviços sem a amplitude adequada e sem a complementação de outros níveis.

No Brasil as estratégias para redefinir os serviços de saúde tendo como base a atenção primária vem aumentando nas últimas décadas. As práticas de promoção e prevenção de saúde, o acolhimento da demanda espontânea, a importância do vínculo e adstrição dos usuários, a territorialização e a multiprofissionalidade na assistência, são características que marcam as diretrizes do SUS e a APS no país (MELO *et al.*, 2018).

Oliveira e Pereira (2013) destacam o fato de a APS ser também denominada no Brasil como Atenção Básica (AB), na intenção de contrapor-se ao entendimento associado à nomenclatura por organismos internacionais de ações de baixa complexidade, destinadas a populações de baixa renda com vistas a diminuir a exclusão social e econômica do capitalismo global. Sendo assim, a partir do início do processo da implementação do SUS a APS passou a ser denominada como atenção

básica, sendo reconhecida como política de Estado, e como porta de entrada do SUS, numa rede hierarquizada em complexidade crescente (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Vários esforços têm sido desempenhados no país a fim de consolidar a APS a partir de uma rede de cuidados articulada que atenda às necessidades dos usuários, gestores e sociedades. No início dos anos 90, a reestruturação da assistência à saúde deu origem a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e do Programa de Saúde da Família (PSF) num momento político e econômico no qual o governo com orientação neoliberal não priorizava as políticas universalistas no país (MELO *et al.*, 2018).

A ESF, agregou ao serviço a organização de ações que ultrapassam a assistência médica, estruturando-se a partir da centralidade na família e das necessidades da população, reconhecidas a partir do vínculo entre o usuário, os profissionais de saúde e o serviço, em território adscrito e contato permanente.

A implantação da ESF por si só, no entanto, não garantiu a aplicação efetiva dos princípios garantidos pela constituição cidadã nos serviços de saúde, o que justificou a necessidade de avaliação da presença e extensão dos atributos da APS, que são eixos estruturantes da eficiência e efetividade da atenção em saúde. Desenvolve-se também o interesse na avaliação e melhoria de gestão, planejamento e qualidade na atenção à saúde. Nesse contexto, surge um número significativo de instrumentos de avaliação de serviços de saúde da APS na perspectiva de usuários, gestores e profissionais de saúde (HAUSER *et al.*, 2013).

É inegável que ocorreram no decorrer da história da implantação do SUS no Brasil vários avanços nos serviços oferecidos pela APS com ações que resultaram na ampliação da resolutividade. No entanto, Almeida *et al.* (2018) afirmam que há uma necessidade premente da gestão governamental de revisar e formular políticas públicas para a compreensão, fortalecimento e adequação ao cenário político e social vigente.

As Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) foram elaboradas no intuito de revisar as ações de APS desenvolvidas no país a fim de se redefinir e otimizar prioridades e gastos públicos. As diversas revisões das PNAB contribuíram com a melhoria do acesso da população à APS. A PNAB é o principal documento orientador da APS no SUS, definindo diretrizes e normas de organização da atenção básica (MELO *et al.*, 2018).

A primeira PNAB foi publicada no ano de 2006 no contexto do Pacto pela Saúde, num cenário político marcado por insegurança devido a não implementação até aquele momento de várias ações estruturantes fundamentais para o processo de solidificação da política de saúde. A PNAB de 2006 expandiu o âmbito de ação da APS na concepção do modelo ampliado de saúde, incorporando os atributos da APS e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (ALMEIDA *et al.*, 2018). A edição de 2006 definiu como eixo central de reorganização da APS, o modelo da ESF. Destacou também a importância do desenvolvimento das ações de saúde em territórios adscritos, da atenção multidisciplinar, além de definir a APS como o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde. Cabe ressaltar que a ESF é considerada um dos grandes avanços da APS no país.

Às aquisições advindas do início dos anos 2000, destacam-se o reconhecimento do modelo de organização das UBS em ESF, a incorporação das Equipes de Saúde Bucal (ESB), os NASF, entre outros. Tais conquistas se deram em meio a recorrentes problemas de financiamento insuficiente, infraestrutura imprópria e falta de política de recursos humanos atrativa para os profissionais médicos (MELO *et al.*, 2018).

Em 2011, a publicação de uma versão revisada da PNAB incluiu ao texto a flexibilidade da carga horária do médico na tentativa de fixação do profissional no programa, o rearranjo das equipes e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) e o incentivo às reformas, ampliações construção e informatização da rede física das UBS (ALMEIDA *et al.*, 2018). A busca do fortalecimento da APS fez com que, em 2017, o país contasse com mais de 40 mil EqSF atuando em todo território nacional.

Algumas outras ações vieram somar à APS desde então, com o aumento no financiamento de investimento, incremento no orçamento do Piso da Atenção Básica (PAB Variável), e o PMMB, como esforços de concretização da APS no país (MELO *et al.*, 2018).

Numa tentativa de consolidação da PNAB, e de contribuir para a solução da busca de alternativas para o fortalecimento da atenção básica e do provimento de profissionais em territórios descobertos, o governo lançou em 2013 o PMMB através da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 (BRASIL, 2013a). Como critério de adesão dos municípios ao programa estabeleceu-se a faixa de 20% da população em situação

de extrema pobreza, possuir população com baixo nível socioeconômico, ser capital ou região metropolitana com áreas periféricas de extrema pobreza, além dos DEI.

Inicialmente o governo priorizou como critérios de inscrição de profissionais médicos, aqueles que possuíssem titulação válida no país. Em seguida puderam se inscrever os profissionais brasileiros formados em outros países, para somente após o cadastro desses, as inscrições fossem abertas aos médicos de outros países com habilitação em medicina no exterior. A implantação do PMMB se deu após um longo período em que a atenção básica foi gerenciada majoritariamente pela esfera municipal. Essa foi uma ação que marcou maior interferência do Ministério da Saúde (MS) na AB desde a adoção do SUS. O protagonismo passou a ser atribuído ao MS através da centralização do planejamento, operacionalização, definição de regras, financiamento, formas de recrutamento, distribuição, formação e pagamento dos profissionais, concentrando assim grande parte da execução do programa.

O PMMB foi criado com o objetivo de reduzir as desigualdades no acesso à atenção básica. Para isso, foram eleitos três eixos estratégicos como foco: a) o provimento emergencial de médicos brasileiros e estrangeiros em municípios com áreas de vulnerabilidade, b) formação em medicina com ações de reordenação de oferta de cursos e residência médica, e revisão das Diretrizes Curriculares; c) investimentos na infraestrutura das UBS.

Em relação ao eixo de provimento emergencial de médicos, o levantamento realizado pelo MS sobre o déficit de médicos na atenção básica demonstrou que a necessidade dos profissionais coincidia com os locais de piores índices de relação médico/ habitantes, em situação de extrema pobreza e com altas taxas de necessidade de saúde e iniquidade, sendo eleitas as regiões Norte e Nordeste prioritárias para o provimento (MENDONÇA; DIERCKS; KOPITKE, 2016).

Fato considerado como facilitador desse episódio, o convênio criado com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) definindo a cooperação entre o governo brasileiro e o governo de Cuba para provimento de profissionais, após o não preenchimento das vagas disponibilizadas por brasileiros desinteressados em trabalhar em locais de difícil acesso e de maior vulnerabilidade sanitária e social (SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015).

A ampliação do número de médicos na APS contribui para a redução da iniquidade social, da mesma forma que o provimento de médicos na APS com formação em medicina de família e comunidade contribui para a melhoria dos

indicadores de saúde da população por eles atendida. Estudos realizados em países desenvolvidos demonstram que o investimento na atenção básica reduz os custos com saúde e impactam positivamente na saúde da população (MENDONÇA; DIERCKS; KOPITTKKE, 2016).

Diante das críticas realizadas pelo presidente da república, eleito em 2018, ao PMMB, o governo de Cuba interrompeu a cooperação estabelecida com a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) em 2103 para o provimento de médicos no programa e retirou mais de 8.517 profissionais cubanos do programa.

Desde a transição governamental para o atual governo, entidades médicas brasileiras se posicionaram pelo encerramento do programa rejeitando a atuação dos médicos sem revalidação para a APS como ocorrido na criação do programa. O Revalida é defendido como forma dos médicos demonstrarem, conforme currículo, a capacidade de atuar na APS brasileira. Em novembro de 2018, o Governo abriu o último edital do PMMB por médicos com o diploma validado pela entidade médica reguladora, no entanto, em janeiro de 2019, 17% das vagas anteriormente ocupadas pelos médicos cubanos ainda se encontravam ociosas (BRASIL, 2018b).

O PMMB, de acordo com o pensamento da maioria dos autores estudados, não foi considerado um equívoco, pois sua implantação além de ter proporcionado o real conhecimento das demandas da população brasileira, tem seus princípios concernentes aos princípios constitucionais do SUS (SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015). Além disso, o programa ampliou o acesso e a garantia do direito à saúde à população brasileira antes desprovida de assistência, e inseriu até 2015, cerca de 18.000 médicos em 4.000 municípios, prestando assistência a 63 milhões de habitantes (COMES *et al.*, 2016).

No entanto, a política emergencial de provimento de médicos não alcança ainda os objetivos a longo prazo de fixação e melhor distribuição dos profissionais por todo o território brasileiro. Isso pelo fato de ainda não ter avançado numa política efetiva de recursos humanos que venha substituir a atual forma de contratação dos profissionais adotadas pelo MS através de bolsas, denotando vínculos precários.

A partir de 2015, várias ações envolvendo os atores sociais da política de saúde brasileira foram realizadas no sentido de atualizar a PNAB. No entanto, o início da crise política e econômica no Brasil e o *impeachment* da Presidenta da República Dilma Rousseff, com a ascensão do vice-presidente Michel Temer, desencadearam medidas que implicaram diretamente na política de saúde do país.

A Emenda Constitucional n. 95 de 15 de dezembro de 2016 (BRASIL, 2016) propôs o congelamento, por 20 anos, dos gastos com saúde e educação, condicionando o teto de reajustes tendo como referência a inflação. O discurso da gestão governamental desestabilizou a saúde suplementar além de defender os planos de saúde populares privados como alternativa às fragilidades apresentadas pelo SUS no período (MELO *et al.*, 2018).

Nesse interim a revisão da PNAB ocorrida e publicada em 2017 provocou entre os atores sociais envolvidos discussões e posicionamentos contrários, apontando para a necessidade de discussões que extrapolassem a esfera governamental, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e o Conselho Nacional e Secretarias Estaduais de Saúde (Conas), e incluíssem o controle social, entidades e sociedade civil (MELO *et al.*, 2018).

Nos aspectos organizativos e funcionais a PNAB de 2017 passa a considerar a flexibilização do número de atribuições e competências de profissionais EqSF e a recomendação da diminuição do número de pessoas por EqSF de acordo com a vulnerabilidade do território (BRASIL, 2017). Ocorre que essas duas premissas ao serem adotadas poderão comprometer negativamente o alcance dos atributos essenciais da APS.

A PNAB 2017 também propõe a ampliação da cobertura do NASF que passam a ser denominados Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), apoiando também as unidades tradicionais. Propõe ainda menor valorização das ações de educação permanente das EqSF; agregação da figura do gerente das UBS como não membro das EqSF e com qualificação e escolaridade de nível superior; e a possibilidade do usuário se vincular a mais de uma unidade de saúde. Nos aspectos de gestão e financiamento, tem-se a manutenção das atribuições e competências dos entes federativos; a baixa possibilidade de incremento no financiamento; o empoderamento dos gestores formais e conseqüentemente a diminuição da participação o controle social na tomada de decisões (BRASIL, 2017).

Nos aspectos de formação profissional e educação permanente, considera-se a APS como espaço de formação, pesquisa e extensão (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Entre as análises sobre as mudanças trazidas pela PNAB 2017, autores apontam avanços e retrocessos que poderão impactar nos princípios e diretrizes estabelecidos na origem da proposta de organização da APS dentro do SUS.

Sperling (2018) salienta que a última revisão da PNAB põe em cheque a concretização do modelo de atenção que preconiza os atributos essenciais da APS. Não oferece aos municípios a possibilidade de fortalecimento do modelo de atenção ao reconhecer outros modelos com menor custo-efetivo, além de atestar que a nova proposta não contribui para a fixação do profissional de saúde na APS. Registra que a PNAB 2017 possui lacunas que podem possibilitar a influência de tensionamentos e disputas políticas. Salienta que uma PNAB que não regulamenta pode vulnerabilizar o sistema de saúde e a APS diante do mercado e do capital em saúde.

Almeida *et al.* (2018) avaliam que a publicação da PNAB 2017 se deu em meio a um cenário político instável que influenciou a dinâmica de participação da gestão tripartite e das instâncias de controle social, ocasionando a soberania de interesses corporativos. Inovações preconizadas pelos atores se deram apenas de maneira superficial. O cenário político vigente no período como a aprovação da Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016 (BRASIL, 2016), coloca em risco as propostas de financiamento apresentadas na nova PNAB.

Segundo Morosini, Fonseca e Lima (2018), um número expressivo de entidades ligadas ao Movimento de Reforma Sanitária do país alertou para os perigos de fragilização da estrutura da APS em relação a algumas mudanças propostas na PNAB de 2017, principalmente no que se refere às alterações nas formas de financiamento e na aceitação de outros modelos de organização de equipes de saúde, como as tradicionais, em detrimento às EqSF, o que fragilizara essa modalidade até então bem sucedida.

As proposições da PNAB 2017 (BRASIL, 2017) em relação aos aspectos organizativos e funcionais remetem aos municípios atribuições que podem impactar negativamente na proposta de reorganização da APS no modelo de ESF, adotado desde a PNAB de 2007. Ao mesmo tempo, apontam para a necessidade de maiores investimentos em planejamento, processos avaliativos, monitoramento e qualificação profissional para o desempenho de suas atribuições, sem apresentarem alternativas técnicas e financeiras para tal.

A expansão das competências por parte dos municípios também imporá a estes a identificação de dotação orçamentária para a ampliação das atribuições do NASF conforme proposto na PNAB 2017 (BRASIL, 2017). Isto pelo fato de a política não identificar o aumento da contrapartida financeira das esferas governamentais estadual e federal. Ignorar o papel até então desempenhado pelas instâncias de controle social

da saúde, expõe a política a ações antidemocráticas que ferem os princípios da Constituição Cidadã de 1988.

Organismos e pesquisadores do Brasil como a Câmara Técnica de Atenção Básica do Conselho Nacional de Saúde (CTAB/CNS) alertam para o posicionamento da saúde na atual conjuntura do país com o avanço neoliberal; a tendência de privatizações de diversos setores; o atual interesse dos setores privados nos sistemas públicos de saúde; a influência da indústria médica e farmacêutica; a atual crise econômica; as restrições no financiamento das políticas públicas; o avanço do autoritarismo, etc. A partir daí alertam para a influência das relações de interdependência do mercado mundial como determinantes do processo saúde doença dos países da África e América Latina, ratificando assim os preceitos da Declaração de Alma-Ata.

A CTAB/CNS destaca ainda como eixos estruturantes de uma APS integral e pública: a saúde como direito humano fundamental e universal não restrito à ordem financeira; a saúde como dever do Estado; garantia de participação social e da democracia; política de saúde financiada pelo Estado; o reconhecimento das formas de organização da sociedade no processo saúde doença; a não mercantilização e privatização da saúde; equidade e justiça social; o orçamento prioritário para a seguridade social; a garantia de formação continuada do profissional de saúde; a integralidade; a interculturalidade.

A Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, realizada em Astana, Cazaquistão em outubro de 2018 pela organização da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Unicef, apresenta a *“Declaração de Astana sobre Atenção Primária à Saúde: de Alma-Ata rumo à cobertura universal de saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável”*, onde os participantes asseguram a APS como fundamental para uma cobertura universal em saúde. A declaração destaca três desafios para a solidificação da APS diante da atual conjuntura: o protagonismo dos indivíduos e comunidades; o reconhecimento dos determinantes sociais, econômicos, ambientais e comerciais em congruência com os determinantes de saúde; e o fortalecimento da APS como saúde pública na prestação de serviços (WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND, 2018).

2.1.1 A Atenção Primária à saúde em Juiz de Fora

Como em todo o país, o município de Juiz de Fora vive o momento de mudanças demográficas e transição epidemiológica. Verifica-se no município a maior prevalência da morbimortalidade por condições agudas de causas externas e da agudização de condições crônicas, segundo dados do Departamento de Informática do SUS, justificando a necessidade de maiores investimentos nos serviços de atenção à saúde, com abordagem integral, multiprofissional, e tecnologia de conhecimento, promoção e prevenção. O município possui alta expectativa de vida (75,7) em comparação a outras cidades do mesmo porte no Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020). Em contraponto, verifica-se também a continuidade de uma política de APS voltada para o atendimento de demanda espontânea e das condições agudas (HORTA *et al.*, 2014).

Mesmo diante das mudanças demográficas e epidemiológicas ocorridas em Juiz de Fora nas últimas décadas, observa-se que, até o ano de 2014, poucas alterações foram feitas na maneira de se avaliar, planejar e executar as políticas de APS no município. A partir dos anos 90, Juiz de Fora aderiu à municipalização da saúde, passando a se adequar às exigências legais para a gestão plena, através da criação dos instrumentos de gestão, ou seja: o plano municipal de saúde, fundo municipal de saúde e conselhos: municipal, regional e local de saúde (JUIZ DE FORA, 2018).

A adesão do município ao modelo de APS teve como estratégia de implantação a ESF. A territorialização das áreas de abrangência das UBS foi um dos primeiros princípios adotados, sendo realizada com a coordenação da gestão, com os profissionais de saúde e controle social. A partir desta definição, foram implantadas as primeiras EqSF, em regiões escolhidas de acordo com critérios de miserabilidade segundo mapa da fome do Instituto de Planejamento e Estatística Avançado (Ipea), que em 1997 indicava a existência de 17.000 famílias abaixo da linha da pobreza no município. Também serviram de referência o Mapa da Cólera elaborado pela Vigilância Epidemiológica da SS/JF, a manifestação de interesse das comunidades ou conselhos locais de saúde, e a proximidade à uma Unidade Regional de Saúde de urgência e emergência como centro de apoio a esses casos (CASTRO, 2009).

APS ainda é oferecida no município em três modelos assistenciais diferentes:

Unidades Básicas de Saúde da Família (modelo assistencial de SF), Unidades Básicas Tradicionais, (modelo assistencial focado no atendimento da demanda espontânea e em ações curativas) e Unidades Básicas Mistas (presença dos dois modelos: estratégia de saúde da família e tradicional).

Cabe ressaltar que o município nunca atingiu a cobertura de 100% em ESF, convivendo até hoje com modelo de atenção tradicional e misto (BRASIL, 2019b).

O município de Juiz de Fora/MG possuía, em março de 2019, uma população de 564.310 habitantes. Desses, 414.030 habitantes possuíam cobertura em Atenção Básica, o que correspondia 73,37% da população. A estimativa de cobertura populacional em ESF foi de 324.300, correspondendo a 57,47% da população (BRASIL, 2019b).

A estrutura da APS de Juiz de Fora é composta por 63 unidades básicas de saúde, das quais 49 são urbanas e 14 rurais. O município possui 43 UBS no modelo de ESF, 19 UBS do modelo tradicional, além de uma UBS mista (com uma EqSF e uma equipe do modelo tradicional). Somavam 94 as Equipes de Saúde da Família credenciadas pelo Ministério da Saúde em março de 2019 (BRASIL, 2019c).

Tabela 1 – Distribuição das UBS de Juiz de Fora de acordo com os modelos assistenciais presentes, 2019

UBS	ESF	Tradicional	Mista	Total
Urbana	38	10	1	49
Rural	5	9	0	14
Total	43	19	1	63

Fonte: Brasil (2019c).

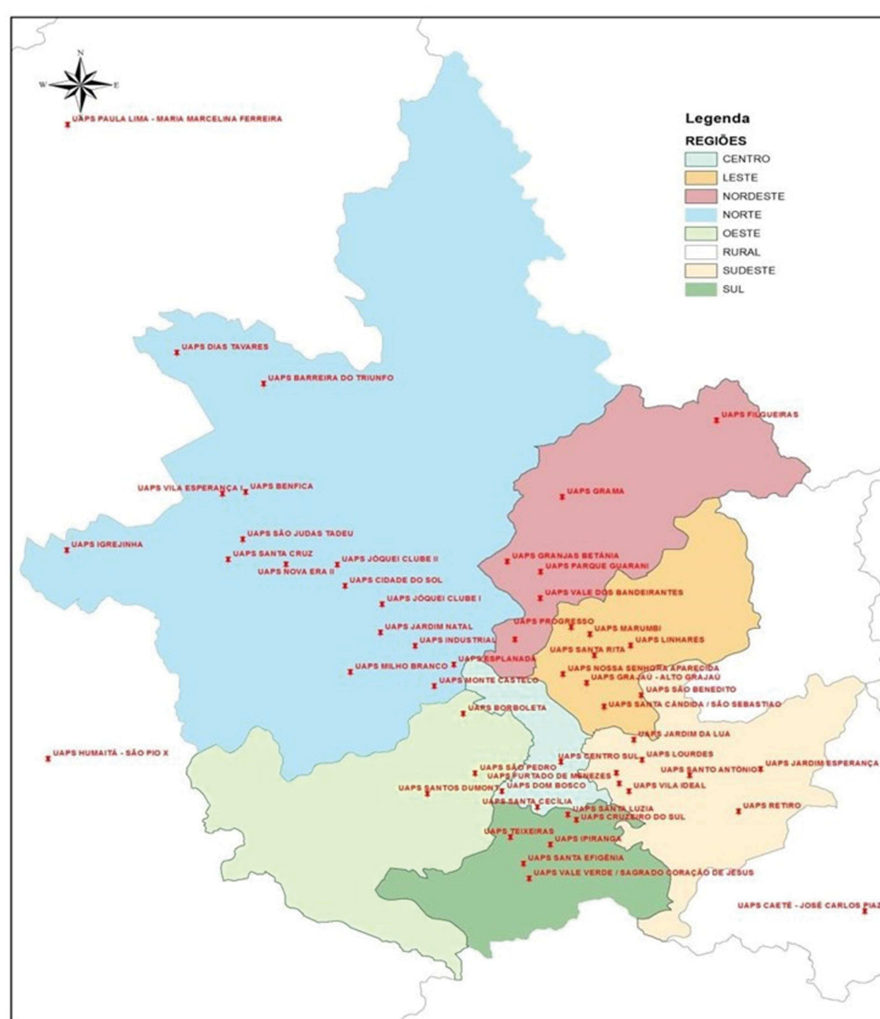
Até 2019 o município possuía além dos médicos de família, exercendo suas atividades durante as 40 horas semanais, 27 médicos vinculados ao Programa Mais Médicos para o Brasil, com carga horária de 32 horas semanais. Nas UBS de modelo tradicional atuam profissionais médicos de formação em clínica geral, pediatria e ginecologia, com carga horária de vinte horas semanais (BRASIL, 2019b).

A população do município considerada pelo MS/Secretaria de Assistência Social (SAS) /Departamento de Atenção Básica (DAB) e pelo IBGE para efeitos de cálculos e repasses financeiros em APS é de 525.225 habitantes.

Apesar do registro de aumento de cobertura da população em APS, a correção dos valores repassados pelo Ministério da Saúde, para financiamento das ações de APS, ainda não ocorreu, o que leva a necessidade crescente de complementação do financiamento das ações pelo Tesouro Municipal.

AS UBS encontram-se localizadas nas oito regiões administrativas do município conforme disposição espacial no Mapa 1, a seguir.

Mapa 1 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde por região Administrativa de Juiz de Fora



JUIZ DE FORA
PREFEITURA

1 centímetro = 1.377 metros
0 1.200 4.000 7.200
Metros

Fonte: Base Cartográfica da Prefeitura de Juiz de Fora.
Autoria: ALMEIDA, William. Sala de Situação / Secretaria de Saúde

Fonte: Juiz de Fora (2018)

Em virtude da necessidade de inserir mecanismos de monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelas EqSF da APS, em 2014 foi implantado no município o

Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS), estabelecendo as diretrizes de organização da APS no âmbito da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, visando também o aprimoramento das relações entre o poder público municipal, profissionais de saúde e usuários do SUS. O PDAPS tem como objetivo a melhoria dos processos dos serviços prestados à população, a normatização da APS, e a qualificação dos profissionais de saúde das UBS (HORTA *et al.*, 2014). A gestão da Secretaria de Saúde do município realiza o monitoramento da APS por meio do PDAPS, acompanhando as metas pactuadas pelas UBS através do Termo de Compromisso de Gestão, elaborado sob orientação do grupo gestor do PDAPS – JF. O PDAPS-JF determina também fluxos e protocolos de acesso às especialidades médicas, que vem sendo implantados.

Visando o desenvolvimento do PDAPS, foi instituída no município de Juiz de Fora em 1 de julho de 2016, a Lei Complementar nº 49, que estabeleceu um incentivo financeiro destinado aos profissionais e às equipes da APS e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), condicionado ao cumprimento de metas estabelecidas e pactuadas com a gestão e conselhos locais de saúde, respeitados os indicadores de desempenho pactuados. O pagamento desse incentivo encontra-se vinculado ao repasse de recursos oriundos do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB) do MS (BRASIL, 2011a).

O fortalecimento da APS como ordenadora da rede de atenção à saúde é apontado como diretriz estratégica na versão do Plano Municipal de Saúde de Juiz de Fora versão 2018-2021. Tem como direcionamento o aperfeiçoamento da gestão municipal e a busca pela equidade, princípio básico do SUS e diretriz dos atributos essenciais da APS (STARFIELD, 2002). Da mesma forma, o objetivo estratégico do Plano de Saúde 2018-2021 refere-se à melhoria do acesso aos serviços de saúde com qualidade (JUIZ DE FORA, 2018).

A partir da vigência da regra do teto de despesas da Emenda Constitucional 95, as limitações financeiras foram sentidas pelos estados e municípios, o que não foi diferente em Juiz de Fora MG. O desfinanciamento vem prejudicando tanto a evolução das ações pactuadas no Plano Municipal de Saúde e conseqüentemente no Plano Plurianual de Aplicação (PPA) do município, quanto a melhoria das ações de cuidado propostas pela APS (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018). Essa concepção vem no bojo da tendência do aprofundamento do processo de privatização da saúde

instaurado no país, dificultando ainda mais a consolidação da APS como ordenadora do sistema de saúde brasileiro.

Observa-se também pouco investimento da gestão em relação à EP e EC para os profissionais da APS de Juiz de Fora. Algumas iniciativas de ações de educação continuada são ofertadas anualmente ao município pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais – SES/MG, porém de forma aleatória ou conforme demandas surgidas por eventos específicos de saúde.

Com o objetivo de sistematizar as ações de EP e EC na APS, em 2019 a secretaria municipal de saúde criou a Supervisão de Educação Permanente e Integração em Ensino e Serviço na Subsecretaria de Atenção à Saúde. A supervisão visa o estabelecimento de algumas ações estratégicas a partir de 2020 como o investimento na EP, por meio da elaboração de matriz de intervenção de problemas levantados pelas equipes da APS (JUIZ DE FORA, 2018). As agendas programadas das UBS elaboradas a partir do PDAPS contemplam horário semanal destinado à EC e EP em reuniões internas das equipes técnicas (JUIZ DE FORA, 2016).

2.2 A AVALIAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Nas últimas décadas, o avanço dos conhecimentos científicos e tecnológicos têm ampliado a expectativa da população mundial em relação às políticas públicas, em especial ao atendimento da saúde da população.

A crescente crise mundial dos sistemas de saúde tem levado a comunidade científica, gestores e profissionais de saúde à busca de alternativas para a ampliação da eficiência, eficácia e efetividade dos serviços de saúde, assim como a reformulação das políticas de atendimento às necessidades da população. Os constantes aumentos dos custos dos serviços médicos, decorrentes da ampliação da complexidade das ações de saúde, impulsionaram através dos anos a expansão da realização de pesquisas de avaliação na área da saúde (MAZUTTI PENSO *et al.*, 2017).

Estudos realizados por Fracolli *et al.* (2014) constataram que ainda são poucas as pesquisas existentes no mundo sobre a avaliação de desempenho e de organização na área da APS, assim como sobre os mecanismos de monitoramento e avaliação da área. Destaca que a aplicação de instrumentos de avaliação desencadeia uma melhor percepção a usuários, gestores e profissionais sobre o modelo de atenção e as práticas de cuidado efetivas implementadas na APS no Brasil e no mundo.

Segundo Reis *et al.* (1990), já no ano de 1910 o Relatório Flexner apontava para iniciativas de sistematização de mecanismos de avaliação da prática médica e da qualidade de serviços de saúde, além de indicar para as condições precárias das práticas médicas presentes naquele período. Nos moldes do Relatório Flexner o trabalho desenvolvido por Coldman em 1916 sobre a avaliação de serviços de saúde voltado ao contexto hospitalar, propôs uma metodologia de avaliação contínua sobre a saúde dos pacientes, sobre a intervenção médica e a efetividade do tratamento. Ainda no mesmo século a Inglaterra desenvolveu estudos no sentido de buscar a otimização de serviços e recursos públicos aplicados no sistema de saúde do país, o National Health Service (NHS), contribuindo também com pesquisas na área da avaliação de qualidade de saúde (REIS *et al.*, 1990).

Estudos realizados por Donabedian (1978) sobre a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, e sobre a avaliação do cuidado médico, afirmam que a avaliação dos serviços deve ter o foco nas seguintes dimensões: na dimensão do desempenho

técnico e desempenho do conhecimento, tendo em vista a maximização dos benefícios e minimização dos riscos, e na dimensão do relacionamento pessoal com o paciente, visando a satisfação de suas necessidades. Essa interação se dá a partir de componentes técnicos e comportamentais (REIS *et al.*, 1990). Os autores registram que, para Donabedian, a avaliação da qualidade tem como propósito prever os resultados alcançados pelos profissionais de saúde e assim permitir que não haja exploração ou ações inadequadas. O monitoramento propicia através da vigilância, a detecção e correção dos desvios de padrão. São componentes do processo de avaliação a estrutura, relativas aos recursos humanos, organizacionais e materiais; processos, relacionado ao conteúdo e dinâmica da assistência; e resultados, que dizem respeito às respostas alcançadas na melhoria das condições de saúde e a satisfação do usuário (REIS *et al.*, 1990).

Contrandriopolous (2006) afirma que a perspectiva de se incorporar a cultura de avaliação em todos os níveis de atenção de saúde favorece que a tomada de decisões esteja amparada por um arcabouço de evidências comprovadas. A implementação de processos avaliativos nos serviços de saúde tem contribuído para aprimorar a capacidade técnica da assistência, além de embasar as ações de planejamento e de tomada de decisão.

Segundo Tanaka e Tamaki (2012), a gestão de serviços de saúde é uma ação complexa, devido à amplitude desse campo e da necessidade de conciliação de interesses distintos, nem sempre conciliáveis. Desta forma, afirmam que a avaliação dos serviços de saúde permite ao gestor a elaboração de um planejamento qualificado das ações de saúde, favorecendo a tomada de decisões e a ampliação dos níveis de eficiência, eficácia e implementação dos serviços.

São vários os fatores que influenciam as condições de saúde e doença, o que pode determinar na construção de um instrumento de avaliação embasado em princípios específicos para o alcance de resultados estimados na realidade de uma população. Quanto mais complexa a realidade, mais a avaliação deverá contribuir para o aperfeiçoamento da tomada de decisões (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Starfield (2002) afirma que os serviços de saúde têm como meta a melhoria das condições de saúde da população através do conhecimento das causas das doenças e a diminuição das disparidades de acesso a esses serviços.

Em seus estudos a autora relata que a partir de 1996, a Comunidade Europeia passou a adotar os princípios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que institui a atenção primária como a base dos serviços de saúde. Starfield (2002) destaca que através da Carta de Lubliana, que trata da reforma dos cuidados de saúde na comunidade europeia, a OMS propõe que os sistemas de atenção de saúde deveriam ter o enfoque na equidade, dignidade da pessoa humana; serem voltados à proteção e promoção da saúde; reconhecer o protagonismo da pessoa em relação ao processo saúde-doença; propiciarem uma cobertura universal, equânime e sustentável e serem direcionados para a atenção primária. Dentro desta perspectiva, é a APS que organiza e racionaliza os recursos utilizados no sistema de saúde, buscando a melhoria da saúde através da promoção e proteção.

A avaliação sistemática em saúde objetiva a busca da qualidade dos serviços de saúde pública, porém sua concepção na atenção primária esbarra nas dificuldades oriundas da existência de atributos complexos a serem observados. O processo avaliativo deve ter como foco a implementação das ações planejadas que contemplem tanto as necessidades de saúde da população, quanto as metas definidas pelos serviços.

Sarti *et al.* (2008) atentam para o fato de que no Brasil, a falta de uma política efetiva de planejamento compromete a ininterruptão das ações à continuidade da gestão, não podendo deixar de se levar em conta a transitoriedade das gestões impostas pelo processo político eleitoral a cada quatro anos. As dificuldades inerentes à APS vão muito além de questões biofísico-químicas, resultando do enfrentamento do indivíduo e sua relação com os processos sociais. Nesse contexto, a avaliação permite a ampliação do olhar sobre o que está sendo realizado, além de oportunizar a busca da melhoria dos resultados alcançados.

Sousa (2018) afirma que a avaliação vem sendo adotada cada vez mais como instrumento que perpassa todas as etapas de formulação e execução de uma determinada política, subsidiando melhores escolhas pelos atores envolvidos. A avaliação permite empregar dinamicidade ao confrontar o que então está estabelecido, permitindo também a apresentação de alternativas às realidades confrontadas. Cabe ressaltar segundo o autor, o caráter democratizador da avaliação, uma vez que ela oferece a possibilidade de aumentar a responsabilidade do Estado perante as demandas da sociedade.

Em relação ao contexto histórico, Sousa (2018) destaca que no Brasil, o monitoramento e avaliação avançaram nos anos 90 como exigência de organismos internacionais financiadores de programas e políticas, quanto à adoção de planos de ação que fossem acompanhados da avaliação de seus resultados.

Em 2002, através de financiamento do Banco Mundial, o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf) financiou a expansão da cobertura da população em saúde da família nos municípios acima de 100 mil habitantes, além de investir na gestão federal em mecanismos de monitoramento e avaliação. O Proesf priorizou a institucionalização da avaliação ganhando destaque os estudos de linha de base, e a construção de ferramentas de avaliação da atenção básica, entre elas, prática de gestão e qualidade do cuidado.

Em 2006 o Ministério da Saúde implementou no Brasil a Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, implantada a partir da constatação de que até então o país não tinha avançado em processos avaliativos que oferecessem resultados que promovessem impactos consideráveis na política. O objetivo da política foi de apoiar a institucionalização da prática avaliativa em todas as esferas de gestão, no entanto, um quadro técnico não instrumentalizado e a divergência de concepções sobre o processo de avaliação impediu o avanço da proposta (SARTI *et al.*, 2008).

Buscando fortalecer as práticas avaliativas da atenção básica e apresentar alternativas de ampliação de seu financiamento através da ampliação da qualidade, o MS instituiu em 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), no intuito de induzir a utilização de processos que oferecesse às gestões federal, estaduais, municipais e aos serviços de saúde, maior qualidade dos serviços oferecidos, a partir da análise das necessidades concretas da população brasileira (FRACOLLI *et al.*, 2014).

O PMAQ-AB é um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde voltado aos três níveis de governo, com o objetivo de imprimir maior transparência e efetividade às ações governamentais direcionadas à APS em todo o Brasil, buscando permanentemente a ampliação do acesso e da qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação (BRASIL, 2011a). O programa foi criado visando incentivar gestores e equipes da APS a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos no território.

Sua estruturação é calcada em diretrizes que definem sua organização e desenvolvimento, buscando favorecer através de parâmetros, a comparação entre equipes de saúde, e apontar a melhoria contínua e progressiva de indicadores de qualidade e acesso. O PMAQ propõe como objetivos: permitir o acompanhamento dos resultados pela sociedade quanto ao desempenho das equipes e gestão; envolver a gestão, equipes de saúde e usuários em todo o processo de avaliação; implantar cultura de negociação, contratualização e gestão de recursos; reconhecer financeiramente o desempenho das equipes; estimular a mudança do modelo de atenção com a necessidade e satisfação do usuário, e garantir a adesão voluntária ao programa (BRASIL, 2011a). O PMAQ-AB tem seus princípios fundamentados na busca do aperfeiçoamento dos processos de gestão, priorizando temas como planejamento, monitoramento e avaliação, gestão do cuidado em saúde, acolhimento à demanda espontânea, tendo em vista a atenção básica mais acessível e resolutiva (SOUSA, 2018).

O programa inovou ao associar ao instrumento PMAQ-AB, a estratégia indutora de qualidade de Autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB), auxiliando no planejamento das ações das equipes de saúde através da identificação dos nós críticos a serem mais bem trabalhados e estabelecendo as ações de intervenção a serem implantadas. A escolha do instrumento de avaliação a ser utilizado pela equipe e gestão, no entanto é feita no processo avaliativo. É um processo contínuo de cunho reflexivo e problematizador.

Sousa (2018) destaca o aperfeiçoamento do sistema de informação ocorrido a partir de 2013 no MS no avanço do monitoramento e avaliação da APS no país com a implantação do ESUS Atenção Básica (ESUS-AB) e o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab). Sinaliza a importância dos dados coletados e registrados para o avanço do processo de avaliação, disponibilizando informações para o planejamento local, permitindo a padronização de modelos de informação e o acesso a informações individualizadas do usuário do sistema de saúde. A partir de então, tornou-se possível realizar o monitoramento numérico de atendimento e procedimentos e avançar para o nível de acesso e utilização dos serviços. O sistema até então utilizado, o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) oferecia informações limitadas para a gestão do cuidado, além de não permitir integração com os demais sistemas.

A partir de 2019, o governo federal realizou alterações na APS no intuito de ampliar o acesso com equidade e aumentar a qualidade e a resolutividade das ações. Foi criada a Secretaria Nacional de Atenção Primária à Saúde (SNAPS), proposta a ampliação do acesso com o Programa Saúde na Hora, a expansão do prontuário eletrônico nas Ubs, e o financiamento de novas modalidades de equipes com carga horária de 20h e 30h. Além disso realizou-se a substituição do PMMB pelo Programa Médicos pelo Brasil (PMB) e reformulou-se as bases do financiamento da APS (HAUSER *et al.*, 2013; REIS *et al.*, 2013).

Sob alegação da complexidade na aplicação metodológica do PMAQ e da ausência de validade externa desse instrumento, o Ministério da Saúde optou pela substituição do PMAQ pelo instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool-Brasil), na busca de evidências para a efetividade da APS, através da mensuração dos atributos essenciais e derivados (BRASIL, 2020).

O PCAT-Brasil pode seguir suprimindo a ausência de rigor em identificar e diferenciar os distintos modelos de atenção ambulatorial, favorecendo o esforço científico na busca de evidências sobre a real efetividade da APS, com consequências significativas sobre a definição das políticas públicas. Sua importância reside na inexistência de outros instrumentos validados que objetivem mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados de APS em diferentes serviços de saúde nacionais, disponibilizando uma ferramenta que permita a realização de pesquisas com maior rigor e qualidade (BRASIL, 2020).

O município de Juiz de Fora participou do PMAQ-AB desde o seu primeiro ciclo quando aderiram ao programa 25 EqSF. No segundo ciclo ocorrido em 2012, o município contou com a adesão de 23 equipes, sendo que em 2016 o número de EqSF aderidas saltou para 85 (BRASIL, 2019b).

2.3 OS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A opção assumida pelo modelo de saúde brasileiro, na qual a APS configura-se como reordenadora do sistema de saúde, distingue-se pela proposta de resgatar o caráter universalista da Declaração de Alma-Ata em um sistema integrado de ações. O modelo de Estratégia de Saúde da Família, adotado nos serviços da APS no Brasil, enfatiza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de maneira integral e continuada, com base nas necessidades de saúde da população, numa visão ampliada do processo saúde-doença, em um território adscrito (BRASIL, 2006b).

Segundo Mendes (2011), são três as principais formas de se interpretar a APS. A maneira como ela se configura em diferentes países, se dá pela forma como ela se estruturou e evoluiu, pelas diferentes formas adotadas por escolas do pensamento sanitário e pela tentativa de se estabelecer um conceito positivo do processo saúde-doença em um determinado momento da história. Desta forma, Mendes apresenta três principais abordagens da APS como sendo: a APS como seletiva, a APS como nível primário de atenção e a APS como organizadora do sistema de saúde. Reconhecer a interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde remete ao reconhecimento do desempenho de atributos e funções que conferem qualidade à APS. Mendes afirma que as ações da APS só terão validade quando da operacionalização dos atributos essenciais e derivados.

Conforme Anderson (2019), a ESF, além de seguir os princípios do SUS, deve contemplar as sete dimensões da APS: (a) acesso e o primeiro contato ao sistema de saúde (b) assistência longitudinal, (c) integral e (d) coordenada do cuidado em saúde, efetivando-as através de três atributos estruturantes: (e) orientação familiar: pela necessidade de considerar na avaliação das necessidades individuais de saúde o contexto familiar e seu potencial de cuidado; (f) orientação comunitária: reconhecimento das necessidades de saúde da comunidade adscrita (g) competência cultural: características culturais da população.

Os atributos essenciais de avaliação da APS são constituídos, conforme estudos de Starfield (2002), por quatro elementos indispensáveis, ou seja: a) o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, que diz respeito à acessibilidade e à percepção da utilização do serviço de saúde como responsável pelo cuidado a cada episódio de saúde, seja ele novo ou recorrente, excetuando as urgências médicas, b) a longitudinalidade, que pressupõe ação continuada da atenção

pautada na relação interpessoal entre o serviço e o paciente, e a sua utilização ao longo do tempo c) a integralidade, que prevê a atenção integral dentro da perspectiva da atenção primária, na visão biopsicossocial, oferecendo uma gama de serviços para que o usuário possa ter acesso a medidas de prevenção, promoção, cura e reabilitação e d) a coordenação da atenção, visando à integração da rede de serviços, a continuidade da atenção através da informação, executando registro dos procedimentos realizados em prontuários, e coordenando a interface dos serviços.

Compondo ainda os elementos da avaliação, os atributos derivados complementam como qualificadores deste rol, através da: a) atenção centrada na família (orientação familiar): atenção à saúde centralizada no contexto familiar, sem desprezar as necessidades individuais e seu potencial de cuidado, b) orientação comunitária, através do reconhecimento da realidade em que a família está inserida e reconhecimento das necessidades de saúde da comunidade tendo por base dados epidemiológicos, além do incentivo ao controle social, ações de planejamento e avaliação dos serviços, c) competência cultural, reconhecimento das características peculiares da comunidade (BRASIL, 2010).

A percepção desses atributos identifica se os serviços se encontram fundamentados na atenção primária. Apesar de poderem ser avaliados separadamente, esses atributos encontram-se intensamente interligados. Desta maneira, ao se dirigir à população, a APS será mais exitosa quanto mais apresentar os atributos essenciais, aumentando ainda mais sua capacidade de interação quanto avançar nos atributos derivados (HARZHEIM *et al.*, 2006).

No Brasil, os atributos da Atenção Primária sistematizados por Starfield (2002) têm sido utilizados desde os anos 2000 para a avaliação da qualidade das ações e serviços. O instrumento baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. Segundo Starfield (2002), a qualidade da atenção básica à saúde encontra-se intimamente relacionada à observância e existência dos atributos essenciais e derivados da APS, conforme conceituação a seguir:

- a) *Acesso de primeiro contato*: M. A. C. Oliveira e Pereira (2013) afirmam que o primeiro contato se define como o primeiro recurso a ser procurado diante de uma necessidade ou problema de saúde. Refere-se a não se restringir à entrada no serviço de saúde, mas a existência de serviços de acordo com a necessidade da população. Refere-se também a aspectos organizacionais, geográficos, econômicos e socioculturais, sendo também ligado à questão da

- resolutividade. Para isso, destaca como fundamental as ações multidisciplinares envolvendo desde o planejamento, o processo decisório e a organização horizontalizada das ações;
- b) *Longitudinalidade*: diz respeito ao oferecimento contínuo e regular do cuidado pela equipe de saúde, tendo em conta o caráter mútuo e humanizado e interpessoal da relação de confiança recíproca entre a equipe de saúde e a população (STARFIELD, 2011);
 - c) *Integralidade*: para Mendes (2011), a integralidade corresponde à prestação de serviços que reconheçam tanto as necessidades imediatas quanto à necessidade de serviços inerentes a outros pontos de atenção, com o reconhecimento dos componentes biopsicossociais do processo saúde-doença, referindo-se também as questões de promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde. Incluem também os encaminhamentos feitos às especialidades fora do âmbito das UBS;
 - d) *Coordenação da atenção*: implica na garantia da continuidade da atenção de acordo com a necessidade do problema, através das ações das equipes de saúde. Mendes (2011) destaca a necessidade de articulação da APS com a rede de atenção à saúde numa perspectiva de centro de comunicação das ações;
 - e) *Orientação familiar*: a família é considerada o eixo principal da atenção, devendo estar em processo contínuo de interação com a equipe de saúde, tendo acesso às informações necessárias para o conhecimento da situação de saúde (MENDES, 2011);
 - f) *Orientação comunitária*: Refere-se ao reconhecimento da influência do contexto social, econômico e cultural nas necessidades de saúde de uma comunidade, além do reconhecimento da importância dos dados epidemiológicos para o planejamento e avaliação dos serviços (PINTO; GIOVANELLA, 2018);
 - g) *Orientação cultural*: é estabelecido com o reconhecimento pelo profissional de saúde e equipe, das características culturais da comunidade como elemento facilitador de comunicação com ela.

Conforme registra Mendes (2011), existem no país evidências que correlacionam a heterogeneidade da qualidade da APS à ausência de um ou mais desses atributos.

Os atributos da APS encontram-se inter-relacionados do ponto de vista individual ou coletivo, estando presentes na prática assistencial dos serviços, no entanto, podem ser avaliados de maneira integral ou separadamente conforme necessidade e interesse. Cabe ressaltar que a maior ou menor presença dos atributos nos serviços de saúde demonstram a orientação destes à APS e sua efetividade na saúde da população (BRASIL, 2020).

2.4 AVANÇOS E DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

À medida em que o SUS foi se expandindo e se concretizando como política universal, integral e equânime, o modelo de atenção da APS passou a ser considerado de primordial importância para a consolidação de práticas assistenciais coerentes com os princípios do sistema público adotado no Brasil.

Os investimentos públicos realizados tendo em vista o fortalecimento da APS no país, desencadearam na ampliação da cobertura e no estabelecimento da APS como porta de entrada no SUS, no entanto vários desafios ainda devem ser mais bem enfrentados. Os avanços e retrocessos são debatidos nas proposições das PNAB, quando da percepção de interesses de solidificação do modelo assistencial e de interesses afetos ao desmonte do modelo universal, integral e equânime (MELO *et al.*, 2018).

O lançamento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006 que estabeleceu a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo assistencial, ocasionou a ampliação da cobertura populacional em APS em todo o país, em coerência com o texto constitucional de 1988. A PNAB 2011, propôs a ampliação dos serviços profissionais prestados à população com a criação dos NASF sob a ótica da interprofissionalidade e do matriciamento. Já a PNAB de 2017 introduziu mudanças que ameaçam a concepção do modelo assistencial e colocam em risco a observância dos atributos essenciais e derivados da APS, aumentando as desigualdades de acesso, e concebendo a possibilidade de outras configurações de equipes com carga horária reduzida (FAUSTO *et al.*, 2018). Quase 30 anos depois do surgimento do SUS a APS ainda convive com uma rede física inadequada, financiamento escasso, falta de interlocução com outros níveis de atenção e falta de investimento em recursos humanos.

Sob alegação de estratégia de fortalecimento da APS no país, a partir de 2019 o governo federal estabeleceu mudanças estruturais, iniciadas com a implantação do Programa Médicos pelo Brasil em substituição ao PMMB e com a criação da Secretaria Nacional de Atenção Primária (SAPS), que possui no governo, status de primeiro escalão (BRASIL, 2019b). A SAPS propôs dentre os seus objetivos a ampliação do horário de funcionamento das UBS de médio e grande porte através do Programa Saúde na Hora, desenvolveu a carteira de serviços com os serviços considerados essenciais, incentivou financeiramente o prontuário eletrônico, admitiu

a existência de novos modelos de equipe e redefiniu o modelo de financiamento da APS por modelo de capitação ponderada, pagamento por desempenho com base em 21 indicadores (BRASIL, 2020).

Giovanella, Franco e Almeida (2020) apontam algumas iniciativas da Saps que vão de encontro às conquistas já galgadas pela APS no Brasil. Desta forma alerta que o Programa Saúde na Hora sem o desenho de articulação com as redes poderá descaracterizar os processos de trabalho e a organização das ações comprometendo os atributos de longitudinalidade e de coordenação do cuidado. Quanto ao Programa Médicos pelo Brasil (PMB) criado em substituição ao PMMB, Giovanella, Franco e Almeida (2020) denunciam a dificuldade do provimento dos médicos em locais de difícil acesso e o abandono do investimento nos eixos da graduação médica e do investimento em infraestrutura das UBSs. O PMB preconiza o vínculo profissional intermediado por entidade privada, deslocando a gestão pública da APS para o âmbito privado em contraposição aos preceitos do SUS.

Ainda em relação às novas propostas da Saps, os critérios até então utilizados para financiamento de custeio da APS foram substituídos pelo Programa Previne Brasil (PPB), alterando o financiamento pelo número de pessoas cadastradas no Ministério da Saúde, o pagamento por desempenho de acordo com indicadores e metas e incentivo para ações e programas prioritários (BRASIL, 2019d). Desta forma o financiamento deixa de ser universal, passando a se restringir ao número de pessoas cadastradas, ficando dependente da efetividade de cadastro e prejudicando áreas com maior dificuldade de registro.

Segundo Vieira *et al.* (2018), financiamento e sistema de saúde possuem forte poder indutor sobre o acesso, o uso de recursos e os resultados em saúde. No Brasil, vários arranjos no financiamento e na organização do sistema de saúde foram propostos desde a criação do SUS. A descentralização de recursos e a implementação da ESF destacam-se como pilares da expansão da APS no país. No entanto, Massuda (2020) alerta para o fato das mudanças no financiamento da APS a partir de 2019 com o PPB introduzirem o financiamento a partir de capitação e avaliação de desempenho, comprometendo o princípio da universalidade do SUS. Massuda (2020) reforça ainda que, países que mais investem em APS são os que possuem os melhores resultados em saúde.

Devido à uma estrutura ainda hoje marcada por fragilidades políticas e econômicas e à heterogeneidade entre os 5570 municípios do país, a qualidade dos serviços prestados e a expansão da APS não se deu de forma homogênea no país, estando ainda mais comprometida em locais com maiores fragilidades estruturais, restrições orçamentárias e com dificuldades de alocação de recursos humanos (BOUSQUAT *et al.*, 2019).

Anderson (2019) observa que a edificação da APS no Brasil encontra-se intimamente relacionada aos princípios do SUS, às concepções da ESF, às transformações na formação em saúde e na redefinição das competências dos níveis secundários e terciários que definem a rede de assistência em saúde. Desta forma, a autonomia da APS encontra-se comprometida se condicionada às restrições orçamentárias e aos interesses do mercado que visam à implantação de planos de saúde privados e da transferência das funções do Estado na gestão da saúde.

Mendes, Carnut e Guerra (2018). alertaram para o fato de que a EC nº 95 resultará no desfinanciamento do SUS, com previsão de redução dos recursos de 1,7% do PIB de 2016 para 1,0% do PIB de 2036, acumulando perdas superiores a três orçamentos anuais. Como resultados mais imediatos os autores apontam para o aumento da mortalidade infantil após 26 anos de declínio dos índices (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

Por outro lado, Facchini, Tomasi e Dilélio (2018) apontam para o aumento de estudos que reforçam os avanços na APS no Brasil, dando ênfase aos que demonstram, através de dados do PMAQ, a ampliação do atendimento populacional, o aumento do número de UBS, a melhoria da estrutura dos serviços e melhorias em ações programáticas como o aumento do número de pré-natal das gestantes, o acesso ao exame preventivo e ao rastreamento de câncer de mama, e a ampliação do acesso aos serviços de saúde para a população de maior vulnerabilidade social.

2.5 O INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA – PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL-BRASIL

Apesar das dificuldades inerentes à uma avaliação realizada num país de dimensões continentais como o Brasil, a utilização do instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool) na realidade brasileira tem conseguido proporcionar aos gestores dos serviços de saúde a avaliação dos atributos da APS de forma satisfatória na análise e qualificação dos serviços. Segundo Barbara Starfield (2011) a identificação empírica dos atributos da APS possibilita que seja realizada uma correlação entre os atributos com os resultados da atenção sobre a saúde de uma determinada comunidade.

O instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool) foi desenvolvido para medir o grau de orientação à APS, vindo ao encontro da necessidade de identificação e diferenciação dos modelos de assistência ambulatorial, na busca de evidências sobre a qualidade e a importância da APS como estratégia efetiva de política pública (HAUSER *et al.*, 2013). Foi criado nos Estados Unidos por Barbara Starfield e colaboradores no final da década de 90, como um conjunto de atributos de avaliação da APS, estando baseado nos pressupostos de avaliação de Donabedian de mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde (SILVA *et al.*, 2014).

Constituído por questionário elaborado por 77 perguntas, o PCATool permite a construção de escores com intervalos de 1 a 4 para cada atributo, sendo o escore final formado pela média de respostas de suas perguntas, que também variam de 1 a 4. Alguns atributos são compostos por subdimensões. Primordialmente a soma das médias dos valores dos atributos essenciais e suas subdimensões com a média do escore do grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde resulta no Escore Essencial da APS. Já a soma da média destes escores essenciais com as médias dos 3 escores derivados resulta no Escore Geral da APS (BRASIL, 2010).

O PCATool é utilizado para a avaliação da APS em inúmeros países, com as mais diferentes configurações de sistemas de saúde (HAUSER *et al.*, 2013). Possui três versões validadas e adaptadas para o Brasil, além de se configurar em um instrumento autoaplicável a responsáveis por crianças, adultos e profissionais de saúde. Cabe ressaltar a inexistência reconhecida pelo Ministério da Saúde de outros

instrumentos validados que disponibilizem uma ferramenta segura quanto à veracidade das informações coletadas sobre a existência e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS.

O PCATool permite a identificação de itens relacionados à estrutura e processos dos serviços, que necessitem ser avaliados e monitorados. O instrumento é aplicável em investigações acadêmicas, em avaliações de qualidade por equipes de unidades de saúde, como também por gestores, em seus diferentes níveis. O instrumento apresenta a versão criança, versão adulto e versão profissionais de saúde (BRASIL, 2010).

O questionário PCATool, validado no Brasil em 2006, passou a ser adotado em 2010 pelo Ministério da Saúde, sob o apoio técnico de sua autora e após a adaptação à realidade brasileira (HARZHEIM *et al.*, 2019).

Ferreira, Silva e Aguera (2007), em estudo realizado com enfermeiros da ESF e UBS convencionais em Passos/MG para avaliar a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS, utilizaram o instrumento PCATool Brasil versão profissionais de saúde em pesquisa avaliativa quantitativa. Foram entrevistados 27 profissionais em ambiente de trabalho, precedido de contato formal com a gestão do município. Ao serem analisados os dados coletados, Ferreira, Silva e Aguera constataram que as Unidades de Estratégia de Saúde da Família (UESF) apresentaram maiores escores em comparação com as Unidades Básicas de Saúde Convencionais (UBSC) em todos os atributos, com exceção ao atributo acessibilidade. Todavia o estudo não realizou teste estatístico para apurar diferenças significativas. Os pesquisadores atribuíram o baixo escore do atributo acesso de primeiro contato ao fato das UESF e UBSC funcionarem somente em horários comercial e nos dias úteis da semana na cidade de Passos/MG. Em relação a esse quesito o estudo aponta para o fato de que as limitações no horário de funcionamento levam os usuários a procurarem serviços de urgência e emergência para serem atendidos. Apesar dos resultados deste estudo reafirmarem o desempenho superior das UESF sobre as USC, o autor destaca como contribuição desta pesquisa a elucidação sobre quais atributos deveriam ser melhorados para se conseguir o avanço na qualidade da assistência da APS no município.

Lima *et al.* (2016) utilizaram o instrumento PCATool versão profissionais de saúde para avaliar os atributos da APS e a qualidade da ESF no município de Serra/ES, associando as características sociodemográfica dos profissionais e equipe.

O questionário foi aplicado em 205 profissionais de ESF, sendo 64 médicos e enfermeiros e 141 profissionais de nível médio, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e auxiliares de saúde. Os dados foram coletados através de questionário sociodemográfico com itens sobre o perfil profissional, e do PCATool Brasil versão profissional sobre os atributos essenciais e derivados da APS. Após análise dos dados verificou-se que a acessibilidade foi novamente a dimensão que obteve a menor média, observando-se a característica do serviço de saúde do município que não contemplava extensão do horário de funcionamento das UBS para além do horário comercial e os fins de semana. As dimensões mais bem avaliadas pelos profissionais nesse estudo foram a orientação familiar e longitudinalidade. A associação do perfil sociodemográfico e profissional demonstrou influência positiva no resultado dos escores quando associados à questão de melhor qualificação dos profissionais, como o fato de já terem realizado curso de qualificação ou residência e/ou especialização em saúde da família. Concluiu-se que os resultados da aplicação do instrumento PCATool Brasil versão profissionais de saúde no município de Serra ES, apesar de ter se limitado a um único município, mostrou-se exitosa no sentido de evidenciar a necessidade de mais investimento em formação profissional, humanização do serviço e fortalecimento da APS.

Ao utilizar o questionário PCATool Brasil para avaliar o acesso e utilização dos serviços de saúde em São Luiz/MA, de acordo com a concepção de 30 gestores das unidades de saúde da família e da Secretaria Municipal de Saúde, 80 profissionais de saúde médicos e enfermeiros de equipes de saúde da família e amostra aleatória de 882 usuários da ESF, Reis *et al.* (1990) identificaram novamente o acesso de primeiro contato como sendo uma das dimensões de maior insatisfação entre os usuários, gestores e profissionais. Constatou também que as avaliações dos gestores em geral foram as mais favoráveis, e que houve maiores divergências de opinião entre as respostas dos profissionais e gestores em relação aos usuários. Nesta pesquisa foi utilizado o questionário PCATool adaptado à usuários, acompanhantes, gestores e profissionais. A versão utilizada foi adaptada ao Brasil por metodologia de avaliação rápida para medir características organizacionais e de serviços da APS no SUS por meio de dados secundários, informações de gestores, profissionais e usuários através dos questionários PCATool adaptados.

A comparação entre as informações prestadas pelos profissionais, gestores e usuários foi o ponto forte desta pesquisa, uma vez que essa análise ampliada além de ser pouco observada na literatura, ampliou a visão sobre a configuração da APS. Os autores consideraram o fortalecimento dos espaços de participação social nas unidades de saúde como sendo uma das opções a serem adotadas no município com vistas a aproximar gestores, profissionais e usuários no sentido de diminuir as divergências de concepção e expectativas.

Em 2016, o PCATool foi utilizado no Rio de Janeiro em unidades de saúde do bairro da Rocinha, com a população em estado de extrema pobreza. Foi utilizado em uma amostra de 802 pessoas e aplicado nas versões adultos e crianças. O estudo demonstrou a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS em adultos e cuidadores de crianças usuários das UBS da Rocinha, equiparando a área com outras áreas do distrito sanitário, apontando para a necessidade de investimento em programa de formação de especialistas através do Programa de formação em especialistas em Medicina de Família e comunidade (PINTO *et al.*, 2017).

Ainda segundo o IBGE em 2019, o PCATool vem sendo aplicado como parte da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 realizada por este instituto em parceria com o MS. A pesquisa está sendo desenvolvida em 100.000 domicílios de 2.000 municípios, nos 27 estados do país. Essa experiência respalda a utilização do PCATool como instrumento de apoio às políticas públicas para a avaliação as APS no Brasil.

Não se encontrou na literatura registros oficiais de aplicação do instrumento PCATool Brasil versão profissionais em Juiz de Fora para se medir a dimensão dos atributos da APS. Desta forma, acredita-se que a execução dessa pesquisa poderá vir a contribuir para uma melhor compreensão da maneira como os profissionais médicos vem percebendo a dinâmica de seus serviços e da APS na realidade apresentada pelo município.

2.6 A QUALIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE E A FORMAÇÃO DO MÉDICO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Mesmo em face às conquistas ocorridas no Brasil desde o reconhecimento da saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado, que serviram de base para a criação do SUS (BRASIL, 2019a), ainda é notório os desafios enfrentados no país para a consolidação do sistema, frente às diferentes formas de entendimento do modelo de saúde proposto (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Observa-se ainda que agora uma supervalorização dos aspectos biomédicos, da concepção da atenção centrada nos aspectos curativos e da atenção hospitalocêntrica, com ênfase à tecnologia sofisticada, em contraponto à falta de efetividade das ações frente às demandas da população (FERREIRA; SILVA; AGUERA, 2007).

A busca de soluções para a superação da distância entre a concepção do novo modelo de assistência e a realidade apresentada pelo sistema impõe ao profissional de saúde o desenvolvimento de competências na assistência, gestão e formação em saúde. A formação e qualificação dos profissionais, seus avanços e desafios são frutos do processo histórico, estando sujeitas às transformações inerentes à conjuntura social e política (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

O modelo de atenção à saúde proposto a partir do SUS aponta para a necessidade da reorientação dos profissionais dentro de uma perspectiva de formação crítica e reflexiva, voltada para uma visão integral do ser humano e para ações de promoção.

A formação do profissional generalista é regida pela Lei de Diretrizes e Bases (LDB), que orientou a partir da implantação do novo sistema de saúde do país pela substituição dos currículos mínimos antigos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para todos os profissionais da área da saúde. As DCN confirmam a necessidade das Instituições de Ensino Superior (IES) em adequar a formação dos profissionais de saúde aos preceitos do SUS (BRASIL, 2018a).

Em relação à formação médica, as DCN para os cursos de graduação em Medicina propõem a concepção de um profissional com conhecimento e habilidades nas áreas da Atenção, Gestão e Educação em Saúde (BRASIL, 2014).

Essa orientação se contrapõe ao modelo de formação médica até então enfatizado no currículo tradicional, onde constata-se uma ruptura entre teoria e prática, esfacelando o aprendizado em inúmeras especialidades, desintegrando o conhecimento (FERREIRA; SILVA; AGUERA, 2007).

Ferreira, Silva e Aguera (2007) destacam a resistência de grande parte das instituições de ensino no que diz respeito ao que chama de desospitalização do processo ensino-aprendizagem. Percebe-se comportamento semelhante em graduandos em Medicina, que desvalorizam cenários que os distanciam do desejo de serem especialistas em hospitais privados, ou de trabalharem em consultórios próprios.

A formação em medicina deverá propiciar ao graduando, visão generalista, humanista, respeitando as singularidades de indivíduos ou grupos. Cabe ao profissional desenvolver habilidades para atuar em diferentes níveis de atenção à saúde, exercendo ações que primem pela a qualidade, defesa da cidadania, de forma integral e equânime, observando o que determina o SUS. Cabe ainda ao profissional a compreensão da Política Nacional de Saúde, dos princípios e diretrizes do SUS, favorecendo a participação dos cidadãos, gestores, trabalhadores da saúde e do controle social na construção da política de saúde (BRASIL, 2014).

Destacam-se ainda como pontos fundamentais a serem observados na atuação profissional dos médicos a partir das novas DCN: as necessidades de saúde do indivíduo, família e comunidade; a importância da construção de vínculo; o favorecimento do envolvimento da equipe de saúde na análise das estratégias de cuidado e resultados obtidos; e a participação no planejamento e avaliação dos projetos e ações no âmbito do SUS (BRASIL, 2014).

Em relação às áreas de competência de Gestão e Educação em Saúde, merece destaque a ênfase à participação do profissional médico nas ações de monitoramento e avaliação do trabalho e à necessidade de educação continuada desde o primeiro ano de curso, nas unidades de saúde do SUS, contando com a mediação de professores e profissionais preceptores do SUS (AUTONOMO *et al.*, 2015).

As atuais DNC da graduação em medicina apontam para um mínimo de 30% da carga horária prevista para o internato médico a ser desenvolvido na AB e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, devendo predominar a carga horária dedicada aos serviços de AB sobre o que é ofertado nos serviços de Urgência e Emergência.

Cabe também destacar a observância de que as atividades do regime de internato voltadas para a Atenção Básica devem ser coordenadas e voltadas para a área da Medicina Geral de Família e Comunidade, e a transversalidade das ciências humanas e sociais para a formação do profissional com perfil generalista (BRASIL, 2014).

Em relação aos cursos de pós-graduação, segundo Anderson e Rodrigues (2011), desde os primeiros cursos de especialistas implantados no país a necessidade de se instituir programas de pós-graduação no âmbito da APS foi questionada, por ser considerada campo de atuação simplificado e sem complexidade. Ao contrário destas afirmações, a APS demonstrou ser um campo de saber de complexidade extensa, que exige qualificação técnica compatível à integralidade biopsicossocial, superior às questões meramente biomédicas ainda hegemônicas. Faz-se necessário ao médico o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes que o capacite para uma abordagem complexa, diferente das exigências de um curso de especialização com abordagem teórica e cognitiva.

No Brasil, os Programas de Residência Médica têm carga horária de cerca de 5.500 horas, destacando-se os cursos de formação de médicos especialistas. Possuem carga horária de 80% em campo, sob supervisão de preceptores e tutores, conferindo à essa pós-graduação *padrão ouro* na formação de médicos especialistas. Ao contrário, os cursos de especialização em medicina de família e comunidade devem possuir caráter transitório, apenas como propulsor do incremento da expansão e solidificação da APS no país (ANDERSON; RODRIGUES, 2011).

É cabível de registro a ênfase dada nas atuais DNC à importância do trabalho multiprofissional em saúde e ao fomento à participação dos profissionais da rede de serviços em programas de formação, com vistas a constante melhoria do processo ensino aprendizagem nos cenários de prática do SUS.

No Brasil, as primeiras iniciativas de capacitação permanente dos profissionais de saúde aconteceram a partir de 1996 com a criação do Projeto de Expansão da Saúde da Família (Proesf), voltada para as equipes de saúde da família, para o fortalecimento da ESF e da APS no âmbito do SUS. Em sequência foram criados os Polos de Formação, capacitação e Educação Permanente para as ESF que serviram de base a algumas propostas de políticas de Recursos Humanos.

No mesmo período foram criados incentivos para a implementação nos estados e municípios de cursos introdutórios em saúde da família, no objetivo de capacitar egressos dos cursos de medicina e enfermagem dentro das necessidades do PSF (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Num segundo momento, o MS cria em 2004 a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde numa estratégia de expandir a formação dos trabalhadores de saúde, investindo no processo de trabalho como potencial educativo. Esse projeto propõe a busca da melhoria do cuidado, e o compromisso entre gestão, trabalhadores e controle social (BATISTA; GONÇALVES, 2011). A partir daí inicia-se a implantação no país de programas indutores de mudanças curriculares e de programas como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e, a reedição das DCN da graduação em medicina (VIEIRA *et al.*, 2018).

O terceiro momento refere-se à implantação do Pacto pela Saúde em suas três vertentes: Pactos pela vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006a), que legitimam o planejamento e gestão regionais, com a participação dos gestores. Em 2007 o MS publica a Portaria n. 1.996, de 20 de agosto (BRASIL, 2007) readequado o Pacto pela Saúde, dando destaque ao Colegiado de Gestão Regional, descentralizando recursos financeiros e credenciando a Educação Permanente nos municípios, regiões e estado.

Novos profissionais egressos das mais diversas instituições de formação iniciam trabalho nos variados cenários do sistema de saúde, que vão desde a gestão até a assistência, passando pela área da educação em saúde. Ao mesmo tempo, outros trabalhadores continuam enfrentando desafios durante toda sua vida profissional. A expectativa de qualificação da própria prática segundo Batista e Gonçalves (2011), encontra-se presente entre a maior parte dos profissionais. Afirmam a necessidade da construção de propostas de educação permanente envolvendo todos os atores sociais da área da saúde, ou seja, profissionais, gestão, instituição de ensino e controle social, compondo uma grande estratégia, calcada nas necessidades locais.

A Educação Continuada (EC) caracteriza-se por ações pontuais e originam-se de políticas planejadas a nível central. Seu objetivo é o de melhoria das competências

profissionais, tendo em vista principalmente a carreira individual do profissional. O processo de trabalho não é considerado objeto de análise, tendo como foco normas e abordagens preestabelecidas (BATISTA; GONÇALVES, 2011). Por outro lado, o enfoque da Educação Permanente (EP) vincula-se às políticas de descentralização, partindo das necessidades postas pelos processos de trabalho dos serviços de saúde. Os conteúdos abordados partem do processo crítico da realidade vivenciada pelo profissional, originando-se de demandas da prática. É um processo de reconstrução, visando à constituição de novos saberes a partir das vivências (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Oliveira *et al.* (2016) afirmam que a preocupação com a qualificação profissional dos trabalhadores da saúde vem sendo referendada atualmente pelos movimentos sociais, políticas públicas e legislações, numa demonstração de intenção de fortalecimento da relação ensino-serviço-comunidade. Desta forma, o autor destaca a EP em saúde como orientadora das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social na saúde, especialmente na APS, tendo como base as necessidades e saúde da população e o aumento da resolubilidade.

Em Juiz de Fora, as contratações de profissionais médicos para a APS historicamente ocorreram para atender o modelo tradicional, ou seja, médicos com vínculos efetivos ou temporários com carga horária de trabalho de 20 horas semanais. As especialidades exigidas para o trabalho dos médicos na APS eram em clínica geral, pediatria e ginecologia.

A implantação do Programa de Saúde da Família em 1994 em Juiz de Fora fez com que as diretrizes e princípios da nova política pública de saúde apontassem para a necessidade de um novo perfil profissional. As ações de orientação e educação ao novo modelo de atenção em Juiz de Fora passaram a ser contempladas pelo Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para a Saúde da Família da UFJF. Nesse período, as ações educativas estavam voltadas para a capacitação de recursos humanos para o PSF, formação em Educação Permanente, curso de Especialização em Saúde da Família, em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Residência em Saúde da Família para médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Também foram desenvolvidos cursos para os outros profissionais de Saúde da Família e cursos introdutórios (FARAH, 2006).

A partir de 2000, o Polo de Capacitação e Formação Permanente de Pessoal de Saúde da Família do Sudeste e Sul de Minas Gerais da UFJF passou a desenvolver cursos Introdutórios para as equipes de Saúde da Família de Juiz de Fora. Os introdutórios eram priorizados para sensibilizar e capacitar os profissionais sobre a proposta do modelo assistencial preconizado pela Saúde da Família. O município foi também contemplado com a criação de um instrumento de avaliação e acompanhamento das EqSF, elaborado pelo Polo, que tinha entre outros objetivos, a implantação de educação permanente e continuada (FARAH, 2006).

3 JUSTIFICATIVA

A APS destaca-se hoje como espaço de inovação em práticas de atenção à saúde devido à sua capilaridade e caráter reordenado do modelo ampliado de atenção à saúde. A relevância das ações de APS para o SUS imprimiu a necessidade de mudanças na forma de avaliar os serviços e de redefinir a postura dos profissionais médicos diante do contexto e da singularidade de cada situação, através da adoção de postura crítica e reflexiva.

Além disso, a atuação neste cenário exige dos profissionais médicos uma formação e qualificação ampla, que contemple o conhecimento e a aplicação dos atributos essenciais e derivados da APS.

A realização dessa pesquisa possibilitará a avaliação dos atributos da APS a partir da visão dos profissionais médicos das UBS de município da Zona da Mata Mineira, levando em consideração a formação acadêmica, qualificação e tempo de atuação destes. Desta forma, pretende-se contribuir para o debate sobre a resolutividade e efetividade da APS local com vistas à melhoria do cuidado em saúde oferecido à população.

4 OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo foram definidos e se apresentam como se segue.

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os atributos da APS de Juiz de Fora/MG a partir da visão dos profissionais médicos das Unidades Básicas de Saúde.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) caracterizar o perfil dos médicos que atuam na APS de Juiz de Fora/MG em relação a sua formação, ocupação e tempo de atuação na APS;
- b) dimensionar os atributos essenciais e derivados sob a ótica dos médicos da APS de Juiz de Fora;
- c) avaliar os atributos da APS segundo a inserção profissional, formação acadêmica, tempo de serviço e experiência profissional dos médicos das UBS de ESF e tradicionais.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, transversal, desenvolvido com profissionais médicos lotados nas UBS da APS de Juiz de Fora/MG. Para descrição dos materiais e métodos adotados pela pesquisa.

5.1 ÁREA DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada em 60, das 63 Unidades Básicas de Saúde que compõem a rede de APS do município de Juiz de Fora/MG (95,24%), e que possuíam no período da pesquisa, profissionais médicos atuando em regime de 40h semanais.

Dessas 60, 46 UBS são urbanas e 14 rurais, sendo 46 orientadas pelo modelo de ESF, 13 pelo modelo tradicional, e uma pelo modelo misto (com uma EqSF e uma equipe do modelo tradicional) (HORTA *et al.*, 2014).

5.2 DELINEAMENTO E POPULAÇÃO DE ESTUDO

Foram convidados a participar da pesquisa os 113 profissionais médicos de vínculo efetivo ou temporário, que possuíam carga horária de 40 horas semanais prestadas nas UBS urbanas e rurais, orientadas pelos modelos de ESF, tradicional e misto. Foram incluídos nesta população, os profissionais vinculados ao Programa Mais Médicos para o Brasil lotados nas UBS, com carga horária de 32 semanais. A pesquisa foi realizada, no período de setembro de 2019 a fevereiro de 2020.

5.3 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS

Os dados referentes aos atributos da APS foram coletados por meio da aplicação do instrumento PCATool-Brasil, em sua versão profissionais de saúde (Anexo A), aos médicos atuantes nas UBS incluídas no estudo. Foi aplicado também um questionário sociodemográfico a fim de levantar o perfil dos participantes, sua formação acadêmica, experiência profissional e tempo de atuação na APS (Apêndice A).

O projeto de pesquisa foi previamente apresentado e discutido com os gestores da Secretaria de Saúde do município. Em seguida, foi apresentado em reunião aos

supervisores das UBS, para esclarecimentos necessários e para conhecimento do cronograma de entrega dos questionários nas UBS pela pesquisadora.

Os questionários foram entregues em mãos aos profissionais médicos pela pesquisadora, em seus locais de trabalho, criando assim a possibilidade de esclarecimento de dúvidas. Os questionários foram acompanhados ainda do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo C) e da carta de apresentação devidamente assinada pela pesquisadora, elucidando formalmente a proposta, os prazos e a forma de recolhimento dos questionários, o qual foi feito pela pesquisadora nas UBS (Apêndice B).

O período de dois meses estabelecido inicialmente para a devolução dos questionários foi ampliado por mais três meses, devido à dificuldade no cumprimento dos prazos por parte dos médicos, em função das exigências das rotinas de trabalho, e devido aos remanejamentos ocorridos a partir do ingresso de novos médicos de família e comunidade efetivos aprovados por concurso público, na ocasião da pesquisa. Para garantir o anonimato dos participantes os questionários receberam um código numérico de 01 a 97, em função do número de sujeitos incluídos na pesquisa.

5.4 TRATAMENTO DE VARIÁVEIS E ANÁLISE DE DADOS

O tratamento das variáveis e análise dos dados foram distribuídos em variáveis dependentes e independentes.

5.4.1 Variáveis dependentes

- a) Desfecho primário: dimensão da visão geral dos médicos da APS de Juiz de Fora sobre os atributos da APS, mensurada pelo escore geral do PCATolls;
- b) Desfecho secundário: dimensão da visão dos médicos da APS de Juiz de Fora quanto aos atributos essenciais e derivados da APS.

5.4.2 Variáveis independentes

Foram consideradas as seguintes variáveis:

- a) relativas ao perfil sociodemográfico dos profissionais médicos da APS de Juiz de Fora, como: sexo, idade e estado civil;

- b) referentes a formação médica (medicina de família e comunidade, áreas afins ou outras áreas), pós-graduação (especialização, residência, mestrado e doutorado), tempo de formado (menos de 5 anos, de 5 a 15 anos, mais de 15 anos), capacitação em APS, tempo de trabalho em APS (menos de 5 anos, de 5 a 15 anos, mais de 15 anos), modelo de APS que trabalha (ESF, tradicional ou mista), regime de trabalho (40h, 32h ou 20h) e vínculo empregatício (efetivo, processo seletivo/CLT ou Mais Médicos).

Em relação à formação médica, foram consideradas como áreas afins as especialidades clínicas correlatas ao público atendido na APS (clínica geral, ginecologia, cardiologia, pediatria, nefrologia).

5.4.3 Metodologia de análise de dados

A versão profissional de saúde do instrumento PCATool, que foi utilizada nesta pesquisa, é formada por 77 itens divididos em oito componentes em relação aos atributos essenciais e derivados da APS: (A) Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade; (B) Longitudinalidade; (C) Coordenação – Integração de Cuidados; (D) Coordenação – Sistema de Informações; (E) Integralidade – Serviços Disponíveis; (F) Integralidade – Serviços Prestados; (G) Orientação Familiar e (H) Orientação Comunitária. As respostas foram pontuadas segundo escala tipo Likert, com intervalo de um a quatro para cada um dos itens: “com certeza sim” (valor = 4), “provavelmente sim” (valor = 3), “provavelmente não” (valor = 2), “com certeza não” (valor = 1) e “não sei/ não lembro” (valor = 0) (BRASIL, 2010).

Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes foram definidos através dos valores reescalados das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente na escala original, de 1 a 4, a qual foi trasladada para a nova escala de 0 a 10 que passou a conter os escores. Para avaliar a qualidade da APS, foram calculados os escores médios essencial e derivado, dados pela média aritmética de cada item dos atributos essenciais e derivados separadamente, e o escore geral médio, dado pela média aritmética dos escores totais dos atributos essenciais e derivados conjuntamente. Foram considerados como elevados ou satisfatórios os escores médios que fossem maiores ou iguais a 6,6, enquanto escores médios abaixo desse valor foram considerados baixos ou insatisfatórios (BRASIL, 2020).

Foram calculados também o desvio padrão, a mediana, os valores mínimos e o máximo dos escores (geral, essencial e derivado). Como os escores médios individuais (calculados para cada respondente) possuem distribuição aproximadamente normal, já que são médias de escores isolados para um grupo de itens (seja este geral, essencial ou derivado), testes t para duas amostras foram feitos para testar a hipótese nula de igualdade na média dos escores médios individuais entre pares de categorias das variáveis do questionário complementar, ao nível de 5% de significância ($p < 0,05$). Para variáveis com três ou mais categorias, ao se testar cada par de categorias de uma mesma variável, foi utilizada a correção de Bonferroni para redefinir o nível de significância de cada teste.

Por fim, foi analisada também a associação entre os escores e as variáveis que apresentassem alguma ordenação (ou seja, pelo menos categóricas ordinais), dentre as investigadas por meio do questionário complementar, através da correlação de Spearman. Nesta última etapa, variáveis originalmente numéricas (como a idade) não foram divididas em intervalos. O *software R versão 3.5.3* (R Core Team, 2019) foi utilizado para entrada e análise de dados (R CORE TEAM, 2019).

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Com Seres Humanos, da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) sob o parecer n. 3.292.075 (Anexo B).

A participação dos profissionais médicos foi voluntária. Todos os participantes assinaram o TCLE e toda a pesquisa seguiu a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussões serão apresentados em forma de artigo, a ser publicado em periódico da área e que se apresenta na subseção 6.1.

6.1 ARTIGO: AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS

Resumo

A presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) são fatores determinantes na efetividade da assistência em serviços de atenção primária. O presente artigo tem como objetivo apresentar a avaliação dos atributos da APS a partir da visão dos profissionais médicos das unidades básicas de saúde. Trata-se de estudo transversal, realizado a partir da aplicação de questionário PCATool – Brasil, na versão profissionais de saúde, e de questionário sociodemográfico para caracterizar o perfil de formação, experiência profissional e atuação na APS. Participaram da pesquisa os médicos de unidades da estratégia de saúde da família, tradicionais e mistas, do município de Juiz de Fora/MG. As médias dos escores gerais, essenciais e derivados dos atributos da APS exibiram pontuação considerada como satisfatória ($\geq 6,6$), contudo, o atributo de acessibilidade foi avaliado como insatisfatório. Além disso, os atributos de longitudinalidade e coordenação/integração do cuidado obtiveram avaliação insatisfatória entre os médicos com menor tempo de atuação na APS, enquanto os atributos de longitudinalidade e orientação familiar receberam avaliação insatisfatória dos médicos que não cursaram pós-graduação em medicina de família e comunidade ou áreas afins. O estudo aponta para a necessidade de ampliação da acessibilidade aos serviços de atenção primária, da busca de alternativas para valorização e fixação do profissional médico na APS e do estímulo à formação e qualificação destes profissionais de saúde, com a finalidade de propiciar o aumento da resolutividade e da qualidade dos serviços prestados.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Avaliação de Serviços de Saúde, Profissionais de saúde.

Abstract

The presence and extent of the attributes of Primary Health Care (PHC) are determining factors in the effectiveness of primary care services assistance. This article aims to present the evaluation of the attributes of PHC from the point of view of medical professionals in basic health units. It is a cross-sectional study, carried out using the PCATool – Brazil questionnaire, the health professionals' version, and a socio-demographic questionnaire to characterize training profile, professional experience, and performance at the PHC. Participating in this research were physicians from units in the family health strategy, traditional and mixed, in the city of Juiz de Fora/MG. The averages in the general, essential and derived scores presented a mark considered satisfactory (≥ 6.6). However, the professionals evaluated the accessibility attribute as unsatisfactory. Moreover, the longitudinality and care coordination/integration attributes achieved unsatisfactory that

evaluation among physicians with less experience in PHC, while the attributes of longitudinality and family orientation received an unsatisfactory evaluation from physicians who have not attended graduate courses in family and community medicine or related areas. The study points to the need for expansion of accessibility to the services of primary care, for the search for alternatives to value and fix medical professionals at PHC, in addition to improving instruction and training of health professionals, in order to provide an increase in the resolution and quality of services.

Keywords: Primary Health Care, Health Services Assessment, Health Professionals.

Introdução

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, o governo brasileiro busca estratégias para estabelecer a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora da rede de assistência em todo o território nacional (GIRARDI *et al.*, 2016), assegurando aos cidadãos ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abranjam a promoção, proteção e prevenção de agravos, além do diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006). A APS deve ser adotada de forma relevante e crescente nos sistemas de saúde, por apresentar propostas de intervenção mais eficazes e resolutivas ao lidar com a multimorbidade de maneira longitudinal (STARFIELD, 2011).

As propostas instituídas na saúde com o advento do SUS e a definição da Estratégia de Saúde da Família como modelo prioritário de atendimento da população na APS exigem dos profissionais uma formação e qualificação ampla, que contemple o conhecimento e aplicação dos atributos essenciais e derivados da APS, conforme concebidos por Starfield (2002). No entanto, essas propostas concernentes aos cuidados básicos de saúde ainda vêm sendo pouco consideradas nos currículos de formação e nas propostas de qualificação dos profissionais da APS (VIEIRA *et al.*, 2018).

Estudos recentes revelam que o Brasil conta atualmente com mais de 43 mil equipes de saúde da família que atendem a aproximadamente 63% da população (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

A ampliação do número de médicos na APS, particularmente na Estratégia de Saúde da Família, tem contribuído para a ampliação do escopo das atividades oferecidas à população e para a redução das iniquidades sociais, da mesma forma que o investimento na formação e na educação permanente tem contribuído para a melhoria dos indicadores de saúde da população por eles atendida (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Santos, Costa e Girardi (2015) afirmam que a presença do profissional médico nas equipes de saúde da família contribui para propiciar o aumento da capacidade de intervenção da equipe, ao propiciar diferentes olhares e ações de prevenção, promoção, diagnóstico e tratamento de maneira integrada.

No Brasil, a utilização do instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool) tem oportunizado detectar configurações de estrutura e processo dos serviços, visando a melhoria da qualidade no planejamento e na execução da APS (BRASIL, 2020). O PCATool é utilizado para a avaliação da APS em inúmeros países, com as mais diferentes configurações de sistemas de saúde e possui três versões validadas e adaptadas para o Brasil, além de se configurar em um instrumento autoaplicável a responsáveis por crianças, adultos e profissionais de saúde manual (BRASIL, 2020). Através da avaliação de aspectos estruturais, de processos de serviços e de resultados, o PCATool visa a obtenção de evidências sobre a realidade da APS no objetivo de ampliar a efetividade das ações (BRASIL, 2020).

Tendo em vista que o conhecimento acerca da estrutura e dos processos de trabalho possibilita a adoção de estratégias específicas para o enfrentamento dos problemas de saúde, essa pesquisa teve como objetivo avaliar os atributos da APS de Juiz de Fora a partir da visão dos profissionais médicos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município.

Mesmo diante da ampliação da cobertura da população em APS ocorridas em Juiz de Fora/MG nas últimas décadas, o município ainda convive com um cenário de unidades de saúde organizadas no modelo de estratégia de saúde da família, mistas e tradicionais, focadas no atendimento da demanda espontânea e em ações curativas. A verificação da extensão dos atributos da APS ainda se encontra condicionada aos avanços organizacionais, de infraestrutura e da qualidade dos serviços prestados. As práticas de avaliação dos serviços e ações de saúde na APS foram incrementadas e sistematizadas em Juiz de Fora a partir da adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) em 2012, não atingindo adesão total das equipes de saúde do município em nenhuma fase.

Metodologia

Estudo transversal, desenvolvido com os profissionais médicos que atuavam nas unidades básicas de saúde da APS do município de Juiz de Fora/MG no período de setembro de 2019 a fevereiro de 2020.

Juiz de Fora é o maior dos 94 municípios da Região Ampliada de Saúde Sudeste do estado de Minas Gerais, sendo referência em serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade e densidade tecnológica da região (JUIZ DE FORA, 2018). Ao se analisar a organização em APS em Juiz de Fora, observa-se similaridade entre a cobertura em APS da cidade (74,4%) e a média de cobertura dos municípios brasileiros com população entre 200 mil a 600 mil habitantes (64,5%), justificando-se assim a relevância do estudo para a análise da percepção dos atributos da APS por profissionais de saúde nesse universo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020).

Foram incluídos na pesquisa os médicos da APS com vínculo de trabalho de 40 horas semanais lotados nas UBS urbanas e rurais do município e que atuavam na estratégia da saúde da família, os profissionais vinculados ao Programa Mais Médicos para o Brasil com carga horária de 32 horas semanais e os profissionais de UBS tradicionais com carga horária de 20 horas que também atuavam na lógica de saúde da família. A população de estudo correspondeu a 89,5% dos médicos que atuavam na APS no município no período de realização da pesquisa. Os demais 10,5% eram profissionais médicos especialistas em clínica, pediatria e ginecologia que atuavam em unidades tradicionais com ênfase no atendimento ambulatorial, ainda fora do modelo da ESF.

Os dados referentes aos atributos da APS foram coletados por meio da aplicação do instrumento PCATool-Brasil, em sua versão profissionais de saúde. Foi aplicado também um questionário complementar sociodemográfico a fim de levantar o perfil dos médicos, sua formação acadêmica, experiência profissional e tempo de atuação na APS.

A versão profissionais de saúde do instrumento PCATool, utilizada nesta pesquisa, é formada por 77 itens divididos em oito componentes em relação aos atributos essenciais e derivados da APS: (A) Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade; (B) Longitudinalidade; (C) Coordenação – Integração de Cuidados; (D) Coordenação – Sistema de Informações; (E) Integralidade – Serviços Disponíveis; (F) Integralidade – Serviços Prestados; (G) Orientação Familiar e (H) Orientação Comunitária. As respostas foram pontuadas segundo escala tipo Likert, com intervalo de um a quatro para cada um dos itens: “com certeza sim” (valor = 4), “provavelmente sim” (valor = 3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor = 1) e “não sei/ não lembro” (valor = 9) (FERREIRA *et al.*, 2016).

Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes foram definidos através dos valores reescalados das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente escala original, de 1 a 4, foi transladada para a nova escala de 0 a 10 que contém os escores (FERREIRA *et al.*, 2016). Para avaliar a qualidade da APS, foram calculados os escores essencial e derivado médios, dados pela média aritmética de cada item dos atributos essenciais e derivados separadamente, e o escore geral médio, dado pela média aritmética dos escores totais dos atributos essenciais e derivados conjuntamente. Para análise e discussão, foram considerados como satisfatórios os escores médios maiores ou iguais a 6,6 e como insatisfatórios os escores médios abaixo desse valor (BRASIL, 2020). Considerou-se como área afim à estratégia de saúde da família as especializações também voltadas ao atendimento dos segmentos assistidos pela estratégia de saúde da família, tais como pediatria, ginecologia e clínica médica. Foram calculados também o desvio padrão, a mediana, os valores mínimos e o máximo dos escores (geral, essencial e derivado), bem como investigada a associação entre os escores e as variáveis que apresentassem alguma ordenação para seus valores (ou seja, que fossem pelo menos categóricas ordinais), dentre as investigadas por meio do questionário complementar, através da correlação de Spearman. Nesta última etapa, variáveis originalmente numéricas, como a idade, não tiveram seus valores reclassificados em intervalos.

O software R versão 3.5.3 (R Core Team, 2019) foi utilizado para entrada e análise de dados (R CORE TEAM, 2019).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora sob parecer nº 3.292.075

Resultados

Em relação aos dados sociodemográficos, de formação e de tempo de atuação na APS, 78,7% dos médicos entrevistados possuíam menos de 45 anos, mais da metade (58,51%) possuía até 15 anos de formação em Medicina e 68,11% trabalhavam na APS há mais de 15 anos, sendo 90,43% em unidades da estratégia de saúde da família e apenas 9,57% em unidades tradicionais ou mistas. Além disso, cerca de 62,8% possuíam pelo menos uma qualificação em medicina de família e comunidade ou áreas afins (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas, de formação e atuação na APS dos médicos da UBS de Juiz de Fora/MG 2019/2020

Variáveis		N	%
Sexo	Feminino	47	50,0
	Masculino	47	50,0
Idade	<35	36	38,3
	35 - 55	38	40,4
	>55	20	21,3
Estado Civil	Solteiro	36	38,3
	Separado/Divorciado	9	9,6
	Casado/Amasiado	45	47,9
	Outro	4	4,3
Formação pós-graduação	Saúde da Família ou áreas afins *	59	62,7
	Outras áreas **	02	2,1
	Nenhuma	33	35,1
Anos de Formado	<5	29	30,8
	5 - 15	26	27,6
	>15	39	41,5
Capacitação em APS	Não	15	25,7
	Sim	79	74,3
Tempo de trabalho na APS	<5	30	31,9
	5 - 15	34	36,2
	>15	30	31,9
Modelo de UBS que trabalha	Tradicional	9	9,6
	ESF	85	90,4
Regime de trabalho	20h	2	2,1
	32h	23	24,5
	40h	6	73,4
Vínculo de trabalho	Processo seletivo	2	29,8
	Estatutário	8	45,7
	Mais Médicos	4	24,5

* Clínica, ginecologia, cardiologia, pediatria, nefrologia

** Medicina estética, anatomia patologia

Fonte: Elaborada pela autora (2020)

Segundo a avaliação dos médicos entrevistados, os escores geral (7,05), essencial (6,93) e derivado (7,95) dos atributos da APS exibiram médias consideradas como satisfatórias. Em relação aos itens que compõem os atributos, apenas o atributo essencial de acessibilidade apresentou escore médio insatisfatório (<6,6) e, dentre os demais, o atributo de integralidade dos serviços disponíveis foi o que exibiu escore mais baixo (6,74), embora ainda considerado satisfatório. Os escores mais elevados foram atribuídos aos itens de orientação familiar (8,72) e coordenação/sistema de informação (8,72) (Tabela 2).

Tabela 2 – Escores dos atributos da APS conforme avaliação dos médicos das UBS de Juiz de Fora/MG. 2019/2020.

Atributos	Média	DP	Mediana	Mín	Máx
Acessibilidade	4,02	3,99	3,33	0,00	10
Longitudinalidade	7,12	2,62	6,66	0,00	10
Coordenação/Integração de cuidados	7,22	3,08	6,66	0,00	10
Coordenação/Sistema de Informação	8,72	1,96	10,00	0,00	10
Integralidade/Serviços disponíveis	6,74	3,77	6,66	0,00	10
Integralidade/Serviços prestados	8,31	4,25	10,00	0,00	10
Orientação Familiar	8,72	1,76	10,00	3,33	10
Orientação Comunitária	7,57	3,00	10,00	0,00	10
Geral	7,05	3,40	6,66	0	10
Essencial	6,93	3,47	6,66	0	10
Derivado	7,95	2,70	10,00	10	10

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

Ao correlacionarmos os atributos essenciais e derivados com o tempo de experiência em APS (Tabela 3), verificou-se que quanto maior o tempo de atuação na APS, maiores os escores médios dos atributos de longitudinalidade e de coordenação/integração do cuidado avaliados pelos médicos ($p > 0,05$).

Tabela 3 – Correlação entre o tempo de experiência em APS e a média dos escores por atributos essenciais e derivados

Atributos	N	Correlação Spearman	Valor p*
A- Acessibilidade	94	-0,0743	0,4764
B- Longitudinalidade	94	0,4069	<0,0001
C- Coordenação/ Integração do cuidado	94	0,2104	0,0418
D- Coordenação/ Sistema de Informação	93	0,1724	0,0984
E-Integralidade/ Serviços Disponíveis	94	0,0159	0,8787
F- Integralidade/ Serviços prestados	94	0,0665	0,5243
G- Orientação Familiar	94	0,1858	0,0730
H-Orientação Comunitária	94	-0,0252	0,8093

*Teste de significância de Spearman.

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

Ao se correlacionar os escores médios dos atributos essenciais e derivados avaliados pelos médicos com a realização de pós-graduação (incluindo especialização, residência ou mestrado) na área de medicina de família e comunidade ou área afim, verificaram-se maiores escores médios dos atributos de longitudinalidade ($p = 0,01$) e de orientação familiar ($p = 0,02$) para os médicos que cursaram pelo menos uma pós-graduação*, em relação aqueles que não cursaram pós-graduação.

Tabela 4 – Correlação entre formação médica e escores médios individuais por atributo e tipo de escore.

Atributos	N	Alguma formação na área*	Nenhuma formação na área**	Correlação Spearman	Valor p***
A- Acessibilidade	94	58	36	-0,0564	0,5893
B- Longitudinalidade	94	58	36	0,3636	0,0004
C-Coord./Integ. do cuidado	94	58	36	0,1815	0,0799
D-Coord. / Sistemas de Informação	93	58	35	0,0056	0,9573
E-Integralidade/ Serviços Disponíveis	94	58	36	0,0379	0,7165
F- Integralidade/ Serviços prestados	94	58	36	0,0990	0,3424
G- Orientação Familiar	94	58	36	0,2407	0,0194
H-Orientação Comunitária	94	58	36	0,0353	0,7355

Especialização e/ou residência e/ou mestrado em medicina de família e comunidade e especialidades clínicas (ginecologia e obstetrícia, pediatria, geriatria, clínica, nefrologia e cardiologia).

** Anatomia/Patologia e Medicina Estética.

*** Teste de significância de Spearman.

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

Discussão

A avaliação dos atributos da APS realizada pelos médicos das UBS do município de Juiz de Fora demonstra resultado satisfatório nas médias dos escores dos atributos gerais (7,05), essenciais (6,93) e derivados (7,95), todos superiores a 6,6, o que também foi evidenciado em estudos similares realizados em outros municípios brasileiros (BATISTA; GONÇALVES, 2011; GOMES; FRACOLLI, 2018; PENSO *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2017).

É possível que o número elevado de profissionais que possui alguma qualificação na área de medicina de família e comunidade ou áreas afins (62,76%), tenha contribuído para esse resultado, uma vez que o modelo de atenção à saúde proposto a partir do SUS aponta para a necessidade de uma formação mais crítica, reflexiva e integral do ser humano (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Além disso, mais da metade dos médicos possui até 15 anos de formado, sendo que desses, a maior parte teve formação acadêmica regida pelas diretrizes curriculares nacionais da medicina que prevê o cumprimento mínimo de 30% (trinta por cento) da carga horária prevista para o internato na área da APS e em serviço de Urgência e Emergência do SUS (BRASIL, 2014).

O atributo de acessibilidade – acesso de primeiro contato foi o que recebeu escores médios insatisfatórios no geral, corroborando com os resultados de outros estudos (BATISTA; GONÇALVES, 2011; PENSO *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2017). Se por um lado um dos objetivos do SUS diz respeito à descentralização dos serviços e o estabelecimento da APS como porta de entrada da rede de assistência à saúde, por outro, ainda se observa a falta de disponibilidade dos serviços no intervalo de almoço, horário noturno e finais de semana, tanto em Juiz de Fora, como nos demais municípios investigados em outros estudos (BATISTA; GONÇALVES, 2011; FERREIRA *et al.*, 2016; GOMES; FRACOLLI, 2018; PENSO *et al.*, 2017), contribuindo para a procura das unidades de urgência e emergência e dificultando a adoção do cuidado continuado e longitudinal proposto pela Política Nacional de Atenção Básica. Ao discutir os resultados insatisfatórios quanto ao atributo acessibilidade, pesquisa realizada em Goiás destaca a necessidade de mais investimento financeiro na qualificação do acesso, através da superação de limitações legais que impedem a organização do trabalho das UBS fora do horário comercial e aos fins de semana (SANTOS *et al.*, 2017).

Ressalta-se que a limitação no horário de atendimento e nos mecanismos de comunicação com os usuários, dificultam a consolidação da APS como porta de entrada do sistema e como ordenadora da rede de serviços de saúde.

Apesar da criação do Programa Saúde na Hora no país pelo Ministério da Saúde em 2020, Juiz de Fora não chegou a concretizar sua adesão ao Programa, realizando apenas a pré-adesão de 12 UBS (BRASIL, 2010), não avançando na sua implantação no município.

No entanto, essa é uma pauta que deve ser debatida entre os atores da política de saúde da cidade, na busca de alternativas viáveis de ampliação do acesso. Cabe ressaltar também a importância do avanço na implantação da rede lógica da saúde para a efetividade da APS e ampliação efetiva do acesso.

Em relação ao atributo de longitudinalidade, os profissionais com mais anos de atuação na APS possuem melhor percepção quanto o alcance deste atributo na sua prática. Autores afirmam que a garantia da longitudinalidade proporciona o desenvolvimento do vínculo entre usuários e profissionais de saúde, permitindo maior conhecimento dos problemas e a construção do histórico de saúde do sujeito pela equipe de saúde, e possibilitando maior confiança e, conseqüentemente, maior potencial de resolubilidade (BRASIL, 2017). Apesar dos profissionais com mais tempo de experiência na APS de Juiz de Fora terem avaliado positivamente o atributo longitudinalidade, cabe destacar o fato de 54,26% dos médicos entrevistados não possuírem vínculo empregatício efetivo com o município, o que leva ao prejuízo do acompanhamento longitudinal do serviço assistencial. Os profissionais que possuem vínculo temporário têm que se submeter periodicamente a processos seletivos do município para revalidação de seus contratos, o que aumenta a rotatividade das lotações e prejudica tanto a relação do profissional com os usuários quanto com as equipes de saúde.

Assim como a longitudinalidade, o atributo de orientação familiar também foi mais bem avaliado pelos profissionais com formação correlata à área de medicina de família e comunidade, assim como nos estudos realizados em Goiânia/GO (SANTOS, *et al.*, 2017) e Lajeado/RS (PENSO *et al.*, 2017). Starfield (2002) atenta para o fato de que os profissionais tradicionais da atenção primária, clinicamente orientados, têm dificuldade em entender o impacto relativo aos fatores ambientais, sociais e comportamentais na etiologia e progressão da enfermidade, porque, frequentemente, não estão familiarizados com o meio no qual os pacientes vivem e trabalham.

A orientação familiar faz-se satisfatória na medida em que denota a capacidade dos profissionais interagirem com as famílias, respeitando sua singularidade e reconhecendo seus problemas e necessidades, dentro do contexto em que estão inseridas.

O atributo coordenação/integração do cuidado também foi obtido pior desempenho entre aos profissionais com menor tempo de atuação na APS (valor $p=0,0418$). No município de Juiz de Fora, assim como em outros municípios, a exemplo

Sobral/CE (BATISTA; GONÇALVES, 2011) e Lajeado/RS (PENSO *et al.*, 2017), foram verificadas dificuldades na comunicação dos profissionais médicos com outros pontos da rede de atenção e fragilidades no sistema de referência e contrarreferência e no acesso aos serviços especializados. A coordenação nas suas variantes de integração do cuidado e serviços disponíveis encontra-se relacionada à relevância da continuidade dos serviços. Desta forma, cabe ressaltar a importância da efetividade da contrarreferência dos serviços secundários e terciários como instrumento fundamental

para a continuidade do acompanhamento do usuário pela equipe de saúde, favorecendo a continuidade do processo terapêutico e a resolubilidade da atenção. Starfield (2002) afirma que a qualificação da coordenação da atenção encontra-se intimamente ligada ao quanto os médicos da APS conhecem sobre o processo de circulação de informações, o que provavelmente parece ser mais difícil entre os profissionais com menor tempo de atuação na APS, justificando os resultados encontrados nessa pesquisa.

Conclusão

Os resultados obtidos através desta pesquisa proporcionaram uma reflexão sobre a organização dos serviços da APS do município de Juiz de Fora/MG e, embora tenha sido identificada avaliação satisfatória dos atributos da APS no geral, apontaram a necessidade de melhoria dos serviços no âmbito da acessibilidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado e orientação familiar para o aprimoramento da qualidade assistencial e de gestão local.

Mesmo reconhecendo a relevância de se incorporar outros olhares diversos quando se trata de abordar a política de saúde, essa pesquisa procurou enfatizar a visão do médico que atua na atenção primária, dada a importância histórica existente no consciente coletivo do papel deste profissional na assistência à saúde, e a relevância de seu trabalho nas equipes de saúde da família.

Por outro lado, ao se considerar o papel da APS de ordenadora da rede assistencial, torna-se fundamental destacar que as discussões sobre a coordenação do cuidado devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde, dada a sua fundamental importância no processo do cuidado integral e no investimento na formação, educação permanente e práticas colaborativas na APS.

Essa é uma temática de discussão de âmbito universal na qual se constata ainda muitas lacunas de conhecimento na literatura a serem desbravadas. No entanto, por se referir à realidade de um município de médio porte com uma rede de serviços de APS relativamente estruturada, os resultados alcançados poderão oferecer elementos importantes para a ampliação e aprofundamento da temática no contexto nacional.

Referências

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884–899, 2011. Doi: 10.1590/S0104-12902011000400007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 43-51, 23 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**: primary care assessment tool, PCATool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 3, 23 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 68-76, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde**: PCATool-Brasil – 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. n. especial 1, p. 208–223, 2018. Doi: 10.1590/0103-11042018s114.

FERREIRA, V. D. *et al.* Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um Município Mineiro. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1–8, 2016. Doi: 10.5935/1414-8145.20160104.

GIRARDI, S. N. *et al.* Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675–2684, 2016. Doi: 10.1590/1413-81232015219.16032016.

GOMES, M. F. P.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da estratégia saúde da família sob a ótica dos profissionais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 3, p. 1–13, 2018. Doi: 10.5020/18061230.2018.7108.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2020**: tabelas. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2020/POP2020_20201030.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2020.

JUIZ DE FORA. **Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria Municipal de Saúde. Plano de Saúde 2018-2021**. Juiz de Fora: PJF, 2018.

OLIVEIRA, M. P. R. *et al.* Formação e qualificação de profissionais de saúde: Fatores associados à qualidade da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 547–559, 2016. Doi: 10.1590/1981-52712015v40n4e02492014.

PENSO, J. M. *et al.* Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1–9, 2017. Doi: 10.5712/rbmfc12(39)1212.

R CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing**. Vienna, 2019. Disponível em: <<https://www.R-project.org/>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

SANTOS, L. M. P.; COSTA, A. M.; GIRARDI, S. N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3547–3552, 2015. Doi: 10.1590/1413-812320152011.07252015.

SANTOS, N. A. *et al.* Avaliação dos atributos da atenção primária por profissionais de saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 20, n. 3, p. 339–348, 2017. Doi: 10.34019/1809-8363.2017.v20.15964.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. The Hidden Inequity in Health Care. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 10, n. 1, p. 15, 2011. Doi: 10.1186/1475-9276-10-15.

VIEIRA, S. P. *et al.* A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 189–207, 2018. Doi: 10.1590/0103-11042018s113.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos através desta pesquisa proporcionaram a reflexão sobre alguns aspectos da organização da política de Atenção Primária à Saúde no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Essa pesquisa procurou dar ênfase a visão do médico que atua na atenção primária, dada a importância histórica existente no consciente coletivo do papel deste profissional na assistência à saúde, a relevância de seu trabalho nas equipes de saúde da família e à sua contribuição para o avanço da incorporação de educação permanente e práticas colaborativas na APS.

O estudo contribuiu para o conhecimento das áreas mais importantes a serem investidas na APS do município para o aprimoramento da qualidade assistencial e de gestão.

Apesar dos resultados apresentados demonstrarem desempenho positivo na avaliação dos atributos gerais, essenciais e derivados da APS, as questões avaliadas com escores insatisfatórios merecem ser discutidas com vistas a favorecer a eficácia e a qualidade da APS no município.

Os baixos escores atribuídos pelos médicos ao atributo da acessibilidade, expressam a necessidade do investimento na busca de alternativas para o rompimento com o modelo de atendimento dos usuários da APS, limitado hoje ao horário comercial, dificultando a adesão dos usuários trabalhadores aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde.

Apesar da criação do Programa Saúde na Hora no Brasil pelo Ministério da Saúde em 2020, Juiz de Fora não chegou a concretizar sua adesão ao Programa, realizando apenas a pré adesão de 12 UBS, não avançando na sua implantação no município. No entanto, essa é uma pauta que deve ser debatida entre os atores da política de saúde da cidade, na busca de alternativas viáveis de ampliação do acesso. Nesse sentido, cabe ressaltar também a importância do avanço na implantação da rede lógica da saúde para a efetividade da APS e ampliação do acesso.

A pesquisa revelou que os atributos de longitudinalidade, integralidade, coordenação e orientação familiar são mais bem avaliados pelos profissionais mais qualificados na área de Medicina de Família e Comunidade e áreas afins e com maior tempo de atuação na APS local. A busca da concretização de uma política de recursos humanos que propicie atrativo para fixação do profissional na APS, deve ser almejada

pela gestão municipal da saúde, que recentemente já demonstrou avanço quando da efetivação de concurso público para contratação de médicos de família e comunidade. A discussão em torno de um plano de carreira que aborde questões como: a maior flexibilização da jornada de trabalho também poderá contribuir para a ampliação do horário de funcionamento das unidades. Outras pautas reivindicatórias também devem ser discutidas entre profissionais e gestores como : a extensão do adicional já existente para os profissionais da estratégia de saúde da família aos profissionais do modelo tradicional, (conforme novo entendimento da conformação das equipes da APS na PNAB 2017); o reconhecimento e adoção de medidas específicas aos profissionais que atuam em locais distantes, vulneráveis, e de difícil acesso como os que trabalham na zona rural; a garantia de horário protegido para participação em educação continuada, permanente e , educação interprofissional compartilhada; o investimento na melhoria da infraestrutura de trabalho, e a busca da garantia da integralidade e longitudinalidade do sistema.

Ao se considerar o papel da APS de coordenadora da rede assistencial, torna-se fundamental que as discussões sobre a coordenação do cuidado sejam realizadas por todos os profissionais, em espaços que favoreçam o diálogo e resultem no avanço do cuidado integral.

O avanço no debate sobre a formação profissional com vistas à maior efetividade do trabalho da APS, dentro de um enfoque interprofissional, de educação permanente e práticas colaborativas, deverá proporcionar a ampliação da reflexão crítica acerca da prática profissional e das necessidades de saúde da população.

Os resultados oriundos deste estudo serão encaminhados à Secretaria de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora, conforme previsto na elaboração do projeto de pesquisa. Pretende-se que este estudo seja também apresentado e discutido entre os diversos atores sociais envolvidos na temática da política de Atenção Primária à Saúde, como instituições de ensino de saúde públicas e privadas, profissionais da gestão municipal de saúde e controle social. Espera-se que os conteúdos aqui produzidos possam subsidiar o planejamento de futuros instrumentos de ensino e gestão, e fornecer elementos disparadores para os debates de conferências locais de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. R. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 42, 2018. Doi: 10.26633/RPSP.2018.180.
- ANDERSON, M. I. P. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1–16, 2019. Doi: 10.5712/rbmfc14(41)2180.
- ANDERSON, M. I. P.; RODRIGUES, R. D. Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 18, p. 19–20, 2011. Doi: 10.5712/rbmfc6(18)246.
- AUTONOMO, F. R. O. M. *et al.* A Preceptorial na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária – Análise das Publicações Brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 316–327, 2015. Doi: 10.1590/1981-52712015v39n2e02602014.
- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884–899, 2011. Doi: 10.1590/S0104-12902011000400007.
- BOUSQUAT, A. *et al.* A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. Suplemento 2, p. 1–16, 2019. Doi: 10.1590/0102-311x00099118.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 43–51, 23 fev. 2006a.
- BRASIL. (Org.). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 34–38, 22 ago. 2007
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**: primary care assessment tool, PCATool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 79–80, 20 jul. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, 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). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 48-55, 24 out. 2011b.

BRASIL. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1–4, 23 out. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 jun. 2013b.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 3, 23 jun. 2014.

BRASIL. Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 2–3, 16 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 68–76, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 569, de 8 de dezembro de 2017. Reafirma a prerrogativa constitucional do SUS em ordenar a formação dos (as) trabalhadores (as) da área da saúde e aprova o Parecer Técnico nº 300/2017, em anexo, que apresenta princípios gerais a serem incorporados nas DCN de todos os cursos de graduação da área da saúde, como elementos norteadores para o desenvolvimento dos currículos e das atividades didático-pedagógicas, e que deverão compor o perfil dos egressos desses cursos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 85–90, 26 fev. 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital n. 18, de 19 de novembro de 2018. Adesão de médicos ao Programa de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde – Projeto Mais Médicos para o Brasil. **Diário Oficial da União**: seção 3, Brasília, DF, p. 134, 20 nov. 2018b.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil** [recurso eletrônico]. Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação, 2019a. (Atualizada até a EC n. 99/2017).

BRASIL. Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, v. 157, n. 95, p. 2–19, 20 maio 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. e-Gestor AB. Informação e gestão da Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica. Todos os municípios - MG. Março de 2019. 2019c. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 12 abr. 2019.

BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 220, p. 97, 13 nov. 2019d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde**: PCATool-Brasil – 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2655–2663, 2016. Doi: 10.1590/1413-81232015219.18922016.

CASTRO, M. M. C. **Trabalho em saúde**: a inserção do assistente social na Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora/MG. 2009. 196 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

COMES, Y. *et al.* A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2729–2738, 2016. Doi: 10.1590/1413-81232015219.15472016.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705–711, 2006. Doi: 10.1590/S1413-81232006000300017.

DONABEDIAN, A. The Quality of Medical Care. **Science**, New York, v. 200, n. 4344, p. 856–864, 1978. Doi: 10.1126/science.417400.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. n. especial 1, p. 208–223, 2018. Doi: 10.1590/0103-11042018s114.

FACULDADE SUPREMA. **Programa Integrador Suprema**. Juiz de Fora, c2018. Disponível em: <<https://www.suprema.edu.br/ensino/programa-integrador>. Acesso em: 7 jul. 2020.

FARAH, B. F. **A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde**: as repercussões do curso introdutório para equipes de saúde da família - experiência do município de Juiz de Fora/MG. 2006. 270 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1. Número especial, p. 12–14, 2018. Doi: 10.1590/0103-11042018s101.

FERREIRA, R. C.; SILVA, R. F.; AGUERA, C. B. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 52–59, 2007. Doi: 10.1590/S0100-55022007000100008.

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. Doi: 10.1590/1413-812320141912.00572014.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 25. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475–1482, 2020. Doi: 10.1590/1413-81232020254.01842020.

GIRARDI, S. N. *et al.* Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675–2684, 2016. Doi: 10.1590/1413-81232015219.16032016.

HARZHEIM, E. *et al.* Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649–1659, 2006. Doi: 10.1590/S0102-311X2006000800013.

HARZHEIM, E. *et al.* Following the Legacy of Professors Barbara Starfield and Leiyu Shi in Brazil as Health Policy: The National Health Survey (PNS), Led by the Brazilian National Institute of Geography and Statistics (IBGE) and the Primary Care Assessment Tool (PCAT). **International Journal for Equity in Health**, v. 18, n. 1, p. 1–3, 2019. Doi: 10.1186/s12939-019-1083-2.

HAUSER, L. *et al.* Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão

profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 244–255, 2013. Doi: 10.5712/rbmfc8(29)821.

HORTA, T. A. C. *et al.* **A estratégia de implantação do Plano Diretor de Atenção Primária de Juiz de Fora**. Juiz de Fora: Prefeitura de Juiz de Fora, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2020**: tabelas. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2020/POP2020_20201030.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2020.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária em Saúde. **Catálogo de Normas da Atenção Primária [PDAPSJF]**. Juiz de Fora: Funalfa, 2016.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Saúde 2018-2021**. Juiz de Fora: PJJ, 2018.

KEMPER, E. *et al.* Cobertura universal em saúde e o Programa Mais Médicos no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 42, p. 1–5, 2018. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34589>>. Doi: 10.26633/RPSP.2018.1. Acesso em: 15 mar. 2019.

LIMA, E. F. A. *et al.* Avaliação Da Estratégia de Saúde Da Família Na Perspectiva Dos Profissionais de Saúde. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 275–280, 2016. Doi: 10.5935/1414-8145.20160037.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181–1188, 2020. Doi: 10.1590/1413-81232020254.01022020.

MAZUTTI PENSO, J. *et al.* Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1–9, 2017. Doi: 10.5712/rbmfc12(39)1212.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 38–51, 2018. Doi: 10.1590/0103-11042018s103.

MENDES, A.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 224–243, 2018. Doi: 10.1590/0103-11042018s115.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: OPAS, 2011.

MENDONÇA, C. S.; DIERCKS, M. S.; KOPITKE, L. O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre, Brasil,

após a inserção no Programa Mais Médicos: uma comparação intermunicipal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2871–2878, 2016. Doi: 10.1590/1413-81232015219.16622016.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11–24, 2018. Doi: 10.1590/0103-1104201811601.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66p. 158–164, 2013. Número especial. Doi: 10.1590/S0034-71672013000700020.

OLIVEIRA, M. P. R. *et al.* Formação e qualificação de profissionais de saúde: Fatores associados à qualidade da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 547–559, 2016. Doi: 10.1590/1981-52712015v40n4e02492014.

PINTO, L. F. *et al.* A qualidade da Atenção Primária à Saúde na Rocinha – Rio de Janeiro, Brasil, na perspectiva dos cuidadores de crianças e dos usuários adultos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 771–781, 2017. Doi: 10.1590/1413-81232017223.33132016.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903–1914, 2018. Doi: 10.1590/1413-81232018236.05592018.

R CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing**. Vienna, 2019. Disponível em: <<https://www.R-project.org/>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

REIS, E. J. F. B. *et al.* Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50–61, 1990. Doi: 10.1590/S0102-311X1990000100006.

REIS, R. S. *et al.* Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3321–3331, 2013. Doi: 10.1590/S1413-81232013001100022.

SANTOS, L. M. P.; COSTA, A. M.; GIRARDI, S. N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3547–3552, 2015. Doi: 10.1590/1413-812320152011.07252015.

SARTI, T. D. *et al.* A institucionalização da avaliação na atenção básica: alguns aspectos para a construção de práticas democráticas no contexto da estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 63–69, 2008. Doi: 10.21722/rbps.v0i0.492.

SILVA, S. A. *et al.* Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. spe, p. 122–128, 2014. Doi: 10.1590/S0080-623420140000600018.

SOUSA, A. N. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 289–301, 2018. Doi: 10.1590/0103-11042018s119.

SPERLING, S. Política Nacional de Atenção Básica: consolidação do modelo de cuidado ou conciliação com o mercado de saúde? **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 42, n. spe1, p. 341–345, 2018. Doi: 10.1590/0103-11042018s123.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. The Hidden Inequity in Health Care. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 10, n. 1, p. 15, 2011. Doi: 10.1186/1475-9276-10-15.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821–828, 2012. Doi: 10.1590/S1413-81232012000400002.

VIEIRA, S. P. *et al.* A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 189–207, 2018. Doi: 10.1590/0103-11042018s113.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud**. Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Astana:

WHO/HIS/SDS, 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2019.

APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados

Questionário sociodemográfico e ocupacional

As questões abaixo referem-se aos seus dados pessoais e profissionais. Peço sua cooperação para respondê-las, esclarecendo não haver respostas melhores ou piores.

A. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DO PROFISSIONAL

Q1. Sexo: 1. Feminino 2. Masculino

Q2. Qual é a sua idade? _____ anos.

Q3. Qual é o seu estado civil?

1. Solteiro(a)
2. Separado(a), divorciado(a)
3. Casado(a) ou amasiado(a).

Outro: _____

Q4. Com que você mora?

1. Com cônjuge e filhos
2. Com os pais
3. Sozinho
4. Outro _____

Q5. Número de dependentes:

1. 0
2. 1 a 2
3. 3 ou mais

Q6. Qual é a sua formação?

1. Graduação em medicina
2. Especialista em _____
3. Residência em _____
4. Mestrado em _____
5. Doutorado em _____

Q7. Quantos anos tem de formado em medicina? _____

B. DADOS OCUPACIONAIS

Q1. Há quanto tempo você trabalha na Atenção Primária à Saúde? _____ (anos e meses)

Q2. Há quanto tempo você trabalha na Atenção Primária à Saúde na Prefeitura de Juiz de Fora? _____ (anos e meses).

Q3. Em qual modelo de Unidade Básica de Saúde você trabalha na Prefeitura de Juiz de Fora?

1. Tradicional
2. Estratégia de Saúde da Família

Q4. Qual é o seu regime de trabalho nesta instituição? _____ horas diárias

Q5. Qual é o seu horário de trabalho nesta instituição? _____

Q6. Qual é o seu vínculo empregatício nesta instituição?

1. CLT (carteira assinada)
2. Concursado estatutário (sem carteira assinada);
3. Contrato (processo seletivo)

Outro: _____

Q7. Quais profissionais compõem sua equipe de trabalho?

1. Enfermeiro
2. Assistente Social
3. Cirurgião Dentista
4. Auxiliar de Enfermagem
5. Agente Comunitário de Saúde
6. Outro _____

Q8. Qual é seu nível de satisfação com o seu trabalho nesta instituição?

1. Muito satisfeito(a)
2. Satisfeito(a)
3. Neutro(a)
4. Insatisfeito(a)
5. Muito insatisfeito(a).

APÊNDICE B – Carta aos profissionais médicos das UBS de Juiz de Fora

Prezado(a)

Dr (a) _____

Médico da UBS _____

Estou desenvolvendo uma pesquisa no âmbito de mestrado acadêmico pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora, cujo tema é a “Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde sob a ótica dos médicos das Unidades Básicas de Saúde de Juiz de Fora/MG”. Tal pesquisa encontra-se aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF e será realizada através do preenchimento dos dois questionários em anexo à esta carta, pelos médicos que atuam na atenção primária do município.

O primeiro questionário visa o levantamento do perfil sócio demográfico dos profissionais, e o segundo, o questionário PCATool Brasil validado pelo Ministério da Saúde, visa conhecer a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS sob a ótica dos profissionais médicos.

É na busca de uma maior compreensão desse contexto que necessito de sua preciosa colaboração. Assim, solicito que preencha individualmente os dois questionários no prazo de uma semana a contar da data do recebimento.

Adianto que suas respostas, conforme consta no Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento em anexo, serão estritamente confidenciais e muito importantes para um adequado diagnóstico e futuras discussões e encaminhamentos de contribuições aos atores sociais envolvidos.

Agradeço desde já a sua disponibilidade e a devolução dos questionários devidamente preenchidos e lacrados no envelope em que se encontram, ao supervisor da sua UBS, a quem me reportarei para o recolhimento até o dia / / .

Com meus cumprimentos,

Ana Paula Brandão Costa
TNS III – Assistente Social – SSAPS/ SS/PJF
Mestranda em Saúde Coletiva – UFJF
apb-costa@hotmail.com

ANEXO A – Questionário PCATool Brasil versão Profissionais de Saúde²

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Profissionais

A - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE

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

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

²Brasil (2010, p. 59-69).

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais**

B - LONGITUDINALIDADE

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

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

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais**

C - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

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

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

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais**

D - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES

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

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

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais**

E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

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

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

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais**

E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

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

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

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais**

F - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

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

Pergunte: Você atende pacientes (leia as alternativas):

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

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

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

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

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

Perguntas F1 – F3 se aplicam a todas faixas etárias

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

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

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

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

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

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

As perguntas F14 - F15 se aplicam apenas a crianças.

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

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

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais**

G - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

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

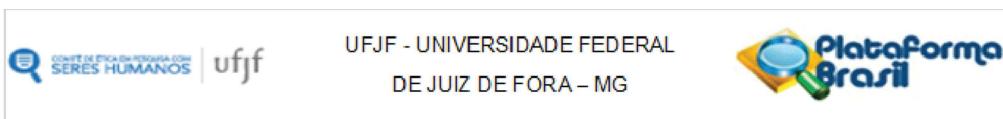
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G1 – Você pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais
H - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

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

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

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa da UFJF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde sob a ótica dos médicos das Unidades Básicas de Saúde de Juiz de Fora/MG

Pesquisador: ANA PAULA BRANDAO COSTA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 06129919.9.0000.5147

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.292.075

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SÃO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2103788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



ufjf

UFJF - UNIVERSIDADE FEDERAL
DE JUIZ DE FORA – MG



Continuação do Parecer: 3.292.075

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: abril de 2020.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SÃO PEDRO

CEP: 36.036-900

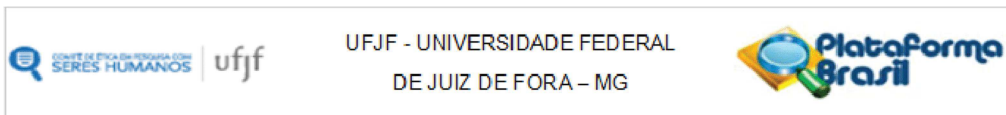
UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2103788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.292.075

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1281257.pdf	25/03/2019 17:02:24		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_ultima-versao.docx	25/03/2019 17:01:17	ANA PAULA BRANDAO COSTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Scan.pdf	21/03/2019 11:42:28	ANA PAULA BRANDAO COSTA	Aceito
Outros	questionario_sociodeografico.docx	21/01/2019 12:30:27	ANA PAULA BRANDAO COSTA	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	pcaool.docx	21/01/2019 12:28:56	ANA PAULA BRANDAO COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_doc.docx	21/01/2019 12:25:54	ANA PAULA BRANDAO COSTA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	02/01/2019 16:07:05	ANA PAULA BRANDAO COSTA	Aceito

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

JUIZ DE FORA, 29 de abril de 2019

Assinado por:

Jubel Barreto (Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SÃO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2103788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa “Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde sob a ótica dos médicos das Unidades Básicas de Saúde de Juiz de Fora/MG”

O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é verificar se os profissionais que atuam nas UBS de Juiz de Fora são orientados pelos atributos da APS”. Nesta pesquisa pretendemos avaliar os atributos da APS sob a ótica dos profissionais médicos das Unidades Básicas de Saúde do município de Juiz de Fora/MG.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: aplicar questionário sociodemográfico e o questionário PCATool, utilizado para analisar a visão dos profissionais de saúde sobre os atributos da APS. Esta pesquisa tem alguns riscos, mínimos para os participantes, implicando nos mesmos riscos em que se corre nas atividades cotidianas como conversar, responder perguntas e enquetes. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, você poderá cancelar imediatamente a sua participação na entrevista, ao perceber qualquer incômodo. A pesquisa poderá contribuir com os profissionais de saúde e com a gestão municipal, fornecendo elementos para o planejamento de ações que visem a melhoria da qualidade da Atenção Primária à Saúde ofertada à população de Juiz de Fora/MG.

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

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

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

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20__

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Nome do Pesquisador Responsável: Ana Paula Brandão Costa
Campus Universitário da UFJF

Faculdade/Departamento/Instituto: Universidade Federal de Juiz de Fora/ Faculdade de Medicina/
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/ Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva

CEP: 36036-900

Fone: 32 988519799

E-mail: apb-costa@hotmail.com