

Avaliação da atenção primária à saúde: comparação entre modelos organizativos¹

Evaluation of primary health care: comparison between organizational models

Evaluación de la atención primaria de salud: comparación entre modelos organizativos

Renata Aparecida de Almeida Ferreira²

Simone Albino da Silva³

Murilo César do Nascimento³

Adriana Feliciano Barbieri²

Luciana Nogueira Fioroni²

Recebido em: 20/12/2020; aceito em: 17/07/2021

DOI: DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/inter.v23i2.3246>

Resumo: A Atenção Primária à Saúde (APS) refere-se a um conjunto de práticas que objetiva atender às necessidades de saúde individuais e coletivas. Neste nível assistencial, certos atributos devem ser desenvolvidos para garantir a qualidade dos serviços: Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação, Focalização na Família, Orientação Comunitária e Competência Cultural. O objetivo deste estudo foi identificar, avaliar e comparar os atributos da Atenção Primária à Saúde, considerando dois modelos organizativos. Realizou-se pesquisa exploratória, transversal-descritiva, aplicando o Instrumento *Primary Care Assessment Tool* Brasil, versão profissional, a 70 médicos e 33 enfermeiros atuantes na atenção básica de um município do Estado de São Paulo, Brasil. Utilizou-se estatística descritiva e inferencial. A atenção básica tradicional apresentou escores médios acima de 6,6 nos atributos coordenação, longitudinalidade, integralidade – serviços prestados e orientação familiar. Os atributos que receberam baixo escore foram integralidade – serviços disponíveis, orientação comunitária e acesso de primeiro contato, sendo este último o único atributo com escore médio abaixo de 6,6 na Estratégia Saúde da Família. Identificou-se diferença entre os modelos, com resultados melhores na Estratégia Saúde da Família em comparação à atenção básica tradicional, nos escores essencial, derivado e geral. Concluiu-se que a Estratégia Saúde da Família apresentou melhores resultados nos atributos avaliados, representando maior qualidade. Portanto, a ampliação de cobertura por este modelo apresenta-se como estratégia de fortalecimento deste nível assistencial. A aplicabilidade do estudo se coloca a partir do compartilhamento estratégicos dos resultados, para profissionais e gestores, visando à construção conjunta de diretrizes de enfrentamento: sensibilização de agenda prioritária para APS, inserção da Reflexão da Prática como ferramenta de Educação Permanente para as equipes e fortalecimento da parceria da Regional de Saúde (DRS) com a universidade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; avaliação de serviços de saúde; Estratégia Saúde da Família.

Abstract: Primary Health Care (APS) refers to a set of practices that aims to meet the health needs of the individual and the community. At this level of care, certain attributes must be developed to ensure the quality of services: First Contact, Longitudinality, Integrality, Coordination, Family Focus, Community Orientation, and Cultural Competence. The objective of this study was to identify, evaluate, and compare the attributes of Primary Health Care considering two organizational models. We did an exploratory, cross-descriptive research, applying the Primary Care Assessment Tool Brazil Instrument, professional version, to 70 doctors and 33 nurses working in primary care in a city in the state of São Paulo, Brazil. Descriptive and inferential statistics were used. Traditional primary care showed average scores above 6.6 in the attributes of coordination, longitudinality, comprehensiveness – services provided and family guidance. The attributes that received a low score were comprehensiveness – available services, community guidance, and first contact access, the latter being the only attribute with an average score below 6.6 in the Family Health Strategy. A difference

¹ Artigo extraído da dissertação “Avaliação da atenção primária à saúde: comparação dos modelos de serviços de saúde UBS e USF”, apresentada no Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

² Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos, São Paulo, Brasil.

³ Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), Alfenas, Minas Gerais, Brasil.



was identified between the models, with better results in the Family Health Strategy compared to traditional primary care, in the essential, derived and general scores. It was concluded that the Family Health Strategy presented better results in the evaluated attributes, representing greater quality. Therefore, the expansion of coverage by this model is presented as a strategy to strengthen this level of assistance. The applicability of the study arises from the strategic sharing of results for professionals and managers, aiming at the joint construction of coping guidelines: awareness of the priority agenda for APS, insertion of the Reflection of the Practice as a Permanent Education tool for the teams, strengthening of the Regional Health (DRS) partnership with the university.

Keywords: Primary Health Care; evaluation of health services; Family Health Strategy.

Resumen: La Atención Primaria de Salud (APS) se refiere a un conjunto de prácticas que tiene como objetivo satisfacer las necesidades de salud del individuo y la comunidad. En este nivel de atención, se deben desarrollar ciertos atributos para garantizar la calidad de los servicios: Primer Contacto, Longitudinalidad, Integralidad, Coordinación, Enfoque Familiar, Orientación Comunitaria y Competencia Cultural. El objetivo de este estudio fue identificar, evaluar y comparar los atributos de la atención primaria de salud, considerando dos modelos organizativos. Se realizó una investigación exploratoria, descriptiva cruzada, aplicando el Instrumento *Primary Care Assessment Tool* Brasil, versión profesional, a 70 médicos y 33 enfermeros que laboran en atención primaria en una ciudad del estado de São Paulo, Brasil. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. La atención primaria tradicional presentó puntuaciones medias superiores a 6,6 en los atributos de coordinación, longitudinalidad, integralidad – servicios prestados y orientación familiar. Los atributos que recibieron una puntuación baja fueron la integralidad – servicios disponibles, orientación comunitaria y acceso de primer contacto, siendo este último el único atributo con una puntuación media inferior a 6,6 en la Estrategia Salud de la Familia. Se identificó una diferencia entre los modelos, con mejores resultados en la Estrategia Salud de la Familia frente a la atención primaria tradicional, en los puntajes esencial, derivado y general. Se concluyó que la Estrategia Salud de la Familia presentó mejores resultados en los atributos evaluados, lo que representa una mayor calidad. Por tanto, la ampliación de la cobertura por este modelo se presenta como una estrategia para fortalecer este nivel de asistencia. La aplicabilidad del estudio surge de la puesta en común estratégica de resultados, para profesionales y gestores, con miras a la construcción conjunta de lineamientos de afrontamiento: conocimiento de la agenda prioritaria de la APS, inserción de la Reflexión de la Práctica como herramienta de Educación Permanente para los equipos, fortalecimiento de la Asociación Regional de Salud (DRS) con la universidad.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; evaluación de servicios de salud; Estrategia de Salud de la Familia.

1 INTRODUÇÃO

A construção de um modelo assistencial em saúde democrático, inclusivo, articulado e com previsão de participação social no Brasil se iniciou com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi adotado como estratégia para instalar e operar a Atenção Primária em Saúde (APS) em áreas de maior vulnerabilidade social, ganhando impulso financeiro e jurídico em sua expansão a partir de 1996, quando passou a ser denominada de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2000).

O conceito de APS refere-se a um conjunto de práticas integrais em saúde que objetiva atender às necessidades de saúde do indivíduo e da coletividade. Internacionalmente, a expressão que denomina atenção primária à saúde, *Primary Health Care*, corresponde a quatro linhas de interpretação:

1. Programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços, denominada em inglês de *selective primary care*;
2. Um dos níveis de atenção, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população; denominada em inglês *primary care*;

3. Abrangente ou integral, como uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde conforme proposto em Alma-Ata para enfrentar necessidades individuais e coletivas, denominada em inglês *comprehensive primary health care*;
4. Filosofia que orienta processos emancipatórios pelo direito universal à saúde. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 9).

O Brasil é um dos países que desenvolveu seu modelo de Atenção à Saúde tendo a APS como foco relevante e como ordenadora do cuidado em rede. Atualmente, há predominância de dois modelos de serviços provedores desse nível de atenção: a Unidade Básica de Saúde (UBS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), ambos se norteiam com os mesmos princípios e diretrizes delineados pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e distinguem-se na composição da equipe e no quantitativo populacional (BRASIL, 2017). Destaca-se que, nessa descrição da PNAB, não estão consideradas as mudanças ocorridas ao final de 2019, com o desfinanciamento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), dispositivo originalmente constitutivo da PNAB.

Essa coexistência de modelos torna os serviços por vezes complementares, por vezes concorrentes, seguramente dificultando a superação do modelo individualista e curativo (SILVA; BAITELLO; FRACOLLI, 2015). Embora eles sejam orientados pelas mesmas diretrizes na atualidade, considerando que historicamente a UBS é anterior no processo de implantação e implementação do SUS, e que se conformou com menos vínculo e orientação comunitária e mais como atendimento queixa-conduta, este modelo hegemônico constitui um desafio de superação.

A APS integra a atenção, quando há mais de um problema de saúde, e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas e seus problemas de saúde. Constrói a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde (STARFIELD, 2002). Mediante sua interpretação como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde eficiente, efetiva e de qualidade, articulada numa Rede de Atenção à Saúde (RAS), é pertinente constatar em que medida ela cumpre seus atributos e funções (MENDES, 2015).

Tanto o potencial como o alcance dos aspectos cruciais da APS podem ser medidos pela abordagem das suas qualidades próprias, os chamados atributos essenciais e derivados.

São atributos essenciais: o acesso de primeiro contato da pessoa com o sistema de saúde; a longitudinalidade, a existência e a utilização de uma fonte continuada de atenção em saúde ao longo do tempo; a integralidade, portfólio de serviços e ações de promoção, prevenção, de tratamento e de reabilitação, adequados ao contexto da APS, incluindo os encaminhamentos; a coordenação da atenção, a qual prevê a continuidade do cuidado pelo mesmo profissional, ou do reconhecimento de problemas atendidos em outros serviços e a integração dessa assistência no cuidado global da pessoa. Os atributos derivados são: Orientação Familiar, na qual se deve considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado ou ameaça à saúde; Orientação Comunitária, reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade por meio de dados epidemiológicos; e a Competência Cultural, que proporciona uma adaptação do provedor às características culturais da população (STARFIELD, 2002).

Embora muitos países tenham se inspirado nas definições de Starfield para traçar as políticas de saúde, inclusive o Brasil, dada a realidade continental do país, autores argumentam com propriedade que as evidentes diferenças sociodemográficas e diversificadas características dos municípios, assim como a estrutura da oferta pública e privada, a cobertura por planos de saúde, exigem redes diversificadas de serviços básicos que respondam às necessidades de saúde loco-regionais (GIOVANELLA, 2018).

Tal abrangência e heterogeneidade indicam a imprescindibilidade para implementar avaliações do serviço de saúde do ponto de vista de diversos atores. Este estudo compreende e valoriza que os profissionais operem e coloquem em prática as políticas que foram delimitadas pelo Ministério da Saúde; embora essas políticas sejam definidas de forma homogênea, é na realidade no território que elas se efetivarão, resultando numa característica local forte.

A partir do exposto acima, o objetivo deste estudo foi identificar e comparar os atributos da APS, considerando os modelos de serviços de UBS e ESF, em um município de médio porte no interior de São Paulo.

2 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo exploratória, com delineamento transversal de abordagem descritiva.

O campo empírico delineou-se com 31 equipamentos de saúde do nível de atenção primária (10 UBS e 21 ESF), localizadas na área urbana de um município de médio porte, no interior do Estado de São Paulo.

A partir de levantamento do conjunto de profissionais da medicina e enfermagem atuando na APS do município, identificou-se um total de 153 profissionais, sendo 20 enfermeiros e 60 médicos nas UBS; 28 enfermeiros e 45 médicos nas ESF. Para a definição dos participantes, foi realizado o cálculo do tamanho amostral para randomização em estudo populacional, com representatividade amostral mínima de 95% de confiabilidade, definindo 109 participantes.

Utilizou-se para esses cálculos o programa Epi Info, versão 7.2.2.2, do Centro de Controle e Prevenção de Doenças de Atlanta – EUA (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION [CDC], 2017). Esses foram distribuídos por conglomerados em uma amostra de 34 enfermeiros (20 das ESF e 14 das UBS) e 75 médicos (32 das ESF e 43 das UBS), realizado sorteio dos participantes por unidade, quando se fazia necessário, de acordo com a amostra definida. O critério de inclusão do profissional foi atuar por um período igual ou superior a um ano em uma das unidades ESF ou UBS.

A coleta de dados foi realizada no período de 05/02/18 a 27/04/18, por meio de entrevistas presenciais utilizando-se o instrumento PCATool-Brasil, versão profissionais (BRASIL, 2010). Este instrumento foi criado com o objetivo de medir a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS.

A pesquisa teve dois eixos de análise dos resultados: um descritivo-qualitativo e outro estatístico. O conjunto de dados de caracterização dos participantes foi analisado de forma descritiva-interpretativa, e os dados do PCATool-Brasil, analisados de forma quantitativa, de acordo com o protocolo validado do próprio instrumento.

Os valores das respostas dos itens que compõem cada atributo foram calculados pela média aritmética simples a partir de seus escores (BRASIL, 2010).

Baseados nas respostas dos profissionais, foram estimados os escores médios de cada atributo da APS por tipo de serviço, sendo definidos como elevados os valores de escores $\geq 6,6$ (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011).

Foram aplicados testes de significância estatística com nível de confiança de 95%, realizados com o apoio da Empresa Júnior de Estatística (EJEST) da Universidade Estadual Paulista (UNESP), *campus* Presidente Prudente, SP. Para este estudo, aplicaram-se os testes de diferença das médias: Análise de Variância (ANOVA) e Kruskal-Wallis. Algumas variáveis foram consideradas para essas combinações: gênero, idade, tempo de formação e capacitação de pós-graduação.

Destaca-se que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos em 06/12/2017, sob o CAAE: 81167717.9.0000.5504.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização dos profissionais de saúde entrevistados foi de 70 médicos e 33 enfermeiros, dos quais 52,5% estão lotados nas UBS e 47,5% nas equipes de ESF. As perdas do total estimado de entrevistados se justificam por encontrar no momento da entrevista profissionais afastados por licença de saúde, férias e, em alguns casos, a indisponibilidade de agenda.

A Tabela 1 apresenta as características de gênero, o perfil de formação e de atuação do profissional entrevistado.

Tabela 1 – Perfil de gênero e formação dos profissionais entrevistados, Araraquara, São Paulo, Brasil, 2018

Variáveis	UBS		USF		APS	
	n	%	n	%	n	%
Participantes	54	52	49	48	103	100
Médicos	40	74	30	61	70	68
Enfermeiros	14	26	19	39	33	32
Sexo						
Masculino	27	50	19	39	46	45
Feminino	27	50	30	61	57	55
Tempo de Formação (anos)						
1 a 5	2	4	7	14	9	9
6 a 10	12	22	9	18	21	20
11 a 15	6	11	11	23	17	17
16 a 20	1	2	7	14	8	8
> 20	33	61	15	31	48	46
Especialização						
Sim	52	96	45	92	97	94
Não	2	4	4	8	6	6

Fonte: Elaboração própria.

Dos profissionais entrevistados, a maioria é do sexo feminino, e na ESF está situada a maior diferença na distribuição por gênero, ainda prevalecendo o sexo feminino.

O perfil dos profissionais da APS encontrado nesta pesquisa é compatível com a literatura, uma realidade das profissões de saúde no Brasil que se refere ao crescimento da população feminina na atuação de profissões que historicamente eram desempenhadas pela população masculina, como a medicina, por exemplo (BISPO *et al.*, 2020).

Há um percentual muito expressivo de profissionais que declararam ter pelo menos uma especialização, tanto aqueles que atuam nas UBS quanto os que atuam nas ESF, sendo que 65% do total dos que têm especialização realizaram cursos da área da Atenção Básica.

Neste contexto, verifica-se a busca por conhecimento na área da saúde após a formação e a necessidade de aprimoramento depois da inserção dos profissionais na APS.

Sobre os atributos da APS, a presença e a extensão destes por modelo de serviço de saúde, considerando a escala média de cada atributo e os três escores (essencial, derivado e geral), estão representadas na Tabela 3.

Tabela 2 – Comparação entre a média dos valores de escala e desvio-padrão dos atributos de Atenção Primária à Saúde segundo os médicos e enfermeiros dos diferentes modelos de serviços de saúde do município de Araraquara, São Paulo, Brasil, 2018

Atributos	UBS		ESF		APS	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Primeiro contato – acesso	3,25	0,7	3,89	0,74	3,54	0,8
Longitudinalidade	6,74	1,2	7,89	1,2	7,29	1,3
Coordenação – integração de cuidados	7,21	1,37	7,38	1,31	7,28	1,3
Coordenação – sistema de informações	7,93	1,65	9,05	1,15	8,46	1,5
Integralidade – serviços disponíveis	6,5	1,12	8,2	1,2	7,31	1,4
Integralidade – serviços prestados	7,42	1,71	8,28	1,29	7,83	1,6
Escore essencial	6,51	0,78	7,45	0,77	6,95	0,9
Orientação familiar	7,74	2,31	9,059	1,2	8,36	2
Orientação comunitária	5,12	1,85	7,62	1,57	6,31	2,1
Escore derivado	6,43	1,72	8,33	1,19	7,34	1,8
Escore geral	6,49	0,91	7,67	0,82	7,05	1,1

Nota: as escalas assumem valores de 0 a 10, em que valores $\geq 6,6$ indicam alto escore de APS.

Fonte: Elaboração própria.

O escore geral de APS médio obtido pelo PCATool-Brasil resultou em 7,05 (DP 1,05), sendo considerado um alto escore de APS. Quando analisado por modelo de serviço, observa-se que a ESF mantém o alto Escore Geral 7,67 (DP 0,82), porém a UBS apresenta escore considerado baixo de 6,49 (DP 0,91). O mesmo se repete no Escore Essencial e Derivado, em que, para a APS e ESF, resulta escore alto, e a UBS, por sua vez, apresenta escore considerado baixo. Este fato coincide com os resultados de outros estudos realizados no Brasil (CASTRO *et al.*, 2012; MARTINS *et al.*, 2016).

O resultado dos atributos “Primeiro Contato – Acesso” e “Orientação Comunitária” na APS, de forma geral, apresenta média com baixo valor de escala, ou seja, menor que 6,6. Quando analisados por modelo de serviço de saúde, apenas na ESF o atributo “Orientação Comunitária” se modifica na escala (7,62), obtendo valor alto de escore. A UBS apresenta escores baixos nos seguintes atributos da APS: “Primeiro Contato – Acesso”, “Integralidade – Serviços Disponíveis” e “Orientação Comunitária”, resultado semelhante ao que Silva *et al.* observam, (2014) ao avaliar as unidades de ESF em Alfenas, MG.

A análise das médias das escalas dos Atributos da APS evidencia que, na percepção dos profissionais médicos e enfermeiros, a qualidade da APS do município estudado é satisfatória, apontando fragilidades nos atributos “Primeiro Contato – Acesso” e “Orientação Comunitária”.

Um aspecto importante é que, ao analisar separadamente os modelos de serviços de saúde, nota-se que a UBS apresenta um terceiro atributo com fragilidade, a “Integralidade – serviços disponíveis” que coloca como opção um elenco de ações e procedimentos incorporados à prática das equipes, sugerindo que as UBS têm algumas limitações para o desenvolvimento desses.

O modo como os serviços de saúde da APS tem organizado os processos de trabalho ainda resulta em pouca orientação para o atendimento às necessidades de saúde dos usuários, gerando a dificuldade de acesso. Uma hipótese é a forma rígida de organização da agenda, em que todo atendimento é agendado, tornando difícil a inclusão das necessidades que surgem em demanda espontânea.

Embora avanços tenham acontecido após a implementação da ESF, ainda há fatores que dificultam a integralidade da assistência nos serviços de saúde da APS, especialmente na UBS, em que persiste o trabalho organizado de forma fragmentada, centrado na doença, privilegiando a lógica “queixa-conduta”, organizado em programas específicos, fazendo com que perdure um modelo de assistência em saúde descontextualizado do preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e da realidade das necessidades dos usuários, sem a articulação entre equipe multiprofissional, comunidade e setores da sociedade para garantir a saúde aos usuários (BRASIL, 2017).

As diferenças encontradas nas médias dos escores dos atributos da APS entre os modelos UBS e ESF podem estar relacionadas às diferenças estruturais dos respectivos modelos. Como exemplifica Castro *et al.*, (2012), a ESF atua com atendimento à população adscrita em territórios menores, sua equipe é composta por profissionais generalistas e agentes comunitários de saúde.

Considerando a ESF como estratégia de reorientação da APS, a partir de suas diretrizes e organização de processo de trabalho, obtiveram-se escores mais elevados dos atributos avaliados, uma vez que apresentam mais proximidade com a orientação proposta pela PNAB. A UBS, por sua vez, manteve o modelo de saúde com a composição da equipe com foco no modelo biomédico, atendendo territórios maiores, com uma clientela densa, realiza seus atendimentos por especialidades, possui menor vínculo com o usuário no contexto em que vive. Pode-se inferir que este modelo de serviço realiza as ações propostas para a APS, mas se distancia no grau de orientação.

Foram verificados Escore Médio (Essencial, Derivado e Geral) e desvio-padrão, considerando as categorias profissionais (médicos e enfermeiros) dos modelos de serviço de saúde (ESF e UBS), bem como analisadas as diferenças estatísticas entre esses grupos para cada um dos três escores, conforme apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Comparação entre os escores atribuídos pelos médicos da UBS e médicos da ESF; enfermeiros da UBS e enfermeiros da USF do município de Araraquara, São Paulo, Brasil, 2018

Atributos	Modelo de Serviço de Saúde		P- valor ANOVA
	UBS	ESF	
Médicos			
Essencial	6.505 (0.744)	7.374 (0.763)	9.65e-06
Derivado	6.389 (1.700)	8.352 (1.079)	5.34e-07
Geral	6.476 (0.852)	7.619 (0.791)	2.57e-07
Enfermeiros			
Essencial	6.501 (0.943)	7.562 (0.807)	0.002
Derivado	6.563 (1.869)	8.304 (1.385)	0.004
Geral	6.517 (1.107)	7.747 (0.897)	0.001

Fonte: Elaboração própria.

Ao analisar os escores médios considerando a mesma categoria profissional dentro dos dois modelos de atenção (UBS e ESF), observou-se que os três escores (Essencial, Derivado e Geral) são considerados baixos para o grupo de médicos e enfermeiros inseridos na UBS, e o inverso ocorre com os médicos e enfermeiros da ESF, que apresentam alto escore. Pode-se afirmar que há diferença significativa nos escores entre os médicos que atuam na ESF e médicos que atuam

na UBS, e entre enfermeiros que atuam na ESF e enfermeiros que atuam na UBS. Este resultado pode estar relacionado com o perfil de formação dos profissionais e a prática desenvolvida dentro de cada modelo de serviço de saúde.

Pesquisas de avaliação dos atributos da APS afirmam que, no modelo de atenção ESF para os profissionais de saúde, os três atributos apresentam valores médios satisfatórios (LIMA *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2014; CHOMATAS *et al.*, 2013).

Destaca-se também que os escores atribuídos pelos médicos e enfermeiros dentro do mesmo modelo de serviço de saúde são valores muito próximos, diferentemente dos resultados encontrados por Gomes e Fracolli (2018), em que médicos da ESF atribuíram escores médios maiores nos atributos em relação aos enfermeiros.

Por meio do PCATool – Brasil, um número diferente de perguntas foi feito aos profissionais médicos e enfermeiros, resultando nas oito escalas dos atributos de orientação à APS, sendo representados em: média, desvio-padrão, primeiro e terceiro quartil, mediana e o teste Shapiro Wilk para normalidade; representados na Tabela 4.

Tabela 4 – Dados estatísticos das escalas dos atributos de orientação à APS aplicados por meio do instrumento PCATool-Brasil, para os profissionais médicos e enfermeiros da APS do município de Araraquara, São Paulo, Brasil, 2018

Escala	Média	Desvio-padrão	1º quartil	3º quartil	Mediana	Shapiro
Primeiro contato	3.542	0.787	2.963	4.074	3.333	0.006
Longitudinalidade	7.289	1.328	6.538	8.205	7.179	0.021
Integração de cuidados	7.282	1.356	6.111	8.333	7.778	0.001
Sistema de informação	8.464	1.537	7.778	10.000	8.889	2,04E-05
Serviços disponíveis	7.310	1.437	6.364	7.310	7.273	0.090
Serviços prestados	7.830	1.578	6.667	9.171	8.000	0.001
Orientação familiar	8.365	1.972	7.222	10.000	8.889	1,63E-07
Orientação comunitária	6.311	2.129	5.000	7.778	6.111	0.034

Fonte: Elaboração própria.

A escala acessibilidade refere-se à facilidade que os usuários encontram para o atendimento na unidade de saúde, levando em consideração o tempo para agendar a consulta ou ser atendido, entre outros fatores relacionados ao atendimento em cada unidade de saúde. Conforme apresentado na Tabela 4, a mediana da escala de acessibilidade (variando de zero a dez) é de 3.333, indicando que as unidades de saúde provavelmente são menos acessíveis para a maioria da população (de acordo com o questionário aplicado).

Pesquisas realizadas em diversas regiões do Brasil apresentam média de escores baixo para este mesmo atributo, inclusive na ESF; uma hipótese para este valor deve-se ao fato de não ser característico, no Brasil, o atendimento médico por telefone e o funcionamento das unidades de saúde aos finais de semana e horários estendidos (SILVA *et al.* 2014; CASTRO *et al.*, 2012). Destaca-se a presença de barreiras de acesso relacionadas à forma de organização, de modo que apresentam limitações de atendimento à demanda espontânea, horários restritos, dificuldade de agendamento de consulta, desorganização da referência para serviços especializados, dentre outros fatores que dificultam a utilização dos serviços de saúde.

Partindo do princípio de que as unidades de saúde devem ser a porta de entrada principal para o atendimento, priorizar o aperfeiçoamento da acessibilidade ao cuidado na APS é de grande

relevância, pois esta melhoria tende a viabilizar a qualidade de vida dos usuários, minimizando as comorbidades, os agravos e as doenças. Para favorecer a melhoria do atributo “Primeiro Contato – Acesso”, é necessário reconhecer os fatores limitadores dos processos e aprimorar os modelos de organização do trabalho, o fortalecimento da rede e investir ainda mais nas ações de cuidado territorial que oportunizem a efetividade e regularidade dos atendimentos de saúde, de modo que fortaleça o diálogo entre os usuários e as equipes de saúde.

A longitudinalidade destaca-se entre os atributos da APS, pois objetiva a assistência continuada em longo prazo, por meio do acompanhamento dos usuários pela equipe de saúde. A avaliação deste atributo baseia-se em mensurar o reconhecimento da fonte de atenção primária por parte do usuário, e esta, de reconhecer sua população assistida (STARFIELD, 2002). A presença deste atributo tende a resultar em diagnósticos e tratamentos mais precisos, reduzindo os encaminhamentos desnecessários para especialistas, pois conduz os profissionais a vincularem-se com a realidade das condições de vida e saúde da população.

A ESF, em sua composição, tem menor número de profissionais, sendo composta por um médico, um enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde que atendem toda a comunidade e tem número definido de pessoas para seu território, o que pode favorecer o melhor resultado de score para o atributo longitudinalidade, pois proporciona um maior vínculo com o usuário (SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018). A UBS tem a equipe composta majoritariamente por médicos e enfermeiros; em geral, os médicos têm especialidades conforme achado nesta pesquisa, e há mais de um enfermeiro na composição da equipe; atendem um número maior de território e de pessoas, o que poderia fragilizar a construção de vínculo.

Por outro lado, a UBS, apesar de realizar o atendimento buscando informações e histórico de saúde do seu paciente, tem a longitudinalidade prejudicada quando o atendimento é fragmentado dentro da própria unidade de saúde. Neste modelo, a organização do trabalho ainda é voltada à hegemonia da figura do profissional médico com a valorização da tríade de especialistas básicos nos cuidados primários (clínico, pediatra e ginecologista) e tem suas práticas de saúde com foco na queixa e conduta, priorizando assistência individual e demanda espontânea (FERTONANI *et al.*, 2015).

A prática do enfermeiro no contexto da APS é marcada pelo conflito entre a responsabilização do gerenciamento, supervisão e organização do serviço de saúde e o trabalho específico preconizado pelo novo modelo de atenção; esta situação gera uma sobrecarga que resulta no afastamento desse profissional da assistência direta, especialmente da consulta de enfermagem (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2017). É provável que, no contexto da UBS, onde há uma demanda maior para organização interna e supervisão de técnicos de enfermagem, dada a extensão do território e o desafio das diferenças na formação, dentre eles, a valorização do trabalho interdisciplinar, haja elementos que, de algum modo, influenciam na atuação assistencial clínica do enfermeiro, minimizando, assim, a oportunidade do cuidado e o acompanhamento longitudinal dentro deste modelo de serviço de saúde.

Diferentemente da atuação do enfermeiro na ESF, que, além de ter território definido e menor em comparação com a UBS, tem o perfil de formação dos profissionais mais atual e voltado à saúde da família e comunidade, conforme achado neste estudo, possibilitando a prática do trabalho interdisciplinar e a autonomia do enfermeiro na assistência clínica. Esse profissional, mais do que suas atribuições gerais, como educação em saúde e gerenciamento da unidade, tem uma agenda de consulta de enfermagem nos diversos programas de saúde preconizados

pelo Ministério da Saúde (ALMEIDA; SOUTO; BARRETO, 2018), resultando no estabelecimento de maior vínculo e acompanhamento da saúde do indivíduo ao longo do tempo.

A Coordenação pode ser entendida como a articulação entre os diferentes pontos de rede de atenção à saúde, de modo que esses estejam sincronizados e direcionados ao alcance do mesmo objetivo e que atendam às necessidades de saúde de modo integrado (BRASIL, 2000).

Nos atributos “Coordenação – Integração de Cuidados” e “Sistema de Informações”, esta pesquisa evidenciou valores satisfatórios nos escores médios para os dois modelos de atenção à saúde (UBS e ESF). Identificou-se tendência ao fortalecimento da integração de cuidados, uma vez que grande parte dos profissionais visam à relevância das informações sobre o paciente para a continuidade do atendimento mesmo quando acontece em unidades referenciadas da especialidade. A fragilidade apontada neste atributo é a contrarreferência que os profissionais relataram não receber do setor especializado.

A presença do atributo “Coordenação” é responsável por importantes contribuições na continuidade do cuidado na atenção primária, e destaca-se, dentre as responsabilidades das equipes de saúde, a gestão do cuidado, que pressupõe o acompanhamento nos projetos terapêuticos ao longo da RAS, responsabilizando-se pelos usuários de forma horizontal, contínua e integral (LEANDRO; MONTEIRO, 2017).

O atributo “Integralidade” é composto por duas dimensões: serviços disponíveis e serviços prestados. Neste estudo, de forma geral, a APS apresentou alto escore para Integralidade. Porém, quando comparado por modelo de serviço de saúde, as duas dimensões são mais bem avaliadas na ESF pela perspectiva dos profissionais, em concordância com Martins *et al.* (2016), que também apontaram valores mais altos de escore médio para este modelo de atenção, indicando diferença significativa apenas para o atributo “Integralidade – Serviços Prestados”.

A segunda dimensão avaliada, “Integralidade – Serviços Prestados”, diz respeito ao aspecto processual do atributo, ou seja, tem relação de como é produzido e o modo como é ofertado o cuidado à saúde.

A Integralidade como forma de organizar as práticas requer uma articulação entre a demanda espontânea e a programada, de modo que haja aproveitamento da oportunidade estabelecida para aplicação de protocolos de diagnóstico e situação de risco para a saúde, assim como desenvolvimento de atividades coletivas e preventivas à comunidade (PEREIRA; LIMA, 2008). Assim, a Integralidade como modo de organizar o processo de trabalho e otimizar o impacto epidemiológico possibilita responder mais adequadamente às necessidades de saúde da população, na perspectiva de ações programáticas horizontalmente; porém algumas necessidades podem não ser contempladas pela dimensão epidemiológica e serem expressas pela demanda espontânea, que, por sua vez, não se limita a um perfil de morbidade. A partir dessa perspectiva, os serviços de saúde devem estar organizados para uma captação ampliada das necessidades da população atendida (PINHEIRO; MATTOS, 2009).

A presente pesquisa apontou baixo escore na UBS (6,5) para Integralidade – Serviços Disponíveis. Identificou-se que, apesar de as UBS terem todos os serviços listados no questionário, muitos profissionais médicos não sabiam da disponibilidade deles e afirmavam em sua resposta que não havia determinado serviço disponível. Este fato leva à reflexão do quanto a fragmentação do atendimento e a falta de planejamento conjunto na equipe prejudicam o serviço e a qualidade do atendimento à população.

Neste contexto, o baixo grau do atributo “Orientação” indica um distanciamento do pressuposto de qualidade na oferta dos serviços de saúde e sugere que os profissionais, ao desenvolverem suas ações, não consideram o perfil socioepidemiológico da população local (SILVA *et al.*, 2014).

O resultado satisfatório do atributo “Orientação Familiar” indica que os profissionais de ambos os modelos de atenção têm adotado práticas com enfoque na família em seu processo de trabalho, modificando as práticas tradicionais do cuidado centrado apenas na doença e de abordagem exclusivamente individual. A “Orientação Familiar” acontece quando os profissionais de saúde conseguem olhar por meio da integralidade as potencialidades e fragilidades do contexto familiar dos indivíduos diante do processo saúde-doença (GOMES; FRACOLLI, 2018).

Os resultados do atributo “Orientação Comunitária”, de modo geral, apresentou baixo escore de orientação à APS (6,31); porém, quando avaliado por modelo de atenção à saúde, observa-se que o resultado insatisfatório se dá por meio da fragilidade encontrada na UBS, que, na avaliação dos profissionais, recebeu baixo escore (5,12), enquanto a ESF apresentou alto grau de orientação comunitária (7,62).

A orientação comunitária reporta-se ao conhecimento do contexto social onde as pessoas vivem. A APS considera que a condição de saúde da comunidade é determinada por fatores ambientais, comportamentais e graus de associação social na comunidade. Para uma melhor orientação na qualidade da APS, deve-se focar a saúde no meio social e físico em que as pessoas vivem e trabalham (FRACOLLI *et al.*, 2015).

Observou-se, no decorrer da aplicação do questionário, que as UBS, de modo geral, não têm a prática de realizar visita domiciliar na rotina de trabalho como na USF, e que nenhum modelo de serviço de saúde da APS tem o Conselho Local de Saúde. As unidades de saúde também não realizam pesquisa de satisfação do usuário; porém, na ESF, os profissionais identificam que o ACS exerce essa função na sua prática, o que elevou o escore desse atributo para a USF.

Acredita-se que a ausência dos Conselhos Locais de Saúde e, também, do ACS no modelo de UBS no município estudado, considerando que estes últimos são representantes da comunidade, de modo que partilham os mesmos valores e captam as necessidades do território por serem integrantes desta comunidade, dificulta a participação dos usuários no planejamento, na implementação e na avaliação das ações em saúde da APS, possibilitando resultados de baixo escore médio para a orientação comunitária.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados apontam que a APS no município estudado apresenta um alto grau de orientação à APS, evidenciado por meio dos Escores (Essencial, Derivado e Geral) médios elevados, na investigação da presença dos atributos da APS, na perspectiva dos profissionais de saúde. No entanto, no delineamento da qualidade da APS por modelo de serviço de saúde, observa-se que a ESF, em relação à UBS, apresenta maior grau de orientação à APS, resultando em diferença significativa entre UBS e ESF nos Escores (Essencial, Derivado e Geral), inclusive entre a própria classe de profissionais, quando comparados os dois modelos de atenção à saúde.

Contudo, a UBS apresentou alguns pontos fortes, destacando elevados escores médios nos atributos: “Coordenação – Sistema de Informação”, “Integralidade – Serviços Prestados” e “Orientação Familiar”. E evidenciou atributos a serem melhorados que receberam baixo escore:

“Integralidade – Serviços Disponíveis”, “Orientação Comunitária” e, assim como a ESF, o atributo “Primeiro Contato – Acesso”.

O instrumento de pesquisa utilizado deixa um viés referente ao atributo “Acesso” quando questiona sobre o atendimento em horário estendido, nos fins de semana, e acesso ao serviço e profissionais de saúde por meio de telefone. Neste atributo, não há resultados na literatura nacional com ótimo escore, o que se justifica pelo fato de esta prática ser a realidade internacional. Porém, em tempos de pandemia da covid-19, no Brasil, muitos serviços de saúde viram a possibilidade da incorporação do uso do telefone como garantia de acesso e acompanhamento das famílias por meio do teleatendimento.

Isto exposto, indica que o modelo ESF tem agregado qualidade à APS do município. Logo, a ampliação de cobertura de ESF apresenta-se como estratégia de qualificação da atenção.

Considerando que a presente pesquisa foi desenvolvida em contexto de pós-graduação *stricto sensu* profissional, marcada pela articulação entre pesquisa e transformação social, no sentido de fortalecimento do SUS local, compreendem-se algumas potencialidades de aplicação a partir dos resultados mais significativos:

1. Para além da comunicação científica dos dados e da devolutiva aos profissionais e gestores, que já foi realizada, prospecta-se a oferta de material orientador a gestores e profissionais, ressaltando-se as fragilidades no acesso ao serviço; as ações de cuidado coletivo, destacadas como orientação comunitária; fortalecimento do cuidado em rede; e melhoria no que diz respeito ao Cuidado Integral. Para cada fragilidade destacada, prevê-se a indicação de diretrizes de enfrentamento. Compreende-se que a estrutura deste material a ser ofertado precisa ser clara, com linguagem acessível e dinâmica, e com abertura para ser coproduzida junto às equipes nos equipamentos de saúde.
2. Outra ação prevista como oferta diz respeito ao campo da Educação Permanente em Saúde (EPS), que poderá ser desenvolvida em parceria com a Divisão Regional de Saúde (DRS) e com universidades públicas que fazem parte do contexto da pesquisa, além de já haver, neste território, histórico dessas parcerias. Compreende-se que a proposta de EPS deve ser construída em conjunto com gestão e academia, e sinalizam-se duas estratégias potentes: i) grupos operativos com profissionais de saúde e gestores, focados na tarefa de problematizar e refletir sobre as principais fragilidades dos dois modelos de APS, seguidos de planejamento estratégico para produzir mudanças concretas locais; ii) reflexão da Prática Profissional: como estratégia permanente de capacitação e apoio aos profissionais que demonstrarem interesse, visando criar espaço de reflexão crítica e apropriação a respeito dos alcances e limites da prática profissional.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. A. P. P.; SOUTO, P. A. L.; BARRETO, A. Atenção do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (ESF): potencialidades e limitações. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, Brasília, v. 1, n. 3 (extra), p. 129-34, 2018. ISSN 2595-1661. Disponível em: <http://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/44/37>. Acesso em: 13 set. 2020.

BISPO, G. M. B., RODRIGUES, M. D. R., CARVALHO, A. C. O., LISBOA, K. W. S., FREITAS, R. W. J. F., DAMASCENO, M. M. C. Avaliação do acesso de primeiro contato na perspectiva dos profissionais. *Revista Brasileira Enfermagem*, Brasília, v. 73, n. 3, e20180863, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000300173&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Caderno 1. Milton Menezes da Costa Neto (Org.). Brasília, 2000. (Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 03 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

CASTRO, R. C. L., KNAUTH, D. R., HARSHEIM, E., HAUSER, L., DUNCAN, B. B. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-84, set. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 3 jul. 2020.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION [CDC]. Epi-info. *Portal CDC*, (online), 2017. Disponível em: <https://www.cdc.gov/epiinfo/index.html>. Acesso em: 27 nov. 17.

CHOMATAS, E., VIGO, A., MARTY, I., HAUSER, L., HARSHEIN, E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Revista Brasileira de Medicina Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 294-303, out./dez. 2013. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/139094/000905554.pdf?sequence=1>. Acesso em: 4 fev. 2020.

FERREIRA, S. R. S.; PERICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 71, supl. 1, p. 704-9, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700704&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 set. 2020.

FERTONANI, H. P., PIRES, D. E. P., BIFF, D., SCHERER, M. D. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-78, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en&nrm=ISO. Acesso em: 10 set. 2020.

FRACOLLI, L. A., MURAMATSU, M. J., GOMES, M. F. P., NABÃO, F. R. Z. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde num município do interior de São Paulo – Brasil. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 54-61, 2015. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155569/A05.pdf. Acesso em: 15 mar. 2020.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rxLJRM8CWzfDPqz438z8JNr/?lang=pt#>. Acesso em: 5 abr. 2020.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. *Atenção primária à saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?* Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

GOMES, M. F. P.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da Estratégia de Saúde da Família sob a ótica dos profissionais. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 31, n. 3, p. 1-13, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7108>. Acesso em: 5 abr. 2020.

LEANDRO, S. S.; MONTEIRO, P. S. Avaliação da coordenação da atenção na perspectiva dos profissionais de saúde. *Enfermagem em Foco*, [s.l.], v. 8, n. 3, 2017. ISSN 2357-707X. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1097>. Acesso em: 10 jul. 2020.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. C. Atributos da Atenção Primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 11, n. 3, p. 323-34, jul./set. 2011.

LIMA, E. F., SOUZA, A. I., LEITE, F. M. C., LIMA, R. C. D., SOUZA, M. H. N., PRIMO, C. C. Avaliação da Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos profissionais de saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [on line]*. v. 20, n. 2, p. 275-280, 2016. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/pt/lil-781500?lang=pt>. Acesso em: 04/04/2019.

MARTINS, J. S., ABREU, S. C. C., QUEVEDO, M. P., BOURGET, M. M. M. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-13, 2016.

MENDES, E. V. *A construção social da Atenção Primária à Saúde*. Brasília, DF: CONASS, 2015.

PEREIRA, I. B.; LIMA, F. L. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2020.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 8, 2009. [Cepesc/IMS/UERJ/Abrasco]. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2020.

SANTOS, R. O. M.; ROMANO, V. F.; ENGSTROM, E. M. Vínculo longitudinal na saúde da família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, e280206, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000200602&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 ago. 2020.

SILVA, S. A., NOGUEIRA, D. A., PARAIZO, C. M. S., FRACOLLI, L. A. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde. *Revista Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 48, especial, p. 126-32, 2014. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/download/103059/101346/180386>. Acesso em: 7 jul. 2020.

SILVA, S. A.; BAITILO, T. C.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (online), v. 23, n. 5, p. 979-87, 2015.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias*. Brasília: Unesco; MS, 2002.

Sobre os autores:

Renata Aparecida de Almeida Ferreira: Enfermeira. Mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Enfermeira na Atenção Básica. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Araraquara. **E-mail:** enf.renataalmeida@yahoo.com.br, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0003-2534-1912>

Simone Albino da Silva: Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG). **E-mail:** simone.silva@unifal-mg.edu.br, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0002-2725-8832>

Murilo César do Nascimento: Programa de Pós-Doutoramento pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP). Doutor e mestre em Ciências, na área de Saúde na Comunidade, pelo Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG). Docente da Escola de Enfermagem da UNIFAL. **E-mail:** murilo.nascimento@unifal-mg.edu.br, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0002-3436-2654>

Adriana Feliciano Barbieri: Enfermeira pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Docente associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). **E-mail:** adrianabufscar@ufscar.br, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0003-2524-9876>

Luciana Nogueira Fioroni: Psicóloga. Docente associada do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). **E-mail:** lucianafn@hotmail.com, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0002-2311-7848>

