

**Revista de APS**<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/index>

Profissionais de saúde em serviços de Atenção Primária à Saúde: integralidade na saúde

Health professionals in primary health care services: Integrality in health

Vanessa Rodrigues Pucci¹, Kauana Flores da Silva², Adalvane Nobres Damaceno³, Luis Felipe Dias Lopes⁴, Teresinha Heck Weiller⁵

RESUMO

O objetivo foi medir a presença e a extensão do atributo da integralidade em serviços de Atenção Primária à Saúde em 32 municípios do Rio Grande do Sul. Estudo descritivo, transversal com utilização do instrumento de avaliação Primary Care Assessment Tool versão profissional com escala do tipo Likert e questionário sociodemográfico, com coleta de dados entre os meses de fevereiro e julho do ano de 2015. A Integralidade é subdividida em: serviços disponíveis e serviços prestados. Os dados foram analisados com o Stastical Analisys System versão 9.0. Segue os preceitos éticos da Resolução nº 466 de 2012, e com financiamento do CNPq. Participaram da pesquisa 206 profissionais de ensino superior. Observou-se prevalência de profissionais enfermeiros, 72,33%. Ambos os componentes superaram o ponto de classificação necessário para admitir a presença e a extensão da integralidade. No componente “Serviços Disponíveis” o item (pergunta) com prevalência de respostas afirmativas (com certeza sim) foi referente à saúde da mulher (93,20%), e o item referente a pequenas cirurgias foi aquele que apresentou a maior correlação com o score do componente (0,57505), embora moderada. Verificou-se que os profissionais entrevistados consideram que a integralidade do cuidado está presente nos

¹ Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Nutricionista; Mestra em Enfermagem no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-UFSM; Especialista em Gestão de Organização Pública de Saúde -UFSM. E-mail: vanessarpucci@hotmail.com

² Mestra em Enfermagem no Programa de Pós - Graduação em Enfermagem-UFSM.

³ Enfermeiro; Especialista em Gestão de Organização Pública de Saúde, Mestre em Enfermagem no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

⁴ Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Matemático, Doutor em Engenharia de Produção - UFSM; Mestre em Engenharia de Produção - UFSM; Especialista em Estatística e Modelagem qQuantitativa - UFSM; Professor Titular no Departamento de Administração na Universidade Federal de Santa Maria - UFSM.

⁵ Enfermeira, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública - USP; Mestra em Enfermagem em Saúde Pública - USP; Professora Associada no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

serviços avaliados. Sugerem-se estudos sob a perspectiva dos usuários, pois são quem efetivamente experimentam os serviços.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Integralidade. Avaliação de Serviços de Saúde. Gestão em Saúde. Profissionais de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to measure the presence and extension of the attribute of integrality in Primary Health Care services in 32 municipalities in the Center-West region of Rio Grande do Sul. Method: descriptive, cross-sectional study. The data collection was done through an interview with the use of the instrument of evaluation Primary Care Assessment Tool in its professional version with scale of the Likert type and a sociodemographic questionnaire between the months of February and July of the year 2015. The evaluated attribute is subdivided into two Components: available services and services provided. Data were analyzed with Statistical Analysis System version 9.0. The research follows the ethical precepts of Resolution 466 of 2012 and was funded by CNPq. Results: 206 higher education professionals took part in the Primary Health Care services and 32 municipalities were evaluated. Prevalence of nursing professionals was observed, 72.33%. Both components exceeded the classification point required to admit the presence and extent of integrality. In the Available Services component, the item with prevalence of affirmative response was related to women's health, and the item referring to minor surgeries was the one that presented the highest correlation with the component score (0.57505), although moderate. Conclusion: it was verified that the professionals interviewed have a good evaluation of the attribute proposed in this study, since the presence and the extension of the attribute is considered satisfactory. Studies are suggested from the perspective of users because they are the ones who actually experience the services.

KEYWORDS: Primary Health Care. Comprehensive Health Care. Evaluation of Health Services. Health Management. Health Professionals.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional sendo constituído por um conjunto de ações e serviços sob gestão pública¹. Deste modo, a regionalização compreendida como uma diretriz do SUS orienta a descentralização de ações e serviços de saúde, com o objetivo de garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade, bem como contingente populacional, transcenda a escala local/municipal².

Neste sentido, o decreto nº 7.508/2011 considera as Regiões de Saúde como “espaços geográficos contínuos constituídos por agrupamentos de municípios limítrofes. Tais municípios são delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com finalidade de integrar a organização, o planejamento, bem como execução de ações e serviços de

saúde”³. Neste cenário a Atenção Básica à Saúde (ABS) é compreendida como uma de suas prioridades², na qual desempenha um papel estratégico sendo o principal o acesso da população, além de representar um elo entre o sistema de saúde e os usuários⁴.

Ressalta-se que a Estratégia de Saúde da Família surge com o propósito de reorganização da atenção básica no Brasil e, por sua vez, é considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação, pois é capaz de oportunizar uma reorientação do processo de trabalho com potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica. Deste modo, permite ampliar sua resolutividade e impactar no estado de saúde das pessoas e/ou coletividades, propiciando significativa relação custo-efetividade⁵. Saliencia-se que os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), são equivalentes.

Para Starfield⁶, a Atenção Primária à Saúde (APS) é uma abordagem que determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, sendo o lugar onde os problemas mais comuns na comunidade devem ser abordados. A partir da definição da autora, é possível conceituar os quatro atributos essenciais dos serviços da APS, sejam eles: Acesso de primeiro contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação da atenção; e três atributos derivados, a saber: Atenção à saúde centrada na família, Orientação comunitária e Competência. Para Paim⁷, a perspectiva da integralidade é considerada um dos aspectos fundamentais da APS, em qualquer que seja o modelo de atenção. Tal atributo consiste na prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização por outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento dos problemas locais, oferecendo e garantindo diversos serviços de âmbito preventivo e curativo.

Outrossim, a APS tem um papel central no que se refere ao bom funcionamento do sistema de saúde, pois oferta uma atenção mais eficiente e equitativa às necessidades da população. Neste cenário, a avaliação é considerada instrumento chave para a melhora contínua da qualidade da atenção, sendo baseada em evidências e, por conseguinte, viabilizando a tomada de decisão sobre os serviços⁸. Ademais, compreende-se que um instrumento que teve seu conteúdo validado por peritos torna-se mais confiável, preciso, válido e decisivo no que se propões a medir⁹.

Logo, a aplicação de um instrumento de pesquisa que objetiva avaliar a APS deve proporcionar meios para a criação de novas propostas que viabilizam a contribuição para a qualificação dos serviços de saúde. Neste sentido, o instrumento que mais se aproxima desta proposta é o PCATool¹⁰. Destarte, os cuidados primários necessitam de instrumentos capazes de mensurar a qualidade dos serviços e, desta maneira, serem capazes de introduzir mudanças apropriadas para problemas cada vez mais complexos. Neste sentido, a confiança no instrumento PCATool deve-se ao seu rigor

científico, acadêmico e profissional no que diz respeito aos cuidados primários na saúde brasileira¹¹.

Diante do exposto, este trabalho objetivou medir a presença e a extensão do atributo da integralidade sob a perspectiva de profissionais de saúde, nos serviços de APS em municípios pertencentes a duas Regiões de Saúde que compõem a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, observacional, descritivo e transversal, realizado em serviços de saúde pertencentes à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS). A referida Coordenadoria abrange duas Regiões de Saúde: Verdes Campos e Entre Rios. O estudo foi realizado nos serviços de APS em 32 municípios pertencentes à 4ª CRS/RS. Destes, 21 compõem a Região de Saúde Verdes Campos, a qual possui uma população de 435.021 habitantes, e 11 fazem parte da Região de Saúde Entre Rios, atingindo uma população de 127.574 habitantes¹².

Ambas as regiões contemplam ações e serviços de atenção básica, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde¹³. Os modelos de atenção são compostos por Unidades Básicas de Saúde Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF), UBS Tradicional (UBS/T) e UBS Mista (UBS/Mista).

O tamanho da amostra foi definido com base no número de profissionais de nível superior (N=686) atuantes nos serviços de APS nos municípios que integram a 4ª CRS/RS, os quais estão relacionados no Cadastro Nacional do Estabelecimento de Saúde CNES¹⁴, obtendo-se como amostra n = 247. Para definir o tamanho mínimo da amostra, foi utilizado cálculo probabilístico, e para coleta de dados, foi utilizada amostragem por conveniência. Ressalta-se que foram entrevistados somente profissionais de saúde de nível superior que estivessem atuando há mais de seis meses junto ao serviço, e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ademais, os profissionais que estavam de férias, licença, afastamento ou que atuassem em outro município foram excluídos.

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas realizadas nos serviços de saúde utilizando um questionário sociodemográfico, bem como a utilização do instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde PCATool-Versão Brasil profissionais. O PCATool (*Primary Care Assessment Tool*) foi criado por Starfield⁶ e colaboradores na Universidade John Hopkins nos Estados Unidos (EUA). Este propõe avaliar a estrutura e o processo de atenção nos serviços de atenção primária, tendo como base os quatro atributos essenciais e os três atributos derivados da APS, medindo a presença e a extensão de tais atributos¹⁵. O instrumento em questão foi validado no Brasil por Harzheim et al¹⁶.

O atributo da Integralidade encontra-se dentre os atributos essenciais, sendo o mesmo subdividido em 2 componentes, a saber: Serviços Disponíveis (E) com 22 itens e Serviços Prestados (F) com 15 itens, totalizando 37 itens. Assim, o componente denominado Integralidade Serviços Disponíveis é composto por 22 perguntas, as quais são referidas como itens na presente pesquisa. E o componente Integralidade Serviços Prestados é composto por 15 perguntas.

Os dados foram coletados por seis entrevistadores entre os meses de fevereiro e julho de 2015, ocorrendo de maneira informatizada a partir do *software Epi Info*® 7.0, com a utilização de *tablets*. Posteriormente, os dados foram transferidos para o programa *Microsoft Excel 2013/ Windows 8* para posterior análise no programa *Statistical Analysis System (SAS)* versão 9.0. Tendo em vista a coleta ter sido informatizada, os coletadores participaram de um curso de capacitação com carga horária de 10 horas-aula, com o propósito de operacionalizar o PCATool-Brasil.

As variáveis independentes do estudo foram classificadas em qualitativas: sexo (masculino e feminino), situação conjugal (casado, solteiro, outros), cor/etnia autodeclarada (branco, pardo, negro), número de filhos (com filhos, sem filho), formação: médico, enfermeiro, dentista, nutricionista, terapeuta ocupacional, farmacêutico, educador físico, assistente social, psicólogo, possui formação complementar (sim ou não), qual formação (especialização, residência, mestrado, doutorado, não se aplica), vínculo empregatício: estatutário, celetista, outro, e quantitativas: idade e tempo no serviço.

A variável dependente (desfecho) foi a Integralidade da APS. Todos os itens estão elencados na forma de perguntas e estão dispostos nas tabelas 2 (serviços disponíveis: E1 a E22) e 3 (serviços prestados: F1 a F15). As respostas para os itens (perguntas) pertencentes a esse atributo são estruturadas conforme uma escala do tipo *likert*, atribuindo escores no intervalo de 1 a 4 (1 = com certeza não; 2 = provavelmente não; 3 = provavelmente sim; e 4 = com certeza sim). Para a obtenção do escore do atributo avaliado, foi calculada a média dos valores dos seus itens. Na sequência, o valor (escore) obtido para ambos os componentes foi transformado em escala de 0 a 10, obtendo-se então o escore final, por meio do seguinte cálculo: $(\text{escore obtido} - 1) * 10 / 4 - 1$ ¹⁵. Ressalta-se que as orientações para o cálculo dos escores seguem a descrição contida no instrumento PCATool e, de acordo com o instrumento os escores dos componentes da integralidade, são calculados de maneira independente.

Outrossim, os valores iguais ou superiores a 6,6 são considerados como alto escore¹⁷, e considera-se o valor 6,6 o mínimo para o serviço de saúde ter a presença do atributo em sua unidade¹⁵. Destaca-se que o instrumento PCATool-Brasil avalia a estrutura e o processo de atenção de acordo com cada atributo da APS. Assim, no tocante ao atributo da integralidade, o escore atribuído ao componente serviços disponíveis mede a estrutura dos serviços envolvida no

atributo, e o escore para o componente serviços prestados mede a maneira como o processo de atenção ocorre⁶.

A distribuição de normalidade das variáveis foi avaliada pelo teste de Shapiro Wilk ($n < 2000$). Utilizou-se o teste Mann-Whitney. As variáveis qualitativas foram expressas como frequências absolutas e as variáveis quantitativas como média e desvio padrão. Foram utilizadas análises de correlação objetivando a direcionalidade e magnitude da correlação entre os itens que fazem parte dos dois componentes do atributo Integralidade e seus escores médios. Para tanto, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Pearson*. A direcionalidade da correlação é expressa por: positiva (+) ou negativa (-); e quanto à magnitude pode ser: fraca se $r = 0,10$ até $0,30$; moderada se $r = 0,40$ até $0,6$; e forte se $r = 0,70$ até 1^{18} . Considerou-se a correlação quando p-valor inferior a $0,05$ ($p < 0,05$). Para avaliar a confiabilidade das respostas, utilizou-se o coeficiente alfa de *Cronbach*, sendo considerado valor mínimo e satisfatório os valores iguais ou superiores a $0,60$.

Este estudo deriva de um projeto matricial, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, sob número do CAAE: 34137314.4.0000.5346. Ressalta-se que todos os preceitos éticos da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 foram respeitados e seguidos. Ademais, o projeto matricial recebeu apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), edital Universal 2014.

RESULTADOS

Do total previsto, foram entrevistados 206 profissionais de saúde nos serviços de Atenção Primária à Saúde em todos os municípios da 4ª CRS/RS, pois foram excluídos $n = 40$ (16,2%) profissionais considerando as entrevistas não realizadas por razão de recusa, afastamento por motivo de saúde e profissionais que estavam de férias.

Dentre os profissionais entrevistados, $n = 95$ (46,12%) executam suas atividades em Estratégias de Saúde da Família – ESF onde $n = 42$ (20,39%) destas são localizadas na Região de Saúde Verdes Campos e $n = 53$ (25,73%) situam-se na Região de Saúde Entre Rios. A média de idade dos profissionais é de 39,2 anos, e a média de tempo de trabalho foi de 7,05 anos. São, na sua maioria, autodeclarados brancos (91,75%) e, $n = 149$ (72,68%) são mulheres. A maior parcela dos entrevistados são casados $n = 107$ (51,94%), solteiros $n = 62$ (30,1%) e $n = 37$ (18%) pertencem à categoria outros (viúvo, divorciado e união estável). Quanto à formação, $n = 78$ (37,86%) são enfermeiros e 49 (23,3%) são médicos.

Dentre os outros profissionais entrevistados, encontram-se odontólogos (18,93%), farmacêuticos (6,31%), psicólogos (5,83%), terapeutas ocupacionais (4,37%), nutricionistas (1,46%), assistente social (1%) e educador físico (1%).

Com relação ao vínculo empregatício, 73,6% (n = 151) dos profissionais relataram pertencer ao regime estatutário. Ademais, n = 136 (66,6%) profissionais possuem formação complementar, dos quais n = 114 (66,28%) são pós-graduados em cursos de pós-graduação Lato Sensu.

O componente E (serviços disponíveis) obteve escore geral (das duas regiões avaliadas) de 7,36 com desvio de padrão 1,44 e o componente F (serviços prestados) obteve escore geral (das duas regiões avaliadas) de 6,77 com desvio padrão de 2,22. O Alfa de Cronbach do componente “Serviços Disponíveis” foi de $\alpha = 0,761$, e do componente “Serviços Prestados” foi de $\alpha = 0,857$. Na tabela 1 estão dispostos os escores obtidos individualmente nos componentes avaliados, em cada uma das regiões estudadas.

Tabela 1 – Escores dos componentes Serviços Prestados e Serviços Disponíveis do atributo da Integralidade da APS em municípios das Regiões de Saúde Verdes Campos e Entre Rios pertencentes à 4ªCCR/RS. Santa Maria/RS

APS nos municípios da 4ª CRS/RS				
Componente	Região de Saúde	Média	Desvio Padrão	*p-valor
Serviços Disponíveis	Verdes Campos	7,34	1,60	0,9026
	Entre Rios	7,39	1,27	
Serviços Prestados	Verdes Campos	6,80	2,32	0,5665
	Entre Rios	6,72	2,13	

* Teste de Mann Whitney

Fonte: elaborada pelos autores

As Tabelas 2 e 3 apresentam as respostas às questões relacionadas ao elenco de serviços ofertados (disponíveis) pela unidade, bem como aqueles serviços prestados pelos profissionais de saúde que atuam na APS.

Tabela 2 – Escore e proporção (%) de profissionais da APS nos municípios da 4ª CRS/RS com relação às respostas positivas (com certeza sim e provavelmente sim) e negativas (com certeza não e provavelmente não) referentes aos itens dos componentes Serviços Disponíveis (E) (n=206)

Serviços Disponíveis (E)	Escala Likert: %				Escore Média (DP)
	Com certeza sim (4)	Provavelmente sim (3)	Com certeza não (2)	Provavelmente não (1)	
E1-Aconselhamento Nutricional	69,42	5,34	3,88	21,36	3,22(1,24)
E2-Imunizações	87,86	0,49	0,49	11,17	3,65(0,95)
E3 - Verificação se as famílias põem participar de algum programa ou benefício de assistência social	55,12	8,78	4,39	31,71	2,87(1,36)
E4- Avaliação da saúde bucal	91,75	1,46	-	6,80	3,78(0,76)
E5- Tratamento dentário	90,78	1,94	-	7,28	3,76(0,78)

(Continuação)

Serviços Disponíveis (E)	Escala Likert: %				Escore Média (DP)
	Com certeza sim (4)	Provavelmente sim (3)	Com certeza não (2)	Provavelmente não (1)	
E6- Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	93,20	4,37	1,46	0,97	3,89(0,42)
E7- Aconselhamento ou tratamento para uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas)	58,74	14,56	7,28	19,42	3,12(1,19)
E8- Aconselhamento para problemas de saúde mental	72,33	9,22	5,34	13,11	3,40(1,06)
E9- Sutura de um corte que necessite de pontos	58,05	2,93	5,37	33,66	2,85(1,40)
E10- Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV;	87,38	5,34	2,43	4,85	3,75(0,72)
E11- Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)	31,07	12,62	7,77	48,54	2,26(1,33)
E12- Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)	30,24	10,73	7,32	51,71	2,19(1,34)
E13- Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido)	38,54	6,34	11,71	43,41	2,40(1,37)
E14- Remoção de verrugas	28,16	8,25	10,68	52,91	2,11(1,31)
E15- Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau)	91,26	-	1,94	6,80	3,75(0,79)
E16- Aconselhamento sobre como parar de fumar	72,82	9,22	3,88	14,08	3,40(1,08)
E17- Cuidados pré-natais	91,75	2,43	0,97	4,85	3,81(0,68)
E18- Remoção de unha encravada	37,38	7,28	10,19	45,15	2,36(1,37)
E19- Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma)	81,07	9,22	4,85	4,85	3,66(0,78)

(Conclusão)

Serviços Disponíveis (E)	Escala Likert: %				Escore Média (DP)
	Com certeza sim (4)	Provavelmente sim (3)	Com certeza não (2)	Provavelmente não (1)	
E20- Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair)	76,70	10,19	5,83	7,28	3,56(0,89)
E21- Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama	90,78	5,83	1,46	1,94	3,85(0,52)
E22- Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos)	50,97	10,68	9,71	28,64	2,83(1,31)

DP = Desvio Padrão

Fonte: elaborada pelos autores

Tabela 3 – Escore e proporção (%) de profissionais da APS nos municípios da 4ª CRS/RS com relação às respostas positivas (com certeza sim e provavelmente sim) e negativas (com certeza não e provavelmente não) referentes aos itens dos componentes Serviços Prestados (F) (n=206)

Serviços Prestados (F)	Escala Likert: %				Escore Média (DP)
	Com certeza sim (4)	Provavelmente sim (3)	Com certeza não (2)	Provavelmente não (1)	
F1-Conselhos sobre alimentação saudável ou como dormir suficientemente	87,86	5,34	1,46	5,34	3,75(0,73)
F2-Segurança no lar	73,30	5,83	3,88	16,99	3,35(1,15)
F3-Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para criança ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura	22,33	5,83	6,31	65,53	1,84(1,21)
F4-Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando	58,74	11,65	6,31	23,30	3,05(1,25)
F5-Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados	76,70	6,31	2,43	14,56	3,45(1,08)
F6-Testes de sangue para evitar colesterol	62,62	4,37	2,43	30,58	2,99(1,37)

(Conclusão)

Serviços Prestados (F)	Escala Likert: %				Escore Média (DP)
	Com certeza sim (4)	Provavelmente sim (3)	Com certeza não (2)	Provavelmente não (1)	
F7-Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando	87,86	6,31	0,97	4,85	3,77(0,69)
F8-Possíveis exposições a substâncias perigosas	61,17	9,71	4,37	24,76	3,07(1,28)
F9-Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la em segurança	4,85	4,85	3,88	86,41	1,28(0,77)
F10-Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente	52,91	9,22	4,85	33,01	2,80(1,36)
F11-Como prevenir quedas	59,71	10,68	3,88	25,73	3,04(1,29)
F12-Prevenção de osteoporose em mulheres	61,46	8,29	1,46	28,78	3,02(1,33)
F13-Cuidados de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa	72,06	5,88	0,59	21,57	3,28(1,23)
F14-Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças	63,86	10,40	4,46	21,29	3,16(1,23)
F15-Mudanças do crescimento e de desenvolvimento da criança esperada para cada faixa etária	80,20	6,93	1,49	11,39	3,55(0,98)

DP = Desvio Padrão

Fonte: elaborada pelos autores

No que se refere às médias obtidas, salienta-se que foram elencadas para serem discutidas as duas maiores e as duas menores médias de cada componente avaliado, haja vista o elevado número de itens que fazem parte dos componentes. Assim, com relação ao componente que avalia a estrutura das unidades, isto é, o componente E/ Serviços Disponíveis, o item que diz respeito ao planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais (saúde da mulher) foi aquele que obteve maior prevalência de respostas positivas, isto é 93,20%, atingindo a maior média **3,89** (E6), seguido do item que se refere a cuidados domiciliares, com média de **3,85** (E21). Já a menor média de **2,11** (E14) foi atribuída ao item que se refere a remoção de verrugas nos serviços, seguido do item que diz respeito a identificação de problemas visuais com média de **2,19** (E19).

Quanto ao componente F/Serviços Prestados, 87,86% dos entrevistados referem realizar orientações sobre utilização e armazenamento de medicamentos com seus pacientes, sendo este item o detentor da maior média sendo **3,77** (F7), seguido do item que abrange alimentação saudável com média de **3,75** (F1). Os itens com as médias mais baixas (**1,28; 1,84**) se referem a posse de armas de fogo e orientações sobre a saúde/segurança da criança, F9 e F3 respectivamente.

As Tabelas 4 e 5 apresentarão o grau de correlação entre os itens dos componentes da Integralidade nos serviços de APS das regiões estudadas com o escore de cada componente. Conforme os resultados, constatou-se que houve maioria de correlação (positiva) significativa, fraca e moderada entre os itens e o escore do componente E, no qual o item (E14), que se refere a pequenas cirurgias (remoção de verrugas), obteve a maior correlação, no entanto considerada moderada. No componente F a correlação mais fraca (0,28496) foi a respeito das orientações sobre posse e armazenamento de armas de fogo (F9) e a correlação mais forte foi referente ao item (F13), que aborda a saúde da mulher (0,75997), sendo este o maior contribuinte para o escore deste componente.

Tabela 4 – Correlação entre os itens dos Serviços Disponíveis da APS e o escore do Componente Serviços Disponíveis (E) do atributo Integralidade, nas Regiões de Saúde da 4ª CRS/RS. Santa Maria, 2016

Itens Serviços Disponíveis	Escore E Serviços Disponíveis	
	*r	p
E1	0,22591	<,0011
E2	0,20359	<,0033
E3	0,45132	<,0001
E4	0,47018	<,0001
E5	0,42572	<,0001
E6	0,32860	<,0001
E7	0,50965	<,0001
E8	0,36713	<,0001
E9	0,56202	<,0001
E10	0,18742	<,0070
E11	0,45472	<,0001
E12	0,49653	<,0001
E13	0,44052	<,0001
E14	0,57505	<,0001
E15	0,35943	<,0001
E16	0,39315	<,0001
E17	0,42015	<,0001
E18	0,56142	<,0001
E19	0,38833	<,0001
E20	0,35780	<,0001
E21	0,34293	<,0001
E22	0,00071	<,9920

*Correlação de Pearson –
correlação significativa ($p < 0,05$)

Fonte: elaborada pelos autores
670

Tabela 5 – Correlação entre os itens dos Serviços Prestados da APS e o escore do Componente Serviços Prestados (F) do atributo Integralidade, nas Regiões de Saúde da 4ª CRS/RS. Santa Maria, 2016

Itens Serviços Prestados	Escore F Serviços Prestados	
	*r	p
F1	0,51889	<,0001
F2	0,53601	<,0001
F3	0,48969	<,0001
F4	0,69875	<,0001
F5	0,71903	<,0001
F6	0,34977	<,0001
F7	0,36085	<,0001
F8	0,62960	<,0001
F9	0,28496	<,0001
F10	0,73309	<,0001
F11	0,71838	<,0001
F12	0,68948	<,0001
F13	0,75997	<,0001
F14	0,57525	<,0001
F15	0,55570	<,0001

*Correlação de Pearson – correlação significativa ($p < 0,05$)

Fonte: elaborada pelos autores

DISCUSSÃO

Com relação ao perfil sociodemográfico, observou-se uma predominância de profissionais do sexo feminino nos serviços avaliados, em consonância com outros estudos^{19,20}. De acordo com Wermelinger et al.²¹, o setor de saúde, em todo o mundo, tem forte vocação feminina sobretudo em países mais ricos. Pinto, Menezes e Villa¹⁹ complementam que a feminização nas profissões na área da saúde pode ser traduzida pela elevação dos níveis escolares acrescidos da redução das taxas de fecundidade. Estudo realizado com o objetivo de abordar a situação das mulheres no mercado de trabalho traz que, no Brasil, houve um aumento da taxa bruta de participação feminina de 13,6% na década de 1950 para cerca de 47,2% no final da década de 1990, de modo que no setor da saúde a participação feminina aproxima-se a 70% do total²².

A média de idade dos profissionais corrobora com estudo de Zanetti, Van der San e Perline²³ realizado em coordenadoria regional de saúde no RS, sendo a faixa etária dos 20 aos 50 anos, segundo os autores, correspondente à idade produtiva. Estudo de Canesqui e Spinelli²⁰ realizado em serviços de APS no Mato Grosso do Sul também

encontrou maioria de profissionais enquadrada nessa faixa etária, referindo-se aos mesmos como profissionais maduros. O tempo de trabalho nos serviços é de 7,05 anos. De acordo com Araújo et al.²⁴, sob o ponto de vista de profissionais de saúde em serviços de APS, o tempo do profissional no serviço favorece a extensão do vínculo.

A maioria dos entrevistados é casada, e a maior parte deles são autodeclarados brancos, indo ao encontro dos achados de Chomatas et al.²⁵ A maioria dos entrevistados são enfermeiros, divergindo dos estudos de Chomatas et al.,²⁵ os quais avaliaram os serviços de APS no município de Curitiba (PR), e Castro et al.²⁶, que realizaram o estudo avaliativo no município de Porto Alegre (RS) nos serviços de APS, haja vista ambos contarem com prevalência de profissionais médicos. A equipe mínima atuante na atenção básica é composta por médico e enfermeiro, justificando a forte presença desses profissionais nos serviços avaliados, além de técnico em enfermagem e odontólogo⁵.

Outrossim, este estudo diferenciou-se por incorporar na coleta de dados outros profissionais atuantes nos serviços de saúde, além da equipe mínima. Todavia, houve um baixo percentual destes profissionais. Neste sentido, salienta-se que a AB tem como um de seus fundamentos a coordenação da integralidade que pode ser viabilizada por meio do trabalho de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe, realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-a no conjunto da rede de atenção, haja vista considerar elevado grau de articulação entre os profissionais ampliando a capacidade de cuidado de toda a equipe⁵.

No que se refere ao tipo de regime de trabalho, observou-se prevalência do regime estatutário, corroborando com o estudo de Guarda, Silva e Tavares²⁷. Para os autores, o vínculo empregatício estabelecido mediante concurso público representa um grande avanço no que se refere à desprecarização das formas de contratação da força de trabalho. Ademais, neste nível de atenção, cenário no qual as ações de saúde se materializam predominantemente na dimensão das relações interpessoais, o papel do profissional torna-se mais central. Neste sentido, estabilidade e vínculo são de suma relevância²⁸.

Do total de entrevistas, 46,12% foram realizadas com profissionais que atuam em ESFs. Com relação à APS no Brasil, sua expansão e reorientação dá-se principalmente a partir da ESF em conformidade com os princípios do SUS¹⁶. Neste cenário, tem-se que a importância do trabalho em equipe é ressaltada, sobretudo pelo aspecto da integralidade nos cuidados de saúde²⁹. Haja vista a ESF ser compreendida como um conjunto de ações e serviços que transpõe a assistência médica, ancorando-se no reconhecimento das necessidades da população, que são assimiladas por meio do vínculo estabelecido entre os usuários dos serviços e profissionais, permanentemente em contato com o território, considerando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de maneira continuada e sobretudo integral³⁰.

Com relação à formação complementar ao curso de graduação, a maioria dos profissionais são pós-graduados em cursos de pós-graduação Lato Sensu, corroborando estudo de Chomatas et al.²⁵, segundo o qual a prevalência de profissionais de saúde com pós-graduação representa uma tendência refletida na busca por melhores qualificações através de especializações na área da saúde³¹, conseqüentemente refletindo em uma atenção mais qualificada à população. Para Lanza³², por meio da adoção de Atenção Básica como prioridade para a saúde brasileira pelo Ministério da Saúde, observa-se a possibilidade de potencializar as iniciativas e experimentos de alteração no campo da formação de recursos humanos, sobretudo pelo caráter pedagógico que o SUS apresenta, ao eleger o princípio da integralidade como norteador das ações de saúde.

Ambos os componentes obtiveram escore acima de 6,6, considerado alto escore, o que significa (Tabela 1). Assim, Starfield⁶ traz que a integralidade da atenção é um dispositivo relevante nos serviços de saúde, pois assegura que estes possam ser ajustados às necessidades de saúde da população. Ademais, há existência de validade interna e dados fidedignos no construto (Alfa de Crombach) atribuindo confiabilidade em ambos os escores.

Para melhor compreensão, ressalta-se que o conceito de integralidade atribuído por Starfield⁶ foi, preferencialmente, adotado para entremear a discussão. Deste modo, compreende-se que o atributo da Integralidade engloba uma gama de serviços disponíveis, bem como prestados pelos serviços de APS. Isto é, ações ofertadas para que os usuários recebam atenção integral, no que se refere ao processo saúde-doença, bem como na dimensão biopsicossocial dos indivíduos, além de ações de promoção, prevenção cura e reabilitação oportunas no cenário dos serviços, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro da própria unidade.

Deste modo, embora o ponto do corte estabelecido na literatura tenha sido atingido (Tabela 1), de acordo com componente serviços disponíveis (Tabela 2), o item que diz respeito a pequenas cirurgias (E14) obteve uma média baixa, sendo a **menor média** (2,11) apresentando também correlação (+) moderada e significativa (0,57505) no que se refere ao escore do componente. Logo, este item foi o que mais contribuiu para o escore obtido neste componente. Temas que se referem a pequenas cirurgias são fragilidades que foram encontradas em outros estudos^{33,34}. Ações referentes a pequenas cirurgias fogem à realidade de ofertas de serviços de grande parte das unidades de saúde básica, sendo então assumidas pelos serviços secundários, dessa forma podendo contribuir para a baixa resolutividade da APS e insatisfação de usuários³⁴. Neste sentido, Starfield⁶ compreende que o prestador de serviços deve garantir um adequado encaminhamento para que as necessidades dos usuários sejam atendidas, Pois as limitações tanto em alcance quanto em profundidade encontradas nos serviços de saúde podem contribuir para que enfermidades não sejam prevenidas, evoluindo e colocando em risco a qualidade de vida da população.

De acordo com o instrumento, identificação de problemas visuais, item E12 (Tabela 2), apresentou-se como uma vulnerabilidade nos serviços avaliados, apontando para a segunda **menor média** (2,19). Entretanto, resultados da avaliação oftalmológica, assim como outros resultados de exames de rastreamento e diagnóstico, são fundamentais para subsidiar a implementação de intervenções de enfermagem relacionadas às ações de autocuidado aos usuários com comprometimento visual³⁵. Starfield⁶ sustenta que a integralidade implica que os serviços de saúde façam arranjos, de modo que o paciente possa receber todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que algumas ações e serviços não sejam ofertados nas próprias unidades.

Neste mesmo componente (Tabela 2), os itens com as **maiores médias** dizem respeito ao planejamento familiar, item E6 (3,89), e ao atendimento domiciliar, item E21 (3,85). Deste modo, os achados contemplam, em parte, o rol de responsabilidades e ações estratégicas mínimas de atenção básica. Ademais, no que se refere à saúde da mulher, sugere estar em consonância com o Plano Estadual de Saúde do estado do RS (2016) o qual estabeleceu a saúde da mulher como uma de suas linhas de cuidado, bem como com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que tem a integralidade e a promoção de saúde como princípios norteadores, com ênfase nos avanços referentes ao planejamento familiar, dentre outras ações³⁶. Saliencia-se que orientações e serviços referentes à saúde da mulher foram contemplados em ambos os componentes.

Já no que concerne ao atendimento domiciliar, para Brito, Andrade e Caçador³⁷, o sistema de saúde brasileiro é marcado por pontos de atenção que não se comunicam, fragilizando a consolidação desse princípio no cotidiano dos serviços. Assim, entendem a atenção domiciliar como uma estratégia de intervenção em saúde que pode viabilizar práticas mais próximas do conceito de integralidade. Para Starfield⁶, a atenção em saúde na atenção primária é continuada, assim as funções de cuidado e cura poderão ser prolongadas e variadas. Logo, serviços como consultas domiciliares poderão ser importantes e necessários como parte da atenção integral, contemplando o atributo da Integralidade.

Ressalta-se que entre os dois componentes, o componente Serviços Disponíveis recebeu a maior média, convergindo com estudo de Vitoria et al.¹⁷, realizado em serviços de APS no município de Curitiba, que traz média de 7,7 para este componente, e divergindo do estudo de Silva et al.³³ realizado em municípios de pequeno e médio porte da microrregião de Alfenas (MG), que trouxe média mais elevada para os serviços prestados (6,8). Em ambos os estudos, o instrumento PCATool foi aplicado aos profissionais de saúde dos serviços de saúde. Com relação aos serviços disponíveis, neste estudo, embora haja vulnerabilidades com relação a disponibilidades de serviços, este nível de atenção nos municípios em questão apresenta-se capaz de suprir várias demandas da população adscrita. Ademais, para Starfield⁶, a Integralidade pode ser

julgada por quanto a variedade de serviços disponíveis nos serviços de saúde atende às necessidades comuns na população atendida, bem como sua extensão, ou seja, o quanto os serviços são usados de maneira correta para suprir tais necessidades.

O Plano Estadual de Saúde (2016) no estado do Rio Grande do Sul traz como um de seus objetivos a otimização dos gastos, os quais devem estar alicerçados em ações que disciplinem, dentre outros fatores, as prescrições de medicamentos, garantindo o uso racional e a integralidade da atenção¹³. Neste contexto, no componente de serviços prestados, nossos achados, dispostos na Tabela 3, nos remetem à **alta média** (3,77) no que se refere à verificação e discussão, por parte dos profissionais, sobre a utilização dos medicamentos utilizados (F7). Salienta-se que a possibilidade de discussão sobre medicamentos pode envolver orientações com relação aos problemas relacionados à automedicação. Neste sentido, estudo realizado em município sede de uma das regiões avaliadas traz que 76,1% dos entrevistados faziam uso de medicamentos sem prescrição médica³⁸, ratificando a importância desta abordagem.

Outro item que se destaca neste componente (Tabela 3), o qual obteve a segunda **maior média** (3,75), refere-se à qualidade do sono e da alimentação (F1), demonstrando a preocupação dos profissionais em atender essa demanda. Entretanto, estudo de Neis, Stollmaier e Silveira³⁹ traz que profissionais médicos e enfermeiros relataram insegurança na abordagem de problemas alimentares por falta de conhecimento na área. Deste modo, esses profissionais não se sentem suficientemente preparados para esse tipo de abordagem, afirmando a necessidade e importância de nutricionistas nos serviços de saúde. Ressalta-se, neste contexto, que encontramos fraca presença desses profissionais nos serviços avaliados.

Assim, Borelli et al.⁴⁰ destacam a ampliação das ações de cunho preventivo, emergentes de campo de atuação não médico, como a nutrição, que exige maneiras de inserção compatíveis com a realidade da população. Logo, a atenção nutricional oportuniza a proposta de um modelo ampliado de saúde e cuidado, no qual a integralidade da atenção admite componentes de ordem subjetiva, afetiva e social, além dos determinantes do processo de saúde-doença.

No componente Serviços Prestados (Tabela 3), o item referente à posse e armazenamento de armas de fogo (F9) foi aquele com maior número de respostas negativas, apresentando concomitantemente a **menor média** (1,28). Nossos resultados convergem com estudos de Araujo et al.³⁴, ao questionarem idosos nos serviços de APS no município de Macaíba (RN) acerca do mesmo item, o qual obteve a pior avaliação no atributo da Integralidade, juntamente com os itens E14, F3, F4, F8 e F10. Contudo, esse questionamento apresentou a correlação mais fraca com o escore obtido sendo o item que menos contribuiu para o escore deste componente. Acredita-se que esse tema não é abordado por estar distante da realidade brasileira, visto que a posse de armas é reservada às pessoas que necessitam dela para uso específico no trabalho⁴¹.

Orientações sobre a segurança da criança (F3), neste componente (Tabela 3), também obtiveram frequência de respostas negativas, contribuindo para **baixa média** (1,84) do item. Dados encontrados no Plano Nacional da Primeira Infância (14) relacionados à segurança infantil trazem que mortes decorrentes de acidentes no trânsito, lesões, envenenamento, afogamento, quedas e queimaduras são as principais causas de morte de crianças a partir de um ano de idade no Brasil. Tais temas também podem ser observados nos questionamentos que se referem ao atributo avaliado. Segundo dados do Ministério da Saúde do Brasil, na faixa etária de zero a nove anos, os acidentes dessa natureza foram responsáveis, em 2012, por 3.142 mortes e mais de 75 mil hospitalizações infantis caracterizando tais acidentes como um grave problema de saúde pública¹⁴. Isso reitera a importância de estes temas serem abordados pelos profissionais de saúde nos serviços de APS.

Com relação ao objetivo proposto, verificou-se, de acordo com a perspectiva dos profissionais de saúde, que a presença e a extensão de Integralidade nos municípios analisados é considerada satisfatória, embora parcial, haja vista o número de itens que obtiveram baixas médias. Salienta-se que tais achados convergem com estudos de Chomatas et al.²⁵, que encontraram escores médios elevados nos dois componentes em ESF no município de Curitiba (PR). Ademais, não há diferença significativa entre as regiões estudadas. Desta forma, levando-se em consideração que 47% (n = 15) dos municípios avaliados são de pequeno porte, pode-se inferir que em ambas as regiões tais municípios se comportam da mesma maneira, tanto no que se refere aos serviços prestados quanto aos serviços disponíveis.

Neste sentido, os serviços de APS avaliados, de acordo com o instrumento utilizado, têm presença satisfatória do atributo da integralidade sob a perspectiva dos princípios doutrinários do SUS, a qual se destina a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde, tanto como um direito quanto como um serviço⁴². Destaca-se, neste cenário, a relevância das avaliações em saúde, considerando-a como uma ferramenta primordial para implementação da universalidade e equidade dos serviços de saúde, sobretudo quando aperfeiçoada/melhorada com a participação da sociedade no controle das ações governamentais³⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dimensões de integralidade consideradas a partir da aplicação do instrumento permitiram visualizar os diferentes aspectos envolvidos em seu exercício sob a percepção dos profissionais de saúde das unidades de APS estudadas. Assim, verificou-se a presença do atributo da Integralidade por meio da visão dos profissionais entrevistados em ambas as regiões de saúde.

Os resultados sinalizam que ações voltadas para a efetivação do cuidado integral são, em parte, incorporadas na prática destes profissionais. Todavia, algumas fragilidades

ainda podem ser notadas, tanto no que se refere à estrutura dos serviços de saúde quanto à prestação do cuidado por parte dos profissionais, visto que houve elevado percentual de respostas negativas no que tange aos dois componentes.

Possivelmente a transposição de tais problemas seja alcançada com a qualificação desses profissionais, pois embora tenhamos encontrado prevalência de profissionais com pós-graduação, não poderemos inferir se foram ou não realizadas com foco em AB. Desta forma consideramos esse fato como uma limitação na presente pesquisa. Também trazemos para o campo das limitações termos somente a visão de profissionais, haja vista a importância da percepção dos usuários, pois são quem efetivamente experimentam os serviços.

Conclui-se que os profissionais reconhecem o serviço de atenção primária como espaço privilegiado de ações preventivas e de controle de saúde, haja vista a frequência das respostas positivas, tanto no componente dos serviços disponíveis quanto no componente dos serviços prestados. Ressaltamos que a APS é composta por outros atributos além da integralidade, assim, considera-se necessária e pertinente uma avaliação que contemple outros elementos estruturantes, para que se possa conhecer de que maneira o cuidado se comporta nas regiões avaliadas, sob a perspectiva da equidade, considerando que a integralidade perpassa todos os atributos.

Ademais, este estudo aborda informações originais sobre o nível de qualidade da Atenção Primária à Saúde nas regiões de saúde avaliadas, servindo de parâmetro para gestores, pesquisadores, bem como profissionais de saúde envolvidos na luta por melhorias neste nível de atenção, componente fundamental do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria n° 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União; 2006.
3. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011.
4. Fausto MC, Matta GC. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: Morosini, MVGC, Corbo, AD. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 2012.

6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
7. Paim JS. Saúde no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa/Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
8. Villalbí JR, et al. Evaluación de la Atención Primaria de Salud. Aten Primaria [Internet]. 2003 [citado em 2017 out 18]; 31(6):382-5. Disponível em: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-evaluacion-atencion-primaria-salud-13046190>.
9. Moreira RP, et al. Diagnóstico de enfermagem estilo de vida sedentário: validação por especialistas. Texto Contexto Enfermagem [Internet]. 2014 [citado em 2018 jul 10]; 23(3):547-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n3/0102-6933-rgenf-38-3-e64851.pdf>.
10. Fracolli LA, et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2014 [citado em 2017 dez 10]; 19(12):4851-60. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/pt_1413-8123-csc-19-12-04851.pdf.
11. Gérvias J. Atención Primaria fuerte es aquella que dispone de instrumentos que le permiten medir la calidad que ofrece (para su continuo mejoramiento). Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2013 [citado em 2018 jan 12]; 8(29):221-2. Disponível em: <http://equipocesca.org/wp-content/uploads/2013/11/Brasil-PCATool-Editorial-SBMFC.pdf>.
12. Rio Grande Do Sul. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2016/2019. Porto Alegre [Internet]. 2016 [citado em 2018 jan 18]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf>.
13. Rio Grande Do Sul. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2012/2015. Porto Alegre; 2013.
14. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde 2014.
15. Brasil. 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. Normas e manuais técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
16. Harzheim E. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2013 [citado em 2018 jan 18]; 8(29):274-8. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/829>.
17. Vitoria AM. et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em Chapecó, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2013 [citado em 2018

- jan 30]; 8(29):285-29. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/viewFile/832/589>.
18. Dancey C, Reidy J. Estatística Sem Matemática para Psicologia: Usando SPSS para Windows. Porto Alegre: Artmed; 2006.
 19. Pinto ESG, Menezes RMP de, Villa TCS. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [citado em 2017 nov 22]; 44(3):657-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300015.
 20. Canesqui AM, Spinelli MAS. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamento dos médicos e enfermeiros. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2006 [citado em 2017 out 16]; 22(9):1881-92. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900019.
 21. Wermelinger M, et al. A força de trabalho do setor de saúde no Brasil: Focalizando a feminização. Divulg. saúde debate [Internet]. 2010 [citado em 2017 out 18]; 45:54-70. Disponível em: <http://www.enf.fiocruz.br/observarh/arquivos/A%20Forca%20de%20Trabalho%20do%20Setor%20de%20Saude%20no%20Brasil%20.pdf>.
 22. Machado MH, et al. Análise da força de trabalho do setor saúde no Brasil: focalizando a feminização. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde [Internet]. 2006 [citado em 2017 dez 4]. Disponível em: http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/ENSPSA-FIOCRUZ/Analise_forca_trabalho.pdf.
 23. Zanetti TG, Van Der Sand ICP, Perline NMOG. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: um estudo de caso. Cienc Cuid Saude [Internet]. 2010 [citado em 2017 nov 11]; 9(3):448-55. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v24n1/v24n1a19.pdf>.
 24. Araújo RL, Mendonça AVM, Sousa MF. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. Saúde debate [Internet]. 2015 [citado em 2017 jan 22]; 39(105):387-99. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000200387&script=sci_abstract&tlng=pt.
 25. Chomatas E, et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2013 [citado em 2017 mar 15]; 8(29):294-303. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/828/0>.
 26. Castro RCL, et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2012 [citado em 2017 mar 15]; 28(9):1772-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900015.
 27. Guarda FRB, Silva RN, Tavares RAW. Perfil sociodemográfico dos médicos que compõe equipes de saúde da família na Região Metropolitana do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil. Rev Pan-Amaz Saúde [Internet]. 2012 [citado em 2017

- abr 9]. 3(2):17-24. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232012000200003.
28. Lacaz FAC. Relatório técnico final do projeto de pesquisa: avaliação da gestão do trabalho como tecnologia em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo. Instituição Executora: Universidade Federal de São Paulo – Unifesp; 2008 jul.
29. Araújo MB de S, Rocha P de M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]. 2007 [citado em 2017 mar 17]; 12(2): 455-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000200022&script=sci_abstract&tlng=pt.
30. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [citado em: 2017 abr 4]; 66(esp):158-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>.
31. Costa SM, et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2013 [citado em 2017 maio 4]; 8(27): 90-6. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/530>
32. Lanza LMB. A formação profissional dos trabalhadores em saúde na atenção básica. V Jornada Internacional de Políticas Públicas, Anais [Internet]. 2011 [citado em 2017 set 25]. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/cdvjornada/jornada_eixo_2011/impasses_e_desafios_das_politicas_da_seguridade_social/a_formacao_profissional_dos_trabalhadores_em_saude_na_atencao_basica.pdf.
33. Silva AS, et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [citado em 2017 jun 15]; 48(esp):126-32. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-126.pdf.
34. Araujo LU, et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2004 [citado em 2017 jun 12]; 19(8):3521-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803521.
35. Andrade NHS, Zanetti ML, Santos, MA. A percepção visual de pacientes com retinopatia diabética segundo o referencial de Merleau-Ponty. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2008 [Citado em 13 jun 2017]; 16(2):249-54. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a18.pdf>.
36. Brasil. Fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* [Internet]. 2004 [citado em 2017 jun 20]; 4(4):449-59. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n4/a14v04n4.pdf>

37. Brito MJM, Andrade AM, Caçador BS. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: Trilhando os caminhos da integralidade. Esc Anna Nery [Internet]. 2013 [citado em 2017 ago 13]; 17(4):603-10. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000400603&script=sci_abstract&tlng=pt.
38. Vilarino JF, et al. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. Rev. Saúde Pública [Internet]. 1998 [citado em: 2017 mar 28]; 32(1):43-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101998000100006&script=sci_abstract&tlng=pt.
39. Neis M, Stollmaier A, Silveira JLC. A importância do nutricionista na atenção básica à saúde. Revista de Ciências Humanas [Internet]. 2012 [Citado em 15 mar 2017]; 46(2):399-414. Disponível em: <http://web.unifoa.edu.br/praxis/numeros/02/11.pdf>.
40. Borelli M, et al. A inserção do nutricionista na Atenção Básica: uma proposta para o matriciamento da atenção nutricional. Ciência e Saúde Coletiva [Internet]. 2015 [citado em 2017 nov 20]; 20(9):2765-78. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000902765&script=sci_abstract&tlng=pt.
41. Brasil. Estatuto do Desarmamento, 4. Ed. Brasília: Câmara dos Deputados; 2012. p. 59 (Série Legislação n. 71).
42. Said RFC, et al. Integralidade e integração dos serviços de saúde: desafios para a redução dos óbitos por dengue. Divulg. saúde debate [Internet]. 2014 [citado em 2018 dez 12]; 51:129-44. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-771504?lang=fr>.

Submissão: agosto de 2018.

Aprovação: maio de 2019.