



FACULDADE VALE DO SALGADO-FVS
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

REGILÂNIA SILVA PRIMO

**ANÁLISE DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMARIA EM SAÚDE-APS EM UM
MUNICÍPIO CEARENSE**

ICÓ-CE
2018

REGILÂNIA SILVA PRIMO

ANÁLISE DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE-APS EM UM
MUNICÍPIO CEARENSE

Monografia submetida á disciplina de TCC II do curso Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado – FVS, a ser apresentado como requisito para aquisição do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Esp. Raimundo Tavares de Luna Neto.

ICÓ-CE
2018

REGILÂNIA SILVA PRIMO

ANÁLISE DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE-APS EM UM MUNICÍPIO CEARENSE


Monografia submetida à disciplina de TCC II do curso Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado – FVS, a ser apresentado como requisito para aquisição do título de Bacharel em Enfermagem.

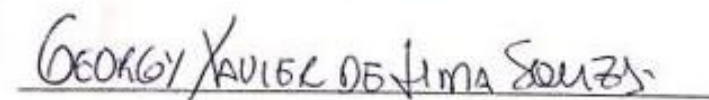
Aprovado 20/11/2018

BANCA EXAMINADORA


Prof. Esp. Raimundo Tavares de Luna Neto
Faculdade Vale do Salgado-FVS

Orientador


Prof.ª Msc. Kelma Márcia de Freitas
Faculdade Vale do Salgado-FVS
1ª Examinador


Prof. Esp. Georgy Xavier de Lima Souza
Faculdade Vale do Salgado-FVS
2ª Examinadora

Dedico em primeiro lugar a Deus que iluminou meu caminho durante esta caminhada, aos meus pais e a minha irmã por acreditarem em mim e me incentivarem e apoiar nos momentos difíceis.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas em todos os momentos, agradeço também por me fortalecer em momentos de insegurança, angústia e me mostrar o quão perseverante sou.

Aos meus amados pais, João Primo Correa e Ana Cristina Vieira Silva, por todos os conselhos, pelo amor, apoio e incentivo. Por sempre me ensinarem que dignidade e caráter não se compram, que respeito se conquista e que a educação não há dinheiro que pague. Agradeço infinitamente a eles, que por várias vezes abriram mãos de suas vontades e sonhos para viver comigo o sonho de ser Enfermeira.

À minha querida irmã, Rejane Silva Primo, por ser sempre minha amiga e companheira me apoiando nos momentos difíceis e por todas as brigas que acabaram em risadas. Você é uma parte melhorada de mim mesma, meu orgulho. A Assistente Social mais competente do mundo! Te amo!

Aos meus avós, Cassimiro Borges (*in memoriam*) que sempre se fez presente na minha vida e tenho certeza que sempre torceu por mim mesmo que nunca tenha dito com palavras, a minha avó Maria Paula (*in memoriam*), que com muito amor e dedicação esteve torcendo por mim nessa jornada, me ajudando em momentos de dificuldades e brigando quando julgava necessário. Sou uma pessoa abençoada por terem existido na minha vida. Saudades Eternas!

Ao meu orientador Raimundo Tavares de Luna Neto, que acreditou e confiou em mim, construindo este projeto comigo. Exemplo de dedicação e amor à profissão. Um bom professor deixa em cada um dos seus alunos uma marca indestrutível, um pedacinho da sua sabedoria, que está lá e cresce e evolui com cada um dos alunos. Esse bom professor é você! Muito obrigada por toda a ajuda, entusiasmo e paciência comigo!

A todos os meus professores, até os alunos que davam monitoria, vocês me ensinaram muito reconhecimento que vocês fizeram um esforço gigante com muita paciência e sabedoria. Foram vocês que me deram recursos e ferramentas para evoluir um pouco mais todos os dias e chegar a ser essa Enfermeira que me tornei.

Ao meu namorado Hélio Júnior que jamais me negou apoio, carinho, incentivo e um ombro amigo para me acalmar. Obrigado amor, por aguentar tantas crises de estresse, ansiedade e por ouvir minhas lamentações

A todos os meus amigos, especialmente Andréa, Viviane e Daniely, meu muito obrigado. As risadas, que vocês compartilharam comigo nessa etapa tão desafiadora da vida acadêmica fizeram a diferença. Vocês foram fundamentais para minha formação!

Essa conquista também é de vocês! Vocês marcaram a minha vida para sempre!

“Nada é suficientemente bom. Então vamos fazer o que é certo, dedicar o melhor de nossos esforços para atingir o inatingível, desenvolver ao máximo os dons que Deus nos concedeu, e nunca parar de aprender.”

- *Beethoven*

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Gráfico 1: Escore geral por área de abrangência do município.....	31
Gráfico 2: Valores médios dos atributos da APS conferidos pelos usuários adultos na avaliação da ESF Pega Avoante, em um município cearense.	32
Gráfico 3: Valores médios dos atributos da APS conferidos pelos usuários adultos na avaliação da ESF Centro, em um município cearense.....	32
Gráfico 4: : Valores médios dos atributos da APS conferidos pelos usuários adultos na avaliação da ESF Fátima, em um município cearense.	33
Tabela 1: Perfil sociodemográfico dos usuários cadastrados nas Estratégias Saúde da Família (n=199) por área de abrangência do município, 2018	29

LISTA DE SIGLAS

AA	Acesso de primeiro contato – Acessibilidade
AB	Atenção Básica
AU	Acesso de primeiro contato – Utilização
ACE	Agentes de Controle de Endemias
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Atenção Básica
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária a Saúde
AQ-PCP	ADHD Questionnaire for Primary Care Providers
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CE	Ceará
CE	Centro
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Código de Endereço Postal
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CF	Constituição Federal
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPF	Cadastro de Pessoa Física
EAB	Equipes de Atenção Básica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESP	Especialista
EUROPEP	European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care
FA	Fátima
FSEP	Fundação de Serviços Especializados de Saúde Pública
FVS	Faculdade Vale do Salgado
GA	Grau de Afiliação
GPAQ	General Practice Assessment Questionnaire
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Integração de Cuidados
LG	Longitudinalidade
Mrs	Mestre
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleos de Apoio à Saúde da Família da Atenção Básica
OC	Orientação Comunitária
OMS	Organização Mundial de Saúde
OF	Orientação Familiar
PA	Pega Avoante
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PCET	WHO Primary Care Evaluation Tool
PCPC	Primary Care Policy Center
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
Prof	Professor
PSE	Programa Saúde na Escola

PSF	Programa Saúde da Família
RG	RG Registro Geral
SD	Serviços Disponíveis
SI	Sistema de Informação
SP	Serviços Prestados
SPA	Serviço de Psicologia Aplicada
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNILEÃO	Centro Universitário Doutor Leão Sampaio
USF	Unidade de Saúde da Família

RESUMO

PRIMO. R. S. **ANÁLISE DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE-APS EM UM MUNICÍPIO CEARENSE**. 2018. 63f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem). Faculdade Vale do Salgado. Icó-Ce, 2018

O processo de atenção à saúde da população está passando por um momento de transição de um modelo extremamente curativista para um modelo pautado na promoção e prevenção da saúde. Alguns marcos fundamentais que contribuíram para essas mudanças foram a conferência de Alma-Ata em 1978, a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 e sua transformação em Estratégia por Intermédio da PNAB de 2006. Nesse sentido o Ministério da Saúde (MS) está buscando melhorar a qualidade da atenção em saúde através de dispositivos de avaliação como o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o instrumento intitulado de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (AMQ), o Primary Care Assessment Tool (PCATool), o European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP), entre outros. O dispositivo utilizado na pesquisa foi o instrumento PCATool (Primary Care Assessment Tool) validado e reconhecido internacionalmente em vários países, com o propósito de avaliar a APS nos seus componentes acessibilidade, longitudinalidade, coordenação na integração de cuidados e no sistema de informações; integralidade nos serviços disponíveis e nos serviços prestados; orientação familiar e orientação comunitária. Considerando a Atenção Primária a Saúde (APS) a porta de entrada dos pacientes do SUS, o objetivo deste estudo é avaliar a qualidade do serviço da Atenção Primária a Saúde (APS) no município de Cedro-CE, na percepção dos usuários. Trata-se de uma pesquisa caráter exploratório e descritiva, com abordagem quantitativa e avaliativa em saúde, com 199 usuários de 3 ESF distintas do município de Cedro-CE, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com as quais foi aplicado um formulário que continha os questionamentos do perfil sociodemográfico dos participantes e 88 questões divididos em 10 componentes citados. A análise estatística foi feita a partir da obtenção dos escores menor e maior dos componentes através da média aritmética dos itens dos mesmos, juntamente com a quantificação das respostas lançadas em tabelas e gráficos para serem discutidos na literatura pertinente. A faixa etária predominante está entre 39,5 a 42,2 anos em ambos os sexos, totalizando 199 participantes. O sexo feminino predominou sobre o masculino em ambas as ESFs. Em relação à profissão predominou a classe do lar na ESF PA, os aposentados na ESF CE e houve um empate entre as classes dos agricultores e as pessoas do lar na ESF FA. Os resultados obtidos pela avaliação geral da APS por ESF a ESF PA se destacou com 6,3, já o menor escore foi um 6,0 da ESF FA (insatisfatório). Na avaliação por atributo nas 3 ESFs o maior escore foi no componente grau de afiliação da ESF FA (9,85) (Satisfatório) e menor foi no componente Acesso de primeiro contato- Acessibilidade na ESF PA e na ESF FA (3,3) (insatisfatório). A partir da avaliação da ESF pelo PCATool nos seus resultados, pode-se perceber que alguns componentes da APS não estão cumprindo o efeito esperado no que se refere à assistência integral à saúde do adulto no município avaliado, tendo em vista que a mesma é porta de entrada do sistema, sendo necessário cada vez ampliar esse programa no sentido de aumentar a cobertura na atenção básica sempre pensando na qualidade da assistência prestada.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Qualidade da Assistência a Saúde; Avaliação em Saúde; Estratégia de Saúde da Família, PCATool.

ABSTRACT

PRIMO. R. S. **ANÁLISE DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE-APS EM UM MUNICÍPIO CEARENSE**. 2018. 63f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem). Faculdade vale do salgado. Icó-Ce, 2018

The process of population health care is moving from an extremely curative model to a model based on health promotion and prevention. Some key milestones that contributed to these changes were the Alma-ATA conference in 1978, the creation of the Family Health Program (PSF) in 1994 and its transformation into strategy through the PNAB of 2006. In this sense, the Ministry of Health (MH) seeks to improve the quality of health care through evaluation devices such as the program for the improvement of access and quality of primary care (Pmaq-AB), the instrument entitled Evaluation for the improvement of The quality of primary care (AMQ), the Primary Care Assessment Tool (Pcatool), the European Working Group on the assessment of General care practice patients (EUROPEP), among others. The device used in the research was the instrument pcatool (Primary Care Assessment tool) validated and recognized internationally in several countries, with the purpose of evaluating the APS in its components accessibility, Longitudinality, coordination in the integration of care and information system; The exhaustiveness of the services available and the services provided; Family orientation and community orientation. Considering primary health Care (APS), the gateway of their patients, the objective of this study is to evaluate the quality of the health care Service (APS) in the city of Cedro-CE, in the perception of the users. It is an exploratory and descriptive investigation, with a quantitative and evaluative approach in health, with 199 users of 3 different FHS in the city of Cedro-CE, signing the term of free and clarified consent (ICF), with which it applied a form that It contained the questioning of the socio-demographic profile of the participants and 88 questions divided into 10 components cited. The statistical analysis was carried out by obtaining the lowest and highest scores of the components through the arithmetic mean of the items of the same, together with the quantification of the responses published in tables and charts to be discussed in the Relevant bibliography. The predominant age range is between 39.5 and 42.2 years in both sexes, totaling 199 participants. Females predominated over males in both ESFS. In relation to the profession dominated the class of house in the FHS PA, the retiree in the FHS CE and there was a tie between the classes of farmers and people of the home in the FHS FA. The results obtained by the general evaluation of APS by FHS FHS PA was highlighted with 6.3, the lowest score was one 6.0 of FHS FA (unsatisfactory). In the evaluation by attribute in the 3 ESFS the highest score was in the component degree of affiliation of FHS FA (9.85) (satisfactory) and minor was in the first contact access-accessibility component in the FHS PA and FHS FA (3.3) (unsatisfactory). From the evaluation of the FHS by Pcatool in its results, it can be observed that some components of the APS are not fulfilling the expected effect with respect to the integral health care of the adult in the evaluated municipality, considering that it is a port of Entry of the system, and it is necessary to expand this program in order to increase the coverage in primary care, always thinking about the quality of the care provided

Descriptors: Primary Health Care; Quality of Health Care; Health Evaluation; Family Health Strategy, Pcatool.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	14
2.1	OBJETIVO GERAL.....	14
2.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	14
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
3.1	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DOS SEUS PRECEDENTES À CONTEPORANEIDADE.....	15
3.2	A ATENÇÃO BÁSICA COMO PORTA DE ENTRADA DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE.....	19
3.3	MECANISMOS DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA.....	21
3.4	O PCATool COMO INSTRUMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA.....	23
4	METODOLOGIA.....	25
4.1	TIPO DE PESQUISA.....	25
4.2	LOCAL DE ESTUDO.....	26
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	26
4.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	27
4.5	ANÁLISE DE DADOS.....	27
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	27
5	RESULTADOS E DISCURSÕES.....	29
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
	REFERENCIAS.....	37
	APÊNDICES.....	44
	APÊNDICE A – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE.....	45
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	46
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	55
	APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS- ESCLARECIDO.....	57
	PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	58

1 INTRODUÇÃO

O processo de atenção à saúde da população vem sofrendo intensas transformações ao longo das últimas décadas, onde podemos verificar uma substancial mudança nas formas de ver e atender em saúde, passando de um modelo extremamente curativista para um modelo pautado no processo de promoção e prevenção da saúde. A seguir perceberemos alguns marcos jurídicos e políticos que protagonizaram essa transformação (SILVA, 2014).

Nesse sentido um marco fundamental da Atenção Primária (AP) foi o movimento para o aperfeiçoamento da saúde, que aconteceu em 1978 na conferência de Alma-Ata, onde se discutiu o significado de Atenção Primária a Saúde (APS) sendo entendida como o centro do sistema de saúde integrado ao sistema definitivo de assistência sanitária, ofertando à comunidade brasileira a oportunidade de possuir um sistema que garante a promoção da saúde, previne doenças, cura e reabilita as pessoas por meio da integralidade, regionalização, hierarquização e descentralização (FRANCOLLI et al, 20014).

Daí, em 1988 a APS foi designada como Atenção Básica (AB) pelo Governo Federal Brasileiro sendo implantada no Sistema Único de Saúde (SUS) com a concepção de atenção integral a saúde. Em 1994 o Ministério da Saúde (MS) apresentou o Programa Saúde da Família (PSF) que mais tarde em 2006 se transformaria em estratégia, dando origem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) por intermédio da reafirmação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (LINS et al, 2014).

Desde 1998, o MS vem desenvolvendo ações de avaliação e monitoramento da AB junto com as Secretarias de Estado, as Secretarias Municipais de Saúde e instituições de pesquisas. Nesse sentido, os esforços para o aumento da assistência foram estruturados segundo o aperfeiçoamento da qualidade do processo, do trabalho, da gestão e de ações ofertadas aos usuários (PAULA et al, 2015).

No que diz respeito à qualidade, é comum a concepção de que se trata de um campo tão subjetivo que não existem caminhos definidos para avaliá-la. Buscando superar o pensamento de que não é possível oferecer serviços de boa qualidade na área do SUS e baseando-se em precedentes históricos e culturais, fez-se uma proposta onde a qualidade seria um atributo fundamental a ser alcançado e a avaliação seria como instrumento permanente para a tomada de decisões (BRASIL, 2015).

Como exemplo de dispositivo de avaliação de serviços de saúde, utilizadas e validadas no Brasil e no exterior temos o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o instrumento intitulado de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Atenção

Básica (AMQ), o Primary Care Assessment Tool (PCATool), o European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP) entre outros (MOTA; DAVID, 2015).

Pesquisadores do Primary Care Policy Center (PCPC) prepararam uma série de instrumentos para qualificar a APS, reunidos no chamado PCATool. O PCATool criado por Starfield e cols. Apresenta três versões autoaplicáveis destinadas a crianças (PCATool versão crianças), adultos maiores de 18 anos (PCATool versão adulto) e profissionais de saúde ou ao coordenador / gerente do serviço de saúde. Sendo apresentado ao mundo por seus criadores na Johns Hopkins Primary Care Policy Center, o PCATool mensura o comparecimento e a dimensão dos quatro atributos essenciais (Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação da atenção) e dos três atributos derivados (Atenção à saúde centrada na família, Orientação comunitária e Competência cultural) da APS (BRASIL, 2010).

No Brasil o PCATool passou por um processo de tradução (inglês para português), tradução reversa (versão traduzida em português para inglês), adaptação da nova versão em inglês e validação de conteúdo, além da análise de confiança para adaptá-lo à realidade brasileira. Esse instrumento foi validado em diversos países, no Brasil foi nomeado como Instrumento de Avaliação da Atenção Primária PCATool-Brasil (OLIVEIRA, 2013).

Considerando a APS como a porta de entrada dos pacientes do SUS, torna-se essencial avaliá-la com base no acesso, na longitudinalidade, na integralidade e na coordenação da atenção através do instrumento PCATool-Brasil, questionando-se sobre “qual avaliação que os usuários fazem da APS no município de Cedro-CE?” e “quais suas maiores fragilidades?”.

Foi escolhido o município de Cedro-CE como local da pesquisa, que conta com 12 UBS, o Núcleo Apoio a Saúde da Família (NASF), o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o Hospital e Maternidade Zulmira Sedrin de Aguiar, o SAMU e o Centro de Atenção Psicossocial 1 (CAPS 1) em sua rede de saúde.

Estas questões foram motivadas pela observação do pesquisador em uma UBS no período do estágio obrigatório, por relatos dos usuários e pelo interesse em saber sobre a qualidade da APS do município em estudo.

Este estudo será de grande relevância social e trará aos profissionais da APS do município de Cedro-Ceará, aos acadêmicos de enfermagem e para todos os interessados na temática uma fonte de pesquisa. Bem como aos gestores locais a possibilidade de identificar as lacunas existentes, onde haverá a oportunidade de avaliar se existem falhas, dando-lhes a chance de corrigi-las.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a qualidade do serviço da Atenção Primária a Saúde (APS) no município de Cedro-CE, na percepção dos usuários.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar qual o perfil socioeconômico e cultural dos usuários da APS do município em estudo;
- Conhecer a satisfação dos usuários das ESFs, quanto ao atendimento recebido;
- Identificar os componentes com maiores e menores avaliações na ESF em estudo do referido município.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DOS SEUS PRECEDENTES À CONTEMPORANEIDADE.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece desde a década de 50 as diferenças entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos, que tem como base a política, o meio social e o cultural sendo os principais empecilhos do desenvolvimento dos países emergentes, formando o chamado círculo da pobreza (OPAS/OMS, 2008). No ano de 1977 a OMS decidiu que a principal meta social dos governos participantes deveria ser permitir uma vida saudável e economicamente produtiva, através da conquista de um nível de saúde para toda a população nos anos 2000 (HEIDMANN et al, 2012).

Pensando nisso em 1978 ocorreu a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, na cidade de Alma-Ata com lema “Saúde Para Todos no ano 2000” enfatizando que a saúde não é apenas a ausência de doença, mas também o estado de completo bem-estar físico, psicológico e social (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

O primeiro conceito sobre a AP foi proposto na declaração de Alma-Ata sendo descrito como cuidados primordiais que se baseiam em métodos e tecnologias práticas bem fundamentadas e aceitáveis de alcance universal e a um custo que a população e o país possam manter. (OMS/UNICEF, 1979)

Desse momento em diante o significado de APS passa a nortear as mudanças que são recomendadas para ser implementadas no sistema nacional de saúde. Antes da criação do Sistema Único de Saúde, não havia ordem nos serviços de saúde brasileiros. Cabia ao estado intervir apenas nas situações em que o indivíduo sozinho ou a iniciativa privada não fossem capazes de responder, formando assim um “não sistema”. Mesmo sem a presença de um sistema institucional para organizar campanhas sanitárias o poder público foi forçado a organizar uma campanha a fim de erradicar a febre amarela, peste e a varíola pois essas patologias estavam prejudicando a economia brasileira (FARIAS, 2017).

Com o apoio dos estados e municípios foram desenvolvidas, ações de melhoria da saúde e prevenção de doenças, com ênfase para as campanhas de vacinação e controle de endemias, essas ações eram desenvolvidas com caráter universal, ou seja, sem nenhum tipo de discriminação com relação à população beneficiária. O MS atuava através de alguns hospitais especializados, em psiquiatria e tuberculose, e através da Fundação de Serviços Especializados

de Saúde Pública (FSESP) que se localizavam em poucas regiões, principalmente para o interior do norte e nordeste (SOUZA, 2002).

No final da década de 80, nascia a reforma sanitária que foi um movimento social de luta contra a ditadura militar tendo como objetivo ideias que englobavam mudanças e transformações necessárias tanto na saúde como também em outras áreas, para garantir a melhoria das condições e do bem-estar das pessoas brasileira. Este movimento culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) (SANTOS, 2013).

A VIII CNS, realizada no ano de 1986, contou com a presença de profissionais da Saúde, Gestores e da população, que propuseram um modelo de proteção com a garantia do direito a saúde integral. Sendo considerada como o resultado de uma boa condição alimentar, habitação adequada, educação, trabalho, lazer, acesso aos serviços de saúde e sobretudo uma forma de organização da sociedade deixando-a gradativamente mais igualitária (MORAIS, 2013).

Isto levou a elaboração da Constituição Federal (CF) de 1988, a atual Carta Magna do Brasil, que estabelece os direitos econômicos, políticos, culturais e sociais como educação, trabalho e saúde para todos, liberdade de expressão entre outros que haviam sido suspensos no período da ditadura militar (BRASIL, 2009).

Na CF de 1988 foram inseridos os artigos 196 ao 200 no título destinado à ordem social que fala sobre o direito à saúde tendo como objetivo o conforto e a justiça. A VIII CNS serviu como subsidio para a criação do artigo 196 de 5 de outubro 1988 que diz: “a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Assim, a CF Brasileira de 1988 no artigo 198 aprovou a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), que será financiado pelas três esferas de governo a União, o Estado e os Municípios sendo organizadas em redes hierarquizadas e regionalizadas atuando no território nacional. O SUS foi definido como ações de serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas, podendo a iniciativa privada participar de maneira complementar. Suas ações e serviços de saúde são regidos por princípios e diretrizes específicos (CARVALHO, 2013).

Segundo Santorum (2006) mesmo que o SUS já esteja aprovado na constituição é necessária uma lei que esclareça o que está escrito na constituição. Pensando nisso em 19 de

setembro de 1990 foi aprovada a Lei Orgânicas da Saúde 8.080/90, que estabelece o modo de funcionamento do SUS, ou seja, condições para a promoção, prevenção e recuperação da saúde.

No que se concerne aos princípios, são respectivamente universalidade, que significa acesso garantido aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade do sistema para toda a população; a igualdade, que significa assistência à saúde livre de preconceitos e qualquer tipo de privilégio, e a equidade, que visa as dificuldades individuais de cada grupo. As diretrizes do SUS são a descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo, que se refere a regionalização e a hierarquização dos serviços de Saúde; a integralidade da atenção à saúde, que significa oferta das mais variadas naturezas e grau de complexibilidade dos serviços de saúde, e a participação da comunidade, sendo representada pela democratização através do conselho de saúde (BRASIL, 2011).

Em 28 de dezembro de 1990 foi aprovado a Lei 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre a verba gerada para fundos específicos e para o repasse da saúde. As Leis 8.080 e 8.142, de 1990 apresentam parâmetro que devem regular o SUS (CARVALHO, 2015).

Devido a necessidade de ter assistência à saúde o mais próximo possível da população, em 1991 foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que tem como função auxiliar no método de implantação do SUS sendo o ponto de partida para o enfoque na família. Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) com o foco na atenção da família e em pessoas que tinham o maior risco de adoecer ou morrer. (LIMA, 2008)

Em 2006 foi aprovado a PNAB Portaria N° 648, de 28 de março de 2006 que concretiza as diretrizes e normas para a organização da AB e define princípios gerais que colocam a Saúde da Família como Estratégia, substituindo o PSF por Estratégia de Saúde da Família (ESF) (LACAZ, 2013).

Corroborando com Brasil (2009) e Fontenelle (2012), a Atenção Básica está organizada pela ESF que garante ser a porta de entrada do indivíduo no sistema de saúde e tem como atributos essenciais a continuidade e a integralidade da atenção dentro do sistema. Em 21 de outubro de 2011 a Portaria N° 2.488 consolidou a PNAB 2006 instituindo uma nova PNAB mantendo a essência da anterior e incorporando a flexibilidade da carga horaria, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), as equipes de Saúde da Família ribeirinhas, as unidades de saúde fluviais, além da presença de profissionais de saúde bucal, regulamentando os Consultórios de Rua e, no âmbito da APS, o Programa Saúde na Escola (PSE).

Em 2017 houve uma atualização da PNAB, Portaria Nº 2.436, De 21 de Setembro de 2017 que criou as Equipes de Atenção Básica (EAB) dando aos gestores o poder de montar conforme a necessidade do município, devendo custar financeiramente menos que as ESFs, a nova equipe é composta apenas pelo médico, enfermeiro e o técnico de enfermagem ou ACS, porém esse modelo não pode ser aplicado nas áreas de risco e vulnerabilidade nessas áreas deve ter ACS que cubra toda a população (BRASIL, 2017).

Os Agentes de Controle de Endemias (ACE) serão integrados as EABs, sendo as ações de vigilância em saúde integrados na AB, o NASF passa a se chamar Núcleos de Apoio à Saúde da Família da Atenção Básica (NASF-AB) e fica responsável por apoiar além das ESFs às EABs da Unidade Básica de Saúde (UBS). O atendimento a UBS não será mais vinculado ao seu endereço pois o prontuário eletrônico do paciente estará disponível online para todas as unidades básicas do País, o papel de gerente da UBS não será mais uma função cumulativa do enfermeiro e sim um cargo a parte podendo outro enfermeiro assumir esta função (BRASIL, 2017).

A PNAB passou por uma reformulação publicada, no Diário Oficial da União com Portaria GM/MS n. 2.436, no dia 22 de setembro de 2017, sendo alvo de várias críticas de organizações vinculadas à defesa do SUS como: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). (CONSENSUS, 2017)

O novo texto traz novidades em relação ao financiamento da AB com o reconhecimento de novos modelos de atenção à saúde como Equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe mínima composta de acordo com as características e necessidades do município. Ou composta por Equipe de Saúde da Família (ESF), sendo esta a estratégia prioritária de atenção a saúde com no mínimo um enfermeiro, um médico sendo ambos com preferência em especialização saúde da família, um auxiliar ou técnico de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o número de ACS por equipe é definido conforme base populacional, de acordo com definição do local. (MOROSINI, FONSECA, LIMA; 2018)

Outro ponto polêmico que tem gerado discussões é a integração do Agentes Comunitários de Endemias (ACE) como parte da equipe multiprofissional, no mesmo território das atividades dos ACS, ou seja, são acrescidos em suas tarefas incorporar atividades atribuídas aos ACS. Sob o argumento de integrações entre a atenção básica e a vigilância, segundo autor

essa proposta tem como propósito central: o corte de custos pela diminuição de postos de trabalho e a intensificação do trabalho dos ACS e ACE que permanecerem em atividade (MOROSINI, FONSECA; 2017).

Além das suas competências novas atribuições são dispostas aos ACS, após treinamentos técnico específico e fornecimento de equipamentos adequados poderão realizar alguns procedimentos como: aferir pressão, realizar medição de glicemia, aferir temperatura, realizar técnicas limpas de curativo, dispor de orientação e apoio a clientes que estão em situação de vulnerabilidade, sobre a correta administração de medicamentos. Sendo estes realizados na supervisão de profissionais membro da equipe de saúde de nível superior. (BRASIL, 2017a)

Segundo Morosini, Fonseca, Lima (2018) as modificações ocorridas na PNAB em 2017, potencializam a diminuição de direitos que foram conquistados e o processo de desconstrução do Sistema Único de Saúde por pressões para conversão integral dos direitos sócias a logística de mercado em curso no País.

A nova PNAB recomenda-se a inclusão de gerente na AB com objetivo de contribuir para aprimoramento e qualificação no processo do trabalho nas UBS, na tentativa de fortalecer as prestações de serviços prestadas pelos profissionais das equipes à população. O gerente deve ser preferencialmente de nível superior, profissional qualificado de acordo com as atribuições impostas e não seja profissional integrante das equipes vinculadas as UBS. (BRASIL, 2017a)

3.2 A ATENÇÃO BÁSICA COMO PORTA DE ENTRADA DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Historicamente, a Atenção Primária foi uma ideia utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde, visto pela primeira vez em 1920 no relatório Dawson. O referido relatório organizava a AB em centros de saúde primários e secundários, serviços suplementares, serviços domiciliares e hospitais de ensino. Os serviços domiciliares e os centros de saúde primários eram organizados de forma regionalizada onde o clinico geral resolveria a maior parte dos problemas de saúde. Se caso o médico generalista não conseguisse resolver, o paciente deveria ser encaminhado para os centros de atenção secundários, onde haveria especialistas das mais diversas áreas e se fosse necessário internação ou cirurgia o paciente seria encaminhado para os hospitais (VECCHIA, 2012).

A APS demonstra ser um elemento importante na constituição do sistema de saúde, já que ela tem a capacidade de melhorar os indicadores de saúde e o potencial de regular a

utilização de recursos tecnológicos garantindo a universalidade aos serviços trazendo benefícios à população (CABRAL, 2015).

Para nomear o primeiro nível de atenção à saúde gerou-se uma discussão sobre a terminologia ideal. No Brasil, a expressão “Atenção Básica” foi oficializada pelo Governo Federal, embora ainda existam documentos oficiais com o termo “Atenção Primária à Saúde”. (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009)

A Atenção Básica é definida por um conjunto de ações individuais ou coletivas que abrangem desde a prevenção de agravos até a reabilitação e a manutenção da saúde, seguindo os seus respectivos princípios: integralidade, qualidade e equidade. Também se caracteriza por ser o primeiro atendimento do usuário. Constituindo-se como a porta de entrada para o sistema público de saúde e está apta a resolver as necessidades básicas dos usuários, do mesmo modo que a resolução dos problemas. (LIMA, 2015)

Visando organizar da Atenção Básica, em 1994 foi lançado o PSF. Sua implantação foi um marco na incorporação da atenção primária brasileira pois esse modelo preconiza uma equipe multiprofissional (agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem, enfermeiro e médico generalista) que trabalha com uma área de alcance específica onde fazem o cadastramento e acompanhamento dos indivíduos que residem em áreas específicas (COSTA, 2009).

Evidências apontam que a Atenção Básica é capaz de responder 85% das necessidades em saúde das pessoas, pois ela realiza serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção. Integrando os cuidados quando existem mais de um problema, fazendo com que a atenção básica seja considerada a 'porta de entrada' do sistema de saúde (BRASIL, 2011).

Mister se faz destacar que a atenção básica tem ampliado a cada dia mais as suas ações, no intuito de garantir a integralidade e a universalidade da sua assistência à saúde. Onde podemos dar destaque a programas e ações tais como o Programa nacional de Imunização-PNI, que possui uma das maiores variações de vacinas do mundo, o programa de pré-natal e cuidados integrais a saúde da mulher, que envolvem também o planejamento familiar, prevenções do câncer de colo uterino e mama, as ações de cuidados com a criança e o adolescente, rastreamento clínico e acompanhamento de doenças crônicas tais como hipertensão arterial e diabetes mellitus, ações de saúde mental, prevenção e promoção da saúde, assim como o tratamento de doenças como diarreia, doenças pulmonares, atendimento de pequenas urgências, atendimento ao paciente idoso, garantia da entrega gratuita de medicamentos, visita domiciliar, educação em saúde, e outros, que são realizados diariamente nas UBSs, ou posto de saúde, cujo papel é atender a comunidade. Fazendo com que a Unidade de Saúde da Família (USF) constitua a porta de entrada ao sistema de saúde e o primeiro nível de atenção, ao que supõem a integração a rede de serviços mais complexa (BRASIL, 2012).

3.3 MECANISMOS DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA.

Com a globalização a busca pela qualidade afetou a postura do consumidor, exigindo cada vez mais qualidade de produtos e serviços, sem tolerância a falhas. No mercado de saúde a busca não pode ser diferente, já que os serviços de saúde são de fundamental importância. Observam-se clientes cada dia mais exigentes e menos tolerantes, que querem acesso a médicos, procedimentos e exames imediatamente, pois não há tempo para se despendar com a saúde, assim o conceito de qualidade deve se basear no que os clientes esperam para esse serviço e não no que os gestores pensam sobre o serviço (SAVASSI, 2012).

Nesse sentido o ato de avaliar significa formar opiniões, julgar e emitir juízo de valor sobre determinado assunto, e é caracterizado como uma interpretação que envolve poder, podendo ser construído coletivamente com a participação dos estados, municípios e usuários em momentos avaliativos, democratizando e propiciando compromissos que podem viabilizar mudanças no que se refere a qualidade, modificando o pensamento errôneo de que o SUS não pode oferecer serviços de boa qualidade. (BRASIL, 2014)

Com o objetivo de qualificar a atenção a saúde, buscou-se investir na institucionalização da avaliação para promover a construção de processos estruturados e sistemáticos, que possibilitam monitorar a capacidade dos serviços; acompanhar os efeitos das intervenções, além de identificar e corrigir problemas. Assim o MS alinhou-se ao plano internacional no movimento pela institucionalização da avaliação que vem sendo implementado em vários países como Estados Unidos, Inglaterra, Canadá e França. (BRASIL, 2015)

Conforme a UNA-SUS/UFMA (2016) o resultado da institucionalização completa é a aceitação e o seu uso contínuo nas operações diárias dos serviços de saúde. Existem diversos projetos e atividades relacionadas a AB em desenvolvimento, o que representa uma boa oportunidade de contornar os desafios da institucionalização.

Francolli et al (2014) fizeram uma pesquisa com alguns instrumentos que qualificam a APS nacional e internacionalmente, no resultado apareceram 5 instrumentos que ele chamou de principais: o WHO Primary Care Evaluation Tool (PCET); o ADHD Questionnaire for Primary Care Providers (AQ-PCP), o General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ); o PACOTAPS e o PCATools.

Cada instrumento tem suas peculiaridades como o WHO Primary Care Tool, criado pela OMS que proporciona uma abordagem organizada, a partir das competências dos sistemas de saúde e um atendimento primário organizado garantindo a acessibilidade, integralidade, organização e a continuidade. Esse instrumento é um conjunto de três partes: um questionário

sobre a coordenação e financiamento de cuidados de saúde primários, um questionário para médicos da família e um para usuários do serviço. O ADHD Questionnaire for Primary Care Providers avalia a compreensão dos prestadores de cuidados primários no que diz respeito ao papel que executam, esse questionário foi desenvolvido sobre as atividades clínicas que estão sendo criadas para atender o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na infância (GOMES, 2016).

O PACOTAPS é um software destinado a APS capaz de informar sobre a qualidade do registro das atividades, além de propor a junção de duas áreas de estudo: a Ciência da computação e os dados Epidemiológicos. Ele se caracteriza pela facilidade de operação, de maneira que membros das equipes de saúde, sem conhecimentos prévios de informática e epidemiologia, possam utilizá-lo adequadamente. (PADULA et al, 2016).

O instrumento General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ) é um questionário que foi desenvolvido no Centro de pesquisas e Desenvolvimento Nacional de Atenção Básica localizado na Universidade de Manchester, Reino Unido, que ajuda a conhecer a opinião dos pacientes sobre os cuidados providos pelos médicos na AP (GOMES, 2016).

O PCATool foi desenvolvido com o objetivo de medir a extensão e a qualidade dos serviços de APS por meio da verificação dos seus atributos essenciais e derivados. Observamos que o PCATool e o EUROPEP são instrumentos aplicados no Brasil para qualificar a APS. Devido ao reconhecimento e aceitação em inúmeros países como Espanha, Estados Unidos e outros, o PCATool é o que mais prevalece. (FRANCOLLI et al, 2014)

O EUROPEP foi projetado para fornecer feedback do progresso, da prática, do desempenho e da organização dos cuidados primários feitos pelos médicos de família. Constituído por três partes: os indicadores chaves, os indicadores de áreas específicas de satisfação e as informações sobre os usuários. (BRANDÃO, 2013)

No Brasil, segundo Freitas (2015) as pesquisas voltadas para avaliação da AB são muito escassas, porém, além do EUROPEP e do PCATool existem outros instrumentos empregados para avaliar a AP como o AMQ que é o processo de Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) surgiu com o objetivo de melhorar a relação entre os campos de avaliação e da qualidade na ESF, possibilitando a construção da história aos profissionais diretamente envolvidos no município.

Já em junho de 2011 o Governo Federal lançou o PMAQ-AB visando os parâmetros adequados para avaliação de todas as UBS. Instituído pela Portaria nº1.654 GM/MS de 19 de julho de 2011, o PMAQ foi o produto de uma negociação e pactuação das três esferas de gestão

do SUS: o MS, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), que formularam e viabilizaram soluções que permitam a ampliação do acesso e o aperfeiçoamento da qualidade da Atenção Básica em todo o país (FEITOSA, 2016).

3.4 O PCATool COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

A avaliação da AB envolve indicadores de qualidade de saúde como critérios para comparar a adequação, benefícios, efeitos, custos e serviços de saúde. Como podemos ler existem várias propostas de avaliações dos serviços de saúde, porém o mais utilizado é o PCATool, que foi idealizado através do modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde sugerido por Donabedian, onde baseia-se no cálculo de aspectos, sendo elas a estrutura, o processo e o resultado (PAULA et al, 2016).

O PCATool foi desenvolvido por Starfield e cols. no The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations em Baltimore, no estado de Maryland, Estados Unidos. Este instrumento permite mensurar a presença e a dimensão dos quatro atributos essenciais e três derivados da AP em serviços de saúde (GÉRVAS, 2013).

Segundo Starfield os quatro atributos essenciais dos serviços da Atenção Primária a Saúde são respectivamente: O acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: que dá acesso aos serviços de saúde a cada problema de saúde enfrentado pelos usuários exceto as urgências e emergências médicas. Longitudinalidade: é a continuidade do cuidado assim como a sequência de consultas, o acompanhamento de problemas e a confiança mútua. Integralidade: são os serviços disponíveis e prestados pela AP. Ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação de doenças, tanto do ponto de vista biopsicossocial quanto do processo saúde-doença, também inclui os encaminhamentos e referências para especialidades médicas. Coordenação da atenção: Continuidade dos serviços de saúde por parte do mesmo profissional, por parte dos prontuários médicos ou até mesmo por ambos fazendo com que haja a integralidade do cuidado através da coordenação entre os serviços (BATISTA et al, 2016).

Já os três atributos derivados qualificam as ações dos serviços de saúde e são a: Atenção à saúde centrada na família: deve-se considerar o nível de orientação familiar, as necessidades de cada indivíduo na família e o nível de cuidado e ameaça à saúde. Orientação comunitária: análise das necessidades de saúde da comunidade através do contato direto e de

dados epidemiológicos. Competência cultural: adaptação dos grupos de profissionais com as características culturais da população para facilitar o convívio entre eles (BRASIL, 2010).

A sua formulação original é composta por questões de múltipla escolha sobre os atributos da APS que possibilita construir escores com intervalo 1-4 para cada atributo. A contagem final é dada pela média das respostas das questões. A soma da média dos escores essenciais com as médias dos três escores derivados produz o escore geral da APS. Este dispositivo apresenta a opção para crianças com 55 questões divididos em 10 componentes, a opção para adultos com 87 questões divididos em 10 componentes e a opção para profissionais de saúde com 77 questões divididos em 8 componentes. A opção adulto do instrumento só deverá ser aplicada a pessoas que utilizam o serviço de saúde maiores de 18 anos (FRANCOLLI et al, 2014).

Para adaptá-lo a realidade brasileira a tradução foi realizada em duas etapas, do inglês para o português e vice-versa por uma tradutora inglesa. Sendo comparada a versão original com a versão traduzida em inglês para correção das possíveis falhas, foi considerado questões culturais, organização dos serviços de saúde e a equivalência semântica. Para tanto, foram entrevistados homens e mulheres que utilizam os serviços de saúde da APS a fim de comprovar a compreensão e a interpretação correta do significado das perguntas, a cada entrevista o questionário era modificado para facilitar a compreensão, no final foram aplicados 32 questionários sendo discutidos e corrigidos as dificuldades identificadas (HARZHEIM, 2013).

4 METODOLOGIA

O percurso metodológico é fundamentado na abordagem de uma determinada situação através de uma teoria e de um instrumento técnico. Ela sempre estará embasada num referencial teórico, onde sustentará o processo que vai ser discutido com o objetivo de ocupar um espaço no interior das teorias (MINAYO, 1994).

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa caráter exploratório e descritiva, com abordagem quantitativa e avaliativa em saúde.

O estudo exploratório estabelece critérios, métodos e técnicas, concentrando as importantes descobertas científicas e na constatação de fenômenos ocorridos durante experimentos em laboratório. Visando oferecer informações como a descoberta, o achado, a elucidação de fenômenos ou a explicação dos que não eram aceitos e a adequação das informações a partir da temática que vai ser analisada, proporcionar uma interpretação do tema que vai ser investigado facilitando sua compreensão; por meio da orientação dos objetivos traçados e formulação de hipóteses (GONÇALVES, 2014).

No Processo descritivo realiza-se o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos sem a interferência do pesquisador, visando identificar e interpretar os fatos partindo de uma situação que nunca foi explorada, onde, o importante é a obtenção de conhecimentos diversificados (PEROVANO, 2014).

O método de abordagem quantitativo considera que tudo pode ser quantificável sendo considerado o mais apropriado para esclarecer opiniões e atitudes explícitas do entrevistado, por intermédio de questionários estruturados com o objetivo de transformar em números as opiniões coletadas, de forma a classificá-las e analisá-las decorrente do fenômeno observado (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Segundo Richardson (1999), o método quantitativo de avaliar se caracteriza pelo emprego da quantificação das coletas de informações e do tratamento delas através de técnicas estatísticas que possui a intenção de garantir a resultados precisos, classificando a relação entre as variáveis, bem como nos que investigam a relação de causalidade entre fenômenos.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O respectivo estudo foi realizado nas UBSs situadas no município de Cedro-CE, localizado a 400 km da capital Fortaleza, na região Centro-Sul do Estado, Brasil. Com área territorial de 725,786 Km² e 24.527 habitantes em estimativa populacional.

Atualmente, na APS do município conta com o NASF, O CEO e com 12 UBS cadastradas e em pleno funcionamento, distribuídas em: 6 UBS nos distritos da zona urbana (Fátima, Centro, Alto do Padeiro, Pega Avoante, Jardim e Ferroviários) das quais 5 equipes Fátima, Centro, Pega Avoante, Jardim e Ferroviários são conveniadas ao PMAQ; 6 UBS nos distritos da zona rural (Lagedo, Recanto, Assunção, Ubaldinho, Várzea da Conceição e Santo Antônio) das quais 5 equipes Lagedo, Recanto, Assunção, Várzea da Conceição e Santo Antônio são conveniadas ao PMAQ.

O presente estudo foi realizado nas UBSs Fátima, Centro e Pega Avoante localizados na zona urbana no município de Cedro-Ce. A escolha destas unidades como local da pesquisa se deu por um sorteio feito apenas com as 6 unidades da sede que seriam de melhor acesso, onde foi escolhida 3 UBSs referidas acima.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Participaram da pesquisa usuários adultos (maiores de 18 anos) de ambos os sexos cadastrados nas UBSs da zona urbana do município de Cedro-CE que estejam utilizando os serviços oferecidos pelas suas respectivas UBSs no seu território de abrangência mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) obedecendo ao rigor da Portaria nº 466 de 12 de dezembro de 2012, (do Conselho Nacional de Saúde que aborda pesquisa com seres humanos).

Foi realizado um cálculo amostral com 90% de confiabilidade e 10% de erro amostral, em cada UBS que foi realizada a pesquisa, com população aproximada de 2020 habitantes na UBS Fátima, 2500 habitantes na UBS Centro e 3600 habitantes na UBS Pega Avoante, a amostra populacional foi respectivamente 66 pessoas na UBS Fátima, 66 pessoas na UBS Centro e 67 pessoas na UBS Pega Avoante.

Os critérios de inclusão são: Ser cadastrado no SUS; Ter idade igual ou maior a 18 anos. Critérios exclusão: Desejar sair livremente da pesquisa; Ser portador de doenças mentais e ou com incapacitantes cognitivas comprovadamente.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para colher os dados decidiu-se pelos formulários estruturados (APÊNDICE B) a partir do instrumento de avaliação da atenção básica PCATOOL para contemplar todos os objetivos da pesquisa.

O formulário consiste na utilização dos componentes referentes ao grau de afiliação, o acesso de primeiro contato (utilização), o acesso de primeiro contato (acessibilidade), a longitudinalidade, a coordenação – integração de cuidados, a coordenação – sistema de informações, a integralidade – serviços disponíveis, a integralidade – serviços prestados, a orientação familiar e a orientação comunitária, na versão para adultos.

A coleta dos dados foi realizada através das respostas dos entrevistados, onde, a aplicação do instrumento de avaliação individual na forma de questionário com 88 questões divididos em 10 componentes, o pesquisador foi na UBS em que as pessoas estão cadastradas para que eles respondam os questionários, como várias pessoas não levam documentos como RG e CPF para a UBS o pesquisador fez a busca ativa dessa pessoas até atingir o total da amostra .

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados obtidos foram avaliados através do instrumento PCATOOL por intermédio de escores e atributos que compreende 9 componentes, foram feitas as análises estatísticas necessárias para atingirmos os objetivos. Após a conclusão desta etapa, os dados foram lançados em gráficos e/ou tabelas, que foram discutidos posteriormente.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi enviado para a Plataforma Brasil, onde foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, na qual foi aprovado, número do Parecer: 2.792.965. A pesquisa obedece com precisão o determinado na Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que aborda as pesquisas envolvendo seres humanos, na qual incorpora, sobre a ótica do indivíduo e da coletividade, os princípios básicos da Bioética; autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade; dentre outros e visa garantir os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e o estado (BRASIL, 2013b).

Como procedimentos éticos foi enviado o termo de anuência para autorização da realização da pesquisa ao Secretário de Saúde do município (APÊNDICE A). Todos os participantes da pesquisa receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE C) no qual é esclarecido seus objetivos, a fim de respeitar os direitos dos informantes e facilitar a verbalização dos mesmos na relação do entrevistado/entrevistador de acordo com seus pensamentos, dificuldades, opiniões, expectativas e segurança para que não ocasione constrangimento a pessoa e nem alteração no processo de assistência na UBS comprometendo o vínculo profissional/paciente. Esclarecidos as dúvidas submeti o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido (APÊNDICE E) aos participantes da pesquisa, a fim de se obter a concordância e assinatura dos mesmos. Também lhes garanto total anonimato dos entrevistados, sigilo das informações dadas, liberdade e respeito em participar ou não da pesquisa e o direito de retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa sem causar prejuízo ao pesquisador.

5 RESULTADOS E DISCURSÕES

Caracterização da Amostra

Considerando-se pertinente caracterizar as informações coletadas da pesquisa, é preciso o delineamento do perfil dos entrevistados quanto às informações socioeconômica e cultural dos participantes e para posteriormente subsidiar o processamento da análise e facilitar a compreensão das discursões. Na sequência serão apresentadas uma tabela, que corresponde à a média da faixa etária, o sexo dos participantes, o nível de escolaridade, a renda e a ocupação dos mesmos.

Tabela 1: Perfil sociodemográfico dos usuários cadastrados nas Estratégias Saúde da Família (n=199) por área de abrangência do município, 2018

Variável	ESF PA (67)	ESF CE (66)	ESF FA (66)
Idade	42,2	39,5	40,6
Sexo			
Feminino	71,60%	62,10%	74,20%
Masculino	28,30%	37,80%	25,70%
Escolaridade			
Até o 8º ano	49,20%	54,50%	45,40%
Fundamental Completo	16,40%	22,70%	30,30%
Médio Completo	25,30%	15,10%	21,20%
Superior Completo	8,90%	7,50%	3%
Renda			
< 1 Salário Mínimo	46,20%	45,40%	50%
1 Salário Mínimo	34,30%	33,30%	37,80%
> 1 Salário Mínimo	19,40%	21,20%	12,10%
Ocupação			
Agricultor	22,30%	21,20%	28,70%
Aposentado	11,90%	31,80%	22,70%
Do Lar	29,80%	27,20%	28,70%
Estudante	11,90%	7,50%	4,50%
Outras Profissões	23,80%	12,10%	15,10%

Fonte: Dados da Pesquisa

Legenda: PA: Pega Avoante; CE: Centro; FA: Fátima.

Nesse enfoque, a média da faixa etária se deu entre 39,5 a 42,2 anos entre os usuários das Estratégias de Saúde da Família estudadas.

A respeito do sexo dos participantes do estudo, pode-se perceber que o sexo predominante foi o feminino com mais de 60% em todas as ESF pesquisadas, totalizando 48 mulheres da ESF Pega Avoante, 41 da ESF Centro e 49 da ESF Fátima. Já no sexo masculino

participaram menos de 40% sendo um total de 19 usuários masculinos no PA, 25 no CE e 17 no FA. Onde pode-se perceber um comprometimento maior com a saúde por parte do sexo feminino.

Diante disso, o fato do perfil feminino se sobrepôr ao masculino na busca pelos cuidados de saúde, é encontrado na literatura. Moura et al (2014) relata que os homens veem a busca pela assistência em saúde como um dever feminino, nesse sentido só procuram os serviços de saúde em casos graves ou quando se sentem impossibilitados de realizar seu trabalho, buscando os serviços de saúde apenas para fins curativos, ignorando assim a prevenção e a promoção da saúde.

Ribeiro et al. (2006) relata em seu estudo o predomínio do sexo feminino sobre o masculino ao procurar o SUS.

Esse é o resultado da preocupação feminina com a saúde e o bem-estar entre elas, pois a medida que as mulheres procuram os serviços de saúde, são criados programas voltados para solucionar problemas comuns a elas, como o planejamento familiar, o programa de assistência ao pré-natal e a consulta de puericultura que geralmente as crianças são acompanhadas pela sua mãe e dificilmente pelo pai.

Dos entrevistados percebeu-se que mais de 40% fez até o 8º ano e tem renda menor que um salário mínimo. Mostrando uma vulnerabilidade econômica e social. Esse resultado é coerente com outro estudo onde a população mais pobre e com o menor nível de escolaridade utilizam mais os serviços de saúde (SIQUEIRA, 2007).

A variável em que os resultados foram diferenciados em cada ESF foi a ocupação onde na ESF PA predominou-se a profissão do lar, em outro estudo foi encontrado o mesmo resultado que as mulheres utilizam com mais frequência os serviços de saúde por assumirem uma responsabilidade com a da sua família, muitas das vezes cuidarem do lar e dos filhos, ou seja, elas devem se cuidar pois a saúde da família depende dela (ZOTA; ARRUDA, 2015).

Na ESF CE a profissão mais comum foi a de aposentados, devido ao programa de hipertensos e diabéticos que fazem consultas regulares com a equipe de saúde, além de utilizar outros serviços oferecidos pelas ESFs.

Na ESF FA houve um empate entre a ocupação de agricultores e do lar, isso pode ser explicado devido à baixa remuneração salarial ofertada a classe que depende das condições climáticas, fatores físicos e ambientais para obterem uma boa colheita. Essa situação compromete a qualidade de vida em aspectos como, bem-estar, alimentação, vestuário, lazer, educação e principalmente a saúde; o que condiz com um aumento na procura pelo SUS já que

um plano de saúde para sua família teria um alto custo deixando-os sem uma segunda opção de atendimento.

Apresentação por área de abrangência

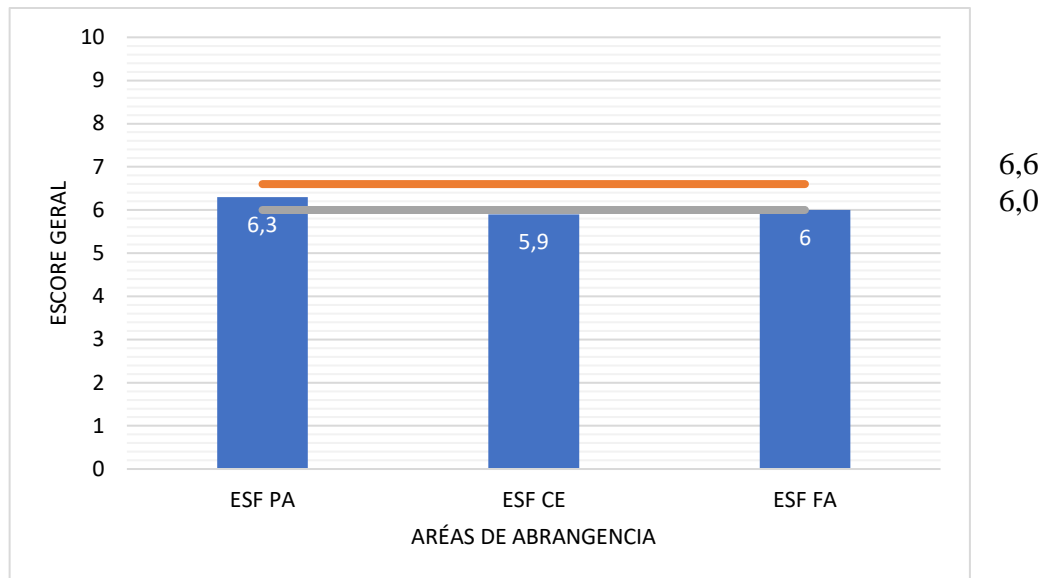


Gráfico 1: Escore geral por área de abrangência do município.

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: ESF PA: ESF Pega Avoante; ESF CE: ESF Centro; ESF FA: ESF Fátima. O ponto de corte (PC=6,6) está representado pela linha de cor laranja no gráfico. A linha cinza 6,0 representa a média das áreas de abrangência.

O escore geral obtido através da média dos escores dos atributos para cada ESF estudada foi respectivamente 6,0 (Gráfico 1), um pouco abaixo do escore considerado adequado pela literatura (alto escore: 6,6), de acordo com Harzheim et al. (2006).

Pode-se perceber que os serviços de saúde escolhidos não estão fornecendo uma atenção de acordo com os atributos essenciais e derivados da APS. Nesse sentido sendo a ESF um modelo de reorganização e fortalecimento da Atenção Básica, esses resultados indicam que há a necessidade de melhoria do serviço, que deveria ocorrer tanto por parte dos gestores do município quanto por parte dos profissionais de saúde.

Para melhorar esse escore e chegar ao 6,6 as ESFs do município de cedro deveriam abrir no período noturno ou no sábado ou ter um telefone exclusivo para cada ESF.

Afim de melhor compreender o resultado do escore geral observado no gráfico 1, foi criado um gráfico para cada ESF estudada onde poderemos compreender os pontos positivos e negativos de cada uma por atributo.

Apresentação das ESFs

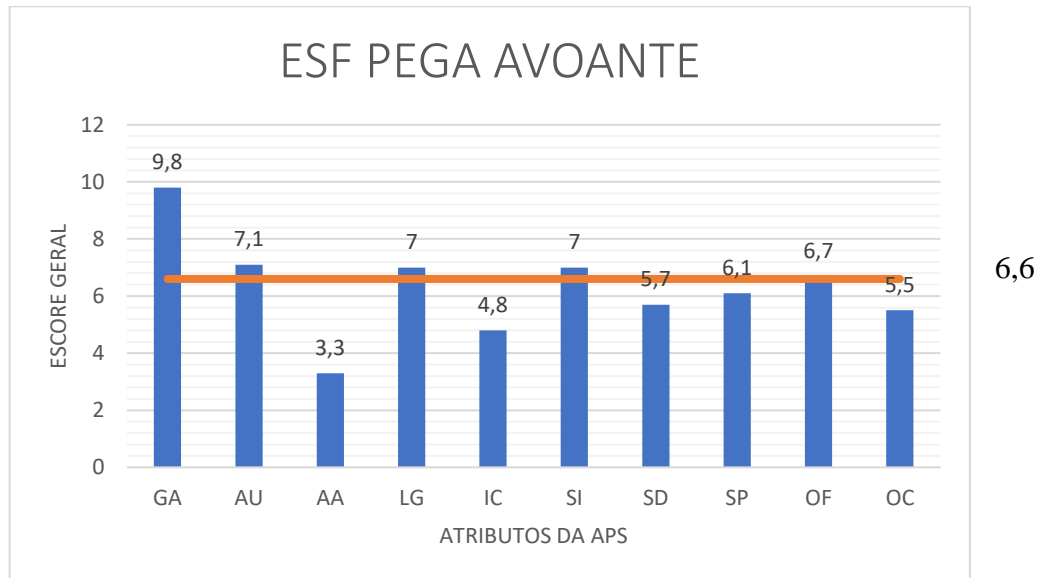


Gráfico 2: Valores médios dos atributos da APS conferidos pelos usuários adultos na avaliação da ESF Pega Avoante, em um município cearense.

Fonte: Dados da Pesquisa.

Legenda: GA: Grau de Afiliação; AU: Acesso de primeiro contato – Utilização; AA: Acesso de primeiro contato – Acessibilidade; LG: Longitudinalidade; IC: Integração de Cuidados; SI: Sistema de Informação; SD: Serviços Disponíveis; SP: Serviços Prestados; OF: Orientação Familiar; OC: Orientação Comunitária. O ponto de corte (PC=6,6) está representado pela linha de cor laranja no gráfico.

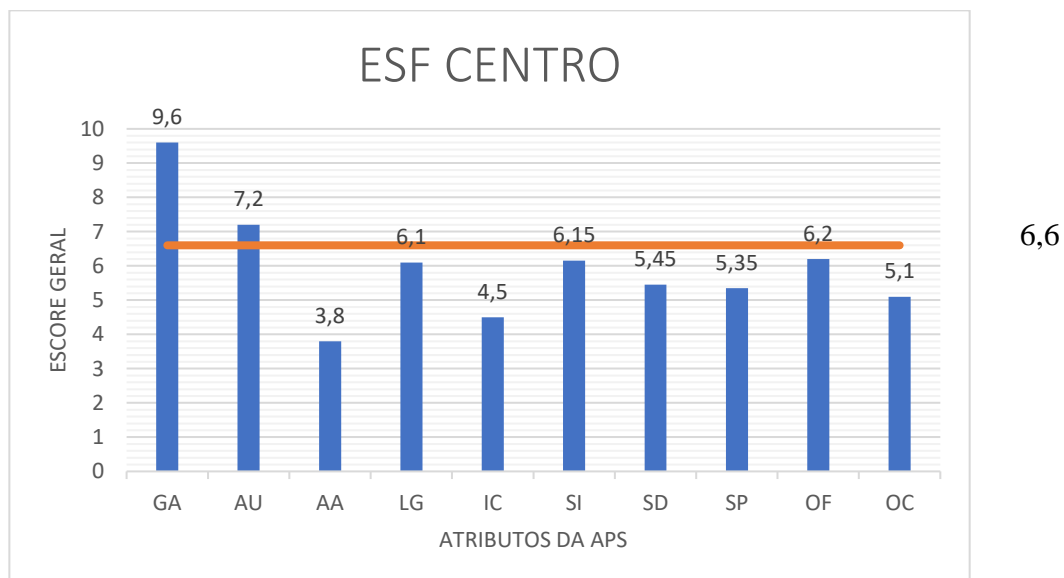


Gráfico 3: Valores médios dos atributos da APS conferidos pelos usuários adultos na avaliação da ESF Centro, em um município cearense.

Fonte: dados da Pesquisa.

Legenda: GA: Grau de Afiliação; AU: Acesso de primeiro contato – Utilização; AA: Acesso de primeiro contato – Acessibilidade; LG: Longitudinalidade; IC: Integração de Cuidados; SI: Sistema de

Informação; SD: Serviços Disponíveis; SP: Serviços Prestados; OF: Orientação Familiar; OC: Orientação Comunitária.

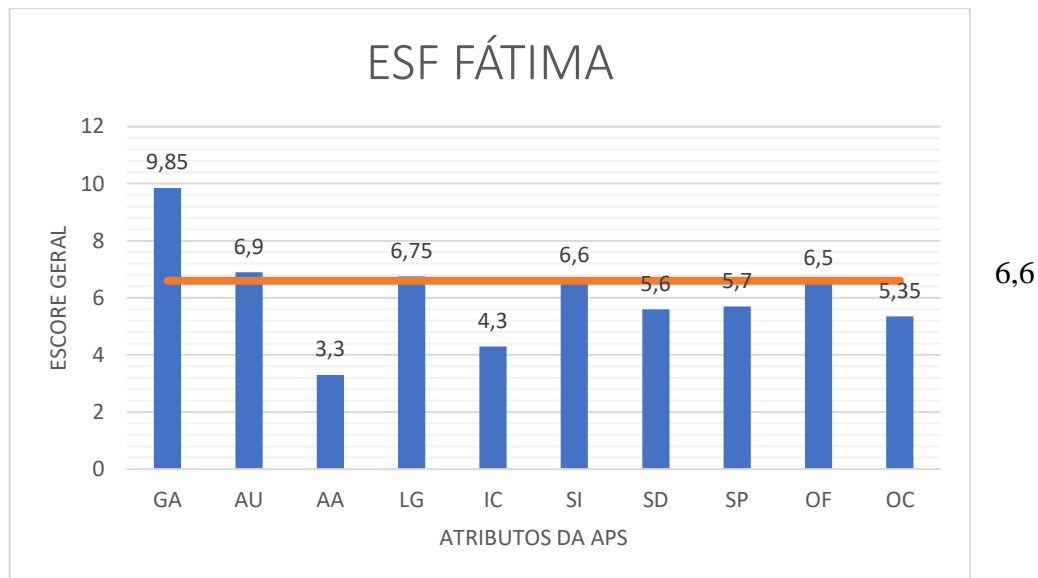


Gráfico 4: : Valores médios dos atributos da APS conferidos pelos usuários adultos na avaliação da ESF Fátima, em um município cearense.

Fonte: dados da Pesquisa.

Legenda: GA: Grau de Afiliação; AU: Acesso de primeiro contato – Utilização; AA: Acesso de primeiro contato – Acessibilidade; LG: Longitudinalidade; IC: Integração de Cuidados; SI: Sistema de Informação; SD: Serviços Disponíveis; SP: Serviços Prestados; OF: Orientação Familiar; OC: Orientação Comunitária.

Verificou-se que na ESF Pega Avoante os atributos ‘Grau de Afiliação’, ‘Acesso de primeiro contato – Utilização’, ‘Longitudinalidade’, ‘Sistemas de informação’ e ‘Orientação Familiar’ apresentaram alto escore (acima do ponto de corte 6,6). Na ESF Centro os componentes que atingiram a nota de corte foram apenas o ‘Grau de Afiliação’ e o ‘Acesso de primeiro contato – Utilização’. Já na ESF Fátima foram o ‘Grau de Afiliação’, o ‘Acesso de primeiro contato – Utilização’, a ‘Longitudinalidade’ e o ‘Sistemas de informação’.

O Grau de Afiliação (GA) se trata da afinidade que os pacientes têm com os profissionais da ESF em que estão inseridos. Nesse atributo podemos perceber que em todas as ESFs estudadas os usuários gostam muito dos profissionais, já que o escore dado foi maior que 9 em todos, além disso esse atributo se relaciona com o atributo Acesso de primeiro contato – Utilização (AU) que tem o objetivo de identificar para qual serviço de saúde o paciente vai primeiro (ESF ou outro serviço de saúde) de acordo com a pesquisa grande parte dos usuários preferem ir a ESF, porem esse resultado foi menor em comparação ao grau de afiliação, a explicação para isso é que as pessoas adoecem em horários em que a ESF não está aberta fazendo com que elas procurem outros serviços de saúde.

O Acesso de primeiro contato – Acessibilidade (AA) é mensurada pela presença ou ausência de barreiras geográficas, financeiras e organizacionais que impeçam o atendimento às necessidades de saúde das pessoas. Este item obteve o escore mais baixo entre todos os atributos das ESFs. É de suma importância destacar que o resultado da avaliação geral deste componente foi insatisfatório devido a ESF não estar em funcionamento nos dias de sábado e domingo; e durante a semana no período noturno como também inexistência de um telefone para contato na unidade. A PNAB 2006 relata que a Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

Na avaliação da Longitudinalidade (LG), que é um atributo considerado característica central da AB por Braz (2012) foi observado na ESF CE um escore abaixo da a média este componente está fortemente relacionado à boa comunicação, e favorece o bom acompanhamento do paciente, a continuidade e a efetividade do tratamento, contribuindo para implementar ações de promoção e de prevenção de agravos de alta prevalência.

Já na ESF PA e na ESF FA observou-se um escore acima de 6,6, isso também ocorreu em um estudo conduzido por Silva et al. (2014), em um município do Norte de Minas Gerais, o atributo longitudinalidade apresentou-se com percentual significativamente maior de avaliações de alto escore entre os usuários da ESF.

Na avaliação do item Coordenação - Integração de Cuidados (IC) nenhuma ESF atingiu o escore desejado. Foi encontrado um resultado parecido foi encontrado na cidade de Sobral-Ceará, onde na opinião dos usuários das 15 USF, 11 apresentaram um escore baixo para esse atributo (CARNEIRO et al., 2014). Sugerindo ausência de um sistema organizado e reforça a falta das informações de base, além da necessidade de uma estratégia sistemática a fim de desenvolvê-la.

Na avaliação do componente Coordenação - Sistema de Informações (SI), na ESF PA e na ESF FA a avaliação foi favorável e desfavorável na ESF CE. Carneiro et al. (2014) revela que em seu estudo, foi observado que, em 15 unidades avaliadas apenas uma teve o escore deste atributo abaixo da média. Percebeu-se que os profissionais e usuários de algumas áreas possuem um acesso adequado aos seus prontuários/fichas de atendimento, requisito importante para um bom acompanhamento de usuários e famílias pelos serviços de saúde, enquanto outras, não.

Os Integralidade - Serviços Disponíveis (SD) se tratam dos serviços ofertados pela ESF, ao analisa-lo obteve-se o seguinte resultado: nenhuma das áreas atingiu o escore favorável isso também ocorreu no estudo de Braz (2012), é importante destacar que isso só ocorre porque os usuários não conhecem os serviços ofertados pela sua ESF, para mudar esse resultado os

gestores juntamente com a equipe da ESF deveriam fazer uma campanha definindo cada serviço que há disponível em suas UBSs.

Na avaliação do atributo Integralidade - Serviços prestados (SP), todas as áreas apresentaram médias abaixo de 6,6, e foi unânime entre as ESFs avaliadas. Um resultado contraditório foi encontrado na revisão de Paula et al. (2016) onde observou-se que, de modo geral, o atributo integralidade foi bem avaliado. O usuário deve ser visto como um ser biopsicossocial, que sofre influências do meio onde vive sendo assim devem ser elaborados planos de cuidados que atendam as reais necessidades dos usuários contribuindo para a melhoria dos serviços de saúde prestados.

Em relação à avaliação do atributo Orientação Familiar (OF), a ESF PA foi a única a atingir a meta, as ESFs CE e FA apresentaram médias abaixo do ponto de corte. Cabe destacar que a ESF FA apresentou o escore médio muito próximo a 6,6 (escore = 6,5) Esse atributo considera a família como um grupo de usuários de uma mesma casa que precisam dos serviços de saúde, eles solicitam uma interação da equipe de saúde e o conhecimento de seus problemas de saúde e das ferramentas de abordagem familiares, focalizando a família de forma diferenciada.

Por sua vez, no atributo Orientação Comunitária (OC) todas as áreas apresentaram-se abaixo da média. Tal resultado nos diz que a atenção à saúde desenvolvida pelas ESFs não estão focalizadas corretamente na comunidade onde estão inseridas. Resultados parecidos foram encontrados no estudo de Alencar et al. (2014) e Braz (2012), onde o atributo não teve nenhuma avaliação satisfatória pelos usuários.

Percebeu-se uma heterogeneidade pertinentes entre os resultados das ESFs, o que nos revela a necessidade de reorganizar os serviços de saúde de maneira sistematizada. A explicação para essa diferença nos resultados apresentados por cada área de abrangência, pode está associada a estruturas diferentes físicas e organizacionais, das equipes responsáveis por cada ESF.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os atributos avaliados nos permitiram identificar que alguns componentes da APS não estão cumprindo o efeito esperado no que se refere à assistência integral à saúde do adulto no município avaliado. Os resultados evidenciaram uma deficiência dos serviços em fornecer o necessário para a saúde da população adulta. O cuidado integral não é capaz de contribuir para a ampliação do conceito de saúde pois não se encontra articulado a realidade necessária do indivíduo.

Os resultados apresentados neste estudo trazem importantes sugestões para os serviços avaliados. Por isso espera-se que a divulgação deste conteúdo para os gestores e profissionais de saúde gere transformações de suas práticas, possibilitando assim uma maior inserção da população na formulação das atividades, rumo a uma melhor qualidade no atendimento oferecido para a população.

A ESF PA foi a que mais se destacou com escore geral de 6,3 sendo que a média é 6,6, as demais tiveram um escore parecido igual ou acima de 5,9. Todas as ESF necessitam melhorar o atributo acesso de primeiro contato – acessibilidade, pois esse foi o componente que teve a nota mais baixa de acordo com os usuários, e para isso é recomendado que todas as ESFs funcionem no período noturno até 20:00hs e nos sábados ou domingos, além de implementarem um telefone para que os usuários possam ligar e pedir informações.

O item Coordenação – Integração de Cuidados também necessita de uma atenção especial pois todas as ESF tiveram nota menor que 5,0 e para melhorar esta nota os profissionais só precisam conversar com seus pacientes sobre suas consultas anteriores com especialistas.

Para os Componentes Integralidade - Serviços Disponíveis e Orientação Comunitária alcançarem uma nota acima da média a ESF só precisa fornecer e divulgar para seus usuários os serviços que já são prestados por ela, pois esse item está abaixo da média por falta de informação por parte da população.

Acredita-se que este trabalho poderá subsidiar futuras práticas e decisões acerca do investimento público, visando o fortalecimento da Atenção Básica pelos gestores municipais.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, M. N. et al. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 353-364, 2014.

ARAÚJO, R. L.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.105, P.387-399, abril/junho, 2015.

BATISTA, V.C.L.; RIBEIRO, L.C.C.; RIBEIRO, C.D.A.L.; PAULA, F.A.; ARAÚJO, A. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde segundo os profissionais de saúde da família. **SANARE**, v.15, n.2, p.87-93, 2016.

BRANDAO, ALRBS; GIOVANELLA, L; CAMPOS, C E A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v.18, n.1, p.103-114, 2013. Acesso em março de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF, 2017a.

_____. **Constituição federal, 1988**. Título VIII Da ordem social; Seção II Da Saúde; Artigos 196-198; 200; Seção III Da Previdência Social; Artigos 201-202.

_____. Planejamento e avaliação de políticas públicas / organizadores: José Celso Cardoso Jr., Alexandre dos Santos Cunha. – Brasília : Ipea, 2015. p.475 : il. color. – (Pensamento Estratégico , Planejamento Governamental & Desenvolvimento no Brasil Contemporâneo ; Livro 1) Inclui bibliografia. Publicação dedicada em memória de Divonzir Arthur Gusso (1941-2014). ISBN 978-85-7811-245-5

_____. **A Constituição brasileira de 1988 revisitada** : recuperação histórica e desafios atuais das políticas públicas nas áreas econômica e social / organizador: José Celso Cardoso Jr. – Brasília : Ipea, 2009. v.1 (291 p.) : gráfs., tabs. Inclui bibliografia. ISBN 978-85-7811-020-8

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 133 p. ISBN 978-85-8071-027-4

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1) ISBN: 978-85-89545-61-7

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, DF, 13 jun. 2013. n. 12, Seção 1, p. 59-59.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 290 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II) ISBN 978-85-334-1973-5

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica : AMAQ** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. - Brasília : Ministério da Saúde, 2014. p. : il.

_____. 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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 80 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1696-3

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes de Normas Reguladoras de Pesquisas em Seres Humanos: Bioética, 2012b.17];8(29):274-84.

BRAZ, J. C. **Avaliação da atenção às crianças menores de um ano nas Estratégias de Saúde da Família em um município da Bahia, sob a ótica dos cuidadores**. 2012. 86 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2012

CABRAL, K. **Desempenho da atenção primária à saúde em Minas Gerais: análise à luz de técnicas quantitativas e qualitativas**. Dissertação Mestrado, Universidade Federal de Viçosa -UFV., 2015.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de um grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.especial, p. 252-264, outubro, 2014.

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

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estud. av. [online]**. vol.27, n.78, p.7-26, 2013. ISSN 0103-4014.

CARVALHO, P. **A efetividade do Conselho Municipal de Saúde de Santana do Livramento/ RS: uma análise a partir das leis n°8.080/90 e 8.142/90**. Santana do Livramento: Unipampa, 2015.

CONSENSUS. **Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Ministério da Saúde. Ed. Parque Cidade Corporate , Brasília – DF, Ano VII | Número 24 | Julho, Agosto e Setembro de 2017.

COSTA, G. D. da et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. bras. enferm.** [online]. vol.62, n.1, p.113-118, 2009. ISSN 0034-7167. Acesso em 12 de março de 2018

FARIAS, A. N. P. N. **Humanização na estratégia de saúde da família: percepções dos profissionais que atuam em um centro de saúde da comunidade na cidade de Palmas - TO**. 2017. 96f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Tocantins, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Palmas, 2017.

FEITOSA, R. M. M. et al. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde e Sociedade [online]**. v. 25, n. 3 , p. 821-829, 2016. ISSN 1984-0470. acesso em abril de 2018.

FERREIRA, N.B. Avaliação da Assistência Prestada na Estratégia de saúde da família na Ótica do Usuário. **Id on Line Revista de Psicologia**, vol.8, n.24, p. 21-33, 2014. ISSN 1981-1189.

FILHO, M. M.; LUZ, B. S. R.; ARAÚJO, C. S. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.7, p.2033-2046, julho, 2014.

FONTENELLE, L. F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 7, n. 22, p. 5-9, jan. 2012. ISSN 2179-7994.

FRACOLLI, L.A.; GOMES, M.F.P.; NABÃO, F.R.Z.; SANTOS, M.S.; CAPPELLINI, V.K.; ALMEIDA, A.C.C. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciênc saúde coletiva**. V. 19, N.12, p.4851–60, 2014.

FREITAS VM et al. Diagnóstico de utilização do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde - PCATool-Brasil versão adulto - para população idosa **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23; n. 3, p. 330-335, 2015.

GÉRVAS, J. Atenção Primária forte é aquela com instrumentos que permitem medir a qualidade que oferece (para melhorá-la continuamente). **Rev Bras Med Fam Comum**. [online]. v.8, n.29, p.223-224, 2013. Acesso em 22 de março de 2018.

GOMES, M.F.P. **Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde na estratégia de saúde da família das comissões intergestores regionais de Alto Capivari e Alta Sorocaba – SP**. Tese (Doutorado em Cuidados em Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2016. 236p.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro - Volume II - Teoria Geral das Obrigações - 11.ed.**, São Paulo: Saraiva, 2014.

HARZHEIM, E. et al. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, 2006.

HARZHEIM, E; OLIVEIRA, M.M.C.; AGOSTINHO, M.R.; HAUSER, L.; STEIN, A.; GONCALVES, M.R., et al. Validação do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde : PCAool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n.29, p. 274-284, 2013.

HEIDEMANN, I.T.S.B.; BOEHS, A.E.; FERNANDES, G.C.M.; WOSNY, A.M.; MARCHI, J.G. Promoção da saúde e qualidade de vida: concepções da carta de Ottawa em produção científica. **Cienc Cuid Saude**, v.11, n.3, p.613-619, 2012.

LACAZ, F.A. de C; TRAPE, A.; SOARES, C.B.; SANTOS, A.P.L. dos. Estratégia saúde da família e saúde do trabalhador: um diálogo possível?. **Interface (Botucatu) [online]**. vol.17, n.44, pp.75-87, 2013. ISSN 1414-3283. Acesso em 12 de março de 2018.

LIMA, E.C.A.; OLIVEIRA, F.V.A. de. **Atuação do fisioterapeuta no programa saúde da família no Distrito Federal: uma pesquisa documental**. 2015. 38 f. Monografia (Graduação) - Faculdade de Ciências da Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2015.

LIMA, P. V. P. S. et al. **O programa dos agentes comunitários de saúde (PACS) e os indicadores de saúde da família no Estado do Ceará.** In: ENCONTRO ECONOMIA DO CEARÁ EM DEBATE, 4., 2008. Anais. Fortaleza, 2008.

LINS, I.L.; LUNA NETO, R.T.; LEITE, S.F.P.; OLIVEIRA, J.M.C.; FELIPE, F.A. MELLO GA, FONTANELLA BJB, DEMARZO MMP. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais. **Rev APS [online]**. v.12, n.2, p.204-213, 2009. Acesso em 2 de abril de 2018.

MINAYO, M. S. C. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 21ª Edição. Petrópolis, 1994.

MORAIS, T.C.; WUNSCH, D.W. Os desafios para efetivação da humanização hospitalar: a percepção dos usuários e profissionais de uma unidade de internação pediátrica. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 12, n. 1, p. 100 - 113, jan./jun. 2013.

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 DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar. 2018.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 00206316, 2017.

MOTA, R.R.A; DAVID, H.M.S.L. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar. **Rev Enferm UERJ**, v.23, n.1, p.122-7, 2015.

MOURA, E.C. de et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 19, n. 02, p. 429-438, 2014 [Acessado 23 setembro 2018].

OLIVEIRA, M.M.C. **Teoria da resposta ao item:** aplicação na avaliação de orientação para atenção primária à saúde [Tese]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.

OMS/UNICEF. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados em Saúde AlmaAta**, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasil, 1979.

OPAS/OMS. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas.** Washington, 2008.

PADULA ANDERSON, MARIA INEZ et al. Avaliação da Qualidade em Saúde na Medicina de Família e na Atenção Primária na Ibero-América. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, Suppl 2, p. 26-36, out. 2016.

PAIVA, C.H.A.; TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, v.21, n.1, p.15-35, 2014.

PAULA, F.A.; SILVA, C.C.R.; SANTOS, D.F.; MARTINS, O.A.F.O.; ANDRADE, R.A. Avaliação da atenção a saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha MG. **Saúde Debate**, v.39, n.106, p.802-14, 2015.

PAULA, W.K.A.S.; SAMICO, I.C.; CAMINHA, M.F.C.; BATISTA FILHO, M.; SILVA, S.L. Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. **Rev Esc Enferm USP**, v.50, n.2, p.335-45, 2016.

PEROVANO, D. G. **Manual de metodologia científica: para segurança pública e defesa social**. 1 ed. São Paulo: Jurua Editora, 2014.

PRODANOV, C.; FREITAS, E. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico] : métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RIBEIRO, M. C. S. A. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS – PNAD – 2003. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1011-22, 2006.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999. 334p.

SANTORUM, K.M.T.. **Pelas fendas do trabalho vivo: textos, contextos e atos na atividade de vigilância em saúde do trabalhador**. Katia Maria Teixeira Santorum. Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro : s.n., 2006. 170 p.

SANTOS, M. A. 2013. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. **Revista Katálisis**, v.16, n.2, p.233-240, 2013.

SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 23, p. 69-74, abr./jun. 2012.

SILVA, R.M.M.; VIERA, C.S. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. **Rev Bras Enferm.** [online], v.67, n.5, p.794-802, 2014.. Acesso em 13 de abril de 2018.

SIQUEIRA, B. R. Miséria. 3 ed. Rio de Janeiro: KroArts, 2007.

SOUZA, R.R. O sistema único de saúde brasileiro. In: Negri B, Viana ALD, organizadores. **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: Sobravime; 2002. p.441-469.
TESSER C.D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 3, p. 941-951, Mar. 2017 .

UNA-SUS/UFMA. **Gestão pública em saúde: os desafios da avaliação em saúde**/Ana Emilia Figueiredo de Oliveira; Regimarina Soares Reis. - São Luís, 2016. 57f.: il. (Guia de Gestão Pública em Saúde, Unidade XIV). ISBN: 978-85-7862-570-2

VECCHIA DALLA, Marcelo. **Trabalho em equipe na atenção primária à saúde: Fundamentos histórico-políticos**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. (Coleção PROPG Digital - UNESP). ISBN 9788579833571.

PAULA, W.K.A.S. de; SAMICO, I.C.; CAMINHA, M. de F.C.; BATISTA FILHO, M.; SILVA, S.L. da. Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. **Rev Esc Enferm USP**, v.50, n.2, p.335-345, 2016.

ZONTA, P.M.; ARRUDA, M. P. de. O entendimento do usuário sobre processo de trabalho do enfermeiro da estratégia saúde da família. **Revista Gepesvida – Uniplac**, Edição 2. Volume 1. Ano 1 p. 71-85, 2015.

APÊNDICES

APENDICE A – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Rua Tabelião Raimundo dos Santos, nºS/N Fátima
CEP: 63400-000 Tel: (88) 3564-0546
saude@cedro.ce.gov.br
CNPJ: 07.812.241/0001-84

Eu, Russell Sirius Anacleto e Andrade, RG: 2746088-94, CPF: 633.007.343-68, secretário de saúde, declaro ter lido o projeto intitulado "**Análise da Qualidade da Atenção Primária em Saúde – APS em um Município Cearense**" de responsabilidade do pesquisador Raimundo Tavares de Luna Neto, CPF: 856.440.723-04 e RG: 98029021678 e que uma vez apresentado a esta instituição o parecer de aprovação do CEP do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, autorizaremos a realização deste projeto nesta secretária municipal de saúde, CNPJ: 07.812.241/0001-84, tendo em vista conhecer e fazer cumprir as resoluções éticas brasileiras, em especial a resolução CNS 466/12. Declaramos ainda que esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Cedro, 07 de julho de 2018

Russell Sirius Anacleto e Andrade
Secretário de Saúde do Cedro
Port. 0204.0027/2018

Assinatura e carimbo do(a) responsável institucional

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



FACULDADE VALE DO SALGADO-FVS BACHARELADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA ADAPTADO PELO PCATool BRASIL – VERSÃO ADULTO

Iniciais: _____ Idade: _____

Profissão (Ocupação): _____

Escolaridade: _____

Renda: _____ Sexo: Masculino () Feminino ()

A - GRAU DE AFILIAÇÃO

A1 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

- Não
 Sim (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

A2 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?

- Não
 Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima
 Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

A3 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

- Não
 Sim, mesmo que A1 & A2 acima.
 Sim, o mesmo que A1 somente.
 Sim, o mesmo que A2 somente.
 Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor, dê o nome e endereço).

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
B1 - Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> " antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2 - Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> " antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3 - Quando você tem que consultar um especialista, o seu " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> " tem que encaminhar você obrigatoriamente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 - O " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> " fica aberto no sábado ou no domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2 - O " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> " fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3 - Quando o seu " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> " está aberto e você adoecer alguém de lá atende você no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4 - Quando o seu " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> " está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5 - Quando o seu " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> " está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

C6 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?

4 3 2 1 9

C7 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?

4 3 2 1 9

C8 - É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, "check-up") neste "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?

4 3 2 1 9

C9 - Quando você chega no seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?

4 3 2 1 9

C10 - Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?

4 3 2 1 9

C11 - É difícil para você conseguir atendimento médico do seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" quando pensa que é necessário?

4 3 2 1 9

C12 - Quando você tem que ir ao "nome do médico / enfermeira / local", você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?

4 3 2 1 9

D - LONGITUDINALIDADE

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D1 - Quando você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

D2 - Você acha que o seu "médico/enfermeiro" entende o que você diz ou pergunta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3 - O seu "médico/enfermeiro" responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D4 - Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D5 - O seu "médico/enfermeiro" lhe dá tempo suficiente para falar 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"/>
D6 - Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu "médico/enfermeiro"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D7 - O seu "médico/enfermeiro" conhece você mais 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"/>
D8 - O seu "médico/enfermeiro" sabe quem mora com você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D9 - O seu "médico/enfermeiro" sabe quais problemas são mais importantes para você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D10 - O seu "médico/enfermeiro" conhece a sua história clínica (história médica) completa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D11 - O seu "médico/enfermeiro" sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D12 - O seu "médico/enfermeiro" saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D13 - O seu "médico/enfermeiro" sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D14 - Você mudaria do "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

E - COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

E1 - Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?

- Sim
 Não (Passe para a questão F1)
 Não sei / não lembro (Passe para a questão F1)

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
E2 - O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E3 - O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E4 - O seu “médico/enfermeiro” discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E5 - O seu “médico / enfermeiro” ou alguém que trabalha no / com “nome do serviço de saúde” ajudou-o / a a marcar esta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E6 - O seu “médico/enfermeiro” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7 - O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe quais foram os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

E8 - Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu "médico/enfermeiro" conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?

4 3 2 1 9

E9 - O seu "médico/enfermeiro" pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?

4 3 2 1 9

F - COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F1. Quando você vai no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? (exemplificar se não entender "registro": fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2. Quando você vai ao "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

G - INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G1 - Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2 - Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3 - Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

G4 - Vacinas (imunizações).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G5 - Avaliação da saúde bucal (Exame dentário).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G6 - Tratamento dentário.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G7 - 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"/>
G8 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G9 - 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"/>
G10 - 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"/>
G11 - 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"/>
G12 - 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"/>
G13 - 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"/>
G14 - 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"/>
G15 - Remoção de verrugas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G16 - 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"/>
G17 - 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"/>
G18 - Cuidados pré-natais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G19 - Remoção de unha encravada.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G20 - 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"/>
G21 - Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família 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"/>

G22 - Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma).

4 3 2 1 9

H - INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
H1- 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"/>
H2 - Segurança no lar, 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"/>
H3 - Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H4 - 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"/>
H5 - Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6 - 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"/>
H7 - Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H8 - Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H9 - Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar 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"/>
H10 - Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H11 - Como prevenir quedas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H12 - Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H13 - Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
I1 - O seu "médico/enfermeiro" lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I2 - O seu "médico/enfermeiro" já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I3 - O seu "médico/enfermeiro" se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

J - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
J1 - Alguém no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J2 - O seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J3 - O seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" 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"/>
J4 - 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"/>
J5 - 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"/>
J6 - Convida você e sua família para participar do 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"/>



APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FACULDADE VALE DO SALGADO - FVS CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Sr: Raimundo Tavares de Luna Neto, RG: 98029021678 e CPF: 856.440.723-04 e Regilânia Silva Primo, RG: 2008097011483 e CPF: 057.060.633-03 da Faculdade Vale do Salgado – FVS será realizada uma pesquisa intitulada, “**Análise da qualidade da Atenção Primária em Saúde - APS em um Município Cearense**”. Como objetivo geral: Avaliar a qualidade da Atenção Primária a Saúde (APS) no Município de Cedro-CE; desenvolve um estudo que consta das seguintes etapas: Pedido de autorização para realização de pesquisa, Termo de consentimento livre e esclarecido e o Termo de consentimento pós-esclarecido.

Por essa razão, o (a) Senhor está sendo convidado (a) a participar da pesquisa. Sua participação consistirá em responder um questionário com perguntas relacionadas a qualidade da Atenção Primária a Saúde. Os riscos são mínimos que este instrumento pode causar, cansaço ou aborrecimento ao responder questionários, alteração na autoestima provocados pela evocação da memória ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante, estresse emocional relacionado a experiências com doenças e morte e o risco de quebra de sigilo.

Para minimizarmos os riscos acima elencados, utilizaremos das seguintes ações: lugar sigiloso, calmo e tranquilo para o preenchimento do instrumento, prontidão dos aplicadores para minimizar as dúvidas dos participantes e em casos extremos de estresse e outros aspectos emocionais, estes participantes serão imediatamente encaminhados e direcionados para o Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da Clínica escola da Faculdade Vale do Salgado.

Quanto aos benefícios que serão gerados por este estudo se darão na perspectiva que engrandeceram os o seu conhecimento científico sobre a temática. Além dos benefícios para os participantes que poderão expressar seu ponto de vista sobre a efetividade e eficácia da unidade que são atendidos, onde se poderá identificar as fragilidades e dificuldades dessa unidade buscar-se melhorias para o atendimento dessa população.

Todas as informações que o (a) Senhor nos fornece serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas serão confidenciais e seu nome não aparecerá em nenhum momento.

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso o (a) Senhor aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a pesquisa.

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar, Raimundo Tavares de Luna Neto e Regilânia Silva Primo na Faculdade Vale do Salgado – FVS, Rua Monsenhor Frota nº-609, CEP-63430.000, funciona em horário comercial. Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Avenida Leão Sampaio, Km3, Lagoa Seca- Juazeiro do Norte-Ceará.

CEP: 63.180-000

Se o Senhor (a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

Cedro-CE, _____ de _____ / 2018.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Assistente



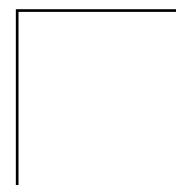
**APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO
PESQUISA DA FACULDADE VALE DO SALGADO-FVS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, eu _____, portador (a) do Cadastro de Pessoa Física (CPF) número _____, declaro que, após leitura minuciosa do TCLE, tive oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores. Ciente dos serviços e procedimentos aos quais serei submetido e não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firmo meu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** em participar voluntariamente da pesquisa “**Análise da qualidade da Atenção Primária em Saúde – APS em um município cearense**”, assinando o presente documento em duas vias de igual teor e valor.

Cedro- CE, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante ou Representante legal



Impressão dactiloscópica

Assinatura do pesquisador

PARECER DO COMITE DE ETICA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMARIA EM SAÚDE-APS EM UM MUNICÍPIO CEARENSE

Pesquisador: Raimundo Tavares de Luna Neto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 93718218.5.0000.5048

Instituição Proponente: TCC EDUCACAO, CIENCIA E CULTURA LTDA - EPP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.792.965

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa descritiva de caráter exploratório, de abordagem quantitativa e avaliativa em saúde. O respectivo estudo será realizado nas UBSs situadas no município de Cedro-CE, localizado a 400 km da capital Fortaleza, na região Centro-Sul do Estado, Brasil. Com área territorial de 725,786 Km² e 24.527 habitantes em estimativa populacional. Participaram da pesquisa usuários adultos (maiores de 18 anos) de ambos os sexos cadastrados nas UBSs da zona urbana do município de Cedro-CE que estejam utilizando os serviços oferecidos pelas suas respectivas UBSs no seu território de abrangência mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de inclusão são: Ser cadastrado no SUS; Ter idade igual ou maior a 18 anos. Critérios exclusão: Desejar sair livremente da pesquisa; Ser portador de doenças mentais e ou com incapacitantes cognitivas comprovadamente. Para colher os dados decidiu-se pelos formulários estruturados a partir do instrumento de avaliação da atenção básica PCATool para contemplar todos os objetivos da pesquisa. Os dados obtidos serão avaliados através do instrumento PCATool por intermédio de escores e atributos que compreende 9 componentes, serão feitas as interferências estatísticas necessárias para minimizar os riscos. Após a conclusão desta etapa, os dados serão lançados em gráficos e/ou tabelas, que serão discutidos na posteriormente. Este projeto será enviado para a Plataforma Brasil, onde vai ser encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio.

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n

Bairro: Planalto

CEP: 63.010-970

UF: CE

Município: JUAZEIRO DO NORTE

Telefone: (88)2101-1033

Fax: (88)2101-1033

E-mail: cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO



Continuação do Parecer: 2.792.965

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a qualidade da Atenção Primária a Saúde (APS) no município de Cedro-CE. O objetivo de avaliar perante ferramentas determinadas deixa clara a factibilidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios: A magnitude do dano que pode ser previsto antecipadamente não é maior que a vivenciada no cotidiano das pessoas. Nesta pesquisa os que se encaixam são cansaço ou aborrecimento ao responder questionários, alteração na autoestima provocados pela evocação da memória ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante, estresse emocional relacionado a experiências com doenças e morte e o risco de quebra de sigilo. Para minimizarmos os riscos acima elencados, utilizaremos das seguintes ações: lugar sigiloso, calmo e tranquilo para o preenchimento do instrumento, prontidão dos aplicadores para minimizar as dúvidas dos participantes e em casos extremos de estresse e outros aspectos emocionais, estes participantes serão imediatamente encaminhados e direcionados para o Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da Clínica escola da Faculdade Vale do Salgado.

Benefícios:

Os benefícios que serão gerados por este estudo se darão na perspectiva que engrandeceram o conhecimento científico sobre a temática de enfermeiros, acadêmicos de enfermagem e de pessoas que se interessarem pelo estudo. Além dos benefícios para os participantes que poderão expressar seu ponto de vista sobre a efetividade e eficácia da unidade que são atendidos, onde se poderá identificar as fragilidades e dificuldades dessa unidade e buscar-se melhorias para o atendimento dessa população.

Riscos e benefícios claros e bem detalhados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa traz uma percepção sobre a qualidade de saúde por parte dos usuários. Então mensura a qualidade por esta percepção pode gerar resultados diferentes se utilizadas outras ferramentas e avaliados outros sujeitos do processo. No entanto, a autora destaca na metodologia a ferramenta utilizada e apresenta a ficha de coleta de dados. Apesar de não gerar viés ético, deixar claro que os resultados da pesquisa advém da percepção dos usuários, mesmo que a maioria das perguntas estruturadas seja objetiva e de dados informativos isentando opiniões.

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n
Bairro: Planalto **CEP:** 63.010-970
UF: CE **Município:** JUAZEIRO DO NORTE
Telefone: (88)2101-1033 **Fax:** (88)2101-1033 **E-mail:** cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO**



Continuação do Parecer: 2.792.965

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória dentro dos padrões exigidos

Recomendações:

A pesquisa traz uma percepção sobre a qualidade de saúde por parte dos usuários. Então mensura a qualidade por esta percepção pode gerar resultados diferentes se utilizadas outras ferramentas e avaliados outros sujeitos do processo. No entanto, a autora destaca na metodologia a ferramenta utilizada e apresenta a ficha de coleta de dados. Apesar de não gerar viés ético, deixar claro que os resultados da pesquisa advêm da percepção dos usuários, mesmo que a maioria das perguntas estruturadas seja objetiva e de dados informativos isentando opiniões.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Parecer favorável para a aprovação

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1173272.pdf	04/07/2018 18:55:11		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	04/07/2018 18:54:47	Raimundo Tavares de Luna Neto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Regilania.docx	03/07/2018 21:45:38	Raimundo Tavares de Luna Neto	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	03/07/2018 21:42:41	Raimundo Tavares de Luna Neto	Aceito
Outros	Anuencia.docx	03/07/2018 21:40:32	Raimundo Tavares de Luna Neto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Tcc_regilania.docx	03/07/2018 21:39:02	Raimundo Tavares de Luna Neto	Aceito
Outros	Instrumento_de_Coleta_de_dados_Regilania.docx	03/07/2018 21:38:01	Raimundo Tavares de Luna Neto	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	03/07/2018 21:37:16	Raimundo Tavares de Luna Neto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Maria Letícia Leite Pereira, s/n
Bairro: Planalto **CEP:** 63.010-970
UF: CE **Município:** JUAZEIRO DO NORTE
Telefone: (88)2101-1033 **Fax:** (88)2101-1033 **E-mail:** cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO



Continuação do Parecer: 2.792.965

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUAZEIRO DO NORTE, 31 de Julho de 2018

Assinado por:

MARCIA DE SOUSA FIGUEREDO TEOTONIO
(Coordenador)

Endereço: Av. Maria Letícia Leite Pereira, s/n

Bairro: Planalto

CEP: 63.010-970

UF: CE

Município: JUAZEIRO DO NORTE

Telefone: (88)2101-1033

Fax: (88)2101-1033

E-mail: cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br