

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS/HESFA

ALINE GOMES DONATO

**AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA
PANDEMIA SARS-CoV-2 NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE**

RIO DE JANEIRO
2023

Aline Gomes Donato

**AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA
PANDEMIA SARS-CoV-2 NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Atenção Primária à Saúde, da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de pesquisa: Gestão e Avaliação de Serviços e de Tecnologias na Atenção Primária à Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Catarina Salvador da Motta.

RIO DE JANEIRO

Ficha catalográfica

Donato, Aline Gomes

Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde na pandemia SARS-CoV-2 na perspectiva dos profissionais de saúde. / Aline Gomes Donato . – Rio de Janeiro: UFRJ, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Hospital Escola São Francisco de Assis, 2023.

111 f. : il. ; 31 cm.

Orientadora: Maria Catarina Salvador da Motta

Dissertação (mestrado) – UFRJ / Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Hospital Escola São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2023.

Referências: f. 71-80.

1. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. 2. Enfermagem. 3. Saúde Pública. 5. Atenção Primária à Saúde – Tese. I. Motta, Maria Catarina Salvador da. II. UFRJ, CCS, Faculdade de Medicina, Hospital Escola São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Andreia de Oliveira Paim CRB - 7/5183

2023

Aline Gomes Donato

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA
PANDEMIA SARS-CoV-2 NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Atenção Primária à Saúde, da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de pesquisa: Gestão e Avaliação de Serviços e de Tecnologias na Atenção Primária à Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Catarina Salvador da Motta.

APROVADA EM: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA - DEFESA

Prof. Dra. Maria Catarina Salvador da Motta.

Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Assinatura:

Prof. Dra. Elenir Pereira de Paiva

Universidade Federal do Juiz de Fora

Assinatura:

Prof. Dra. Daniele Galdino de Paula

Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro.

Assinatura:

Dedico esse trabalho a todas as vítimas da COVID-19 e a todos os trabalhadores da Atenção Primária. A minha amada avó, que o máximo que sabia escrever era seu nome, mas nunca me permitiu ficar sem estudar. Obrigada por nunca ter desistido de mim e ter me feito quem sou hoje, te amo! Ao meu primo Léo que se foi tão jovem, mas dizia que eu era a "dona do SUS" e ao meu padrinho e tio Luiz Cleber por todas as vezes que se fez meu pai ao longo dessa jornada chamada vida.

Nenhum dos 3 estão mais aqui, mas com certeza estariam vibrando por mim! Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

O mestrado foi uma trajetória desafiadora, que com muita alegria e entusiasmo comecei, com uma turma maravilhosa e de pessoas incríveis que tiveram suas aulas presenciais interrompidas por uma pandemia. Esse período enfrentado foi de medo, angústia, incertezas e isolamento social.

Durante esse percurso tive apoio, força e amor oferecidos a mim por várias pessoas a quem dedico esse trabalho.

A Deus, pela minha vida e por me permitir viver esse sonho: ser Mestra! Por ter me ajudado a enfrentar todos os desafios, perdas e tristezas, que me ensinou a ter paciência e entender que nada é no meu tempo, e sim no DELE.

A minha avó Belita, por todo cuidado dispensado a mim, por eu ser quem sou.
Ao meu marido Angelo por todo amor, companheirismo e apoio, aos meus filhos Júlia e Luís Felipe, que são a razão de tudo isso, a minha mãe pelo amor e esforço para eu chegar até aqui, a minha irmã Thaís por me ver como referência profissional.

Aos meus primeiros amigos e primos Roberta, Rodrigo e Bruna.

A minha psicóloga Aline, pelo seu cuidado, atenção e ajuda emocional durante todo esse processo,

Ao Programa do Curso de Mestrado em Atenção Primária à Saúde, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, por todo corpo Docente que contribuiu para realização desse curso.

A minha Orientadora Dra. Maria Catarina Salvador da Motta, por esses anos de prestimosa orientação, paciência, apoio e parceria para que essa dissertação fosse finalizada.

Agradeço aos membros da banca examinadora, Prof. Dra. Elenir Pereira de Paiva e Prof. Dra. Daniele Galdino de Paula por aceitarem o convite, avaliarem meu trabalho e por todas as contribuições, os agradecimentos se estendem a Prof. Dra. Fabiana Barbosa Assumpção de Souza e a Prof. Dra. Ana Maria Bezerra Bandeira.

Aos meus amigos do Mestrado, em especial Vanessa, Silvia e Renan (in memória) pelas conversas, apoio constante e encorajamento nos momentos mais difíceis.

Minha querida amiga Doutora e pesquisadora Náila por seu companheirismo, apoio e motivação.

Aos coordenadores da Área Programática 5.2, Douglas e Kátia, por toda confiança e apoio para que eu pudesse realizar essa pesquisa.

A todos os profissionais que contribuíram respondendo a pesquisa, em especial a CF Maria José Papera de Azevedo, onde sou gestora e a todos os colaboradores que atuam comigo nessa Unidade.

Aos meus tios, primos, afilhados, amigos, irmãos e pai.

E a todos que indiretamente contribuíram para eu chegar até aqui.

Obrigada a todos vocês!

“Nada do que vivemos tem sentido se não tocarmos o coração das pessoas” – Cora Coralina

LISTA DE ABREVIATURAS

Ações Integradas de Saúde (AIS)
Agente de combate a endemias (ACE)
Agente comunitário de saúde (ACS)
Área de Planejamento (AP)
Atenção Primária à Saúde (APS)
Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ)
Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ)
Clínica da Família (CF)
Centro Municipal de Saúde (CMS)
Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS)
Equipes de Saúde Bucal (eSB)
Estratégia Saúde da Família (ESF)
Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)
Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS)
Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool)
Ministério da Saúde (MS)
Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF)
Organização Mundial da Saúde (OMS)
Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)
Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)
Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNAASS
Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)
Programa Saúde da Família (PSF)
Regiões Administrativas (RA)
Unidade Básica de Saúde (UBS)
Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)
Sistema Único de Saúde (SUS)

RESUMO

DONATO, Aline Gomes. **Avaliação dos Atributos da Atenção Primária À Saúde na Pandemia SARS-cov-2: Na Perspectiva dos Profissionais de Saúde.** Projeto de Pesquisa (Mestrado em Saúde Coletiva, área de concentração Atenção Primária à Saúde) Faculdade de Medicina / Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Introdução: A avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS) é tida como prioridade para o Ministério da Saúde (MS), que desenvolve estratégias no país, com a intenção de avaliar os resultados alcançados em relação à organização, provisão e qualidade dos serviços, e aos possíveis impactos produzidos na saúde da população, sendo, portanto, a avaliação dos autores que trabalham na APS o objeto deste estudo. **Objetivo Geral:** Avaliar a APS a partir de seus atributos durante pandemia SARS-CoV-2, na perspectiva dos profissionais, por meio do Primary Care Assessment Tool. **Método:** Tratou-se de um estudo descritivo, transversal e de caráter avaliativo, que será realizado através de ambiente virtual com as 35 unidades de APS da Área de Planejamento (AP) 5.2 – Campo Grande/Guaratiba. **Análise dos Dados:** Os dados coletados foram analisados a partir da construção de uma base de dados no programa Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS) versão 21.0. Foram feitas análises de média, mediana e desvio padrão e análises descritivas das variáveis sociodemográficas. Quanto aos atributos foram calculados os escores essenciais de cada e comparados através de Teste de ANOVA, Pós-teste de Tukey, e teste Qui-quadrado, além da correlação de Pearson. **Resultados:** a mediana de idade foi de 36 anos e 92,9% são do sexo feminino. A predominância da amostra foi de enfermeiros (61,9%), médicos (11,9%), Cirurgiões-dentista (7,1%). Quanto as questões relacionadas a COVID-19, 83,3% afirmaram ter se infectado com o vírus e 83,3% dos participantes relataram ter observado mudanças no estado psicológico e 16,4 reportaram ter insônia. Em relação aos resultados para formação e qualificação profissional, 61,9% relataram ter concluído especialização em Saúde da Família. Quanto aos atributos avaliados através do PCATool, o Acesso de Primeiro Contato (Acessibilidade) e a Longitudinalidade foram os atributo com menor média e a Orientação Comunitária foi o mais bem avaliado

pelos participantes da pesquisa. Não houve diferenças significativas entre ter especialização, mestrado e /ou doutorado na qualificação dos atributos, renda e tempo de trabalho sobre os escores geral e essencial. **Considerações Finais:** os resultados evidenciam a necessidade de iniciativas por parte da gestão da área de planejamento para melhorar a acessibilidade dos usuários ao serviço e formação de vínculo permanente entre profissionais e a comunidade afim de melhorar a longitudinalidade. Sobretudo, se faz mister realizar novos estudos com a perspectiva do usuário com finalidade de comparação cm os resultados obtidos. Além disso, investir em um programa de saúde mental com o foco no cuidado dessa dimensão desses profissionais que foram diretamente afetados pela situação estressora provocada pela pandemia.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Avaliação dos Serviços de Saúde. Enfermagem. Saúde Pública.

ABSTRACT

DONATO, Aline Gomes. **Avaliação dos Atributos da Atenção Primária À Saúde na Pandemia SARS-cov-2: Na Perspectiva dos Profissionais de Saúde.** Projeto de Pesquisa (Mestrado em Saúde Coletiva, área de concentração Atenção Primária à Saúde) Faculdade de Medicina / Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Introduction: The evaluation of Primary Health Care (PHC) is considered a priority for the Ministry of Health (MOH), which develops strategies in the country to evaluate the results achieved concerning the organization, provision and quality of services, and the possible impacts produced on the health of the population, being, therefore, the evaluation of the authors who work in PHC the object of this study.

Aim: To evaluate PHC based on its attributes during the SARS-CoV-2 pandemic from the professionals' perspective, using the Primary Care Assessment Tool.

Method: This descriptive, cross-sectional, and evaluative study will be conducted through a virtual environment with the 35 PHC units of Planning Area (PA) 5.2 - Campo Grande/Guaratiba.

Data Analysis: The collected data were analyzed using a database in the Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS) version 21.0 program. Analysis of mean, median and standard deviation and descriptive analysis of socio-demographic variables were performed. As for the attributes, the essential scores of each were calculated and compared through the ANOVA test, Tukey post-test, and Chi-square test, besides Pearson's correlation.

Results: The median age was 36, and 92.9% were female. The predominance of the sample was nurses (61.9%), physicians (11.9%), and dentists (7.1%). As for the questions related to COVID-19, 83.3% said they had been infected with the virus and 83.3% of the participants reported having observed changes in their psychological state, and 16.4 reported having insomnia. Regarding the training and professional qualification results, 61.9% reported having completed a specialization in Family Health. Regarding the attributes assessed through the PCATool, First Contact Access (Accessibility) and Longitudinality had the lowest average. Community Orientation was the best assessed by the research participants. There were no significant differences between having a specialization, master's and/or doctorate in the

attribute's qualification, income and working time on the overall and essential scores.

Conclusion: The results showed the need for initiatives by the management of the planning area to improve the accessibility of users to the service and the formation of a permanent link between professionals and the community to improve longitudinally. Above all, it is necessary to conduct new studies from the user's perspective to compare the results obtained. In addition, it is necessary to invest in a mental health program focused on the care of these professionals who were directly affected by the stressful situation caused by the pandemic.

Keywords: Primary Health Care. Health Services Evaluation. Nursing. Public Health.

RESUMEN

DONATO, Aline Gomes. **Avaliação dos Atributos da Atenção Primária À Saúde na Pandemia SARS-cov-2: Na Perspectiva dos Profissionais de Saúde.** Projeto de Pesquisa (Mestrado em Saúde Coletiva, área de concentração Atenção Primária à Saúde) Faculdade de Medicina / Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Introdução: A avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS) é tida como prioridade pelo Ministério da Saúde (MS), que desenvolve estratégias no país, com a intenção de avaliar os resultados alcançados em relação à organização, prestação e qualidade dos serviços, e aos possíveis impactos produzidos na saúde da população, sendo, portanto, a avaliação dos autores que trabalham na APS o objeto deste estudo. **Objetivo General:** Evaluar el APS a partir de sus atributos durante la pandemia SARS-CoV-2, en la perspectiva de los profesionales, por medio de la Primary Care Assessment Tool. **Método:** Estudio descriptivo, transversal y evaluativo, que será realizado a través de ambiente virtual de las 35 unidades de APS del Área de Planificación (AP) 5.2 - Campo Grande/Guaratiba. Análisis de los Datos: Los datos recolectados fueron analizados a partir de la construcción de una base de datos en el programa Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS) versión 21.0. Se realizaron análisis de media, mediana y desviación estándar y análisis descriptivo de las variables sociodemográficas. Se calcularon y compararon las puntuaciones esenciales de cada atributo mediante ANOVA, postest de Tukey y test de Chi-cuadrado, así como correlación de Pearson. **Resultados:** La mediana de edad fue de 36 años y el 92,9% eran mujeres. El predominio de la muestra fue de enfermeras (61,9%), médicos (11,9%) y dentistas (7,1%). En cuanto a las preguntas relacionadas con el COVID-19, el 83,3% afirmaron haber sido infectados por el virus y el 83,3% de los participantes declararon haber observado cambios en el estado psicológico y el 16,4 declararon tener insomnio. En cuanto a los resultados de formación y cualificación profesional, el 61,9% refirió haber cursado especialización en Salud Familiar. En cuanto a los atributos evaluados a través del PCATool, el Acceso al Primer Contacto (Accesibilidad) y la Longitudinalidad fueron los atributos con la media más baja y la Orientación Comunitaria fue la mejor evaluada por los

participantes en la investigación. No hubo diferencias significativas entre tener especialización, maestría y/o doctorado en los atributos calificación, renta y tiempo de trabajo en las puntuaciones globales y esenciales. **Consideraciones finales:** los resultados muestran la necesidad de iniciativas por parte de la dirección del área de planificación para mejorar la accesibilidad de los usuarios al servicio y la formación de un vínculo permanente entre los profesionales y la comunidad con el fin de mejorar la longitudinalidad. Sobre todo, es necesario realizar nuevos estudios con la perspectiva del usuario para comparar los resultados obtenidos. Además, es necesario invertir en un programa de salud mental centrado en la atención de estos profesionales que se vieron directamente afectados por la situación de estrés provocada por la pandemia.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Evaluación de los servicios sanitarios. Enfermería. Salud pública.

SUMÁRIO

I - INTRODUÇÃO	17
1.2 OBJETIVOS	21
1.2.1 GERAL	21
1.2.2 ESPECÍFICOS	21
II - REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ASPECTOS CONCEITUAIS E ORGANIZACIONAIS E O SEU PAPEL NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19	22
2.2 ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	27
2.3 ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA COVID-19	30
2.4 REORGANIZAÇÃO DA APS NO CONTEXTO DA COVID-19	33
2.5 AVALIAÇÃO EM SAÚDE	35
2.5.1 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	38
III - PERCURSO METODOLÓGICO	43
3.1 TIPO DA PESQUISA	43
3.2 AMOSTRA E PARTICIPANTES DA PESQUISA	43
3.3 LOCAL DA PESQUISA	44
3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	44
3.4.1 Questionário de características sociodemográficas e de características de qualificação profissional	45
3.4.2 PCATool-Brasil versão profissionais	45
3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO	46
3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	46
3.7 ANÁLISE DE DADOS	47
3.7.1 Cálculo dos escores do PCATool – Brasil, versão profissionais	47
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	49
IV - RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, ASPECTOS RELATIVOS À PANDEMIA DA COVID-19	50
4.2 QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL E AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ATRAVÉS DO PCATool	56
V - CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	71
APÊNDICE A	81

APÊNDICE B	83
ANEXO I – PCATool – Brasil – Versão profissionais	85
ANEXO II – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa	106

I - INTRODUÇÃO

A Atenção Primária a Saúde (APS) teve a sua primeira definição a partir da Declaração de Alma-Ata, em 1978, no qual determinava que “os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas no alcance universal de indivíduos e família da comunidade” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978, np.). Nesse bojo, a APS representa o primeiro nível de atenção da comunidade com o sistema de saúde e é um importante instrumento na rede de atenção à saúde por tentar superar o modelo hospitalocêntrico com foco na doença e reflete em melhores condições de saúde da população em geral, quando se configura em uma Atenção Primária forte e consistente (SUMAR; FAUSTO, 2014).

Assim como em qualquer nível de atenção à saúde é necessário que no contexto da APS, tenhamos avaliação de indicadores de serviço para nortear as ações de prevenção, recuperação e promoção da saúde. Assim, a avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS) é uma preocupação e uma prioridade para o Ministério da Saúde (MS), que cria e promove estratégias no país, com a intuito de avaliar os resultados atingidos em relação à organização, provisão e qualidade dos serviços, e aos possíveis impactos injetados na saúde da população, sendo, portanto, a avaliação dos autores da APS o objeto deste estudo.

Na realidade brasileira, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) tornaram a assistência à saúde um direito de todos e uma responsabilidade do Estado, promovendo uma profunda transição de um modelo de assistência centrado no hospital para outro com enfoque na APS como eixo norteador das ações em saúde (BRASIL, 1988).

Após a reforma sanitária brasileira, ocorrida em paralelo com a promulgação da CF de 1988, houve a reformulação do conceito de saúde, que passou a ser entendido como resultado das condições sociais e de vida. O direito à saúde e o acesso aos serviços passaram a ser compreendidos como direitos de toda a população brasileira, o que implica na delimitação dos princípios do SUS, eixo de orientação para práticas assistenciais, que passa a apoiar o acesso universal e igualitário, a regionalização, a descentralização dos serviços de saúde e a

hierarquização, que distribui os serviços em três pontos de atenção: primário, secundário e terciário (ASSIS; MISCHIATI, 2017).

Assim, o Ministério da Saúde buscou no seu nível primário de atenção, uma forma de reestruturar e realinhar as práticas do cuidar, com apoio em um programa que atendesse os princípios norteadores do SUS e tivesse enfoque nos cuidados primários à saúde, surgindo, dessa maneira, o Programa Saúde da Família (PSF). Implantado em 1994, o PSF era compreendido como um programa norteador das ações de saúde. As transformações advindas deste modelo de atenção repercutiram na reorganização dos serviços de saúde e no financiamento dos sistemas de saúde locais (ASSIS; MISCHIATI, 2017).

Ao decorrer do tempo, o PSF começou a ter o seu perfil de programa descaracterizado, e passou a assumir a posição de estratégia de organização do sistema de saúde, constituindo, portanto, uma das principais políticas de superação dos problemas acarretados pelo modelo biomédico e de busca da implementação dos princípios do SUS. Diante disso, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) de 2006, mudou a nomenclatura do PSF para a Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo em vista que os programas são transitórios e possuem, portanto, tempo determinado de execução, enquanto as estratégias são permanentes e contínuas (BRASIL, 2006).

A implantação da ESF, como eixo estruturante de reorganização do sistema de saúde, baseado na APS, favoreceu grandes avanços no que se refere a facilidade do acesso e a qualidade dos serviços por propiciar melhores práticas de cuidado em saúde no território. Ainda, a ESF expressa em suas características definidoras, a atuação em áreas geograficamente limitadas e populações definidas, possuindo como meta principal a intervenção sobre os riscos e agravos aos quais a comunidade está exposta, através da assistência integral, permanente e de qualidade, além da organização e realização de atividades de educação e promoção da saúde (GIOVANELLA, 2012).

No Brasil, a ESF é reconhecida e tida como a principal porta de entrada para o serviço de saúde por meio do nível primário (CAMPOS; GUERRERO, 2013). A ESF, promoveu novas formas de cuidar e de intervenção em saúde, no sentido de priorizar a promoção da saúde, a prevenção de doenças e/ou agravos, bem como a

organização da rede de serviços, estabelecimento de vínculo com a comunidade, a interdisciplinaridade e a família (PNAB, 2017).

Para que uma equipe seja caracterizada como ESF, é necessário que ela seja interdisciplinar, minimamente composta por um médico, um enfermeiro, um técnico em Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, atuando em áreas geográficas definidas e com populações adscritas, com até 3.500 pessoas para cada equipe, podendo ainda este número ser reduzido, de acordo com o risco e a vulnerabilidade social dessa população (BRASIL, 2017).

Os documentos normativos do MS fazem referência constante à qualidade dos serviços e cuidados prestados, quando trazem à tona a ESF como condutora da APS no país, considerando-a sempre como uma elaboração social que influencia e é influenciada constantemente pelos aspectos históricos, políticos, econômicos, tecnológicos e culturais de cada região (BRASIL, 2017).

Se tratando da avaliação em saúde, esta é entendida como um processo em que se reúnem informações sobre as ações, características e efeitos de um programa ou serviço de saúde, respondendo a um questionamento avaliativo, devendo determinar a relevância ou valor do objeto avaliado, deixando clara a associação entre este e seus efeitos (ANTUNES et al., 2017).

A avaliação em saúde é utilizada em variados objetos e com diferentes objetivos, abarcando desde um procedimento simples e específico até um sistema de saúde. Para a eficiência do método avaliativo, faz-se necessária a utilização de técnicas e metas, também distintas.

Para que a avaliação em saúde se estabeleça como um processo eficaz, é necessário o uso de um conceito único sobre a APS, para que assim, se possa iniciar um procedimento padronizado de avaliação.

Para a elaboração do PCATool, Starfield (1992) considerou que a APS é um conjunto indissociável de elementos estruturantes – atributos – do sistema de serviços de saúde, subdivididos em quatro atributos essenciais, que dizem respeito ao acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação, e três derivados, que também qualificam as ações dos serviços de APS, a saber - Orientação Familiar; Orientação Comunitária e Competência Cultural, este último ainda não foi validado e, portanto, não será avaliado neste estudo (STARFIELD; XU; SHI, 2001).

O processo avaliativo realizado com um instrumento operacional e válido, denota influência positiva nos processos decisórios e que os sistemas de saúde que possuem uma APS forte são mais equitativos, atingem um padrão desejável na saúde da população, têm melhor custo-efetividade, conseguem atingir um elevado grau de satisfação do usuário e habilitam os profissionais de saúde a conduzirem de modo efetivo as necessidades de saúde das pessoas inseridas no seu território (STARFIELD, 2002).

Com o objetivo de avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS o instrumento denominado PCATool foi traduzido e adaptado em vários países, com diferentes sistemas de saúde, entre eles, o Brasil (HARZHEIM et al., 2013; ALMEIDA, MACINKO, 2006).

A validação levou a algumas variações na metodologia adotada, porém os resultados foram adequados, respeitando a estrutura multidimensional na versão original e a unidimensionalidade para a redução do instrumento.

O PCATool possui três versões: criança, adultos e profissionais. A última foi criada como espelho da versão adulto, com acréscimo de itens do atributo Integralidade da versão para Criança. Com base nesse instrumento, pode-se avaliar se o serviço é provedor da APS e, por conseguinte, denota um escore maior ou igual a 6,6 para os quatro atributos essenciais, podendo aumentar seu poder de interação com pessoas e comunidade com a presença de bons escores também para os atributos derivados (BRASIL, 2010).

Tratando do contexto da pandemia, é importante discutir que as doenças infecciosas emergentes e reemergentes são constantes desafios para a saúde pública mundial. Atualmente, o mundo ainda enfrenta a mais importante pandemia da história recente, a qual é causada por um novo coronavírus (SARS-CoV-2) e traz significativo impacto negativo sobretudo na economia e na assistência à saúde pública de toda a sociedade. Este novo coronavírus é altamente contagioso e causa uma síndrome gripal aguda com graves complicações pulmonares (MONTEIRO et al., 2020).

A doença SARS-CoV-2 foi detectada pela primeira vez em Wuhan, China, em dezembro de 2019. Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que o atual surto constituía uma emergência de saúde pública de interesse internacional. Por conseguinte, essa mesma organização, diante do

grande número de casos de infecção pelo SARS-CoV-2 declarou que a doença se tratava de uma pandemia por estar presente em vários países e em todos os continentes (WHO, 2020).

Os profissionais da APS têm sido protagonistas na assistência a população nesse momento, sendo de extrema importância avaliar os atributos nas perspectivas desses trabalhadores.

Frente a estes argumentos e considerando o papel da APS de coordenadora das ações de saúde, acredita-se que o presente estudo vai propiciar contribuições para o referido serviço, gestão, profissionais e usuários, por apontar como vem sendo operacionalizados os atributos da APS e indicando as características do serviço que necessitam de intervenção, refletindo na melhoria da qualidade da atenção.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 GERAL

Avaliar a APS a partir de seus atributos durante pandemia causada pelo SARS-CoV-2, na perspectiva dos profissionais, a partir dos uso do instrumento PCA-tool.

1.2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e qualificação profissional dos profissionais de saúde da APS;
- Identificar fatores associados entre a formação, qualificação profissional e os atributos da APS;
- Apresentar as principais mudanças percebidas pelos profissionais no campo da saúde geral e mental durante a pandemia provocada pela Covid-19.

II - REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ASPECTOS CONCEITUAIS E ORGANIZACIONAIS E O SEU PAPEL NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19

A APS é tema de discussões em diversos países e se destaca por estar atrelada a melhoria dos serviços de saúde. Sendo que, historicamente, o modelo de atenção à saúde esteve pautado por séculos, no caráter biomédico, que tinha a saúde como ausência de doença, e não considerava outros determinantes que a influenciam (MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015).

Porém, à medida que os estudos comprovaram que o a atuação nos demais determinantes de saúde e a reversão do modelo biomédico vigente até então, atrelados a intersectorialidade, impactaram na melhoria da qualidade de vida e saúde da população, o modelo biomédico deixa de ser hegemônico e começa a sofrer transformações (ANDRÉ; TAKAYANAGUI, 2017).

A primeira proposta de um sistema de APS, emergiu no Relatório de Dawson em 1920 (STARFIELD, 2002), onde se iniciam os primeiros conceitos de um sistema de saúde regionalizado e integrado, próximo às necessidades de saúde da população (MENDES, 2015). Cabe destacar também, a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada no ano de 1978, em Alma-Ata, Cazaquistão, em que se propôs um acordo entre os 134 países membros para atingir o maior nível de saúde até o ano 2000 (OPAS/OMS, 1978).

Diante desse cenário, surgem alguns pontos característicos dos cuidados primários em saúde, que mais à frente, são designados como fatores determinantes e condicionantes da saúde (MENDES, 2015). E com isso, a APS começa a ser designada e compreendida como um modelo de ampliação das ações de saúde (ANDRÉ; TAKAYANAGUI, 2017). Segundo a declaração de Alma Ata, a APS abrange

“cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade” e representa o primeiro nível assistencial nos sistemas de saúde (OPAS/OMS, 1978 pág. 1).

Posteriormente, algumas outras iniciativas com enfoque na APS foram realizadas: em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Bogotá (1992), Jacarta (1997), México (2000), Port of Spain (1993) (BRASIL, 2002).

No ano de 2014, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aprovou, juntamente com os países membros, a “Estratégia para a Saúde Universal” a fim de garantir o acesso à saúde para toda a população. A estratégia tem como um de seus pilares o fortalecimento da APS como a base dos sistemas de saúde (OPAS, 2017).

Já em 2018, após 40 anos de Alma Ata, e ainda confirmando os seus compromissos, foi realizada a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, originando uma nova declaração, intitulada Declaração de Astana. Essa declaração, aponta como meio mais eficiente para melhorar as condições de saúde das pessoas, o fortalecimento dos sistemas de saúde por meio da expansão da APS e redução das desigualdades que dificultam o acesso à saúde (WHO, 2018).

No Brasil, eventos relacionados a APS, antecederam a Conferência de Alma Ata, dentre eles se destaca a criação dos Centros de Saúde pela USP no ano de 1924, do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) nos anos 40 (atualmente denominada Fundação Nacional de Saúde) e nos anos 60 o início da instituição das Secretarias Estaduais de Saúde. E posterior a Alma Ata, nos anos 80, a instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS) (MENDES, 2015).

Em 1988, outro marco que culminou com ações voltadas para a APS, foi a criação do SUS pela elaboração da Constituição Federal, que responsabilizou o Estado pela integralidade das ações de saúde e garantiu o direito de acesso por todas as pessoas (BRASIL, 1988). E, na década de 90, houve a aprovação das Leis 8.080 e 8.142 (BRASIL, 1990; BRASIL, 1988; DANTAS, 2014).

A lei 8.080 dispõe sobre “as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 1990, p.1). Desde então, a APS passa a ser compreendida como um projeto de reestruturação e reorientação das práticas assistenciais do SUS (ANDRÉ; TAKAYANAGUI, 2017; BRASIL, 2017).

Sendo assim, a APS é considerada o centro dos sistemas de saúde e determinante das ações dos demais, o seu trabalho é operacionalizado junto à comunidade, o que propicia que o usuário seja monitorado ao longo do tempo e que as práticas de cuidados sejam integrais. Oferece ainda “serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar da sua comunidade” (STARFIELD, 2002, p. 28).

A APS ainda é conceituada como: um “conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde”, prestadas por uma equipe multidisciplinar a uma população territorialmente definida (BRASIL, 2017), e que devem estar interligadas aos demais pontos de atenção, de forma a implementar um efetivo sistema de saúde (ANDRÉ; TAKAYANAGUI, 2017). Além disso, a APS também é compreendida como:

O primeiro nível de acesso de um sistema de saúde (acesso de primeiro contato), caracterizando-se, principalmente, pela longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação do cuidado dentro do próprio sistema de saúde, podendo contar com características complementares como a orientação familiar e comunitária e a competência cultural. Essa definição explicita os atributos essenciais e derivados da APS (HARZHEIM; LIMA; HAUSER, 2013, P. 17).

A institucionalização da APS se deu de fato, na década de 90, com a criação do SUS e mais precisamente como política de saúde no ano 1994, com a instituição do Programa Saúde da Família (PSF), adotado como estratégia de expansão da APS (MENDES, 2012; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

O PSF teve como percussor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), instituído no Ceará, no ano de 1987, como parte de um plano emergencial decorrente da seca. A princípio, o objetivo era garantir um salário à mulheres carentes para ajudar na sobrevivência das famílias no período e reduzir os índices de mortalidade infantil. Após a experiência exitosa, o plano foi se desenvolvendo com o intuito de intensificar as ações de promoção e prevenção da saúde com a população (ÁVILA, 2011).

No ano de 1996, com a formulação da NOB SUS 01/96, o PSF e o PACS são adotados como modelos prioritários para a ampliação da APS no país (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

A ESF (inicialmente denominada PSF) tem como foco central dos cuidados e ações, os contextos familiares, “sociais, sanitários, culturais, econômicos, funcionais e organizacionais” da população sob sua responsabilidade. Particularidades que permitem o fortalecimento da parceria entre profissional e serviço de saúde (SILVA; GIOVANELLA; MAINBOURG, 2014, p. 275).

No ano de 2006, ocorreu a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por meio da Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006). Essa portaria foi revogada, e em 2011, entra em vigor a PNAB instituída pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, estabelecendo a revisão de diretrizes e

normas para a organização da atenção básica, para a ESF e o PACS (BRASIL, 2011).

Em 2017, o MS pública a Portaria nº 2.436, que estabelece a revisão de diretrizes da PNAB, no âmbito do SUS (BRASIL, 2017). Segundo os preceitos da PNAB, a APS sustenta-se pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade, que garantem o acesso contínuo e igualitário a todos os serviços que supram as necessidades de saúde da população. A PNAB é orientada pelas seguintes diretrizes (BRASIL, 2017):

Hierarquização e regionalização: em que a APS é centro de comunicação entre os níveis assistenciais da rede, com territórios estabelecidos que dinamizam as ações de saúde (BRASIL, 2017).

Cuidado centrado na pessoa: caracterizada por ações assistenciais singulares, construídas em conjunto com as famílias e coletividades (BRASIL, 2017).

Resolutividade: deve atender a maior parte dos problemas de saúde de sua população adscrita e coordenar as demais ações necessárias (BRASIL, 2017).

Longitudinalidade do cuidado: relação de vínculo e responsabilização que é estabelecida ao longo do tempo entre a população e o serviço, capaz de dar continuidade ao cuidado (BRASIL, 2017).

Coordenar o cuidado: capacidade de integrar e articular as ações que a população recebe na rede (BRASIL, 2017).

Ordenar as redes: articular as ações da rede de modo a garantir que as necessidades da população adscrita sejam atendidas (BRASIL, 2017).

Participação da comunidade: permite a participação das pessoas e coletividades nas ações de saúde levando em consideração seus contextos culturais (BRASIL, 2017).

Dois modelos de estruturação da APS são presentes no Brasil (BRASIL, 2017; MENDES, 2015) de acordo com a PNAB, a saber: eAB (equipes de Atenção Básica), ESF (equipes de Saúde da Família), podendo estar vinculadas a estas, as Equipes de Saúde Bucal (eSB), o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF) e a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) (BRASIL, 2017).

Com relação a ESF, a PNAB estabelece que:

é a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como

estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custoefetividade (BRASIL, 2017, p.7).

A ESF possibilita o estabelecimento de vínculos entre os serviços e sua população adscrita, permitindo a compreensão das condições de saúde e doença no cotidiano dos usuários e suas famílias (ANDRÉ; TAKAYANAGUI, 2017). Apesar da ESF representar um grande avanço na prestação de cuidados e assistência voltados para a prevenção e promoção, ainda persiste uma dificuldade de reversão do modelo biomédico vigente (FERTONANI et al., 2015).

Ainda segundo a PNAB, as eSF e eAB multiprofissionais devem ser compostas, no mínimo por médico e enfermeiro generalistas ou especialistas em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem. Na eSF, o agente comunitário de saúde (ACS) faz parte da equipe mínima preconizada, enquanto, na eAB, sua participação pode ou não estar agregada. Ambas podem ainda contar com o agente de combate a endemias (ACE) e os profissionais de Saúde Bucal (dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal) (BRASIL, 2017).

São consideradas atribuições comuns a todos estes profissionais: participação do processo de territorialização e cadastramento das famílias; prestação de cuidado integral aos usuários e coletividade de acordo com o contexto sociocultural seja na unidade, domicílio e outros locais que se fizerem necessários; garantir atendimento e acompanhamento da população adscrita com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos; garantia de atendimento da demanda espontânea e execução de ações programadas e de vigilância em saúde; realização de acolhimento dos usuários; responsabilização pela população adscrita; alimentar com qualidade os sistemas de informação; participação no planejamento e implementação de fluxos da RAS e de protocolos; coordenar o cuidado; realização de busca ativa; trabalhar interdisciplinarmente; participação das atividades de planejamento e avaliação das equipes e na execução de ações; promover a mobilização e participação da comunidade identificando parceiros (BRASIL, 2017, pág. 18-20).

A estruturação da APS, especialmente no que condiz com a implantação das eSF, propicia atividades articuladas de acordo com as necessidades de saúde de cada comunidade, por considerar que existe um contexto, um ambiente em que estes usuários estão inseridos, que pode afetar sua saúde e bem-estar. Além disso, a proximidade com a população, permite uma assistência pautada nas características individuais e ações de saúde reflexivas, direcionadas conforme as necessidades individuais de saúde de casa usuário (BRASIL, 2017).

2.2 ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Em 2002, com o propósito de incentivar o desenvolvimento e uma melhor compreensão sobre a APS, em uma parceria de Starfield, UNESCO e o MS, foi publicado o livro intitulado “Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia”. A obra trata dos elementos estruturais (“capacidade”) e processuais (“desempenho”) relevantes à APS (que permitem sua medição) e seus atributos (STARFIELD, 2002).

A APS é o “nível de um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas”, de forma contínua, com capacidade para integrar e coordenar o cuidado (STARFIELD, 2002, p.28):

é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. (...) aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. (...) lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde (STARFIELD, 2002, p. 28).

Starfield (2002) elencou em suas publicações as características intrínsecas a APS, que são denominados atributos: os atributos essenciais, são as características exclusivas da APS (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção) e os atributos derivados são resultantes de suas características exclusivas (orientação familiar e comunitária e competência cultural), como apresentado seguir:

A atenção ao primeiro contato implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. Independentemente do que um estabelecimento de saúde define ou percebe como acessibilidade, ele não oferece atenção ao primeiro contato a menos que os seus usuários em potencial percebam-na como acessível e isto se reflita na sua utilização. Portanto, a medição da atenção ao primeiro contato envolve a avaliação da acessibilidade (elemento estrutural) e da utilização (elemento processual) (STARFIELD, 2002, p. 61-62).

Sobre a acessibilidade, esta envolve a localização do estabelecimento próximo da população assistida, os horários e dias em que está aberto para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos da acessibilidade (STARFIELD, 2002, p. 60).

A utilização se refere à extensão e ao tipo de uso dos serviços de saúde. A razão para uma consulta pode ser a investigação da ocorrência de um novo

problema, o acompanhamento de um problema antigo ou receber serviços preventivos.

A utilização pode começar pelo paciente ou ser uma exigência ou orientação de um profissional de saúde, podendo ainda, ocorrer como resultado de alguma exigência administrativa (STARFIELD, 2002, p. 61).

A longitudinalidade é compreendida como a capacidade do serviço ser uma fonte regular de atenção à saúde, que se estende ao longo do tempo, propiciando um monitoramento do cuidado, que é facilitado pelo desenvolvimento de relações interpessoais entre profissionais e usuários (BRASIL, 2010a; STARFIELD, 2002).

Implica a existência de um local, um indivíduo ou uma equipe de indivíduos associados que sirva como fonte de atenção por um determinado período de tempo, independente da presença ou ausência de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema. Ter atenção longitudinal significa que aqueles indivíduos na população identificam uma fonte de atenção como “sua”; que os prestadores ou grupos de prestadores reconhecem, pelo menos implicitamente, a existência de um contrato formal ou informal para ser a fonte habitual de atenção orientada para a pessoa (não para a doença); e que esta relação existe, por um período de tempo definido ou indefinido, até que seja explicitamente alterada (STARFIELD, 2002, p. 247-248).

O alcance da longitudinalidade requer que tanto pacientes quanto profissionais saibam que tem uma relação mútua. Ela é geralmente alcançada mediante de alguma forma de registro do paciente e a manutenção de um cadastro de pacientes na unidade. A relação mútua pode ser testada através da confirmação de que os membros da população inscrita realmente conhecem o local responsável por sua atenção e sem que o cadastro de pacientes realmente existe (STARFIELD, 2002, p. 484).

A integralidade, trata da variedade de serviços disponíveis na APS, que sejam capazes de assistir as necessidades de saúde da população do território, incluindo a referência e contrarreferência dos usuários a outros serviços quando necessário (BRASIL, 2010; STARFIELD, 2002).

Se tratando da integralidade, esta implica que as unidades da atenção primária devem criar estratégias para que o usuário receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente no nível primário de atenção. Nesses casos, deve ser ofertado o encaminhamento para serviços secundários e serviços terciários para a tratativa dos problemas de saúde (STARFIELD, 2002, p. 62).

Sobre a coordenação ou integração da atenção, é descrita como a função de integrar o cuidado que o usuário recebe nos diferentes níveis assistenciais (BRASIL, 2010; STARFIELD, 2002). A integração, necessita de uma estratégia de

continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além de reconhecimento de problemas (STARFIELD, 2002, p.63). A essência da coordenação é a facilidade no acesso das informações que tratam dos problemas e serviços anteriores para a compreensão dos problemas no presente atendimento (STARFIELD, 2002, p. 365- 366).

Se tratando da atenção à saúde centrada na família (orientação familiar) implica no atendimento das necessidades individuais, considerado o contexto familiar e a capacidade que este tem de cuidado (BRASIL, 2010; STARFIELD, 2002).

A centralização na família resulta quando o alcance da integralidade fornece uma base para a consideração dos pacientes dentro de seus ambientes, quando a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde e quando o desafio da coordenação da atenção se defronta com recursos familiares limitados (STARFIELD, 2002, p. 486-487).

Sobre a orientação comunitária, esta trata do entendimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da sua comunidade (BRASIL, 2010; STARFIELD, 2002). Sendo assim, “todas as necessidades relacionadas à saúde dos pacientes ocorrem em um contexto social; o reconhecimento dessas necessidades frequentemente requer o conhecimento do contexto social” (STARFIELD, 2002, p. 487).

Sobre a competência cultural, esta trata da compreensão do contexto cultural da população adstrita, por parte do serviço de saúde e dos profissionais, que facilitam a atenção a saúde (BRASIL, 2010; STARFIELD, 2002). Essa “envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem não estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais” (STARFIELD, 2002, p.487).

Os atributos da APS são utilizados para avaliar a qualidade do serviço (BRASIL, 2010a; STARFIELD, 2002), e são referenciados pela PNAB (BRASIL, 2017).

Destarte, um serviço de atenção à saúde que de nível primário, deve estar pautado nos pilares destes atributos, possibilitando uma maior interação entre os usuários e serviço (BRASIL, 2010a). Sua operacionalização permite classificar uma APS “eficiente, efetiva e de qualidade” (MENDES, 2015. Pág. 34). Ainda:

pode-se afirmar que os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a APS em relação aos sistemas de baixa orientação para a APS, são: mais adequados porque se organizam a partir das necessidades

de saúde da população; mais efetivos porque são a única forma de enfrentar conseqüentemente a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população; mais eficientes porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; mais equitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto do bolso das pessoas e famílias; e de maior qualidade porque colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e porque ofertam tecnologias mais seguras para as pessoas usuárias e para os profissionais de saúde (MENDES, 2015, p. 37).

2.3 ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA COVID-19

A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) detectada primeiramente na cidade Wuhan, China em novembro de 2019. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS determinou o surto de coronavírus como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta desta organização, vindo em 11 de março de 2020, a COVID-19 ser caracterizada como uma pandemia (OPAS; OMS, 2020).

De acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde (2022), o cenário epidemiológico da Covid-19 apresenta-se da seguinte forma: em todo o mundo até o mês de junho de 2022, foram registrados 532.887.351 casos confirmados e 6.307.021 mortes, com maior predominância no continente Europeu e nas América, onde foram notificados, respectivamente, 222.715.473 e 158.984.066 casos. No contexto americano os países que tiveram maior número de casos de óbitos foram os Estados Unidos e o Brasil, os quais ocupam o 1º e 3º lugares no ranking mundial respectivamente (OMS, 2021). O estado do Rio de Janeiro ocupa o 5º lugar de números de casos confirmados (2.300.360) e 74.020 óbitos (CONASS, 2022).

Neste dado momento (junho de 2022) já se avança a vacinação contra o Coronavírus o que contribui para uma melhor resposta ao enfrentamento desta doença. De acordo com a OMS (2002) até o dia 15 de maio de 2022 foram administradas um total de 11.854.673.610 doses no mundo. O Rio de Janeiro também avança no panorama da vacinação 12.580.479 pessoas imunizadas completamente (GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2022). Entretanto, a vacinação bem como o controle desta doença, se deu de forma desproporcional sobretudo, em países em desenvolvimento concentrados no sul global. Diante desses dados, observamos que a Covid-19 atinge de forma desigual populações

desiguais, sendo as populações carentes e marginalizadas as mais afetadas (BOWLEG, 2020).

Essas disparidades também foram observadas durante a implementação de medidas de mitigação do vírus. Em função do alto poder de contágio e, inicialmente, da inexistência de uma vacina eficaz contra o novo coronavírus, medidas de distanciamento sanitário e restrições severas (*lockdown*) foram adotadas na tentativa de conter o avanço da transmissão do vírus. No entanto, essas medidas trouxeram um impacto negativo profundo sobre os indivíduos, comunidades e sociedades, ao fazer com que a vida social e econômica fosse diminuída drasticamente (OMS, 2021). Essas medidas ainda afetam desproporcionalmente grupos desfavorecidos, incluindo pessoas em situação de pobreza, imigrantes e refugiados, além de outros grupos específicos como as gestantes e puérperas.

De outra senda, a covid-19 é transmitida de pessoa a pessoa, por meio da dispersão de gotículas infectadas com o vírus por meio do espirro, tosse, contato pessoa direto com pessoas infectadas e objetos contaminados levados a boca, ao contato com nariz e olhos (CASTRO-DE-ARAUJO, 2020). Se manifesta clinicamente através de sintomas difusos, tornando seu diagnóstico clínico difícil, dada a sua inespecificidade de critérios, faz-se necessário a confirmação através de exames laboratoriais, sendo os sintomas mais frequentes febre, tosse normal ou seca, cefaleia, faringalgia, dispneia, diarreia e mialgia e o comprometimento do olfato e paladar (NETO et al., 2020).

De modo geral, a COVID-19 se manifesta em sintomas leves ou de modo assintomático (ISER et al., 2020) e os quadros mais graves estão comumente associados a fatores de risco como idade (acima de 60 anos), presença de comorbidades como doenças cardiovasculares, hipertensos e diabéticos, pessoas em tratamento oncológicos, com doenças respiratórias, imunossuprimidos, doentes hepáticos crônicos, tabagistas e gestantes. Estes fatores juntamente com o potencial de virulência desta doença podem comprometer seriamente as condições do indivíduo, levando a hospitalização e a necessidade de uso de unidade de terapia intensiva (MENDONÇA et al. 2020; SILVA et al. 2021).

Além da grande preocupação, com o desconhecido, ao passo que o SARS-CoV-2 era um vírus cujas características eram novas para os cientistas, sua

composição de RNA permite mutações genéticas e o surgimento de novas variantes com maior potencial de transmissão e de escape de resposta imunológica do hospedeiro (CDC, 2021). De acordo com Ettaboina, Nakkala e Laddha (2021) até o momento foram identificadas 05 variantes de interesse clínico: a alpha (b.1.17), beta (B.1.351), gamma (p.1), delta (B.1617.2) e a omicron (B.1.1.529).

As formas de detecção e diagnóstico laboratoriais se dão pelas técnicas de RT-PCR (Reverse transcription-polymerase chain reaction), considerado teste padrão-ouro para descobrir esta patologia, devido a sua alta sensibilidade e especificidade, a segunda forma de diagnóstico se dá através de testes rápidos que podem ser realizados via Swab nasofaringe e ou orofaringe e o teste sanguíneo que busca a detecção através da técnica quimioluminescência e eletroquimioluminescência (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay, ELISA) que identifica anticorpos das classes imunoglobulinas A (IgA), M (IgM) e G (IgG) contra o SARS-CoV-2 (SOUZA, 2021).

Até o presente momento não há uma terapêutica específica ou protocolo terapêutico específico para o tratamento da Covid-19. No início da pandemia foi usado de forma empírica e experimental medicamentos como a cloroquina, hidroxiclороquina, azitromicina, arbidol, favipiravir, remdesivir, entre outros (SOUZA, 2020). Com o decorrer do tempo e da produção de novos estudos, obteve-se novas perspectivas de tratamento dessa patologia, desconsiderando o uso de uma série de medicamentos, sobretudo, o esquema hidroxiclороquina (HCQ) e azitromicina, ao passo que anteriores não foi observada melhoras significativas em pacientes que foram submetidos a essa terapia em relação aos que não receberam nenhuma dessas drogas. Além do mais, pacientes que receberam essa combinação medicamentosa tiveram maior propensão a sofrerem paradas cardíacas (BRAZ *et al.*, 2021).

Assim, a partir da atualização dos estudos clínicos, novas diretrizes e protocolos foram produzidos desencorajando o uso de azitromicina, casirivimabe, + imdemivabe, cloroquina, hidroxiclороquina, ivermectina, lopinavir/ritonavir, plasma convalescente e remdesivir (FALAVGNA *et al.*, 2021).

Além dos grandes desafios impostos pela Covid-19 aos sistemas de saúde durante seus períodos mais críticos, o tema da síndrome pós-covid ou Covid longa surge como um problema a ser enfrentado nos próximos anos e que atinge toda a

Rede de Atenção à Saúde. O que se pensava ser uma infecção aguda, cada vez mais apresenta consequências crônicas que ainda estão sendo estudadas e elucidadas. Além dos efeitos mentais e psíquicos, a Covid longa apresenta sintomas como fadiga, dispneia, problemas cognitivos em mentais, como dificuldade de memória, cefaleia, mialgia, dores no peito e nas articulações, disfunções no paladar e olfato, tosse, queda de cabelo, insônia, sibilância, rinorreia, expectoração, e problemas cardiovasculares e gastrointestinais (YONG, 2021).

Segundo Dennis et al. (2021), esses sintomas foram observados nos resultados preliminares do ensaio clínico COVERSCAN realizado entre abril e setembro de 2020 com 201 participantes com uma idade média de 45 anos. Após 04 meses após a infecção inicial pelo SARS-CoV-2, 42% dos indivíduos tinham 10 ou mais sintomas de Covid Longa e 60% tinham efeitos de pós-covid severo que incluíam falta de ar (88%), dor de cabeça (83%), fadiga (98%) e mialgia (87%). Foram observados comprometimento cardíaco leve em 26% dos participantes, comprometimento pulmonar em 11%, função hepática prejudicada em 28%, falha renal em 4% (DENNIS et al., 2021). Esses dados sugerem que todos os sistemas de saúde, incluindo a APS terão de se organizar para lidar não só com os efeitos agudos da Covid-19, mas também lidar com as consequências a longo prazo dessa doença.

Em se tratando do enfrentamento e manejo da Covid-19 através da assistência e ações de vigilância à saúde, a Atenção Primária à Saúde foi essencial para o controle de casos moderados e leves. Segundo Prado et al. (2020) os sistemas que tinham uma APS forte e competente conseguiram ter resultados mais efetivos de enfrentamento ao vírus SARS-CoV-2.

2.4 REORGANIZAÇÃO DA APS NO CONTEXTO DA COVID-19

O contexto da Covid-19 descortinou uma série de deficiências, problemas e possibilidades dentro dos sistemas de saúde em todas as regiões do planeta. Inicialmente, todos os países se depararam com um vírus desconhecido, de alta transmissão, com potencial mortalidade em grupos vulneráveis e tiveram que lidar com as incertezas das estratégias lançadas para conter o vírus e enfrentar a pandemia em diversos países. No âmbito dos sistemas da saúde, a Atenção Primária a Saúde (APS) se demonstrou essencial ao passo que cerca de 80% dos

casos das doenças são leves e a maioria dos casos moderados se dirigiram a APS como porta de entrada para o atendimento médico (PRADO et al., 2020).

De acordo com Giovanella et al. (2021a), a APS deve atuar no contexto da Covid-19 sob 04 campos: vigilância em saúde nos territórios; cuidado individual dos casos confirmados e suspeitos de Covid-19; ação comunitária de apoio aos grupos vulneráveis no território por sua situação de saúde ou social; e continuidade dos cuidados rotineiros da APS.

Nesse sentido, de acordo com o estudo de Prado et al. (2020), que avaliou a reorganização dos serviços da APS em 15 países, o foco da reorientação da assistência para adaptar-se a emergência da pandemia primou o desenvolvimento de ações comunitárias e vigilância sanitária para mitigar o risco de propagação do vírus; a continuidade das ações de promoção, prevenção e assistência à comunidade, bem como a participação social na adesão das medidas de proteção e cuidado.

Em geral, o que foi observado nesta pesquisa é que embora alguns países tivessem a APS relativamente eficaz nem todos tiveram respostas rápidas para lidar com a pandemia. Essa razão está diretamente relacionada com a discrepância na responsabilidade dada ao serviço, nos investimentos necessários na APS que impacta na deficiência de mão-de-obra especializada, clínicos gerais e outros profissionais, e falta de infraestrutura e sistemas de informação. De outra senda, países que integraram a Atenção Primária no sistema de saúde e tinham essa fortalecida, demonstraram maior competência e eficácia no atendimento e o escopo dos serviços prestados pode ter influenciado no acesso ao suporte e conferir melhores respostas ao impacto na pandemia. Soma-se a isso o uso das tecnologias de informação dentro da APS (como utilizadas na China) para a eficiência das ações realizadas (PRADO et al., 2020).

No caso específico do Brasil, além de todas as dificuldades estruturais e geográficas, soma-se os efeitos negativos do “desfinanciamento agudo do SUS” desde 2015 e aprofundado na gestão Bolsonaro-Guedes, e apesar de todas essas mazelas, há estudos que demonstram a importância do modelo brasileiro na prevenção e controle da pandemia por Covid-19 (GIOVANELLA et al., 2021b).

Assim, as lições aprendidas até o momento denotam que os sistemas públicos e universais que se esteiam em uma APS robusta, resolutiva, abrangente e longitudinal constitui-se um dos pilares dos serviços de saúde e da sociedade. Reconhecer a urgência do protagonismo da APS como ordenadora do cuidado no SUS, sobretudo, em momentos de crises sanitárias de larga escala e fomentar medidas como: melhorias dos fluxos de usuários nos serviços, centralizar a APS na agenda do Ministério da Saúde para viabilizar aperfeiçoamentos nas estruturas físicas das unidades, aumentar a quantidade de trabalhadores e valorizar esses profissionais que atuam nessa rede (SARTI et al., 2020).

É nesse bojo que a avaliação em saúde com o uso de ferramentas de análise se apresenta para traçar um panorama das deficiências, dos êxitos e o planejamento das ações dentro da APS com o intuito de fortalecer suas ações e promover cuidado integral a comunidade.

2.5 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A avaliação em saúde é uma temática de reflexões em âmbito mundial, por fornecer indicadores de qualidade das ações e das necessidades de saúde da população. Os métodos avaliativos, devem ser utilizados como ferramenta para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

A avaliação é compreendida como um processo sistematizado “que implica julgar, emitir um julgamento de valor” através da análise de intervenções que tenham sido realizadas, esta pode ser uma ação, ou um serviço, com base em um parâmetro considerado adequado. Este processo poderá evidenciar desafios que precisam ser gerenciados para que os avanços desejados sejam alcançados (BRASIL, 2010, p. 13)

No Brasil, até o final de 1980, a avaliação em saúde estava submetida às áreas de política e planejamento, concentradas no campo de Saúde Coletiva. A partir da criação do SUS, os estudos avaliativos são impulsionados (AKERMAN; FURTADO, 2016).

Akerman e Furtado (2016), destacam 3 interações que culminaram com o avanço da avaliação em saúde no Brasil:

Econômica: o fomento a avaliação pelo financiamento de instituições multilaterais (o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento

(BIRD ou Banco Mundial), o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID);

Burocrática e científica: a interação entre pesquisadores de universidades e a gestão do SUS; No campo científico, “Avedis Donabedian (1919-2000), médico de origem Libanesa, radicado nos EUA, e Zulmira Maria de Araújo Hartz, médica, pesquisadora titular em epidemiologia na Ensp/Fiocruz” contribuíram significativamente com o campo da avaliação no país (AKERMAN; FURTADO, 2016, p. 44).

O teórico Donabedian, instituiu o enfoque tradicionalmente utilizado para avaliação em saúde, até os dias atuais. O modelo Donabediano de avaliação, auxilia a mensuração da qualidade a partir dos conceitos organizativos de estrutura-processo-resultados, conhecidos como tríade Donabediana (BERWICK; FOX, 2016).

A estrutura Donabediana estrutura os recursos necessários para prestar a assistência, sejam eles, físicos, humanos ou materiais. O processo se caracteriza pelas ações realizadas por profissionais com enfoque nos usuários, como por exemplo, diagnósticos, tratamentos e relações interpessoais. Sendo que o resultado, responde ao produto da atenção à saúde (DONABEDIAN, 2005; SILVA; FORMIGLI, 1994).

Desse modo, a qualidade, é definida como “um conjunto de atributos do processo que favorecem o melhor resultado possível tendo em vista os conhecimentos, a tecnologia, as expectativas e as normas sociais” (BROUSSELLE et al., 2011, p.83).

Sendo assim, no setor da saúde, a avaliação da qualidade fornece informações sobre o trabalho desenvolvido como base para a organização, gestão e gerenciamento da implementação de ações (AKERMAN; FURTADO, 2016).

Destarte, a avaliação emerge como um instrumento que auxilia na orientação do planejamento das ações de saúde na medida que vai indicar as limitações e necessidades dos serviços (AKERMAN; FURTADO, 2016).

Portanto, “ganha força pelo papel a ela atribuído de direcionar a formulação tanto de políticas, quanto de ações que atravessam o cotidiano dos serviços” (FONSECA; MENDONÇA, 2013, p. 210).

No ano de 2005, foi criado o Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (DEMAS/MS), vinculado à Secretaria de Gestão

Participativa, como eixo do processo de avaliação do sistema. Esse departamento, propôs estratégias de monitoramento e avaliação do SUS, sendo algumas delas (OLIVEIRA; REIS, 2016, p. 15):

- Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde – IDSUS;
- Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS;
- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ;
- Pesquisas nacionais de avaliação do acesso e de satisfação dos usuários - CartaSUS (BRASIL, 2017).

O IDSUS foi criado em 2012 com o objetivo de mensurar o desempenho do SUS de acordo com seus princípios e diretrizes. Entretanto, a iniciativa foi interrompida, por expor fragilidades, e posteriormente deu origem a iniciativa “O SUS em Vista” propondo uma descrição cronológica de indicadores (ALY et al., 2017).

O PNASS foi criado em 2004, decorrente do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (1998) (PNASH) e foi reformulado pela Portaria GM/MS Nº 28, de janeiro de 2015 que permitiu a avaliação de todos os estabelecimentos de atenção especializada em saúde, a partir das dimensões de estrutura, processo, resultado, produção de cuidado, gerenciamento de risco e satisfação do usuário (BRASIL, 2015; OLIVEIRA; REIS, 2016).

O PMAQ foi criado em 2011, objetivando melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos pela APS. A avaliação é realizada através de um instrumento denominado Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) (BRASIL, 2015).

Já a Carta SUS foi um programa institucionalizado no ano de 2011, cujo processo é desenvolvido a partir de correspondência para o domicílio de usuários após internação ou procedimentos de alta complexidade, objetivando conhecer as opiniões dos usuários sobre os atendimentos (BRASIL, 2017).

Em 2016, em uma parceria entre o MS e a Fundação Oswaldo Cruz, foi lançado o Manual de Planejamento no SUS. A publicação traz a avaliação e o monitoramento como “ferramenta de apoio ao planejamento do SUS”, destacando que devem estar presentes no Plano de Saúde, Programação de Saúde e Relatório Anual de Gestão, para a análise das estratégias implantadas e dos resultados alcançados (BRASIL, 2016, p. 23; OLIVEIRA; REIS, 2016).

O manual apresenta os métodos mais utilizados com fim avaliativo, sendo que os tipos mais comuns e empregados na avaliação são os que consideram:

os efeitos sobre a saúde da população (avaliação de impacto ou de efetividade); a obtenção das prioridades e os objetivos iniciais estabelecidos (avaliação dos objetivos ou da eficácia); a racionalidade no uso dos recursos (avaliação da eficiência); as mudanças ocorridas no contexto econômico, político e social (avaliação de cenário); as disposições constantes da legislação (avaliação de legalidade ou de conformidade); a qualidade da estratégia de implantação das políticas e programas (avaliação da implementação); a análise e a apreciação de instâncias oficiais (avaliação oficial ou institucional); o aperfeiçoamento da capacidade de gestão dos quadros e das unidades da administração pública (avaliação de aprendizagem), entre outros (BRASIL, 2016, p. 82).

Para a qualidade do processo de avaliação no SUS, “os profissionais de saúde precisam estar prontos para avaliar e usar os resultados da avaliação no seu cotidiano de trabalho; os usuários precisam ser capazes de compreender como a avaliação resulta a seu favor” e ainda, a gestão deve reconhecê-la como instrumento de trabalho (OLIVEIRA; REIS, 2016, p. 14). Constitui-se em:

Recurso importante para determinar se uma intervenção deve ter continuidade, se está sendo efetiva ou, ainda, se necessita de financiamento adicional. A avaliação permite, portanto, a mudança de atitudes e práticas em busca de resultados positivos para o desempenho dos serviços de saúde (CASER, 2006, p. 29).

A avaliação em saúde, também tem o poder de contribuir com o processo de reversão de práticas pautadas unicamente no modelo biomédico, “fornecendo elementos para uma reflexão crítica sobre o trabalho para gestores e profissionais, como também para a comunidade” (AKERMAN; FURTADO, 2016, p. 193).

Diante desse cenário de reorganização dos serviços de saúde, em que a APS ocupa o eixo estruturante do SUS, a avaliação em saúde ganha destaque (OLIVEIRA; REIS, 2016; PROTASIO; MACHADO; VALENÇA, 2015) contribuindo de forma reflexiva para a prática assistencial, principalmente, diante de uma pandemia, em que o nível primário é porta de acesso para assistência e informação da população.

2.5.1 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Diante da proposta de reestruturação do sistema de saúde por meio do fortalecimento da APS, “cresce a necessidade de se expandir o campo da avaliação tanto no que diz respeito à produção científica, bem como às estratégias de

institucionalização desta prática no âmbito da gestão dos serviços” (CASER, 2006, p. 25).

A maioria dos estudos avaliativos, envolvem dois elementos principais: os profissionais que realizam a assistência e os usuários que a recebem (MAYER et al, 2015). No Brasil, uma das iniciativas destinadas a nortear a elaboração de programas e políticas públicas é o incentivo por parte do MS à pesquisas avaliativas nos serviços (CAMPOS; BRANDÃO; PAIVA, 2014).

Se tratando da APS, destaca-se o Pacto da Atenção Básica ou Pacto de indicadores da Atenção Básica, instituído com o objetivo de alavancar e orientar o processo de monitoramento e avaliação da APS. Essa iniciativa, foi criada no ano de 1998 através da Portaria GM/MS nº 3.925 de 13/11/1998, que “aprovou o Manual para a Organização da Atenção Básica” e regulamentado posteriormente pela Portaria 476 de 1999. A partir dos indicadores e metas previamente definidas e pactuadas, os municípios e estados são avaliados pela esfera federal (BRASIL, 2003, p. 221; CASER, 2006).

Outra iniciativa para a avaliação dos serviços primários de saúde, foi a criação do PMAQ, instituído no ano de 2011, regulamentado pela portaria de nº 1.654 GM/MS. O programa está organizado em três fases e um eixo estratégico com o objetivo de melhorar a qualidade e o acesso ao serviço (BRASIL, 2017).

Em contrapartida, pesquisadores tecem críticas à respeito dessa iniciativa, alegando que o programa estimula a competitividade entre as equipes, levando os profissionais a almejar a busca dos resultado por meio de incentivo financeiro por metas cumpridas (MOTA; DAVID, 2015).

Mundialmente tem-se utilizado diferentes instrumentos para avaliação da APS. Dentre eles, destaca-se os 5 principais identificados em um estudo de revisão (FRACOLLI et al., 2014):

WHO Primary Care Evaluation Tool (PCET): (também conhecido como ferramenta de avaliação da APS da OMS) é baseada na avaliação das características de acessibilidade, integralidade, coordenação e continuidade da atenção (WHO, 2010).

ADHD Questionnaire for Primary Care Providers (AQ-PCP): tem por objetivo a avaliação da APS a partir da opinião dos profissionais sobre o atendimento a crianças que apresentam hiperatividade e déficit de atenção (POWER et al., 2008)

PACOTAPS: (ou aplicativo para APS), foi desenvolvido no Brasil e tem como função fornecer informações sobre o perfil epidemiológico e demográfico das áreas de abrangência do serviço de APS (TOMASI et al., 2003). General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ): instrumento desenvolvido no Reino Unido para avaliar a percepção dos usuários sobre os cuidados primários (MEAD; BOWER; ROLAND, 2008).

PCATool: utilizado para medir a presença e extensão dos atributos da APS (BRASIL, 2010a). No Brasil, o instrumento mais utilizado para pesquisas avaliativas na APS é o PCATool, acredita-se que por ser um instrumento aceito e validado em vários países, por ser mais divulgado, e por ser validado e referenciado pelo MS. Também, é considerado o instrumento que mais se adequa as propostas das eSF e da PNAB (BRASIL, 2010; FRACOLLI, et al., 2014).

Diante das considerações tecidas, a avaliação emerge como um instrumento de mudança e não deve ser tida como uma ameaça, e sim como um incentivo para que os serviços de saúde promovam uma assistência à saúde cada vez mais qualificada (RIGHI; SCHMIDT; VENTURINI, 2010).

2.5.2 PCATool BRASIL

Sabendo-se que no Brasil, a APS é conceituada a partir dos seus atributos, evidencia-se a importância da utilização de instrumentos para sua avaliação, que sejam compatíveis com esta proposta.

Dessa forma, a literatura sinaliza o uso do PCATool e, portanto, optou-se por discutir a importância do respectivo instrumento. O PCATool foi desenvolvido e validado na Johns Hopkins Primary Care Policy Center, por Starfield e colaboradores, como forma de avaliação da APS por meio da mensuração da presença e extensão de seus atributos. O instrumento se baseia no modelo de avaliação da qualidade instituído por Donabedian, que propõe uma comparação e análise das dimensões de estrutura e processo dos serviços de saúde (BRASIL, 2010a).

No Brasil, o instrumento foi validado pelo MS e recebeu a denominação de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool - Brasil. Diante disso, o MS publicou o “Manual do Instrumento de Avaliação da APS” trazendo as seguintes

versões do instrumento (BRASIL, 2010a): a) PCATool-Brasil versão Adulto; b) PCATool-Brasil versão Criança; c) PCATool-Brasil versão Profissionais.

O questionário é dividido em sessões que contemplam os atributos essenciais e os derivados da APS (BRASIL, 2010; PRATES et al., 2017) e avalia o quanto os serviços de saúde estão orientados para os atributos que definem a APS:

acesso de primeiro contato, que envolve o acesso aos serviços pela população para cada nova necessidade, observando quantidade de pessoas da qual a unidade é responsável e período em que a unidade está acessível aos usuários; b) longitudinalidade ou atendimento continuado, que envolve a atenção orientada para a pessoa, fornecida ao longo do tempo (mínimo de dois anos), e vínculo com a unidade prestadora do serviço; c) integralidade, que envolve a especificação da variedade de serviços disponíveis e serviços prestados para as necessidades da população, exceto as incomuns, que são de responsabilidade do atributo derivativo da competência cultural; d) coordenação, que envolve a capacidade de integração de pessoas e sistema de informação para os serviços oferecidos onde quer que tenham sido recebidos; e) orientação familiar ou enfoque na família, que envolve o conhecimento e o acompanhamento familiar dos problemas de saúde; f) orientação comunitária, que envolve o conhecimento da comunidade atendida, a participação em atividades comunitárias e o envolvimento da comunidade na unidade prestadora; e g) competência cultural, que envolve a capacitação gerencial à frente do serviço de saúde e também a prestação de serviços especiais à população (NODARI; OLEA; DORIN, 2013, p.1248).

Em países como o Canadá, Espanha, Coreia do Sul, China Argentina e Uruguai também utilizam o PCATool, porém, o Brasil é reconhecido como o líder na sua utilização para avaliação da APS (SHI; MASIS; GUANAIS, 2012).

O instrumento PCATool-Brasil versão profissionais, foi criada em espelho da versão PCATool Adulto, com acréscimo de itens do atributo Integralidade da versão para Criança. Ele é composto por 77 itens divididos em 8 componentes (BRASIL, 2010).

Hauser et al. (2013) mantiveram a estrutura original do instrumento, contemplando os atributos da APS. Porém, na validação realizada por Almeida e Macinko (2006), o formato foi alterado, o atributo competência cultural foi excluído e um atributo relacionado a formação profissional foi incluído, além de alterações na escala likert de respostas.

Os resultados dos estudos avaliativos dos serviços de APS, dando especial ênfase ao instrumento PCATool, por ser considerado um instrumento adequado, validado e utilizado internacionalmente, incitam as contribuições que o instrumento é capaz de fornecer para a gestão dos serviços de saúde, pela sua possibilidade de indicar fatores que necessitam de intervenção; subsidiando a tomada de decisão e

permitindo o monitoramento de ações já implementadas visando análise de seus impactos (D'ÁVILA et al., 2017).

E ao olhar para as contribuições do instrumento para o processo de trabalho dos profissionais, o conhecimento proveniente dos resultados encontrados, orienta o planejamento da assistência das equipes buscando operacionalizar os atributos e consequentemente prover assistência de qualidade, (ARAÚJO et al., 2018; NICOLA; PELEGRINI, 2018) principalmente em tempos de pandemia.

III - PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de caráter avaliativo. Na pesquisa transversal (ou seccional), o estudo é realizado ao longo de um período, em um determinado momento, ou seja, em um ponto no tempo, tal como agora, hoje. A pesquisa quantitativa é a que trabalha com variáveis expressas sob a forma de dados numéricos e emprega rígidos recursos e técnicas estatísticas para classificá-los e analisá-los (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A avaliação é um processo em que se procede a um julgamento específico e, desde este ponto, desencadeia um movimento de transformação na direção da qualidade almejada. A avaliação não se presta a validar decisões políticas ou técnicas, mas sim orientar estas decisões e aprimorar o programa avaliado por meio da apropriação dos resultados do processo avaliativo. Toda avaliação precisa abarcar princípios de utilidade, ética e precisão, utilizando-se de parâmetros científicos e técnicos que não devem menosprezar as motivações políticas e o contexto social no qual está inserido o segmento avaliado (SCHEFFER, 2016).

3.2 AMOSTRA E PARTICIPANTES DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com 43 profissionais de saúde atuantes nas equipes de Saúde da Família, incluindo profissionais do NASF, das 35 unidades de APS da Área de Planejamento (AP) 5.2 – Campo Grande/Guaratiba. Nesse estudo foi adotado a amostra não-probabilística e por conveniência em vista da modalidade do envio do instrumento de coleta de dados ser por meio online e muitos formulários poderiam não ser devolvidos.

O NASF é constituído por uma equipe na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os das ESF, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes. Fazem parte da composição dos NASFs: profissional/professor de educação física, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacêutico, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, médico psiquiatra, médico ginecologista, médico pediatra, médico acupunturista, médico homeopata, médico ginecologista/obstetra,

médico geriatra, médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria (BRASIL, 2013).

Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro ou médico atuante em uma unidade de CF ou CMS da AP 5.2 – Campo Grande/Guaratiba e/ou ser profissional de saúde nível superior, atuantes em uma equipe do NASF da AP 5.2 – Campo Grande/Gauratiba. Os critérios de exclusão adotados foram: profissionais que não puderam ter acesso ao formulário online e não responderam ao formulário online dentro de um prazo de 28 dias.

3.3 LOCAL DA PESQUISA

Foi escolhido como *lócus* da pesquisa as 35 unidades de APS da Área Programática (AP) 5.2, sendo 17 unidades do tipo Centro Municipal de Saúde (CMS) e 18 unidades do tipo Clínica da Família (CF).

A AP 5.2 é formada por 20 bairros, distribuídos por 5 Regiões Administrativas (RA), representa 26.6% dos cariocas, com 1,5 milhão de habitantes, segundo o Censo 2000, sendo a segunda área de planejamento mais populosa da cidade e apresenta densidade territorial de 26,3 habitantes por hectare. A subdivisão da região de saúde em AP 5.2 – nosso *lócus* de pesquisa – é composta pelos bairros: Santíssimo, Campo Grande, Senador Vasconcelos, Inhoaíba, Cosmos, Guaratiba, Barra de Guaratiba, Pedra de Guaratiba. Apesar de ser um área em expansão, a AP 5 ainda concentra uma população com renda predominantemente baixa e desigualmente distribuída.

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Na coleta de dados desta pesquisa serão utilizados os seguintes instrumentos:

- **Instrumento 1:** Questionário de características sociodemográficas e de características de qualificação profissional.
- **Instrumento 2:** PCATool-Brasil versão profissionais.

3.4.1 Questionário de características sociodemográficas e de características de qualificação profissional

Para o alcance do objetivo específico (*caracterizar o perfil sociodemográfico e qualificação profissional dos profissionais de saúde da APS*) será utilizado um instrumento de coleta de dados construído para esta pesquisa (Apêndice B), composto de perguntas abertas e fechadas referentes as características sociodemográficas e características de qualificação profissional.

3.4.2 PCATool-Brasil versão profissionais

O mencionado instrumento (Anexo 01) é formado por 111 itens distribuídos em 08 componentes relacionados aos atributos da Atenção Primária à Saúde conforme a figura 1:

Figura 01. Atributos avaliados pelo PCATool – Brasil versão profissionais.

Atributo da APS	Componente da APS	Itens
Acesso primeiro contato	Acessibilidade	A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9
Longitudinalidade	Longitudinalidade	B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, B9, B10, B11, B12, B13
Coordenação	Integração de cuidados	C1, C2, C3, C4, C5, C6
Coordenação	Sistemas de Informações	D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8
Integralidade	Serviços disponíveis	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21, E22
Integralidade	Serviços prestados	F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, F11, F12, F13, F14, F15, F16, F17, F18
Orientação Familiar	Orientação Familiar	G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13, G14
Orientação Comunitária	Orientação Comunitária	H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13, H14, H15, H16, H17, H18, H19, H20, H21

Fonte: Ministério da Saúde (2020).

Para todos os itens foram utilizadas estas respostas como opção.

1. Com Certeza, sim (Valor = 4).
2. Provavelmente, sim (Valor = 3).
3. Provavelmente, não (Valor = 2).
4. Com certeza, não (Valor = 1).
5. Não sei/não lembro (Valor = 0).

As respostas às questões do instrumento estão estruturadas em uma escala do tipo Likert, com escores de 1 a 4 para cada atributo (1 = com certeza não, 2 = provavelmente não, 3 = provavelmente sim, 4 = com certeza sim), existe ainda a opção 9 = não sei/não lembro que não é computada. Os escores de cada atributo são produzidos por meio da média aritmética simples dos itens que compõem cada atributo ou seu componente. É esperado que os profissionais atinjam escores $\geq 6,6$ o que reflete uma maior orientação e será considerado alto escore de APS (BRASIL, 2010; HAUSER et al., 2013).

De acordo com instruções do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: o escore essencial deve ser calculado por meio da média dos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade) e o escore derivado obtido pela média dos atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária). O escore geral é calculado pelo valor médio dos atributos essenciais e dos atributos derivados (BRASIL, 2010).

3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis de desfecho (ou dependente) do estudo serão os escores geral, essencial e derivado. E as variáveis de exposição (ou independente) foram compostas pelo sexo, idade, profissão, tempo de trabalho, qualificação, experiência profissional e vivências relacionadas a pandemia.

3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi solicitado à coordenação da AP 5.2, o e-mail dos enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e demais profissionais de nível superior e atuantes nas unidades de CF e CMS. Os participantes receberam o convite para participação por e-mail, assim como o link para acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e formulário *online*. O primeiro envio dos formulários foi realizado no mês de janeiro de 2023, e após sucessivas tentativas, se alcançou a amostra de 43 pessoas no mês de abril de 2023, em vista dos prazos que deveriam ser cumpridos referente a finalização e defesa da dissertação. Os dados foram coletados por meio de instrumentos de coleta de dados organizados no formato de formulário do *Google forms*. A utilização de uma ferramenta de coleta *online* se

justifica devido ao momento de distanciamento social imposto pela pandemia SARS-CoV-2, sendo necessário esse método para garantir segurança da pesquisadora e da amostra, conforme o OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS.

3.7 ANÁLISE DE DADOS

Inicialmente, foi realizado o teste de análise de confiabilidade do instrumento PCATool através do Alfa de Cronbach e se atestou a idoneidade do questionário ($\alpha=0,962$). Os dados descritivos foram apresentados por mediana e intervalo interquartil ou média e desvio padrão para variáveis quantitativas contínuas ou por número e frequência (%) para as variáveis categóricas. As análises realizadas para comparação de médias foram feitas por teste t de Student ou ANOVA. As associações entre variáveis categóricas foram feitas por teste de Qui-quadrado. E para verificar a associação entre os escores e as variáveis da pesquisa foi realizado o teste de correlação de Pearson. As análises foram realizadas utilizando SPSS versão 21, considerando o intervalo de confiança de 95% ($p<0,05$).

3.7.1 Cálculo dos escores do PCATool – Brasil, versão profissionais

Os escores para cada um dos atributos foram calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo. Para isso, serão seguidos passos, conforme descrição abaixo.

1º Passo - Inversão de Valores

No que tange ao primeiro atributo, Acesso de Primeiro Contato, o item A9 (última pergunta do atributo) será formulado de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor será a orientação para APS. Logo, este item deve ter seu valor invertido para:

(valor 4 = 1), (valor 3 = 2), (valor 2 = 3) e (valor 1 = 4).

2º Passo

Se, para um entrevistado, a soma de respostas em branco (missing) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) atingiu 50% ou mais do total de itens de um componente (“A” a “H”), não será calculado o escore deste componente para este

entrevistado. O escore deste componente para este entrevistado ficará em branco (missing) no banco de dados. Se, para um entrevistado, a soma de respostas em branco (missing) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) foi inferior a 50% do total de itens de um componente, o valor “9” será transformado para o valor “2” (“provavelmente não”). Esta transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado.

Transformação dos Escores

Para transformar os escores em escala de 0 a 10, será utilizada a seguinte fórmula: [escore obtido – 1 (valor mínimo)] x 10 / 4 (valor máximo) – 1 (valor mínimo). Ou seja:

$$(Escore\ obtido - 1) \times 10 / 3$$

Escore Essencial (EE)

O escore essencial, valor alcançado pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais dividido pelo número de atributos, será aferido mediante da seguinte fórmula:

$$EE = (A + B + C + D + E + F) / 6$$

No caso de não ser possível calcular o escore em 3 ou mais componentes essenciais, não será calculado o Escore Essencial da APS para este profissional. Se não é possível calcular o escore em 2 ou menos dos componentes essenciais, será calculado a média dos componentes restantes para calcular o Escore Essencial da APS.

Escore Geral (EG)

O Escore Geral será medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais aos componentes que pertencem aos atributos derivados dividido pelo número total de atributos.

$$EG = (A + B + C + D + E + F) + (G + H) / 8$$

Quando não é possível calcular o escore em 4 ou mais componentes, não será calculado o Escore Geral da APS para este participante. Em caso de não ter

ser possível calcular o escore em 3 ou menos dos componentes, será calculada a média dos componentes restantes para calcular o Escore Geral da APS.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa direta com seres humanos, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro sob o parecer nº 4.944.612 e CAAE 50999521.1.0000.5238 (Anexo II) respeitando os preceitos dispostos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

IV - RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, ASPECTOS RELATIVOS À PANDEMIA DA COVID-19

De acordo com as análises descritivas dos participantes da pesquisa dispostas na tabela 01, pode-se perceber que a mediana de idade foi de 36 anos, ao passo que o profissional de saúde mais novo relatou ter 31 anos e o mais velho 42 anos. Em relação ao sexo, 92,9% são do sexo feminino, 52,4% se referiram ser de cor branca, 28,6% de cor parda. Esses dados corroboram com os estudos de Marsiglia (2011) e Santos et al. (2019), que apresentam como perfil de trabalhadores da APS, uma maioria do sexo feminino e de faixa etária entre 21 e 60 anos ou média de idade de 31 anos.

Nos chama atenção o resultado para raça/cor ter em sua maioria pessoas da cor branca. Segundo Lombardi e Campos (2018, p. 33) ao realizarem um ensaio sobre as relações de gênero, classe social e raça/cor na enfermagem brasileira, as mulheres negras na enfermagem em sua maioria ocupam cargos de técnicas e auxiliares numa espécie de “bipolarização ou dualização do emprego feminino”, no qual as mulheres brancas com nível superior estão em posições de liderança e direção, enquanto as mulheres negras em sua maioria de formação de ensino médio e mais pobres, se localizam na base da pirâmide.

É interessante notar a presença de profissionais jovens atuando Atenção Primária à Saúde que poderia ser justificada pela mudança nas diretrizes curriculares dos cursos de graduação em saúde com foco na formação de profissionais de saúde aptos para atuar e atender as reais demandas da APS (COSTA et al., 2013). Além disso, essa faixa etária dos profissionais são indicativos de profissionais recém-formados que são absorvidos pelas equipes da ESF (DAMNO et al., 2013).

É possível também observar a feminização da força de trabalho de nível superior na APS, o que acompanha a tendência no Brasil e em outros países, motivada principalmente pelo aumento do ingresso de mulheres as universidades a partir da década de setenta, bem como a inerente associação das profissões relacionadas ao cuidado, educação e serviço relegadas aos papéis sociais femininos (COSTA; DURÃES, ABREU, 2010; LOMBARDI; CAMPOS, 2018). Este

dados é reforçado quando se observa que há 26 enfermeiras, todas do sexo feminino. Além disso, 45,2% se declararam casados e 42,9% solteiros, achados observados também na pesquisa Moreira et al. (2016) em que 80,2% relataram estado civil casado. Esse resultado contrasta os estudos de Pinto, Menezes, Villa (2009) e Sturmer et al. (2020) no qual se observa a predominância de solteiros no perfil dos profissionais de saúde, o que pode ser explicado pela tendência de pessoas jovens postergarem o casamento ou pelo surgimento de novas formas de união, como a união estável.

No que se refere a religião dos participantes, 38,1% são evangélicos, 28,6% são católicos e 11,9% espíritas. Tais resultados contrastam com os dados do último censo do IBGE realizado em 2010, no qual a maioria dos brasileiros reportaram pertencer ao catolicismo (BRASIL, 2010).

Quanto a profissão exercida no âmbito da APS a predominância da amostra foi de enfermeiros (61,9%), médico (11,9%), cirurgião-dentista (7,1%), e técnico de enfermagem (4,8%), corroborando com a maioria dos estudos que analisam o perfil dos profissionais atuantes na Estratégia da Saúde da Família (COSTA et al., 2013; BRITO et al., 2016; STURMER et al., 2020). De acordo com a apresentação da Estratégia de Saúde da Família, a equipe multiprofissional deve ser composta por, no mínimo: I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2012).

Foi relatado a renda média dos participantes de R\$ 6000,00. Os dados levantados levam a conclusão de que o poder aquisitivo dos profissionais estudados é relativamente alto, sendo usualmente enquadrados entre as classes C, B e A, que pode ser explicado pelo fato da maioria ser casada, ter outros vínculos empregatícios, entre outros fatores que influenciam na condição econômica do profissional (CORRÊA et al., 2012). A média de anos trabalho no âmbito da APS foi de 6,0 anos, sendo tempo médio de serviço na unidade atual em que trabalha de 11,0 meses. Períodos de trabalho semelhantes foram

encontrados nos estudos de Tonelli et al. (2018), Sturmer et al. (2020) e Pinto, Menezes e Villa (2009). No que tange a atuação em outros locais de serviços, 69% relataram não trabalhar em outras instituições.

Podemos inferir que esse tempo de trabalho possa representar alta rotatividade na equipe da atenção básica, além da diminuição de processos seletivos e concursos públicos. Esse cenário se apresenta prejudicial por dois motivos: primeiro, revela a flexibilização e instabilidade dos contratos de profissionais de saúde e a consequente precarização desses trabalhadores que sempre vão procurar melhores alternativas salariais; segundo essa rotatividade incide negativamente no vínculo estabelecido entre a equipe e a população, o que impacta diretamente na efetividade da assistência (OLIVEIRA; PEDRAZA, 2019).

Tabela 01. Aspectos sociodemográficos da amostra.

Dados sociodemográficos (n=42)	n	%
Idade (anos)		
Mediana (Intervalo interquartil)	36	31-42
Profissão		
Assistente Social	1	2,4
Cirurgião-dentista	3	7,1
Enfermeira	26	61,9
Farmacêutica	1	2,4
Fonoaudióloga	1	2,4
Médica	5	11,9
Nutricionista	1	2,4
Profissional de educação física	1	2,4
Psicóloga	1	2,4
Técnico em enfermagem	2	4,8
Sexo		
Feminino	39	92,9
Masculino	3	7,1
Cor		
Branca	22	52,4
Negra	8	19
Parda	12	28,6
Religião		
Católico	12	28,6
Espírita	5	11,9
Evangélico	16	38,1
Nenhuma	2	4,8
Candomblecista	1	2,4
Outra	6	14,3
Estado civil		
Solteiro	18	42,9
Casado	19	45,2
Divorciado	3	7,1
Amasiado	2	4,8
Renda		
Mediana (Intervalo interquartil)	6000	4100-8500
Tempo de trabalho na Atenção Primária a Saúde (anos)		

Mediana (Intervalo interquartil)	6,0	3-11
Tempo médio de serviço na unidade atual (meses)		
Mediana (Intervalo interquartil)	11,0	5-24
Atua em outros locais de serviço		
Não	29	69
Sim	13	31
Ter celular		
Sim	42	100
Ter computador ou notebook		
Sim	39	92,9

Fonte: dados da pesquisa (2023).

No que se refere ao fato da maioria dos profissionais relatarem não trabalhar em outras instituições é um achado positivo, ao passo que a pesquisa de Soratto et al. (2017) revela que jornada de trabalho dos profissionais de saúde no âmbito da Estratégia de Saúde da Família já é excessiva e pode ser ainda maior em vista do duplo e até triplo vínculo. Essa sobrecarga de trabalho afeta a saúde mental e qualidade de vida dos profissionais de saúde e é um fator que gera insatisfação no trabalho.

Quanto as questões relativas à pandemia provocada pela COVID-19, 83,3% da amostra relatou de tido COVID-19 e de 100% declarou que teve um familiar ou amigo próximo com diagnóstico positivo para o vírus SARS-CoV-2, um percentual elevado para ambas as variáveis (tabela 02). De acordo com Teixeira et al. (2020) o alto risco de contaminação em vista da exposição a COVID-19 no cuidado de pacientes sintomático foi um dos principais problemas de saúde enfrentados pelos profissionais que estavam na linha frente no combate a pandemia. Estimou-se que em 2020, na China, ocorreram 3.387 casos de COVID-19 entre profissionais de saúde, o que representou 4,4% do total de 77.262 casos. Na Itália, até 16 de abril de 2020, numa das fases mais complexas da pandemia nesse país, foram registrados 17.306 casos de infecção pelo SARA-CoV-2 em profissionais de saúde correspondendo a 10,7% dos casos (SANT'ANA et al., 2020).

No Brasil, há lacunas nos dados que demonstrem o cenário da infecção no grupo de profissionais de saúde, embora o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) tenha relatado que 4.000 profissionais de enfermagem tenham se afastado por suspeita ou diagnóstico de COVID-19. No Estado do Pará, a taxa de letalidade da Covid-19 entre profissionais de saúde foi de 0,6%, o que foi considerada alta pelas autoras do estudo (CAMPOS; LEITÃO, 2021).

Diante do colapso e despreparo dos sistemas de saúde em atuar no combate a pandemia da COVID-19, foi revelado a precarização das condições de trabalho frente a essa situação sanitária. A falta de equipamentos de proteção individual como luva, máscara, seringa, entre outros, representou um dos fatores que determinaram maior vulnerabilidade do trabalho em saúde, principalmente para a enfermagem. Esses fatores podem explicar o elevado percentual de profissionais infectados, sobretudo na APS, que foi e é um ponto da rede de atenção saúde crucial para a triagem, diagnóstico, vigilância e cuidado dos usuários infectados (GIOVANELLA et al., 2020).

Foram observados nos dados que os indivíduos participantes da pesquisa reportaram alguns aspectos relacionados a saúde mental causadas pelo cenário de incertezas e constante tensão da pandemia. Nesse quesito, 83,3% dos participantes relataram ter observado mudanças no estado psicológico durante os períodos de isolamento social e 85,2% perceberam mudanças nas relações familiares no período de distanciamento social. Além disso, a mediana de tempo de sono reportada foi de 6 horas e 66,7% não tiveram dificuldades para dormir, embora tenham relatado como principal dificuldade a insônia (16,7%).

Tabela 02. Aspectos relacionados a saúde dos profissionais da saúde durante a pandemia.

Dados sobre a pandemia	n	%
Ter tido COVID-19		
Não	5	11,9
Não sei	2	4,8
Sim	35	83,3
Familiar ou amigo próximo teve COVID-19		
Sim	42	100
Mudanças no aspecto psicológico durante o isolamento social		
Não	7	16,7
Sim	35	83,3
Mudanças nas relações familiares durante o isolamento social		
Não	6	14,3
Sim	36	85,7
Tempo de sono		
Mediana (Intervalo interquartil)	6	6-7
Dificuldade para dormir		
Não	28	66,7
Sim	14	33,3
Dificuldades relatadas		
Ansiedade	3	7,1

Dificuldade de manter o sono	2	4,8
Insônia	7	16,7
Insônia e ansiedade	2	4,8
Avaliação de saúde		
Muito boa	3	7,1
Boa	15	35,7
Regular	22	52,4
Ruim	2	4,8

Fonte: dados da pesquisa (2023).

No contexto da pandemia, os profissionais atuantes na APS, essenciais para o enfrentamento da doença enfrentaram uma série de desafios, principalmente, por atuar em cenários complexos nos quais lidam com más condições de trabalho, devido à escassez de equipamentos de biossegurança, serviços de controle de infecção insuficientes, falta de programas de reconhecimento e incentivos de trabalho, abusos físicos e psicológicos, além da discriminação por parte dos pacientes (KANG et al., 2020; HUANG et al., 2020). Os efeitos da sobrecarga de trabalho, sobretudo, em emergências sanitárias podem se manifestar como estresse, depressão, ansiedade.

Aliado a isso, as informações insuficientes sobre o vírus, o cuidado contínuo de pacientes com COVID-19, a alta carga de trabalho, a exposição constante a eventos críticos, como morte (ZANG et al, 2020), o medo de ser infectado e infectar suas famílias (HUANG; XU; LIU, 2020) e suas consequências na própria saúde trouxe desfechos negativos na saúde mental como estresse, ansiedade, sintomas depressivos, insônia, medo (KANG et al., 2020).

Conforme Dantas (2021) apresenta, um estudo realizado em Brasília avaliou a saúde mental de médicos residentes durante a pandemia, que 41,7% dos participantes relataram incapacidade de relaxar, medo de que aconteça o pior e nervosismo, além de 83,3% afirmarem a perda da qualidade geral do sono, como pode-se observar também nos resultados desta pesquisa.

Embora os dados sugiram comprometimento da saúde mental, 52,4% dos participantes avaliaram a qualidade da saúde como regular e 35,7% como boa. Apesar de nos últimos anos haver movimentos que ressaltem a importância de se cuidar da saúde mental como um componente importante na vida do indivíduo, ainda há negligência e um certo preconceito por parte da sociedade sobre se colocar em evidência práticas de cuidado emocional e psicológico, prevalecendo o conceito de que a doença ocupa o plano da saúde física (SILVA; HORA, 2022).

Durante surtos de doenças infecciosas, os danos à saúde mental tendem a ser negligenciados em comparação ao risco biológico e às medidas de tratamento (ORNELL et al., 2020). Entretanto, podem acometer um maior número de pessoas e permanecer mesmo após o fim de epidemias (ORNELL et al., 2020; HUGHES et al., 2020). Tais impactos psicológicos podem, porém, ser minimizados e até mesmo evitados por meio de cuidados em saúde mental (XIANG et al., 2020). A necessidade desses cuidados foi evidenciada em crises epidemiológicas precedentes (SON et al., 2019) e é agora reforçada diante do contexto da COVID-19 (SEON-CHEOL et al., 2020; XIANG et al., 2020).

4.2 QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL E AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ATRAVÉS DO PCATool

A tabela 03 apresenta resultados acerca da qualificação profissional dos participantes do estudo.

Tabela 03. Qualificação profissional dos participantes da pesquisa.

Dados qualificação profissional	n	%
Especialização em Saúde da Família		
Não	8	19
Cursando	8	19
Sim	26	61,9
Mestrado		
Não	37	88,1
Cursando	3	7,1
Sim	2	4,8
Doutorado		
Não	42	100

Fonte: dados da pesquisa (2023).

Quando perguntados sobre especializações e pós-graduações realizadas, 61,9% relataram ter concluído especialização em Saúde da Família, 4,8% fizeram mestrado e 100% reportaram não ter doutorado. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Brito et al. (2016) no qual 67,4% dos profissionais entrevistados investiram em capacitações após a graduação, com maior destaque para cursos de especialização *latu sensu* na área de saúde, com foco na Saúde da Família, Medicina de Comunidade, Saúde Coletiva e Saúde Pública. Corrêa et al. (2012) em sua pesquisa com enfermeiros atuantes na Atenção Básica no Estado do Mato Grosso, demonstrou que 73,4% dos participantes possuíam pós-

graduação em nível *latu sensu* e nenhum profissional declarou ter pós-graduação em nível *strictu sensu*.

A grande prevalência de profissionais de saúde buscando qualificação após a graduação, sugere o interesse em melhor qualificação para a atuação. Destarte, o Ministério da Saúde vem adotando a estratégia de favorecer a qualificação profissional com o intuito de fortalecer as políticas do setor público de saúde e garantir a universalidade e integralidade do sistema de saúde (COSTA et al., 2013; D'AVILA et al. 2014). Além do incentivo através da progressão salarial, é fulcral que os serviços de saúde estimulem a educação permanente dos seus trabalhadores a partir da oferta de capacitações, treinamentos, cursos, atualizações, entre outros, como uma estratégia de mudança no cotidiano dos serviços (STURMER et al., 2020).

A Tabela 4 indica os escores gerais de cada um dos atributos essenciais e derivados dos serviços de APS, considerando somente os escores dos participantes em que o percentual dos itens de valores ausentes foi inferior a 50% da quantidade total de itens do atributo. Nesse contexto, o atributo essencial Acesso de Primeiro Contato (Acessibilidade) foi devidamente avaliado por 43 profissionais, obteve a menor média entre os atributos, com valor de 5,4 e desvio padrão de 1,3, o que pode sugerir uma deficiência na execução desse atributo. Concomitantemente, o atributo essencial Orientação Comunitária (H) foi devidamente avaliado por 43 profissionais, obtendo a maior média entre os atributos, alcançando o valor de 8,5 e desvio padrão de 1,2. Outro escore que obteve média inferior ao ponto de corte foi a Longitudinalidade (B), com o valor de 6,5 ($\pm 1,2$).

Tabela 04. Escores dos atributos essenciais dos atributos da APS.

PCATool-Brasil	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (A)	5,4	1,3	3,0	8,5
Longitudinalidade (B)	6,5	1,2	4,4	8,7
Coordenação – Integração de Cuidados (C)	7,4	1,1	5,6	9,4
Coordenação – Sistema de Informações (D)	8,0	1,5	4,2	10,0
Integralidade – Serviços Disponíveis (E)	8,4	1,1	5,8	10,0
Integralidade – Serviços Prestados (F)	8,1	1,9	3,3	10,0
Orientação Familiar (G)	8,1	1,9	3,1	10,0
Orientação Comunitária (H)	8,5	1,2	6,2	10,0
Escore Essencial	7,3	1,0	5,0	9,1
Escore Geral	7,6	1,0	5,2	9,2

Fonte: dados da pesquisa (2023).

De acordo com as considerações do instrumento utilizado, pode-se afirmar que os atributos, Coordenação – Integração de Cuidados (C), Integralidade – Serviços disponíveis (E), Integralidade – Serviços Prestados (F) e Orientação Familiar (G) tiveram médias maior ou igual a 7,0, inferindo a presença de componentes mais bem orquestrados às necessidades das populações assistidas. Como resultados de escore essencial obtivemos o valor satisfatório de 7,3 ($\pm 1,0$), e de escore geral 7,6 ($\pm 1,0$), também um valor satisfatório em relação ao ponto de corte ($>6,6$).

Os resultados do presente estudo acompanham a tendência de pesquisas anteriores onde o atributo com menor qualificação é o Acesso de Primeiro Contato (AGUILAR; TELES CARVALHO, 2021; PENSO et al., 2017; BISPO et al., 2019; PRATES et al., 2017). No estudo de Costa et al. (2022) realizado com profissionais médicos da Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora, a acessibilidade recebeu a média de 4,02 na percepção dos participante, um valor insatisfatório. Os autores ainda destacam que embora um dos objetivos principais do SUS seja a descentralização dos serviços e ao estabelecimento de APS como porta de entrada para a rede de assistência de saúde, a oferta e disponibilidade de horários de atendimento no intervalo de almoço, horário noturno e fins de semana. Dessa forma, o usuário se direciona para os serviços de urgência e emergência, o que dificulta adoção do cuidado continuado e longitudinal no âmbito da Atenção Básica (COSTA et al. 2022).

É importante ressaltar que a limitação de horário de atendimento prejudica o acesso a grande parcela da população que possui jornada de trabalho diurno, em um caso específico, afeta principalmente, a população masculina que já é um

segmento que usualmente não frequenta serviços de saúde (COSTA et al., 2022). Em um estudo realizado por Silva et al. (2018) em que se avaliou a atenção primária na perspectiva da população masculina, se observou que o atributo acessibilidade obteve pontuação baixa ($2,65 \pm 1,63$) o que pode ser explicado pela baixa demanda de homens na APS em vista do maior vínculo com o trabalho e pelo fato de o serviço não priorizar esses usuários. Novamente, os horários de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, bem como de trabalho das equipes não contemplam as realidades da classe trabalhadora, o que prejudica o acesso ao cuidado dessas pessoas (SILVA et al., 2018).

Escores baixos nesse atributo revelam fragilidades da ESF e do NASF em ser provedora do acesso aos serviços de saúde. É importante ressaltar que a dimensão do acesso inclui, mas não se restringe apenas acessibilidade geográfica, mas também processos que envolvem acolhimento, humanização, atenção ofertada, competências culturais, adequação entre oferta e demanda de serviços (BISPO et al., 2019). Segundo a revisão sistemática realizada por Prates et al. (2017), o baixo desempenho nesse aspecto reflete barreiras geográficas e organizacionais da APS, como o reduzido horário de funcionamento das unidades, dificuldades com a marcação e consultas, tempo de espera na unidade para ser atendido. Soma-se a essas dificuldades, a falta de um canal efetivo de comunicação, o não funcionamento das unidades de saúde no período noturno e nos sábados e domingos, realidade que é reproduzida em diversas regiões do Brasil (BISPO et al., 2019).

Ao se relacionar com o contexto da COVID-19, o estudo de Petermann e Busato (2022) concluíram que apesar da maioria da amostra indicar facilidade de acesso atendimento na Atenção Básica entre os usuários pós-COVID-19, 45,8% ainda relataram que a espera por atendimento ultrapassa os 30 minutos, sem levar em consideração do tempo para acolhimento, o que reflete a alta demanda de atendimentos nas unidades em função da pandemia. De fato, se constituiu um desafio dar continuidade as atividades de rotina desempenhadas pela APS. Segundo Ribeiro et al. (2020) os profissionais atuantes nesse âmbito da rede de atenção à saúde precisaram adequar seus serviços e ações, com intuito de incorporar o atendimento remoto e a descentralização das ações. Nesse sentido,

o uso de tecnologias foi um grande aliado, bem como a teleconsulta, para que os usuários seguissem com seus tratamentos (MEDINA et al., 2020).

Durante o levantamento bibliográfico, foi observado que são poucos estudos que ainda se debruçam sobre o panorama da continuidade dos serviços durante a ocorrência da pandemia provocada pela COVID-19. Entretanto, sabe-se que o Brasil enfrentou uma série de dificuldades na reorganização dos serviços da APS para o enfrentamento da pandemia.

Conforme Prado et al. (2020) assinala que as políticas de sub-financiamento e austeridade na área da saúde através da PEC 32 influenciaram na redução da capacidade de resposta do SUS frente a COVID-19. Soma-se a isso, a heterogeneidade organizacional dos sistemas locais, que adotaram diferentes fluxos operacionais de acordo com a realidade local; a dificuldade de coordenação entre ações de vigilância e assistência médica na APS; ausência de coordenação federativa; dificuldades em criar modelos regionais para combater a pandemia; uso limitado do potencial e da capilaridade das e a estratégia de saúde da família e da comunidade, a fim de aumentar o senso e o engajamento de a comunidade e a ausência de sistemas de informação sanitária em tempo real (registros médicos eletrônicos).

A longitudinalidade foi outro atributo que teve escore insatisfatório nesta pesquisa. Tal atributo é considerado uma característica fundamental e exclusiva da APS, pois propicia, ao longo do tempo, o acompanhamento dos episódios de doença e a prestação de cuidados preventivos às famílias assistidas pelos profissionais das equipes da ESF e NASF por meio do desenvolvimento de vínculo entre usuários e profissionais, criando uma relação de confiança entre ambos, o que repercute diretamente na resolubilidade (ROCHA et al., 2020; COSTA et al., 2022).

Há alguns fatores que podem influenciar o mau desempenho da longitudinalidade, dentre eles, a rotatividade de profissionais na equipe desponta como um dos principais elementos que levam a baixa avaliação desse atributo. Nesse sentido, o presente estudo sugere que a falta de estabilidade dos profissionais nas equipes de ESF e NASF são responsáveis por esse valor insatisfatório neste atributo ao passo que o tempo de permanência no serviço

revelado pelos participantes foi de 11 meses. Em consonância com esses achados, o estudo de Paula et al. (2019) sobre a permanência de profissionais no serviço de tuberculose em Unidades Básicas do município do Rio de Janeiro observou que há uma baixa permanência de profissionais graduados em relação aos não graduados, o que pode resultar numa baixa adesão ao tratamento da tuberculose pelos usuários.

Diferentemente, os achados do estudo de Machado et al. (2020) revelam que entre os atributos avaliados na pesquisa a longitudinalidade se mostrou o item de maior pontuação entre os atributos essenciais e este resultado está fortemente associado ao tempo de permanência no serviço dos profissionais nas equipes que teve média de 44,86 meses.

O baixo tempo de permanência no trabalho se constitui um problema real na gestão do trabalho, ao passo que reflete o esvaziamento dos direitos dos trabalhadores no que tange a precarização do vínculo, os salários, a fragmentação da formação dos profissionais, as relações tóxicas de trabalho com os gestores e colegas, além das más condições de trabalho (PAULA et al. 2019). Todos esses fatores podem repercutir na qualidade do serviço ofertado pelo profissional, gerando desmotivação pessoal, falta de responsabilidade com o cumprimento das atividades e por fim o abandono de trabalho (PAULA et al., 2019).

Além do tempo de trabalho no território e na comunidade, outro fator que afeta a relação de confiança e o estabelecimento de vínculo é qualidade da comunicação durante as consultas. A longitudinalidade na APS também é constituída pela forma do diálogo, escuta qualificada, o uso competências culturais e linguagem acessível que possam auxiliar na identificação precisa das necessidades do usuário, além de construir o plano de cuidado juntamente com o indivíduo, sendo ele o principal ator na tomada de decisões, o que aumenta a chances da adesão ao tratamento (OLIVEIRA et al., 2020).

O subitem Orientação Comunitária (H) foi o que obteve a média mais alta dentre todos os atributos observados, o que corrobora com estudos prévios realizados em outras regiões brasileiras com profissionais de saúde (CASTRO et al., 2012; CHOMATAS et al., 2013; COSTA et al., 2020; RIBEIRO; SCATENA,

2019; GOMES; FRACOLLI, 2018; CORRÊA; LEITE, 2022). Este atributo é derivado da longitudinalidade e é um componente importante na avaliação da qualidade da assistência da APS a comunidade, ao passo que é pautada nas habilidades epidemiológicas, clínicas, sociais e culturais dos profissionais de saúde que possibilitem o acompanhamento das ações desenvolvidas nos programas com o objetivo de atender as demandas reais da população (ROCHA et al., 2020; RODRIGUES et al., 2019).

É um componente que indica a necessidade de conscientização e reconhecimento dos profissionais de saúde sobre as necessidades da comunidade, utilizando as ferramentas disponíveis para a promoção da saúde e prevenção da doença, além de criar vínculo, sanar dúvidas frequentes e orientar a população (MONTELLO et al., 2019). Castro et al. (2012) ainda adiciona que a orientação comunitária tem também como importante elemento a competência cultural, isto é, a capacidade de cuidar e atender as demandas de uma comunidade levando em consideração os seus aspectos culturais, religiosos, étnicos, sociais e econômicos.

Conforme Brunelli et al. (2021) assevera a Orientação Comunitária (OC) tem como cerne de sua definição a epidemiologia e contato com a comunidade para o conhecimento de suas necessidades em saúde aliado ao planejamento e o conhecimento das suas necessidades em saúde. Em suma, a OC se desenvolve nas seguintes etapas: diagnóstico da comunidade, priorização dos problemas de saúde encontrados, avaliação detalhada do problema, planejamento da intervenção, implementação e avaliação, além da participação popular (BRUNELLI et al., 2021). O alto escore para a orientação comunitária neste estudo pode estar associado aos princípios da APS incorporados na construção desse serviço área de planejamento, como a territorialização, a vigilância à saúde, a responsabilização sanitária e o papel do Agente Comunitário de Saúde (CHOMATAS et al., 2013; BRUNELLI et al., 2021).

Cabe problematizar que em algumas pesquisas como a de Costa et al. (2020) e Ribeiro e Scatena (2019) foram analisados os atributos sob a perspectiva dos profissionais de saúde e dos usuários do serviço, revelando divergências entre os resultados dos scores em ambos os grupos, isto é, usualmente se observou alto desempenho dos escores para Orientação Comunitária na versão

dos profissionais de saúde e valores insatisfatórios e baixos na visão dos usuários. Esta questão também foi levantada por Brunelli, ao perceber que a OC apresenta escore maior que 6,6 em estudos cuja aplicação do PCATool é apenas destinada a profissionais de saúde, o que pode um viés de autocoveriência, ou seja, quando o profissional tem a tendência de sobrevalorizar sua atuação em detrimento da verdade.

Os índices elevados para os escores geral e essencial indicam forte orientação à APS das equipes da área que serviu e lócus para o estudo e se alinham com os resultados de pesquisas anteriores nos quais a avaliação dos profissionais é mais positiva em relação ao dos usuários (PENSO et al., 2017; COSTA et al., 2020).

O segundo item mais bem avaliado pelos profissionais foi a Integralidade – serviços prestados corroborando com os achados de Chazan; Costa (2021), Silva, Baitelo, Fracoli (2015) e Batista et al. (2016). Este atributo objetiva avaliar o processo, isto é, o desempenho das atividades realizadas pelos profissionais que devem focar prioritariamente nas atividades preventivas e de promoção da saúde, sem causar prejuízos aos serviços assistenciais.

No contexto da COVID-19, a educação em saúde assumiu um protagonismo no combate a disseminação de informações falsas sobre a eficácia das vacinas, o potencial de virulência do coronavírus, além do incentivo ao uso de tratamentos precoces que não tinham eficácia comprovada e de promoção da necessidade do distanciamento social e outras medidas de prevenção (uso de máscara, álcool gel, entre outros). Muitas vezes esse profissional de saúde atuando na linha de frente foi o ator principal ao desempenhar esse papel de enfrentamento a infodemia e conceder informação segura para a população seja atuando diretamente nas unidades e nos territórios, ou de forma virtual através dos aplicativos de mensagem instantânea (CECCON; SCHNEIDER, 2020; FERNANDEZ; LOTTA; CORRÊA, 2021).

Quando comparados as variáveis sociodemográficas com os escores essencial e geral, observou-se que não teve diferença significativa entre as variáveis sociodemográficas para o escore essencial. Porém para o escore geral sim, a profissão e a cor apresentaram pontuação diferente por teste de ANOVA,

sendo que a média de ambos os escores no grupo dos odontólogos foi inferior ao ponto de corte $> 6,6$ (Tabela 5). A nova conformação do PCATool, apresenta um instrumento para avaliar especificamente a política de saúde bucal, há o instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde em saúde bucal para profissionais dentistas, o que poderia ser explorado futuramente para investigar apenas nesse grupo a qualidade do serviço ofertado nesse âmbito (BRASIL, 2020). Quanto ao resultado para raça/cor não há evidências na literatura que justifiquem essa significância.

Em relação a comparação entre o Escore Geral e o Escore Essencial e a qualificação profissional (se está cursando ou não algum tipo de especialização) dos participantes da pesquisa, o valor de p 0,669 e 0,777, respectivamente, não apresentou diferenças significativas. Esses resultados também foram achados no estudo de Batista et al. (2017) que concluiu que a comparação entre a pós-graduação com os atributos da APS não apresentou correlação significativa. A pesquisa de Silva et al. (2014) observou que avaliação positiva dos atributos acesso de primeiro contato, coordenação – integração de cuidados e escore essencial foi maior no grupo de profissionais que não tinham especialização em relação aos profissionais que afirmaram ter algum tipo de pós-graduação, um resultado que contrapõe os a literatura que demonstra que profissionais mais qualificados avaliam melhor as APS.

Nesse mesmo sentido, a pesquisa de Lima et al. (2016) apontou que profissionais com melhor qualificação como residência em saúde da família ou medicina de família e comunidade apresentaram escores dos atributos geral e essencial da APS mais elevados em relação a equipes que não possuíam tal qualificação.

A não associação significativa entre a formação profissional e a qualidade dos serviços prestados na APS através dos resultados do escores geral e essencial, sugere que uma das principais barreiras para a consolidação da Atenção Primária à Saúde, ainda reside no processo de formação dos profissionais. Apesar das modificações observadas nas diretrizes curriculares nacionais com a finalidade de readequar o perfil do egresso, com a valorização das expertises necessárias para o profissional atua no SUS/APS, ainda se observa que na prática os currículos ainda se mantêm atrelados a uma lógica

tradicional, cartesiana, biomédica e hospitalocêntrica (PEIXOTO; MIRANDA; PEIXOTO, 2021).

Pese a isso, o formato de ensino-aprendizagem focado na transmissão de conhecimentos, o que dificulta a formação de um profissional crítico e dinâmico. Esse modelo de ensino reflete negativamente na experiência do profissional formado que vai atuar atenção básica e se depara com uma realidade completamente diferente daquela que viveu durante a graduação. A deficiência em competências culturais, a falta de interdisciplinaridade e o estudo fragmentado dos problemas de saúde, leva a um profissional alienado à atuação na APS, pouco capacitado para atuar no processo saúde-doença-cuidado e desumanizado (OLIVEIRA et al., 2016).

Para superar esses graves problemas, a formação profissional em APS através de programas de qualificação profissional e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde, destacando-se o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), ambos desenvolvidos na graduação com o intuito de realizar a integração ensino-serviço-comunidade (OLIVEIRA et al., 2016).

Além das iniciativas dentro da graduação, há o incentivo para a educação permanente e continuada através das residências multiprofissionais em saúde e residência de medicina focadas na atuação da APS; as pós-graduações *latu sensu* em saúde da família e programas de pós-graduação *strictu sensu* em ciências da saúde e cuidados primários em saúde (MOREIRA et al., 2017). Cabe salientar que essas modalidades de especializações tem as suas práticas de cuidado exercidas no contexto real das unidades de saúde, das famílias e da comunidade (LEÃO; CALDEIRA, 2011).

Com o intuito de verificar a associação entre os atributos da APS e qualificação profissional de médicos e enfermeiros Leão e Caldeira (2011) concluiu que a residência de medicina de família e comunidade e as residências multiprofissionais em saúde da família apresentam potencial para agir na transformação do modelo de atenção, a partir dos atributos da APS.

Tabela 05. Comparação de Escore Essencial e Escore Geral por variáveis sociodemográficas.

Escore	n	Escore Essencial			Escore Geral		
		Média	Desvio padrão	Valor de p	Média	Desvio padrão	Valor de p
Profissão				0,070			0,041
Assistente Social	1	6,9	.		7,0	.	
Dentista	3	6,0	0,52		6,1	0,86	
Enfermeira	26	7,6	0,82		7,9	0,85	
Farmacêutica	1	8,0	.		8,1	.	
Fonoaudióloga	1	7,8	.		8,0	.	
Médica	5	6,7	1,04		6,8	1,05	
Nutricionista	1	5,6	.		6,0	.	
Profissional de educação física	1	7,7	.		7,8	.	
Psicóloga	1	7,9	.		8,2	.	
Técnico em enfermagem	2	7,0	1,45		7,2	0,80	
Sexo				0,281			0,109
Feminino	39	7,4	0,95		7,6	0,97	
Masculino	3	6,7	0,91		6,7	1,07	
Cor				0,063			0,045
Branca	22	7,0	1,00		7,2	1,08	
Negra	8	7,3	0,76		7,6	0,57	
Parda	12	7,8	0,81		8,1	0,83	
Religião				0,251			0,311
Candomblecista	1	9,1	.		9,2	.	
Católico	12	7,4	0,85		7,6	0,93	
Espírita	5	7,8	0,46		8,2	0,48	
Evangélico	16	7,1	1,03		7,3	1,05	
Nenhuma	2	7,3	0,92		7,7	0,82	
Outra	6	7,0	1,06		7,3	1,17	
Estado civil				0,424			0,559
Amasiado	2	7,6	0,49		8,0	0,57	
Casado	19	7,5	1,03		7,7	1,10	
Divorciado	3	7,6	1,01		7,9	1,18	
Solteiro	18	7,0	0,88		7,3	0,89	
Atua em outros locais de serviço				0,680			0,798
Não	29	7,3	0,91		7,5	0,94	
Sim	13	7,4	1,08		7,6	1,15	
Ter tido COVID-19				0,355			0,279
Não	5	7,8	0,73		8,2	0,69	
Não sei	2	6,9	0,24		7,0	0,69	
Sim	35	7,3	0,99		7,5	1,02	

Fonte: dados da pesquisa (2023).

Tabela 06. Comparação de Escore Essencial e Escore Geral com a qualificação profissional.

Especialização	n	Escore Essencial		Escore Geral	
		Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Não	8	7,2	0,9	7,5	0,8
Cursando	8	7,1	0,6	7,4	0,7
Sim	26	7,4	1,1	7,6	1,1
p		0,699		0,777	

Fonte: dados da pesquisa (2023).

Também não foram encontradas associações significativas, através da aplicação da Correlação de Pearson entre idade, renda e tempo médio de trabalho e na APS e o tempo médio de serviço na unidade atual (tabela 08), resultado também encontrado na pesquisa de Santos et al. (2017).

Tabela 07. Correlação entre a pontuação do Escore Essencial e Escore Geral e as variáveis de idade, renda, tempo de trabalho na APS e tempo médio de serviço na unidade.

Variáveis	Escore Essencial		Escore Geral	
	Correlação de Pearson	Valor de p	Correlação de Pearson	Valor de p
Idade	0,23	0,146	0,20	0,212
Renda	-0,10	0,517	-0,18	0,259
Tempo de trabalho na Atenção Primária a Saúde	0,17	0,293	0,16	0,323
Tempo médio de serviço na unidade atual	0,16	0,320	0,06	0,713

Fonte: dados da pesquisa (2023).

Apesar de não ter correlação significativa, é esperado que o maior tempo de serviço na APS e na mesma unidade contribua para o aumento de vínculo do profissional com a equipe e os usuários o que pode surtir positivamente na orientação do trabalho e na avaliação dos atributos da Atenção Primária (SANTOS et al., 2018).

Como limitações desse estudo podemos elencar a dificuldade de obter a amostra necessária de profissionais de saúde e conseqüentemente a baixa amostragem; a necessidade de realizar os estudos com usuários da área de planejamento para comparar com a perspectiva dos profissionais, uma vez que a percepção de quem utiliza da APS é extremamente valiosa para se avaliar a

qualidade da oferta do cuidado prestado e por fim, realizar futuros estudos analisando a Atenção Primária à Saúde no contexto da Saúde Bucal.

V - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, pode-se observar que o perfil dos profissionais que participaram da pesquisa é de pessoas jovens, com pouco tempo de serviço na unidade e predominância de enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas, sendo que a maioria havia feito especialização *latu sensu*. Quanto a sua percepção acerca das mudanças ocorridas em sua saúde geral e mental durante a pandemia provocada pela COVID-19, foi visto através de dos dados que muitos profissionais perceberam mudanças durante o período de isolamento, sendo um dos principais problemas apontados a insônia.

É fulcral que o Sistema de Saúde passe a fomentar programas de cuidado em saúde mental para os profissionais de saúde, sobretudo, os que foram trabalharam diretamente linha de frente da COVID-19. Apesar dos tabus e preconceitos em torno da saúde mental, muitas vezes alimentada pelos próprios profissionais, ela é um componente essencial para se ter de bem-estar físico e não pode ser negligenciada.

Além desses resultados foi possível concluir que durante a pandemia provocada pela COVID-19, os profissionais de saúde atuantes no âmbito da APS avaliaram a Integralidade – Serviços disponíveis e a Orientação Comunitária como um dos melhores atributos enquanto a Acessibilidade e a Longitudinalidade obtiveram a menor qualificação, corroborando com estudos de outros pesquisadores que apresentam o acesso de primeiro contato com os escores mais baixos na avaliação da APS por meio do PCATool.

Esses dados sugerem que melhorias devem ser feitas para que o acesso seja garantido a população e que este atributo não pode ser pensado apenas na dimensão de localização geográfica, mas em outros fatores, como quantidade de profissionais disponíveis para o atendimento, tempo de espera, qualidade do acolhimento, desenvolvimento de competências culturais para a comunicação efetiva, disponibilidade de horários que compreendam a realidade dos usuários, entre outros.

Além disso, fortalecer o vínculo dos profissionais pertencentes a equipe com a comunidade, diminuindo a rotatividade de profissionais, melhorando a oferta da qualificação e de incentivos salariais que motivem a permanência dos profissionais no local de trabalho. Cabe ressaltar que a longitudinalidade também

requer que os profissionais desenvolvam habilidades de comunicação e competências culturais que auxiliem a adesão e no fortalecimento da relação com os usuários.

Apesar de não ter sido o foco principal dessa pesquisa, os resultados sugeriram comprometimento na saúde mental dos profissionais durante esse período de pandemia. É sabido que a força de trabalho da saúde enquanto linha de frente sofreu com a excessiva carga de trabalho, a alta pressão no sistema, a perda de pacientes, colegas e familiares, além das condições de trabalho aquém do esperado que resultaram em um estado de fragilidade emocional nessas pessoas. Caberia mais estudos para avaliar os transtornos mentais das equipes dessa área, mas também o fomento e proposição de um programa de saúde mental voltado ao cuidado desses profissionais.

Sugere-se novos estudos com um quantidade maior de amostra para se avaliar a confiabilidade desses resultados, bem como um estudo comparativo com a análise dos usuários com o intuito de se verificar na visão de quem recebe o cuidado as lacunas e possíveis deficiências do sistema. Também é necessário realizar um estudo específico para se avaliar a qualidade dos serviços ofertados na saúde bucal no âmbito da APS, com vistas a compreender o desempenho das equipes concernente a política de saúde bucal vigente.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR, R. R.; TELES, I. F.; CARVALHO, K. C. N. DE. Qualidade dos serviços de saúde: uma avaliação na Atenção Primária em um município de Goiás. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 11, p. e9311, 2021.
- AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. Práticas de avaliação em saúde no Brasil – diálogos. Série Atenção Básica e Educação na Saúde. Porto Alegre, Rede Unida, p. 374, 2015.
- ALMEIDA, C.; MACINKO, J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do sistema de saúde (SUS) em ponto local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, v.10, 2006. 215p.
- ALY, C. M. C. et al. O Sistema Único de Saúde em série histórica de indicadores: uma perspectiva nacional para ação. *Saúde em Debate*, [s. l.], v. 41, n. 13, p. 500-512, 2017.
- ANDRÉ, S. C. S.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Atenção Primária à Saúde como instrumento para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio. *Rev. APS*, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 130-139, 2017.
- ANTUNES, M. N. et al. Avaliação de projetos em saúde: metassíntese. *Revista ARAUJO, J. P. et al. Assessment of the essential attributes of Primary Health Care for children. Rev Bras Enferm*, [s. l.], v. 71, n. 3, p. 1366-72, 2018.
- ASSIS, F.; MISCHIATI, M. F. RETROSPECTIVA HISTÓRICA DA IMPLANTAÇÃO DO PSF ATÉ SUA TRANSFORMAÇÃO EM ESF NOS DIAS DE HOJE. **Uningá Review**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 7, 2010.
- ÁVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v: 16, n: 1, p. 349-360, 2011.
- BATISTA, V C.L et al. AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SEGUNDO OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FAMÍLIA. SANARE - **Revista de Políticas Públicas**, [S. l.], v. 15, n. 2, 2017.
- BERWICK,D.; FOX, D. M. Evaluating the Quality of Medical Care: Donabedian's Classic Article 50 Years Later. *The Milbank Quarterly*, 2016.
- BISPO, G. M. B.; RODRIGUES, E. M. D.; CARVALHO, A. C. DE O.; et al. Assessment of access to first contact in the perspective of professionals. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 73, n. 3, p. e20180863, 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Censo 2010. 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/23/22107>. Acesso em 21.mai.2023.

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

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil – 2020. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde.2020. 237p.

Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research, v. 18, n. 1, p.140-149, 2017.

BRITO, G. E. G. et al. Perfil dos trabalhadores da estratégia saúde da família de uma capital do nordeste do brasil. **Revista APS**, v. 19, n. 3, p. 434–445, 2016.

BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

BRUNELLI, B. et al. Orientação Comunitária: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2768, 2021.

CAMPOS, A. C. V.; LEITÃO, L. P. C. Letalidade da COVID-19 entre profissionais de saúde no Pará, Brasil Lethality. **Journal Health NPEPS.**, v. 6, n. 1, p. 22–34, 2021.

CAMPOS, C. E. A.; BRANDÃO, A. L.; PAIVA, M. B. P. Avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva dos usuários. Rev. APS, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 13-23, 2014.

CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. Manual de práticas da atenção básica: Saúde ampliada e compartilhada. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 411.

CASER, M. C. O Pacto dos Indicadores da Atenção Básica: contando experiências e buscando novas possibilidades na construção do SUS – O caso Vitória/ES. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

CECCON, R. F.; SCHNEIDER, I. C. Tecnologias leves e educação em saúde no enfrentamento à pandemia da COVID-19. **SciELO Public Health**, v. 91, n. 5, p. 287, 2020.

CHAZAN, C. P. DA S.; DIAS-DA-COSTA, J. S. Avaliação da atenção primária em Sapucaia do Sul: comparação entre o modelo tradicional e a Estratégia Saúde da Família. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, p. 98–109, 2021.

CHOMATAS, E. et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 294–303, 2013.

CORRÊA, Á. C. P. et al. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 171–180, 2012.

CORRÊA, R. D.; LEITE, I. C. G. Qualificação em Medicina de Família e Comunidade e orientação comunitária da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, n. 1, p. 1–8, 2022.

COSTA, A. P. B.; GUERRA, M. R.; LEITE, I. C. G. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde sob a ótica dos profissionais médicos Assessment of attributes of primary health care from the perspective of physicians. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 17, n. 44, p. 1–11, 2022.

COSTA, M. A. et al. Quality assessment of primary health care services in the city of São José de Ribamar, Maranhão, Brazil. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 24, p. 1–14, 2020.

- COSTA, S. DE M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 27, p. 90–96, 2013.
- COSTA, S. DE M.; DURÃES, S. J. A.; DE ABREU, M. H. N. G. Feminization of the odontology course at the State University of Montes Claros, Minas Gerais State. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 15, n. SUPPL. 1, p. 1865–1873, 2010.
- D'ÁVILA, L. S. et al. Adesão ao programa de educação permanente para médicos de família de um estado da região sudeste do brasil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 401–416, 2014.
- DA SILVA, S. A. et al. A. Assessment of primary health care: Health professionals' perspective. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 48, n. SpecialIssue, p. 122–128, 2014.
- DA SILVA, S. A.; BAITILO, T. C.; FRACOLLI, L. A. Primary health care evaluation: The view of clients and professionals about the Family Health Strategy. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 979–987, 2015.
- DAMNO, H.S. et al. Perfil Profissional Dos Médicos Atuantes Na Estratégia Saúde Da Família No Município De Campo Grande - Ms. **Revista de Psicologia**, v. 16, n. 25, p. 125–137, 2013.
- DANTAS, E. S. O. The mental health of brazilian health professionals within the context of the COVID-19 pandemic. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 25, p. 1–9, 2021.
- DANTAS, U. I. B. Sistema de Informação da Atenção Básica: ferramenta de apoio a decisão na gerência da Estratégia de Saúde da Família. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, p. 89, 2014.
- DE CASTRO, R. C. L. et al. Quality assessment of primary care by Health professionals: A comparison of different types of services [Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: Comparação entre diferentes tipos de serviços]. **Cadernos de Saude Publica**, v. 28, n. 9, p. 1772–1784, 2012.
- DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, [s.l.], v. 83, n. 4, 2005.
- FERNANDEZ, M.; LOTTA, G.; CORRÊA, M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, p. 1–20, 2021.
- FERTONANI, H. P. et al. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 20, n. 6, p. 1869–1878, 2015.

GIOVANELLA, L. et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe4, p. 161–176, 2020.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*. v.14, n.3, p. 783-794, 2009.

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

HARZHEIM, E. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 8, n. 29, p. 274-284, 2013.

HAUSER, L. et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 244-55, 2013.

HUANG, J. Z et al. Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. **Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi**. v. 38, 2020.

HUANG, L.; XU, F.; LIU, H. Emotional responses and coping strategies of nurses and nursing college students during COVID-19 outbreak. **MedRxiv**, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1101/2020.03.05.20031898>. Acesso em: 04 de Jan de 2021

HUGHES, F. et al. Psychosocial response in emergency situations--the nurse's role. **Int Nurs Rev**. v. 54, n. 1, p. 19-27, 2020

KANG, L. et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: a cross-sectional study. **Brain Behav Immun**, 2020.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4415–4423, 2011.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. DE; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90 : relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciênc. Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 269–291, 2001.

LIMA, E. DE F. A. et al. Evaluation of the Family Healthcare Strategy from the Perspective of Health Professionals. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 275–280, 2016.

LOMBARDI, M. R.; CAMPOS, V. P. a Enfermagem No Brasil E Os Contornos De Gênero, Raça/Cor E Classe Social Na Formação Do Campo Profissional. **Revista da ABET**, v. 17, n. 1, 2018.

MACHADO, G. A. B. et al. Avaliação de atributos da Atenção Primária à Saúde: a perspectiva dos profissionais. **Acta Paul. Enferm. (Online)**, v. 34, p. eAPE00973–eAPE00973, 2021.

MARSIGLIA, R. M. G. Perfil dos trabalhadores da atenção básica em saúde no município de São Paulo: região norte e central da cidade TT - Profile of the primary health care workers in the municipality of São Paulo: north and central regions of the city. *Saúde Soc*, v. 20, n. 4, p. 900–911, 2011.

MEDINA, M.G et al. Primary healthcare in times of COVID-19: what to do? **Cadernos de Saude Publica**, v. 36, n. 8, 2020.

MENDES, E. V. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, Brasília, DF, 1a edição, 193 p., 2015.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Organização PanAmericana da Saúde, Brasília, p. 512, 2012.

MONTEIRO, N., AQUINO V., PACHECO S., SCHNEIDERS L. Saúde anuncia orientações para evitar a disseminação do coronavírus. Brasil: **Ministério da Saúde**; 2020.

MONTELO, F. M. et al. Avaliação Dos Atributos Da Atenção Primária À Saúde: Visão Dos Profissionais. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 6, p. 111–117, 2020.

MOREIRA, K. S. et al Educação Permanente E Qualificação Profissional Para Atenção Básica. **Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 1, p. 101, 2017.

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*, [s. l.], v. 42,n. 116, p. 11–24, 2018.

MOTA, R. R. A.; DAVID, H. M. S. L. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro,v. 23, n. 1, p. 122–127, 2015.

MOTTA, L. C. S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica*. *Revista Brasileira de Educação Médica*, [s. l.], v. 39, n. 2, p. 196 – 207, 2015.

NICOLA, T.; PELEGRINI, A. H. W. Avaliação em saúde nos serviços de atenção primária. *J Nurs Health*, [s. l.], v. 8, n. 1, 2018.

NORMAN, A. H.; RUSSELL, A. J.; MACNAUGHTON, J. The payment for performance model and its influence on British general practitioners' principles and practice. *Cadernos de Saúde Pública*, [s. l.], v. 30, n. 1, p. 55–67, 2014.

OLIVEIRA, A. E. F.; REIS, R. S. *Gestão Pública em saúde: os desafios da avaliação em saúde*. São Luiz, 1 ed, p. 57, 2016.

OLIVEIRA, A. V. et al. Avaliação da longitudinalidade em unidades básicas de saúde tradicionais e com estratégia de saúde da família utilizando o Primary Care Assessment Tool (PCATool). **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 12, p. e3895, 2020.

OLIVEIRA, M. M. DE; PEDRAZA, D. F. Contexto de trabalho e satisfação profissional de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 765–779, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários. Alma Ata - URSS, 1978.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Saúde nas Américas+*, Edição de 2017. Resumo do panorama regional e perfil do Brasil. Washington, D.C., OPAS, 2017.

ORNELL, F et al. Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. **Braz J Psychiatry**. v. 42, n. 3, p. 232-235, 2020.

PAULA, D. G. DE; et al. Permanência de profissionais que atuam no programa de controle da tuberculose. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, n. 5, p. 1258–1264, 2019.

PEIXOTO, M.T; MIRANDA, A.C.; PEIXOTO, M.T. Formação para a Atenção Primária à Saúde: a necessidade de atualizar as Diretrizes Curriculares Nacionais após a pandemia da Covid-19. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, [S. l.], v. 12, p. 1–10, 2021.

PENSO, J.M et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1–9, 2017.

PETERMANN, X. B.; BUSATO, I. M. S. Atributos da Atenção Básica no atendimento de usuários pós COVID-19: perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 5, n. 3, p. 1–14, 2022.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 3, p. 657–664, 2010.

PRADO, N. M. B.L. et al. The international response of primary health care to COVID-19: Document analysis in selected countries. **Cadernos de Saude Publica**, v. 36, n. 12, 2020.

PRATES, M. L.; MACHADO, J. C.; DA SILVA, L. S.; et al. Desempenho da atenção primária à saúde segundo o instrumento PCATool: Uma revisão sistemática. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1881–1893, 2017.

PROTASIO, A. P. L.; MACHADO, L. D. S.; VALENÇA, A. M. G. Produções científicas sobre as avaliações no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Bras Med Fam e Comunidade*, [s. l.], v. 10, n. 34, p. 1, 2015.

RIBEIRO, L. A.; SCATENA, J. H. G. Avaliação da qualidade da Estratégia de Saúde da Família em um município de porte médio. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe7, p. 126–140, 2019.

RIBEIRO, M. A.; JÚNIOR, D. G. A.; CAVALCANTE, A. S. P.; MARTINS, A. F.; DE SOUSA, L. A.; CARVALHO, R. C.; CUNHA, I. C. K. O. (RE)Organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19: Experiência de Sobral-CE. **APS EM REVISTA**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 177–188, 2020.

RIGHI, A. W.; SCHMIDT, A. S.; VENTURINI, J. C. Qualidade em Serviços Públicos de Saúde: uma avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Revista Produção Online*, [s. l.], v.10, n.3, p. 649-669, set. 2010.

ROCHA, E. S. C. et al. Longitudinalidade e orientação comunitária na organização da Atenção Primária à Saúde em contexto indígena. **Revista Brasileira de Enfe**, v. 74, n. 1, p. 1–7, 2021.

RODRIGUES, E.; BISPO, G.; COSTA, M.; et al. Avaliação do atributo “Orientação Comunitária” na óptica do usuário adulto da atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 3, p. 664–671, 2019.

SANINE, P. R. Avaliação da Atenção à Saúde da Criança em Unidades Básicas de Saúde no Estado de São Paulo. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2014.
<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/110718>. Acesso em: 02 jun. 2021.

SANT’ANA, G. et al. Infecção e óbitos de profissionais da saúde por COVID-19: revisão sistemática. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, p. 1–9, 2020.

SANTOS, L. S.; SOUZA, C. E.; MONTEIRO, M. C.; et al. Perfil social-profissional de enfermeiros e médicos da Atenção Primária à Saúde de uma microrregião geográfica. **Enfermagem Brasil**, v. 18, n. 4, p. 552, 2019.

SANTOS, N. A.; LIMA, D. R.; GONTIJO, M. K. B.; et al. Avaliação Dos Atributos Da Atenção Primária Por Profissionais De Saúde. **Revista de APS**, v. 20, n. 3, p. 339–348, 2018.

SCHEFFER, M. Para muito além do Programa Mais Médicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2664-6, 2016.

SEON-CHEOL, P.; YONG, C. P. Mental health care measures in response to the 2019 novel coronavirus outbreak in Korea. **Psychiatry Investig**, v. 17, n. 2, p. 85-86, 2020.

SHI, L.; MASIS, D. P.; GUANAIS, F. C. Measurement of primary care: Report on the Johns Hopkins primary care assessment tool. n. December, 2012.

SILVA, A. C. D. F.; HORA, V. L. A. PSICOFOBIA: ENFRENTANDO OS TRANSTORNOS MENTAIS E O PRECONCEITO NO BRASIL. **CADERNO DISCENTE**, v. 6, n. 1, p. 1–10, 2022.

SILVA, A. N. et al. A avaliação da atenção primária a saúde na perspectiva da população masculina. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 2, p. 255–263, 2018.

SILVA, C. S.; GIOVANELLA, L.; MAINBOURG, E. M. T.; A família nas práticas das equipes de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.*, [s. l.], v. 67, n. 2, p: 274-81, 2014.

SON, H et al. Examination of hospital workers emotional responses to an infectious disease outbreak: lessons from the 2015 MERS Co-V outbreak in South Korea. **Disaster Med Public Health Prep.**, v. 13, n. 5, p. 04-10, 2019.

SORATTO, J. et al. Insatisfação No Trabalho De Profissionais Da Saúde Na Estratégia Saúde Da Família. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 3, p. 1–11, 2017.

STARFIELD, B. Atenção primária - equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 726p.

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

STURMER, G.; PINTO, M. E. B.; DE OLIVEIRA, M. M. C.; et al. Profile of primary health care professionals linked to una-sus specialization program in family health in Rio Grande Do Sul. **Revista Conhecimento Online**, v. 1, p. 4–26, 2020.

TEIXEIRA, C. F. DE S.; SOARES, C. M.; SOUZA, E. A.; et al. The health of healthcare professionals coping with the covid-19 pandemic. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3465–3474, 2020.

TONELLI, B. Q.; LEAL, A. P. D. R.; TONELLI, W. F. Q.; et al. Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v. 23, n. 2, p. 180–185, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care. Astana, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19): **Interim guidance** . Genebra: WHO; 2020.

XIANG, Y. T et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. **Lancet Psychiatry**,. v. 7, n. 3, p. 228-229, 2020.

ZHANG, W et al. Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. **Psychother Psychosom**. v. 89, p. 242-250, 2020.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: “Avaliação dos Atributos da Atenção Primária À Saúde na Pandemia SARS-cov-2: As Perspectivas dos Profissionais” que tem como objetivos: Avaliar a Atenção Primária à Saúde (APS) a partir de seus atributos durante pandemia SARS-CoV-2, na perspectiva dos profissionais, por meio do Primary Care Assessment Tool.

A coleta de dados da pesquisa terá duração de 28 dias, com o término previsto para Fevereiro de 2021. Sua participação não é obrigatória e consistirá em responder um questionário de identificação sociodemográfica, qualificação profissional e um questionário validado sobre os atributos da Atenção Primária à Saúde via Google forms. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento; sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará em prejuízo.

Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras. É seu direito ser ressarcido de qualquer despesa relacionada com a sua participação na pesquisa, bem como de buscar indenização em caso de algum dano comprovadamente oriundo da pesquisa.

Você poderá se sentir desconfortável ao responder as perguntas do formulário. Para evitar isso, os pesquisadores orientam que o preenchimento do formulário seja feito em momento e local oportunos a sua escolha para garantir a sua privacidade. Além disso, vale lembrar que você poderá interromper o preenchimento do formulário a qualquer momento sem nenhum prejuízo a você.

Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa incluem conhecer qual a sua visão sobre a organização dos atributos da Atenção Primária à Saúde nesse momento de pandemia do SARS-CoV-2. Além disso, a sua participação poderá ajudar a vislumbrar possíveis capacitações futuras e melhorias das práticas assistenciais.

Os dados coletados serão utilizados **apenas nesta pesquisa**. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 5(cinco) anos após o término da pesquisa como consta na resolução nº 466/2012.

Você receberá uma via deste termo onde consta os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Aline Gomes Donato Pesquisador responsável E-mail: alinemestradohesfa@gmail.com Cel: (21)964263647	

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento, onde constam os contatos do pesquisador e do Comitê de Ética em Pesquisa.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2020.

Assinatura do(a) Participante: _____

Assinatura do(a) Pesquisadora: _____

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Email: _____ **Idade:** _____ **Profissão:** _____ **Sexo:** _____

Cor: Branca; Negra; Parda; Indígena.

Religião: Católico; Evangélico; Espírita; Ateu; Outra.

Estado civil: Casado; Solteiro; Divorciado; Amasiado

Renda: _____

Tempo de Trabalho na APS: _____

Tempo médio de serviço na unidade atual (Ano, meses)?

Atua em outros locais de serviço: sim não

Você tem celular? sim não

Na sua casa tem computador ou notebook? sim não

Você tem acesso à internet em sua casa? sim não

- **Agora vamos fazer uma série de perguntas para saber como essa pandemia mudou a sua vida e saúde:**

Você teve covid-19? sim não não sei

Algum familiar ou amigo próximo teve covid-19? sim não não sei

Com o isolamento social, você sentiu mudança nos aspectos psicológicos? sim não

Com o isolamento social, você sentiu mudança nas relações familiares? sim não

Você dorme cerca de quantas horas por dia? _____

Você tem dificuldade para dormir? Sim Não Se sim, qual(is)? _____

De modo geral, como você avalia a sua saúde: Muito boa; Boa; Regular; Ruim; Muito ruim

- **Qualificação profissional:**

Especialização em Saúde da Família Sim Não Cursando Outra
Especificar _____

Mestrado Sim Não Cursando

Doutorado Sim Não Cursando

ANEXO I – PCATool – Brasil – Versão profissionais

5.2 – INSTRUMENTO

Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

A1. O seu serviço de saúde está aberto no sábado e/ou no domingo?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

A2. O seu serviço de saúde está aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

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

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

A4. Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) se acreditam ser necessário?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

A5. Quando o seu serviço de saúde está fechado e os pacientes adoecem, existe um número de telefone ou contato de ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) o qual possam contatar?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

A6. Quando o seu serviço de saúde está fechado no sábado e no domingo e algum(a) paciente adoece, alguém do seu serviço o(a) atende no mesmo dia?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

A7. Quando o seu serviço de saúde está fechado e algum(a) paciente adoece durante a noite, alguém do seu serviço o(a) atende na mesma noite?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

A8. É fácil para um(a) paciente marcar uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

A9. Na média, os pacientes precisam esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo(a) médico(a) ou pelo(a) enfermeiro(a) (sem considerar a triagem ou o acolhimento)?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

Longitudinalidade

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

B1. No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a)?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

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

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

B9. Você sabe quais problemas são mais importantes para os seus pacientes?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

B10. Você conhece a história clínica (história médica) completa de cada paciente?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

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

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

B12. Você saberia se os seus pacientes tivessem problemas em obter ou pagar por medicamentos prescritos?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

B13. Você sabe a respeito de todos os medicamentos que os seus pacientes estão tomando?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

Coordenação - Integração de Cuidados

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

C1. Você sabe de todas as consultas que os seus pacientes fazem com especialistas ou nos serviços especializados?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

C2. Quando os seus pacientes necessitam de encaminhamento, você discute sobre os diferentes serviços onde eles podem ser atendidos?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

C3. Alguém do seu serviço de saúde ajuda o(a) paciente a marcar essa consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

C4. Quando os seus pacientes são encaminhados, você fornece aos pacientes alguma informação que seja para o(a) especialista ou serviço especializado?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

C5. Você recebe do(a) especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o(a) paciente encaminhado(a)?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

C6. Após a consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado, você conversa com o(a) seu(sua) paciente sobre os resultados dessa consulta?

(4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim (2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sei/Não lembro

Coordenação – Sistemas de Informações

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

D1. Você solicita aos pacientes que tragam os seus registros médicos recebidos em atendimentos anteriores (ex.: fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação, resultados de exames de laboratório)?

(4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim (2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sei/Não lembro

D2. Se os pacientes quisessem, você permitiria que eles examinassem os prontuários deles?

(4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim (2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sei/Não lembro

D3. Os prontuários dos pacientes estão sempre disponíveis quando você os atende?

(4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim (2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sei/Não lembro

Entrevistador(a): Você utiliza os seguintes métodos para assegurar que os serviços indicados estão sendo fornecidos?

D4. Fluxogramas dos resultados dos exames laboratoriais

(4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim (2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sei/Não lembro

D5. "Guidelines"/protocolos impressos junto aos prontuários dos pacientes

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

D6. Auditorias periódicas dos prontuários médico

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

D7. Lista de problemas no prontuário dos pacientes

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

D8. Lista de medicamentos em uso no prontuário dos pacientes

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

Integralidade - Serviços Disponíveis

Entrevistador(a): Se um(a) paciente necessita de qualquer dos seguintes serviços, poderia obtê-los no seu serviço de saúde?

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

E1. Aconselhamento sobre nutrição ou dieta

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

E2. Vacinas (imunizações)

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

E3. Verificar se a família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais (ex.: Programa Bolsa Família, Tarifa Social)

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

E4. Avaliação da saúde bucal (exame dentário)

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

E5. Tratamento dentário

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

E6. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

E7. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas lícitas ou ilícitas (ex.: álcool, cocaína, remédios para dormir)

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

E8. Aconselhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão)

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

E9. Sutura de um corte que necessite de pontos

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

E10. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

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

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

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

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

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

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

E14. Remoção de verrugas

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

E15. Exame preventivo para câncer de colo do útero (CP, Teste Papanicolaú)

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

E16. Aconselhamento sobre tabagismo (ex.: como parar de fumar)

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

E17. Cuidados pré natais

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

E18. Remoção de unha encravada

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

E19. Orientações sobre os cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma)

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

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

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

E21. Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do(a) paciente (ex.: curativos, troca de sondas, banho na cama)

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

E22. Inclusão em programa de suplementação nutricional (ex.: leite, alimentos)

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

Integralidade - Serviços Prestados

- A) Se você atende pacientes de todas as idades, responda todos os itens deste componente (F1 a F18).
- B) Se você atende apenas pacientes crianças, responda somente os itens F1 a F3 e F15 a F18.
- C) Se você atende apenas pacientes adultos, responda somente os itens F1 a F13.

Entrevistador(a): Você discute os seguintes assuntos com os seus pacientes ou seus responsáveis?

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

F1. Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente)

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

F2. Segurança no lar (ex.: como guardar medicamentos com segurança, proteção para piscina, proteção para tomada)

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

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

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

Entrevistador(a): Você discute os seguintes assuntos com os seus pacientes ou seus responsáveis?

F4. Maneiras de lidar com conflitos familiares

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

F5. Orientações sobre exercícios físicos apropriados

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

F6. Níveis de colesterol

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

F7. Medicções em uso

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

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

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

F9. Disponibilidade, armazenagem e segurança de armas

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

F10. Prevenção de queimaduras (ex.: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias)

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

F11. Prevenção de quedas

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

F12. Prevenção de osteoporose em mulheres

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

F13. Cuidado de problemas comuns relacionados à menstruação ou à menopausa

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

Entrevistador(a): Você discute os seguintes assuntos com a criança e/ou pais/responsável pelos cuidados de saúde da criança?

F14 - Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

F15 - Mudanças de crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária (ex.: quando a criança irá caminhar, controlar o xixi)

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

F16. Tópicos de segurança para crianças menores de 6 anos: ensiná-las a atravessar a rua em segurança e a usar assentos de segurança para crianças nos carros

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

F17. Tópicos de segurança para crianças entre 6 e 12 anos: manter distância das armas, usar cintos de segurança e usar capacetes (para ciclistas)

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

F18. Tópicos de segurança para crianças acima de 12 anos: sexo seguro, dizer não às drogas, não beber e dirigir

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

Orientação Familiar

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

G1. Você pergunta aos pacientes quais são as suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e o cuidado do paciente ou alguém da família?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

G2. Você pergunta sobre doenças ou problemas de saúde que podem ocorrer na família dos pacientes?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

G3. Você está disposto(a) e capacitado(a) para se reunir com membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou familiar?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

Entrevistador(a): Os seguintes itens são incluídos como parte rotineira da sua avaliação de saúde?

G4. Uso de genogramas e/ou outros instrumentos de avaliação do funcionamento familiar

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

G5. Discussão sobre fatores de risco familiares (ex.: genéticos)

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

G6. Discussão sobre recursos econômicos da família dos pacientes

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

G7. Discussão sobre fatores de risco sociais (ex.: perda de emprego)

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

G8. Discussão sobre condições de vida (ex.: refrigerador em condições de funcionamento)

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

G9. Discussão sobre estado de saúde de outros membros da família

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

G10. Discussão sobre as funções parentais

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

G11. Avaliação de sinais de abuso infantil

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

G12. Avaliação de sinais de crise familiar

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

G13. Avaliação do impacto da saúde do paciente sobre o funcionamento da família

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

G14. Avaliação do nível de desenvolvimento familiar

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

Orientação Comunitária

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

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

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

H2. Você acredita que o seu serviço de saúde tem o conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade atendida?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

H3. No seu serviço de saúde são obtidas opiniões e ideias da comunidade sobre como melhorar os serviços de saúde?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

H4. No seu serviço de saúde podem ser adaptados serviços ou programas em resposta a problemas específicos de saúde da comunidade?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

Entrevistador(a): No seu serviço de saúde, os seguintes tipos de dados são utilizados para determinar quais os programas ou serviços são necessários à comunidade atendida?

H5. Informações de mortalidade (dados sobre óbitos)

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

H6. Dados de doenças de notificação compulsória (ex.: DSTs, TB)

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

H7. Taxas de imunização da comunidade

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

H8. Dados secundários sobre saúde e riscos ocupacionais

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

H9. Informações clínicas do próprio serviço (ex.: número de gestantes, número de pacientes hipertensos, número de pacientes com TB)

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

Entrevistador(a): No seu serviço de saúde os seguintes métodos são utilizados para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços ou programas?

H10. Pesquisas com os seus pacientes

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

H11. Pesquisas na sua comunidade

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

H12. Feedback (retorno das informações) de organizações comunitárias ou conselhos gestores de saúde

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

H13. Feedback (retorno das informações) da equipe de saúde

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

H14. Análise de dados de saúde locais ou estatísticas vitais

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

H15. Avaliações sistemáticas de seus programas e serviços prestados

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

H16. Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

H17. Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

Entrevistador(a): No seu serviço de saúde as seguintes atividades são utilizadas para alcançar as populações da comunidade atendida?

H18. Atuar em rede com agências estatais e locais envolvidas com grupos culturalmente diversos

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

H19. Vínculos com serviços/organizações religiosas

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

H20. Envolvimento com associações de moradores/lideranças comunitárias

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

H21. Agentes comunitários de saúde ou membros do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

ANEXO II – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO
FRANCISCO DE ASSIS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / EEAN



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PANDEMIA SARS-CoV-2: NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Pesquisador: ALINE GOMES DONATO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50999521.1.0000.5238

Instituição Proponente: Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.944.612

Apresentação do Projeto:

O estudo trata da avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS), e tida como prioridade para o Ministério da Saúde (MS). Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de caráter avaliativo. O estudo será realizado por meio digital, com os profissionais de saúde das 13 Unidades de APS da Área de Planejamento (AP) 2.1 - Zona Sul. A população alvo dessa investigação será composta pelos enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e profissionais de nível superior que fazem parte dos NASF e das 4 CF e das 9 CM3 da AP 2.1. Segundo dados da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, a AP 2.1 conta 6 enfermeiros e 4 médicos distribuídos entre as 4 CF e 9 enfermeiros e 15 médicos distribuídos entre as CM3, e profissionais nos NASFs. Para esse estudo não haverá cálculo amostral, visto que devido a forma de coleta escolhida ser por meio online, muitos formulários podem não ser devolvidos.

Critério de Inclusão:

*Ser enfermeiro, técnico de enfermagem ou médico atuante em uma unidade de CF ou CM3 da AP 2.1 – Zona Sul.

Endereço: Rua Alvaro Cavalcanti, 275
Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21) 3225-0262 E-mail: cep@eean.ufrj.br

Página 01 de 01



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO
FRANCISCO DE ASSIS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / EEAN



Continuação do Parecer: 4344/2023

*Ser profissional de saúde nível superior atuante em uma unidade do NASF da AP 2.1 – Zona Sul.

Critério de Exclusão:

- Aqueles que não puderem ter acesso ao formulário online.
- Não responderem ao formulário online dentro de um prazo de 28 dias.

Metodologia de Análise de Dados:

Os dados coletados serão analisados a partir da construção de uma base de dados no programa Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS) versão 22.0. Para descrever as variáveis nas análises descritiva, serão utilizadas tabelas de distribuição de frequências nas análises de variáveis categóricas, serão utilizadas medidas de tendência central, posição e variabilidade. Para as análises individuais de cada instrumento e em suas associações pretende-se usar os testes Qui-quadrado de Pearson e Teste exato de Fisher na análise de variáveis categóricas, Teste T Student para análise das variáveis numéricas com distribuição normal, Teste de Mann-Whitney na análise das variáveis numéricas com distribuição assimétrica e a normalidade das variáveis numéricas será realizada pelo Teste de Kolmogorov-Smirnov. Na análise multivariada será avaliada a estimativa do Odds Ratio (OR) ajustado com respectivo Intervalo de Confiança de 95% (IC95%).

Desfecho Primário:

Os escores dos atributos essenciais e derivados possuem valor ideal na percepção dos profissionais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a APS a partir de seus atributos durante pandemia SARS-CoV-2, na perspectiva dos profissionais.

Endereço: Rua Alvaro Cavalcanti, 375
Bairro: Cidade Nova CEP: 20211-110
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21) 3338-0300 E-mail: coperan@eean.ufrj.br

Página 02 de 03



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO
FRANCISCO DE ASSIS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / EEAN



Continuação do Protocolo: 4.044.012

Objetivo Secundário:

Caracterizar o perfil sociodemográfico e qualificação profissional dos profissionais de saúde da APS; identificar fatores associados entre a formação, qualificação profissional e os atributos da APS. Descrever as mudanças nas atividades de rotina, nos estilos de vida, nas relações com familiares e amigos, nos cuidados à saúde, e avaliar o estado de ânimo dos profissionais

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos potenciais desta pesquisa estão relacionados ao constrangimento e/ou desconforto dos participantes em responder aos questionários. Para minimizar tais riscos os pesquisadores orientarão os participantes que o preenchimento do formulário seja feito em momento e local oportunos a escolha de cada um, para garantir a privacidade. Além disso, o participante poderá interromper o preenchimento do formulário a qualquer momento sem nenhum prejuízo. Há ainda o risco de quebra de sigilo. Para minimizar este risco, os pesquisadores garantem o sigilo das informações dos questionários e das observações, para isto serão utilizados códigos numéricos para a identificação dos participantes garantindo assim o anonimato dos participantes envolvidos e os dados serão guardados em local seguro e arquivados por um período de 5 (cinco) anos, sendo deletados posteriormente. Os relatórios e resultados da pesquisa serão apresentados sem nenhuma forma de identificação individual.

Benefícios:

A realização dessa proposta de estudo irá contribuir com a construção do conhecimento científico sobre a temática. Além disso, os resultados poderão ser adotados e avaliados pelo Sistema de Saúde para melhorar a assistência aos usuários que frequentam esse serviço.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Mestrado profissional em Atenção Primária à Saúde, que tem como Instituição Coparticipante - SMS-RJ.

Endereço: Rua Alvaro Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

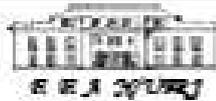
CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21) 25235-0362

E-mail: copesantaha@eean.ufrj.br



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO
FRANCISCO DE ASSIS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / EEAN



Continuação do Parecer: 4844/2021

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide pendência ou conclusões.

Recomendações:

Retirar do texto os comentários da orientadora.

A sigla para Comitê de Ética em Pesquisa é CEP e não CEPE.

No orçamento inserir o valor total abaixo da lista de itens.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto: Adequada.
- 2) Projeto de Pesquisa: Adequado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: Adequado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Adequado
- 5) Cronograma: Adequado.
- 6) Carta(s) de anuência (concordância, assinatura e carimbo): Adequada
- 7) Instrumento de coleta de dados: Adequados
- 8) Termo de confidencialidade: não se aplica.
- 9) Termo de Assentimento Informado: Não se aplica.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo de pesquisa foi aprovado pelo CEP EEAN/HEGFA em 30 de agosto de 2021. Observar aprovação nas instituições coparticipantes, se houver. Qualquer alteração no projeto deve ser comunicada aos CEP envolvidos, da mesma forma ocorrência de danos aos participantes oriundos da pesquisa. É obrigatória a apresentação de relatório parcial e final ao CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1714341.pdf	20/08/2021 12:16:20		Aceito
Outros	Modelo_de_Carta_de_encaminhamento ao_CEP_ALINE.doc	20/08/2021 12:16:05	ALINE GOMES DIONATO	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_Aline.doc	20/08/2021	ALINE GOMES	Aceito

Endereço: Rua Alvaro Cavalcanti, 375

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2238-0282

E-mail: cep@eean@ufrj.br

Página 04 de 05



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO
FRANCISCO DE ASSIS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / EEAN



Continuação do Parecer: 4.844.812

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Aline.doc	12:15:48	DONATO	Aceito
Outros	CUSTOS.docx	19/08/2021 21:53:40	ALINE GOMES DONATO	Aceito
Outros	Check_List.docx	19/08/2021 21:53:15	ALINE GOMES DONATO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CEPEB_Projeto.docx	19/08/2021 21:51:48	ALINE GOMES DONATO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	19/08/2021 21:51:33	ALINE GOMES DONATO	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_ALINE.docx	19/08/2021 17:15:35	ALINE GOMES DONATO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_Aline.docx	19/08/2021 17:11:30	ALINE GOMES DONATO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Untitled_20210225_142050.pdf	17/06/2021 21:38:39	ALINE GOMES DONATO	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	17/06/2021 21:37:24	ALINE GOMES DONATO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 31 de Agosto de 2021

Assinado por:
Maria Angélica Perez
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Alameda Cavalcanti, 275
Bairro: Cidade Nova CEP: 20211-910
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21) 2538-0362 E-mail: coper@eean.ufrj.br

Página 05 de 05