



**Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia**

MORGANA DE OLIVEIRA MADUREIRA

**ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E SEUS ATRIBUTOS: UMA
PESQUISA BIBLIOGRÁFICA**

BRASÍLIA
2015

MORGANA DE OLIVEIRA MADUREIRA

**ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E SEUS ATRIBUTOS: UMA
PESQUISA BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Olga Maria Ramalho de Albuquerque

BRASÍLIA
2015

MORGANA DE OLIVEIRA MADUREIRA

**ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E SEUS ATRIBUTOS: UMA
PESQUISA BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Professora Olga Maria Ramalho de Albuquerque
Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia

Professor Vagner dos Santos
Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia

Professora Walterlânia Silva Santos
Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia

BRASÍLIA
2015

Dedico este trabalho a Deus e à minha família, que são os meus pilares. A quem devo todo meu amor, respeito, admiração, dedicação e eterna gratidão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, ao meu Deus, que é quem tem me dado vida, saúde, alegria e tem renovado todos os dias as minhas forças, esperanças e me motivado sempre a prosseguir, independente das circunstâncias, pois me faz saber que Ele sempre está comigo e é o meu melhor amigo. Que aonde eu for, que tudo o que eu pense, fale e faça seja para honrar e glorificar o nome Dele, pois sem Ele eu não teria superado todos os obstáculos pessoais, psicológicos e emocionais que precisei enfrentar para chegar até aqui e durante toda a minha vida. Que todos os dons que eu recebi, que todos os talentos que há em mim, sejam para adorar e servir a esse Deus que me amou primeiro e me adotou como filha. Agradeço por saber que sou pequena, mas Ele é grande, que eu sou frágil, mas Ele é forte e por dia após dia Ele me fazer crescer. Sou toda amor e toda gratidão.

Agradeço aos meus pais, Marcos e Francinice, por esse amor incondicional, apoio total, dedicação extrema e investimento em mim. Devo tudo a vocês, faço tudo por vocês.

Ao meu pai agradeço por ser o meu maior exemplo de homem íntegro, batalhador e honesto. Exemplo de dedicação, paciência, força e persistência. Obrigada por me ensinar com seu testemunho de vida a nunca desistir, por mais que tudo ao redor diga não e mostre-se impossível. Tenho muito orgulho do senhor e de ser sua filha. Obrigada por todo companheirismo, carinho, atenção, por cada decisão tomada junto comigo, por cada conversa e pelos seus preciosos conselhos.

À minha mãe agradeço por ser o modelo de mulher que eu quero ser. Mulher forte, íntegra, amiga, de uma fé incomparável, de oração, que tem o coração do tamanho do mundo, que ama sem medida e é linda de viver. Obrigada pelo seu cuidado comigo, com nosso lar e nossa família, não tem como descrever em palavras o que a senhora faz por nós e de como esse cuidado me deu forças. Obrigada por insistir sempre em mim, pelas suas muitas orações que têm me alcançado todos os dias, por me ensinar nos caminhos de Deus e por me fazer querer ser pelo menos um terço do que a senhora é, mulher virtuosa.

Agradeço à minha amora linda, minha irmã, Giovana, minha amiga da vida inteira, companheira. Obrigada por me ensinar a cuidar de alguém, me ensinar a dividir, por me ensinar com a sua alegria e com sua perseverança a sempre ir atrás do que se quer. Obrigada por ouvir meus medos, desabafos e por dormir muitas

noites durante esses anos de luz acesa para que eu pudesse estudar e principalmente nessa etapa final. Crescer e viver com você fez e faz toda a diferença. Obrigada pelo seu amor.

Agradeço ao meu amor, Murilo, por sempre me apoiar nos meus sonhos, e, principalmente, sonhar junto comigo, por me suportar nos momentos de estresse, por orar por mim quando o medo invade e por sempre me dizer que tudo vai dar certo. Obrigada por andar lado a lado, ombro a ombro, de mãos dadas comigo, num só objetivo, num só propósito e por me dar forças quando eu preciso. Obrigada pelo seu amor, dedicação e por ser o meu porto seguro.

Agradeço a todos os meus tios e tias, primos e primas (meus irmãos) e à minha avó por todo amor, ajuda e incentivo. Muito do que sou hoje devo também a todos vocês. Vocês todos também são exemplos de vida pra mim.

Agradeço aos meus amigos por todo carinho, amizade e orações. Agradeço aos casais parceiros, em especial às minhas amigas Glayciane e Pamela, por toda torcida, pelo carinho, pelas orações e pelo companheirismo. Agradeço também às amigas Raquel, Taynara e Lorena por toda preocupação, amizade, atenção, carinho e orações, pois elas têm me alcançado. Agradeço à minha amiga Taináh que foi minha companheira durante todos esses anos de graduação e me ajudou em momentos que achei que ninguém poderia.

Agradeço à minha orientadora, Professora Olga Maria, que se fez mais que uma professora, se fez uma amiga e uma terapeuta nos momentos difíceis que passei e me ajudou a superá-los para então conquistar o meu objetivo de me formar. Não tenho palavras para agradecer tudo o que você fez por mim, por sempre acreditar em mim e dizer que eu era capaz. Obrigada.

Por fim, mas não menos importante, agradeço ao Professor Vagner por toda ajuda gratuita dada a mim na construção desse trabalho. Agradeço a ele e à Professora Walterlânia por aceitarem compor minha banca de avaliação desse trabalho tão importante pra mim.

Agradeço, ainda, à Universidade de Brasília, por me proporcionar anos de grande aprendizado.

“Consciente ou inconscientemente, cada um de nós presta um ao outro serviço. Se nós cultivamos o hábito de fazer este serviço deliberadamente, nosso desejo de servir crescerá gradualmente e faremos não apenas a nossa própria felicidade, mas da sociedade em geral.”

(Mahatma Gandhi)

RESUMO

A Atenção Primária em Saúde (APS) constitui-se um nível de atenção que se demonstra de bastante importância e impacto nos sistemas de saúde onde é adotada. É uma forma de organização dos serviços de saúde, um aspecto para integrar todos os aspectos desses serviços e tem como objetivo as necessidades de saúde da população. De acordo com Bárbara Starfield (2002) a APS é constituída de atributos: porta de entrada (serviço de primeiro contato), longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural. Teve-se como objetivo analisar os artigos científicos que abordam a APS e seus atributos na base de dados LILACS. Foi feita uma pesquisa bibliográfica que, ao final, foram selecionados vinte e quatro (24) artigos no total, pela busca avançada com os índices título, resumo e assunto, pela combinação do descritor “Atenção Primária em Saúde” com as palavras “porta de entrada”, “longitudinalidade”, “integralidade”, “coordenação do cuidado”, “orientação para a comunidade”, “centralidade na família” e “competência cultural”. Todos os artigos foram selecionados após a filtragem e leitura dos resumos, tendo como filtros texto completo disponível, base de dados LILACS, Brasil como país/região como assunto, língua portuguesa e artigo como tipo de documento. Diante dos resultados encontrados, nenhum dos atributos foi bem classificado e são muitos os desafios da APS em todos os ângulos e olhares, que vão desde a valorização desta nos espaços políticos e sociais, de recursos humanos, de financiamento, de gestão, até às práticas das equipes.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde.

ABSTRACT

The Primary Health Care (PHC) constitutes a level of attention that demonstrates the great importance and impact on health systems where it is used. It is a form of organization of health services, an aspect to integrate all aspects of these services and the goal is the health needs of the population. According to Barbara Starfield (2002) PHC has some attributes: gateway (first contact service), longitudinality, completeness, care coordination, community orientation, centrality in the family and cultural competence. It has as objective to analyze scientific articles that discuss the APS and its attributes in the LILACS database in the period between 2008 and 2014. A bibliographic research was made that, at the end, was selected twenty-four (24) items in total, by the advanced search with the indexes title, abstract and subject, by combining the descriptor "Primary Health Care" with the words "gateway", "longitudinality", "integrity", "coordination of care", "community orientation "" centrality in the family "and" cultural competence ". All articles were selected after filtering and reading the abstracts, with the full text filters available in LILACS database, Brazil as a country / region as subject, Portuguese and article as document type. Considering the results, none of the attributes was well classified and there are many challenges of PHC at every angles and looks, ranging from the development of this in the political and social spaces, human resources, financing, management, until practices the teams.

Keywords: Primary Health Care.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	10
2. REFERENCIAL TEÓRICO	10
2.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	11
2.1.1. <i>SERVIÇOS DE PRIMEIRO CONTATO/PORTA DE ENTRADA</i>	14
2.1.2. <i>LONGITUDINALIDADE</i>	15
2.1.3. <i>INTEGRALIDADE</i>	15
2.1.4. <i>COORDENAÇÃO DO CUIDADO</i>	16
2.1.5. <i>ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE</i>	16
2.1.6. <i>CENTRALIDADE NA FAMÍLIA</i>	17
2.1.7. <i>COMPETÊNCIA CULTURAL</i>	17
2.2. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	18
3. OBJETIVOS	20
3.1. OBJETIVO GERAL	20
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4. PERCURSO METODOLÓGICO	21
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
5.1. ESCOLHA DO TEMA	23
5.2. ELABORAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO	23
5.3. IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO	23
5.4. COMPILAÇÃO	24
5.5. FICHAMENTO	30
5.6. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO	58
5.6.1. <i>PORTA DE ENTRADA/SERVIÇO DE PRIMEIRO CONTATO</i>	58
5.6.2. <i>LONGITUDINALIDADE</i>	59
5.6.3. <i>INTEGRALIDADE</i>	60
5.6.4. <i>COORDENAÇÃO DO CUIDADO</i>	62
5.6.5. <i>ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE</i>	64
5.6.6. <i>CENTRALIDADE NA FAMÍLIA</i>	64
5.6.7. <i>COMPETÊNCIA CULTURAL</i>	65
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) constitui-se um nível de atenção que se demonstra de bastante importância e impacto nos sistemas de saúde onde é adotada (MACINKO, DOURADO e GUANAIS, 2011). A diferença da APS configura-se na qualidade dos serviços prestados, no foco em cuidados contínuos e na cooperação entre os diversos profissionais de saúde (BRASIL, 2008).

Muitas das vantagens da APS estão documentadas principalmente por meio de estudos a respeito dos benefícios dos componentes desse nível de atenção (STARFIELD, 2002), a exemplo da pesquisadora norte-americana Bárbara Starfield, que possui uma grande gama de pesquisas nesse ramo. Em algumas delas discute a APS e a divide em atributos, que visa serem essenciais para uma boa conduta de atendimento e serviços de saúde para a população: serviço de primeiro contato/porta de entrada, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural (STARFIELD, 2002).

No Brasil, muito se discute sobre a importância da APS como eixo básico e estruturador do Sistema Único de Saúde (SUS), mas ainda há muitos desafios a serem enfrentados para que tal objetivo seja alcançado.

Dados os almejados objetivos, propõe-se o fortalecimento da APS, em que se define a Estratégia Saúde da Família (ESF) como a principal estratégia organizativa, que reafirma a necessidade de tornar a prática da atenção na Saúde da Família integral, por meio de responsabilização clínica e territorial, isto é, uma prática integral na atenção às necessidades em saúde dos indivíduos e na corresponsabilidade pela saúde da população no seu território (CONASS, 2011).

O contínuo aprimoramento do conhecimento baseado em evidências é fundamental para o progresso em todos os campos de esforço, e a Atenção Primária em Saúde não é exceção. Como resultado da negligência da própria Atenção Primária em Saúde como um assunto que é de interesse acadêmico, ainda existe um grande acúmulo de questões que precisam de respostas (STARFIELD, 2002).

Por essa razão o objetivo desse estudo é analisar os artigos científicos que abordam a Atenção Primária em Saúde e seus atributos na base de dados *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)*.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Atenção Primária em Saúde

Na Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978) a atenção básica é entendida como a atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias apropriadas (tecnologias relevantes às necessidades de saúde da população, avaliadas de maneira correta, socialmente aceitáveis e com elevada relação custo-benefício) e cientificamente comprovadas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1978) tem defendido a Atenção Primária em Saúde desde a Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978) como potencial estratégia para alcançar a equidade e ganhos equitativos em saúde e no desenvolvimento humano. Nela afirma-se a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos por meio de medidas sanitárias e sociais, que reafirmam a saúde como direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2009).

A saúde, no Brasil, foi inscrita pela primeira vez na Constituição Federal (CF) de 1988:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, p. 55).

Para assegurar tal direito ao cidadão criou-se o sistema público de saúde do Brasil, denominado Sistema Único de Saúde (SUS), que é regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dando início à sua implantação, com acesso universal e estruturado de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada.

Em 28 de Junho de 2011 a Lei 8.080/1990 foi regulamentada pelo Decreto Nº 7.508/2011, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Este Decreto organiza o SUS em Redes de Atenção à Saúde (RAS), conceituando-as como “conjuntos de ações e serviços de saúde articulados em níveis de

complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2012) diz que as RAS são constituídas em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, contendo diversos atributos.

Mendes (2009 apud MENDES, 2010, p. 2300) conceitua as RAS como:

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidade sanitária e econômica por esta população (MENDES, 2010).

É sabida a importância que a Atenção Primária em Saúde (APS) possui para que haja melhor coordenação e organização dos serviços de saúde e para integrar os aspectos desses serviços, visando sempre as necessidades da população e ela tem sido colocada como protagonista de modelo e base estruturante para sistemas de saúde, incluindo o SUS.

Dado o objetivo do presente trabalho, aborda-se o que se refere à Atenção Primária em Saúde, aprovada pela PNAB (2012) como Atenção Básica em Saúde.

A atenção básica caracteriza-se por ser um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (PNAB, 2012).

Giovanella e Mendonça (2009) abordam a atenção básica também como um conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas, sendo esta, nos dias atuais, considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão.

Nessa concepção a atenção básica representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, pelo qual os cuidados de saúde estão situados mais próximos, dentro da sua possibilidade, aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham (OMS, 1978).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2011) traz um quadro sobre as diferentes interpretações da Atenção Primária à Saúde:

INTERPRETAÇÕES DE APS	DEFINIÇÃO OU CONCEITO DE APS
APS seletiva Um conjunto específico de atividades e serviços de saúde voltados à população pobre.	A APS constitui-se em um conjunto de atividades e serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento.
Um nível de Atenção em um sistema de serviços de saúde.	APS refere-se ao ponto de entrada no sistema de saúde quando se apresenta um problema de saúde, assim como o local de cuidados contínuos da saúde para a maioria das pessoas. Esta é a concepção mais comum da APS na Europa e em outros países industrializados.
Uma estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde.	Para que a APS possa ser entendida como uma estratégia para organizar o sistema de saúde, este sistema deve estar baseado em alguns princípios estratégicos simples: funcionalmente integrados (coordenação); baseados na participação da comunidade, custo-efetivos, e caracterizados por colaboração intersetorial.
Uma concepção de sistema de saúde, uma "filosofia" que permeia todo o sistema de saúde.	Um país só pode proclamar que tem um sistema de saúde baseado na APS, no sentido mais profundo da expressão, quando seu sistema de saúde se caracteriza por: justiça social e equidade; auto responsabilidade; solidariedade internacional e aceitação de um conceito amplo de saúde. Enfatiza a compreensão da saúde como um direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde.
	Não diferente nos princípios de Alma-Ata, mas sim na ênfase sobre as implicações sociais e políticas na saúde. Defende que o enfoque social e político da APS deixaram para trás aspectos específicos das doenças e que as políticas de desenvolvimento devem ser mais indusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação, se pretendem alcançar mais equidade em saúde.

Fonte: CONASS, 2011.

Bárbara Starfield (2002) define alguns atributos dos serviços de atenção primária, abordagem também difundida no Brasil, como:

1. Serviço de primeiro contato/porta de entrada;
2. Longitudinalidade;
3. Abrangência ou integralidade;
4. Coordenação do cuidado;
5. Orientação para a comunidade;

6. Centralidade na família;
7. Competência cultural.

2.1.1. Serviços de primeiro contato/porta de entrada

A APS tem poder de resolução de aproximadamente 85% das necessidades de saúde da população (CONASS, 2011). Os serviços de primeiro contato caracterizam-se por ser a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, e são serviços procurados regularmente cada vez que o paciente necessita de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2009).

Por ser o primeiro serviço de saúde prestado ao usuário quando solicitado ele deve ser de fácil acesso e sempre estar disponível. Esse acesso é referenciado tanto geograficamente (fatores relacionados à localidade, distância e meio de transporte para obter o atendimento), quanto sócio-organizacionalmente (fatores e recursos que facilitam ou impedem o atendimento) (CONASS, 2011).

Se utilizada como primeiro recurso a APS traz vantagens, como por exemplo: a redução de aspectos que tem sido vistos muitas vezes como barreira para a obtenção do cuidado necessário, como número de cirurgias, o uso de especialistas em doenças, o número de exames complementares, etc. Também aumentam as ações de prevenção e promoção da saúde (CONASS, 2011).

Na PNAB (2012) a Atenção Básica deve ser “o contato preferencial dos usuários e a principal porta de entrada da rede de atenção”. O Decreto nº 7.508/2011 estabelece, no Art. 9º, outras portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas RAS, como os serviços:

- I – de atenção primária;
- II – de atenção de urgência e emergência;
- III – de atenção psicossocial;
- IV – especiais de acesso aberto.

2.1.2. Longitudinalidade

A Longitudinalidade é a sujeição de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação clínico-paciente, ao longo da vida, independentemente da ausência ou da presença de doença (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2009).

As equipes de atenção primária podem acompanhar o usuário em diversos momentos de sua vida, da sua família e de toda a comunidade em sua área de atuação. Da mesma forma que as equipes conhecem os usuários, os usuários conhecem as equipes e assim se forma o vínculo e a responsabilização essenciais para que a longitudinalidade possa ocorrer como deve. Mas muitas vezes a alta rotatividade de profissionais nas equipes de saúde se torna um fator impeditivo do alcance da longitudinalidade (CONASS, 2011).

Quando existe a estabilidade de profissionais e de serviços, observa-se com maior frequência que os tratamentos são completados, são realizadas mais ações de prevenções e conseqüentemente menor proporção de hospitalizações, há mais capacidade dos profissionais em avaliar de forma adequada as necessidades dos usuários, maior integralidade e coordenação do cuidado e concomitantemente maior satisfação desses usuários (CONASS, 2011).

2.1.3. Integralidade

A integralidade é o reconhecimento de amplo espectro de necessidades, considerando-se os âmbitos orgânicos, psíquicos e sociais da saúde e implica oferecer serviços preventivos e curativos e garantir acesso a todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias por meio de encaminhamento, quando este se faz necessário (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2009).

Na integralidade a promoção, a prevenção e o tratamento são integrados na prática clínica/comunitária e possui abordagem voltada para o indivíduo, sua família e seu contexto, sendo essencial a atuação interdisciplinar das equipes de saúde.

Na maioria das vezes, os fatores que impedem esse atributo estão mais relacionados a problemas estruturais, que limitam a gama de serviços oferecidos, e a problemas na organização dos serviços (CONASS, 2011).

2.1.4. Coordenação do cuidado

A coordenação do cuidado implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção no interior da rede de serviço, organizando as diversas ações e serviços essenciais para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2009), ela é a organização das respostas ao conjunto das necessidades.

A disponibilidade e a utilização da informação são a essência da coordenação. No Brasil, esse atributo precisa ser fortalecido, pois ele é crucial para que a APS ocupe o seu papel no sistema de saúde como base, como estrutura do sistema (CONASS, 2011).

Para existir a coordenação é necessária a transferência de informações sobre os problemas de saúde dos usuários, o que requer a existência de prontuário de acompanhamento longitudinal e um sistema eficaz de referência e contrarreferência (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2009). Desta forma haveria melhor identificação dos problemas de saúde, melhor adesão a tratamentos, dietas, execução de exames e consultas de encaminhamento, menos hospitalizações e menos exames complementares (CONASS, 2011).

2.1.5. Orientação para a comunidade

A orientação para a comunidade se refere ao entendimento de que as necessidades em saúde dos indivíduos, das famílias e da população estão diretamente relacionadas ao contexto social e que o reconhecimento dessas

necessidades pressupõe o conhecimento do contexto social da área de atuação das equipes de saúde (CONASS, 2011).

A orientação para a comunidade é feita por meio do conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita em razão do contexto econômico e social em que vive e também da distribuição dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis na comunidade, envolvendo dessa forma a participação da comunidade nas decisões sobre a sua saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2009).

2.1.6. Centralidade na família

A centralidade na família só é alcançada com a consideração do contexto e da dinâmica familiar para melhor avaliar como responder às necessidades de cada membro e com o conhecimento dos membros e de seus problemas de saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2009).

2.1.7. Competência cultural

A competência cultural se dá por meio do reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidade (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2009).

As equipes de saúde devem ser capacitadas a reconhecer as múltiplas particularidades e necessidades dessas subpopulações, que podem estar afastadas dos serviços pelas, como citadas anteriormente, peculiaridades culturais (CONASS, 2011).

2.2. Estratégia Saúde da Família

Como estratégia para contribuir na construção de um novo modelo de atenção integral à saúde das famílias, o Brasil adotou, em 1991, o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), logo transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF).

O PACS foi implantado em caráter emergencial e visou dar suporte à assistência básica onde não houvesse condições de interiorização da assistência médica. Os agentes foram gradualmente capacitados para outras atribuições, como cadastramento da população, diagnóstico comunitário, identificação de áreas de risco e promoção das ações de proteção à saúde da criança e da mulher (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2009).

De acordo com Viana e Dal Poz (1998), o PSF é um instrumento de reorganização e reestruturação do sistema público de saúde, em seu processo de municipalização.

Esses dois programas foram dispositivos essenciais de reorganização das ações da atenção básica. Tais ações revelam-se nos seguintes objetivos (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE-DF, online):

- Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita;
- Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- Humanizar as práticas de saúde por meio do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;

- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida;
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício social.

A presença dos atributos de atenção primária à saúde, elencados por Starfield (2002), favorece o fato de que os serviços de atenção primária em saúde tenham capacidade de atender a todas as necessidades em saúde da população adscrita. A organização do sistema de saúde deveria prover apoio coordenado dos outros pontos de atenção da rede de serviços de saúde e com outros setores, além da execução, pela própria equipe de saúde da família, de ações individuais e coletivas fora dos muros das unidades básicas de saúde (BRASIL, 2011).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Analisar os artigos científicos que abordam a Atenção Primária em Saúde e seus atributos na base de dados *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*.

3.2. Objetivos Específicos

- Identificar na literatura científica os artigos referentes à Atenção Primária em Saúde;
- Organizar os artigos encontrados na base de dados LILACS de acordo com os atributos da APS;

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica (ou de fontes secundárias) tipificada por Marconi e Lakatos (2003) como a busca de toda a bibliografia (se possível) já publicada a respeito de um tema a ser estudado, podendo ser: publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico, etc. Inclui também meios de comunicação orais: rádio, gravações em fita e audiovisuais como: filmes e televisão.

O objetivo da pesquisa bibliográfica é colocar em contato direto o pesquisador e o que foi publicado, podendo essas fontes de documentos bibliográficos variarem as formas dos dados, exigindo assim, manipulação e procedimentos diferentes (MARCONI e LAKATOS, 2003).

Para atender ao objetivo do estudo adotaram-se as fases propostas por Marconi e Lakatos (2003) que estão descritas a seguir:

- Escolha do tema;

O tema é o assunto que se deseja desenvolver, em que é selecionado de acordo com as inclinações e com as qualificações pessoais de quem se propõe a elaborar um trabalho científico, encontrando um objeto que mereça ser investigado cientificamente.

- Elaboração do plano de trabalho;

É na elaboração do plano de trabalho que se deve observar a estrutura de todo o trabalho científico. Essa etapa refere-se ao levantamento bibliográfico preliminar, com delimitação clara dos descritores ou das palavras a serem empregadas.

- Identificação;

É a fase de reconhecimento do assunto referente ao tema de estudo, onde é feita a busca de catálogos com relação a esse tema e o levantamento dos assuntos abordados nesses catálogos, podendo ser pelo sumário, índice ou resumo das obras.

- Localização;

Após o levantamento bibliográfico, com a identificação das obras que interessam, passa-se à localização destas nas bases de dados disponíveis para busca.

- Compilação;

É a reunião sistemática do material.

- Fichamento;

É a transcrição dos dados das fontes de referência em fichas, com o máximo de exatidão e cuidado. A ficha permite a ordenação do assunto e também leva o indivíduo a pôr ordem em seu material, o que facilita o desenvolvimento das atividades.

- Análise e interpretação;

A análise e interpretação são a crítica do material bibliográfico. Deve-se levar em consideração que os dados por si só não dizem nada, é preciso que o cientista os interprete, ou seja, seja capaz de expor seu verdadeiro significado e compreender as conclusões mais amplas que podem conter.

- Redação.

A redação da pesquisa bibliográfica varia de acordo com o tipo de trabalho científico que se deseja apresentar, podendo ser uma monografia, uma dissertação ou uma tese.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Escolha do tema

O tema selecionado foi a Atenção Primária em Saúde e seus atributos.

5.2. Elaboração do plano de trabalho

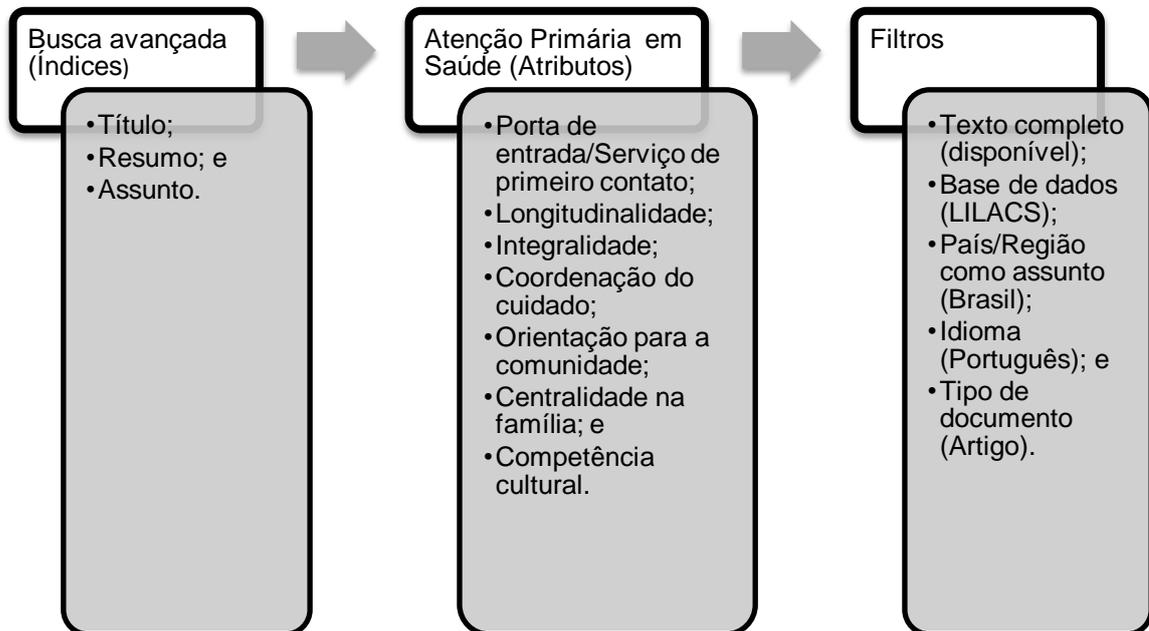
Os atributos dos serviços de atenção primária foram elencados/explicitados por Bárbara Starfield (2002): porta de entrada (serviço de primeiro contato), longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural. O descritor escolhido para a pesquisa foi *Atenção Primária em Saúde*.

5.3. Identificação e Localização

Na busca efetuada na base de dados (LILACS) utilizaram-se “palavras” para os atributos uma vez que não estão inscritos como Descritores das Ciências da Saúde (DeCS), enquanto que o DeCS escolhido para a pesquisa foi *Atenção Primária em Saúde*. Na sequência cada um dos atributos foi individualmente cruzado com o DeCS *Atenção Primária em Saúde*. Procedeu-se a identificação e localização da literatura científica no portal de pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), por meio da busca avançada dentro da base de dados (LILACS), utilizando os índices de busca “título”, “resumo” e “assunto”. Todo esse processo resultou em um número grande de artigos (713) que passaram por um processo de filtragem.

Na filtragem foi registrada, atributo por atributo, a quantidade dos artigos pesquisados à medida que se utilizaram os filtros com os títulos e subtítulos: Texto completo (disponível); Base de dados (LILACS); País/Região como assunto (Brasil); Idioma (Português); e Tipo de documento (Artigo).

Passo a passo para a busca dos artigos



5.4. Compilação

Descreve-se a seguir os artigos identificados na LILACS segundo os atributos da Atenção Primária em Saúde por Starfield (2002) e Giovanella e Mendonça (2009).

No atributo *porta de entrada (serviços de primeiro contato)* foram encontrados setenta e cinco (75) artigos, num total de vinte (20) após a filtragem e sete (7) selecionados. Para *longitudinalidade* o total de artigos encontrados foi de cinquenta e dois (52), um total de sete (7) após a filtragem e quatro (4) selecionados. Para *integralidade* foram encontrados trezentos e quarenta e cinco artigos (345), quarenta e cinco (45) restaram após a filtragem e seis (6) foram selecionados. Em *coordenação do cuidado* foram encontrados cinquenta e cinco (55) artigos, vinte e um (21) após a filtragem e quatro (4) selecionados. Para *orientação para a comunidade* foram encontrados sessenta e cinco (65) artigos, dois (2) após a filtragem e um (1) selecionado. Para o atributo *centralidade na família* foram

encontrados nove (9) artigos, onde restou um (1) após a filtragem e esse foi selecionado. Para *competência cultural* foram encontrados cento e doze (112) artigos, restando um (1) após a filtragem e esse foi selecionado.

Após a filtragem e leitura dos resumos dos artigos, como mostra o quadro 1, foi selecionado um total de vinte e quatro (24) artigos para a pesquisa bibliográfica. A escolha dos artigos levou em consideração os conceitos apresentados por Giovanella e Mendonça (2009) dos atributos básicos dos serviços de atenção primária.

Quadro 1. Resumo do quantitativo de artigos encontrados na LILACS. Brasília-DF, 2015.

Descritor	Atributo	Total de artigos encontrados	Total de artigos após a filtragem	Total de artigos selecionados	Total de artigos para revisão
Atenção Primária em Saúde	Porta de entrada (serviço de primeiro contato)	75	20	7	24
	Longitudinalidade	52	7	4	
	Integralidade	345	45	6	
	Coordenação do cuidado	55	21	4	
	Orientação para a comunidade	65	2	1	
	Centralidade na família	9	1	1	
	Competência cultural	112	1	1	

Quadro 2. Autores, ano de publicação, títulos e atributos

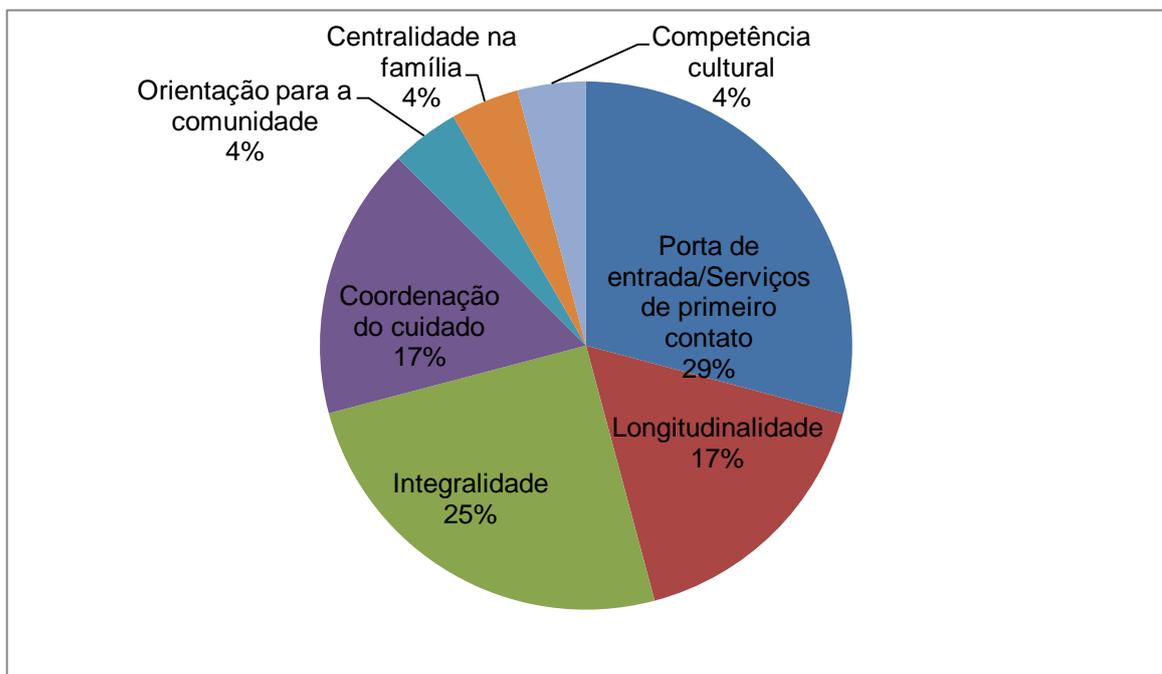
Artigo	Autor	Ano	Título	Atributo
1	CUNHA, A. B.O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.	2010	Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema	Porta de entrada (serviços de primeiro contato)
2	GIOVANELLA, L. et al	2009	Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil	Porta de entrada (serviços de primeiro contato)
3	MELO, E. M. et al	2008	A organização da Atenção Básica em municípios integrantes do projeto de expansão e consolidação do saúde da família em Mato Grosso, Brasil	Porta de entrada (serviços de primeiro contato)
4	TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CESAR, C. L. G.	2008	Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário	Porta de entrada (serviços de primeiro contato)
5	PEREIRA, M. J. B. et al	2011	Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde	Porta de entrada (serviços de primeiro contato)
6	CAMPOS, R. T. O. et al	2014	Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários	Porta de entrada (serviços de primeiro contato)
7	AZEVEDO, Ana L. M.; COSTA, A. M.	2010	A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família	Porta de entrada (serviços de primeiro contato)
8	GOMES, K. O. et al	2011	Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde	Longitudinalidade
9	CUNHA, E. M.;	2011	Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema	Longitudinalidade

	GIOVANELLA, L.		público de saúde brasileiro	
10	ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F.	2014	Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal	Longitudinalidade
11	MORAES, V. D.; CAMPOS, C. E. A.; BRANDÃO, A. L.	2014	Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário	Longitudinalidade
12	HEIMANN, L.S. et al	2011	Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brazil)	Integralidade
13	MACEDO, L. M.; MARTIN, S. T. F.	2014	Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária	Integralidade
14	TAVARES, M. F. L.; MENDONÇA, M. H. M.; ROCHA, R. M.	2009	Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde	Integralidade
15	CAMARGO JUNIOR, K. R. et al	2008	Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade	Integralidade
16	TESSER, C. D.; LUZ, M. T	2008	Racionalidades médicas e integralidade	Integralidade
17	PIRES, V. M. M. M.; RODRIGUES, V. P.;	2010	Sentidos da integralidade do cuidado na saúde da família	Integralidade

	NASCIMENTO, M. A. A.			
18	GOMES, F. M.; SILVA, M. G. C	2011	Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte	Coordenação do cuidado
19	ALMEIDA, P. F. et al	2010	Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos	Coordenação do cuidado
20	SILVA, R. M.; ANDRADE, L. O. M.	2014	Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária	Coordenação do cuidado
21	SANTOS, D. C.; FERREIRA, J. B. B.	2012	O prontuário da família na perspectiva da coordenação da atenção à saúde	Coordenação do cuidado
22	ALENCAR, M. N. et al	2014	Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família	Orientação para a comunidade
23	SCHMIDT, M. L. S.; NEVES, T. F. S.	2010	O trabalho do agente comunitário de saúde e a política de atenção básica em São Paulo, Brasil	Centralidade na família
24	OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C.	2013	Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família	Competência Cultural

Do total de 24 artigos selecionados para a pesquisa bibliográfica, aproximadamente 29,15% (7 artigos) abordam a APS como porta de entrada (serviços de primeiro contato); 16,65% (4 artigos) enfocam a longitudinalidade; 25% (6 artigos) a integralidade, 16,65% (4 artigos) a coordenação do cuidado, 4,15% (1 artigo) orientação para a comunidade, 4,15% (1 artigo) a centralidade na família e, ainda 4,15% (1 artigo) sobre competência cultural. Vemos assim, no quadro 2, a sistematização dos 24 artigos com os autores, ano de publicação, título e o atributo relacionado.

Gráfico 1 – Distribuição dos artigos sobre APS identificados na LILACS. Brasília, 2015.



Nos artigos publicados sobre o tema APS observou-se predominância de artigos que tratam do atributo porta de entrada/serviço de primeiro contato, ao passo que um quarto do total versa sobre integralidade. Os atributos coordenação do cuidado e longitudinalidade representam 17% cada, enquanto que orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural contribuem com 4% cada do total.

5.5. Fichamento

Atributo: Porta de entrada

Artigo	Autor/Data	Objetivo	Método	Resultados
Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema.	CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (2010)	Analisar a implantação de ações voltadas para a acessibilidade à atenção básica em um município da Bahia, Brasil.	Estudo de caso	<ul style="list-style-type: none"> Os principais obstáculos encontrados dizem respeito a problemas na estruturação do sistema de marcação de consulta, marcação de consulta por telefone e de referência aos serviços especializados. Ausência de ações voltadas para o acolhimento à demanda espontânea e lista de espera nas UBS, persistindo problemas tradicionais como filas e longo tempo de espera para a realização de consultas e exames. Insatisfatório nível de implantação do sistema de marcação de consultas em três das quatro unidades analisadas. Baixa valorização do contato com o paciente e a ausência das ações de promoção da saúde e prevenção de doença. Bom desempenho da acessibilidade geográfica que obteve classificação satisfatória para as unidades de saúde da família e não satisfatório para as unidades básicas tradicionais e para busca de assistência especializada (longos percursos a pé por falta de dinheiro para transporte urbano).
Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil	GIOVANELLA, L. et al. (2009)	Analisar a implementação da SF com foco na integração à rede assistencial e à atuação intersetorial em quatro capitais, para discutir as potencialidades da SF como estratégia de atenção primária em saúde	Estudo de casos	<ul style="list-style-type: none"> Em parte das unidades, os especialistas da atenção básica funcionam como profissionais de suporte para as equipes SF do centro de saúde; Os serviços de atenção primária tem se configurado como importante fonte de cuidado regular e porta de entrada preferencial nos municípios estudados; Os profissionais das equipes SF e mais de 80% dos médicos e enfermeiros reconhecem os serviços de atenção básica como a porta de entrada preferencial; A integração da rede assistencial para garantia da atenção especializada é preocupação nas ações e discursos dos gestores; A implantação do SISREG (Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória) possibilitou a marcação imediata de exames e consultas especializadas, para procedimentos com oferta suficiente, a definição de prioridades clínicas e o monitoramento das filas de espera; Diminuição do número de faltosos às consultas especializadas, diminuição das filas e tempo de espera, possibilidade de redistribuir cotas entre centros de saúde, análise

		abrangente.		<p>dos encaminhamentos e maior imparcialidade no controle das agendas;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em BH é incentivada a criação de comissões de regulação nos centros de saúde, com fluxo de estabelecimento de critérios de priorização ascendente partindo do centro de saúde; • Os gestores das quatro cidades relataram insuficiência de oferta da rede municipal para atender à demanda por atenção especializada, produzindo filas de espera; • A facilidade para realizar agendamentos para serviços de média complexidade é de 43% em Aracaju, 49% em Florianópolis e 81% em Belo Horizonte; • O tempo médio de espera para consultas especializadas de 3 meses ou mais foi estimado por 82% dos médicos em Florianópolis, 61% em BH, 45% em Aracaju e 34% em Vitória, mas para a maternidade foi relatado por mais de 70% dos médicos em três cidades, o que indica melhor acesso para atenção ao parto; • A disponibilidade e transferência de informações são reconhecidas pelos gestores que vêm informatizando as unidades e implantando prontuários eletrônicos.
A organização da Atenção Básica em municípios integrantes do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família em Mato Grosso, Brasil	MELO, E. M. et al. (2008)	Avaliar a Atenção Básica dos municípios de Cuiabá, Várzea Grande e Rondonópolis no Estado de Mato Grosso.	Estudo quali-quantitativo, composto de entrevistas e grupos focais	<ul style="list-style-type: none"> • Há preocupação com a avaliação do cuidado pelo usuário, pelo menos no que se refere às reclamações e denúncias que possam comprometer o sistema, todos tendo desenvolvido algum mecanismo de escuta do usuário, especialmente ouvidoria; • Em Rondonópolis as práticas de acolhimento e de humanização do cuidado ainda é uma prática pouco eficiente e precisa ser melhorada. Em Cuiabá, planeja-se iniciar trabalhos afins e em Várzea Grande a humanização não se mostra como uma prioridade da gestão; • Rotatividade dos profissionais, especialmente o médico, é um ponto problemático em Cuiabá e Rondonópolis; • Equipes multidisciplinares e formadas segundo o padrão básico – médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários. Têm atribuições específicas e bem definidas – o problema fica por conta da complementaridade e da cooperação; • Rondonópolis possui uma equipe de supervisão integrada, com objetivos, atribuições e métodos de trabalho compartilhados e mecanismos bem definidos de comunicação entre os integrantes, se encarregando da supervisão/avaliação de todas as unidades do sistema, PSF ou não.

				<ul style="list-style-type: none"> • Em nenhum dos municípios há um movimento social voltado para a saúde, duradouramente constituído; • Existem mecanismos de divulgação das decisões do CMS – jornal, boletim, ou rádio – o que é promissor, pois não há qualquer debate se as informações não fluem livremente; O controle social é a prioridade número 1 em Rondonópolis; • Há uma tensão entre Cuiabá e Várzea Grande, em razão da proximidade de ambos e da sobrecarga de demanda do primeiro, originária de usuários do segundo, onde a oferta de serviços é menor do que as necessidades da população; • Cuiabá ainda não consolidou o modelo de atenção regionalizado e hierarquizado, tenta se recuperar de uma crise do setor saúde e, no momento, a alternativa adotada é o início de estruturação da Rede de Atenção Básica; • Em Rondonópolis há cobertura universal de Atenção Básica pelo setor público, garantindo 60% da cobertura; • O tempo de espera para obtenção de consulta gira em torno de dois a sete dias, nos três municípios; • Oferta de cuidados básicos (atendimento e medicamentos) é garantida para toda a população em Rondonópolis, mas há problemas com o acesso a outros níveis de complexidade; • 71% dos usuários de Cuiabá consideram fácil conseguir uma consulta sempre ou quase sempre e 51% disseram que tem sempre ou quase sempre os medicamentos e equipamentos necessários à sua disposição; Rondonópolis com 58% e 21%, e Várzea Grande, com 53% e 11%, respectivamente; • Há a capacitação de profissionais de saúde;
Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário	TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CESAR, C. L. G. (2008)	Identificar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde utilizados pela população que referiu pelo menos um problema de	Inquérito domiciliar realizado com Entrevistas	<ul style="list-style-type: none"> • Os motivos de procura de ajuda foram complicações da gravidez, parto e puerpério e algumas afecções originadas no período perinatal. Além desses, também neoplasmas, doenças do aparelho geniturinário, doenças infecciosas e parasitárias; • O principal profissional procurado foi o médico e não-médico foi o farmacêutico; • A principal porta de entrada no sistema foi a atenção primária à saúde, seguido pelos hospitais e clínicas/ambulatórios; • Os serviços utilizados para o atendimento localizaram-se principalmente no

		<p>saúde nos 15 dias anteriores à entrevista, e conhecer sua percepção sobre a resolução deste problema.</p>		<p>próprio município de residência; A maioria foi atendida no próprio serviço procurado;</p> <ul style="list-style-type: none"> • O número de encaminhamentos para especialista e para internação após consulta foi considerado pequeno; Os serviços utilizados pelos entrevistados teve capacidade resolutiva de 97,8%; • Tanto a capacidade resolutiva qualitativa quanto a quantitativa diferiu em função do tipo de serviço utilizado; • O maior número de encaminhamentos foi feito para hospitais, depois para os ambulatórios/clínicas, para as unidades básicas de saúde e os prontos-socorros. Na contra-referência os hospitais também remeteram considerável número de pessoas às unidades básicas de saúde; • A maioria dos encaminhamentos pertencia às doenças dos aparelhos respiratório e digestivo. As UBS foram os únicos serviços que encaminharam casos de afecções relativas ao sistema nervoso e órgãos dos sentidos; • A maioria dos clientes teve medicamentos prescritos nos atendimentos recebidos, mas poucos obtiveram-nos gratuitamente; Muitos compraram e alguns não conseguiram os medicamentos; • Em 21% dos casos atendidos foi indicado tratamento sequencial (tratamentos complementares à terapêutica medicamentosa); • Locais onde os tratamentos foram realizados: 57,4% foram no próprio serviço do atendimento; 22,5% em locais fora da área de estudo; e 20,1% não foram realizados; • Entre os entrevistados, observou-se que 44,5% (527) referiram solução do problema de saúde e 35,5% (544) ainda estavam em tratamento. Apenas 1,2% (15) das pessoas foram encaminhadas a um especialista e 12,3% (213) não tiveram seu problema resolvido. A solução de problemas de saúde entre moradores que procuraram recursos no próprio município de residência foi de 41,1% (247); • Os serviços menos resolutivos foram os hospitais e prontos-socorros com mais de 10% de casos não solucionados; A maior menção de não resolução do problema foi observada entre os que não tiveram medicamentos prescritos; • A maior proporção de problemas resolvidos esteve entre as doenças respiratórias, as infecciosas e os sinais e sintomas mal definidos. • A maior frequência de casos não resolvidos foi observada nas doenças do
--	--	--	--	---

				<p>sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, basicamente outros transtornos do dorso e não especificados e outros transtornos dos tecidos moles. O segundo grupo de doenças menos resolvidas pertencia ao sistema nervoso e aos órgãos dos sentidos, principalmente afecções do olho e ouvido que necessitavam de um especialista. O terceiro grupo, também com mais de 15% dos casos não resolvidos, foi o das doenças do aparelho digestivo, prioritariamente outras doenças e afecções dos dentes e de suas estruturas de sustentação e transtornos da função gástrica.</p> <ul style="list-style-type: none"> Os moradores dos municípios mais próximos à capital foram aqueles que mais tiveram seu problema de saúde resolvido.
<p>Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde</p>	<p>PEREIRA, M. J. B. et al - 2011</p>	<p>Avaliar as características organizacionais e de desempenho, a partir dos usuários de uma das unidades de saúde da rede de ABS de um município do interior paulista.</p>	<p>Estudo de natureza descritiva, com delineamento transversal e abordagem quantitativa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Os principais problemas de acesso na visão do usuário são: a não abertura da UBS nos finais de semana (1,5%), indisponibilidade de telefone quando a UBS está fechada (2,6%), não obtenção de consulta com menos de 24 horas (15,5%) e tempo de espera na recepção maior que 30 minutos (20,4%); As melhores condições de acesso na UBS são: aberta uma noite/semana após 18h (78,7%), equipamentos adequados (93,1%) e não ter que pagar para ser atendido (100%); A porta de entrada apresenta escores favoráveis, como: prestação de serviços preventivos (92,4%), curativos (89,8%) e porta de entrada para consultas especializadas (83,4%); Esse atributo teve o melhor desempenho na avaliação dos usuários em relação aos demais; Sobre vínculo a maioria dos itens teve escores considerados muito bons, como: compreende as preocupações dos usuários (90,1%), uso do prontuário médico (90%), sabe os medicamentos que usa (85,8%), tempo suficiente para consulta (84%), responde claramente às perguntas (82,9%) e ser examinado pelo mesmo profissional (81,8%); Alguns itens sobre vínculo foram classificados como ruins: profissional trata apenas a doença (32,9%), profissional trata o ser humano como complemento (39,3%) e profissional sabe se não consegue comprar medicamentos (47,7%); Para elenco de serviços dois itens foram classificados como ruins: problemas de saúde mental (48,4%) e prevenção da violência doméstica (43,1%); Os serviços ofertados mais acessíveis foram: vacinação para crianças (99,6%), tratamento/controle de diabetes (97,45%), tratamento de pequenos ferimentos (96,9%), atendimento para crianças (95%), controle

				<p>pré-natal (94,7%) e doenças epidêmicas (90,3%);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algumas ações ainda são incipientes (modelo assistencial centrado em práticas curativas), como: prevenção odontológica (77,5%), nutrição (71,4%), atividade física (67,1%), uso de álcool e drogas (57,9%), higiene dos alimentos (61,1%) e prevenção de acidentes domésticos (56,1%); • O enfoque familiar foi o atributo com resultado mais baixo em relação aos demais. Três itens foram classificados como ruins: fatores de risco social discutidos durante a consulta (14,5%), profissional pergunta as opiniões do cliente (18,5%) e profissional conhece bem sua família (23,3%); • Em coordenação de serviços quatro itens (de dezenove) foram classificados como ruins: profissional discute possíveis lugares de atendimento especializado (42,2%), usuário discute resultados da consulta especializada com profissionais deste posto (42,5%), profissionais deste posto se interessam pela qualidade dos serviços especializados (45,8%) e retorna para a unidade os resultados da consulta especializada (46,7%); • Em orientação para a comunidade dois itens foram classificados como bons: colaboração intersetorial (54,4%) e profissionais conhecem os problemas da comunidade (53,2%). Os itens com menores escores são: participação da comunidade nos conselhos de saúde (40,7%), visitas domiciliares (30,2%), serviços oferecidos na escola (28%) e cliente informado sobre os serviços oferecidos (18,9%); • Sobre a formação profissional os usuários disseram que: sempre há pelo menos um médico (84,8%) e um enfermeiro (88,5%) e estes quase sempre resolvem seus problemas de saúde (64%) e estabelecem um bom relacionamento com a comunidade (73,9%).
<p>Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários</p>	<p>CAMPOS, R. T. O. <i>et al</i> - 2014</p>	<p>Compreender como usuários do sistema de saúde de uma metrópole brasileira avaliam o acesso aos serviços de atenção</p>	<p>Avaliação de quarta geração de caráter participativo, Grupos Focais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Os usuários declaram procurar as UBS quando apresentam algum problema de saúde, mas queixam-se da demora do atendimento e, conseqüentemente, da resolução de seus problemas de saúde; Descrevem o acesso ao serviço burocrático e demorado; • Falta de profissionais médicos e há alta rotatividade dos mesmos nas UBS; • O acolhimento é apontado como um espaço de escuta aos problemas e de orientação, mas criticado por constituir-se em uma forma de controlar o acesso àquilo que é mais esperado: a consulta com o médico; Para os usuários a super-regulação do acesso à consulta médica, feita pelos enfermeiros e aliada à impressão pessoal de que seu problema de saúde

		primária.		<p>seja urgente, faz com que busquem outras maneiras de resolver seus problemas, procurando atendimento na urgência ou no nível secundário;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecem que a organização do trabalho na APS proporciona maior agilidade para os casos de maior risco e vulnerabilidade; • Usuários sabem quais são as pessoas que os atendem e demonstram conhecer o funcionamento dos serviços; Reclamam quando falta médico, pois sobrecarrega os médicos de outras equipes e gostariam de escolher que irá atendê-los por motivos de empatia; • Atribuem muita importância às consultas médicas e afirmam que esperam por um bom atendimento, por mais atenção; • Ocorrem diferenças entre as narrativas dos grupos de usuário sem história na participação da gestão e do grupo e usuários que desempenhavam função de conselheiros de saúde; • Os usuários conselheiros disseram não sentir dificuldades em conseguir uma consulta médica, afirmaram estar satisfeitos ao atendimento de suas necessidades, não por regalias pelo fato de serem conselheiros, mas por demonstrarem conhecer o funcionamento dos serviços e dos fluxos de encaminhamentos; • Os conselheiros afirmam que a demora por atendimento e por consulta especializada se dá pela falta de profissionais (principalmente de médicos) nas UBS; Levantam o problema da falta de continuidade do tratamento quando um profissional sai do serviço, principalmente pessoas que sofrem de doenças crônicas e que necessitam de acompanhamento sistemático; • Os conselheiros dizem que a população não participa das reuniões do Conselho Local de Saúde, mas que sentem que representam a população; • A população diz que não se sente representada pelos conselheiros; Acham o Conselho lento e burocrático e preferem direcionar suas reclamações ao coordenador do serviço ou a ouvidoria da prefeitura.
A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na	AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. – 2010	Analisar o acesso à Estratégia de Saúde da Família (ESF) em suas dimensões	Abordagem qualitativa por meio de entrevista aberta, observação direta e análise	<ul style="list-style-type: none"> • Dimensão geográfica do acesso: Não sofreu críticas por parte dos usuários, nem mesmo pessoas de idade com dificuldades de locomoção; • Dimensão organizacional: 1) Obstáculos na entrada: - Dificuldade em marcar consultas, os usuários não encontram espaço para o encaminhamento de suas demandas de dor e sofrimento agudo, sendo essa dificuldade também atestada pela falta de profissionais; - Esta dificuldade está relacionada intimamente com a falta de profissionais, visto

Estratégia de Saúde da Família		geográfica, organizacional, sociocultural e econômica, com base na percepção dos usuários.	documental.	<p>que a população adscrita em uma das unidades estudadas estava muito acima dos limites aceitos pelo Ministério da Saúde; - Atendimento de urgência negativamente destacado pelos usuários, que diante de suas necessidades, esperam encontrar na unidade de saúde mais próxima. 2) Obstáculos pós-entrada: - Espera pelo atendimento na unidade; - Problema nos exames de fezes, urina, sangue e de citologia. No que diz respeito aos resultados, já que a coleta é de fácil acesso na unidade básica. Tal problema faz com que muitas vezes os usuários se locomovam para unidades mais longes, mas onde há serviços laboratoriais conveniados, e que funcionam; - Para os usuários há maior dificuldade em marcar consultas na unidade que para marcar consultas com especialistas ou exames fora da área da unidade, centralizando o problema na porta de entrada do serviço; - Para a gestora o acesso às consultas com especialistas é mais difícil que para consultas na unidade, devido a grande demanda de encaminhamentos realizados pela atenção básica; - Muitas vezes a responsabilidade pelo tratamento da doença passa para outro nível de atenção, juntamente com a responsabilidade pelo cuidado com o sujeito em questão desvincula-se da relação profissional-usuário que foi estabelecida na atenção básica. O profissional da atenção básica não tem retorno e então esse usuário se perde;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dimensão sociocultural: No que se refere à preocupação com a saúde, um dos usuários a relacionou com a impossibilidade de trabalhar ou com a dificuldade de conseguir um emprego devido ao adoecimento, agudizando a situação de carência tanto do emprego quanto do tratamento; Quadro conflitante no âmbito local entre profissionais e usuários no campo da participação social; • Dimensão econômica: Um aspecto favorável foi a disponibilidade de medicamentos na própria unidade, mas com a ressalva de que a USF não recebe a quantidade correspondente à necessidade de todos os usuários, garantindo o acesso a esses medicamentos apenas para os que chegarem primeiro, agravando a situação dos demais que tem mais uma despesa para lidar, comprando medicamentos; Profissionais tem conhecimento profundo da realidade de carência vivida recorrentemente pelos usuários, causando sentimento de impotência e mal-estar ante uma realidade tão cruel e degradadora da condição humana;
--------------------------------	--	--	-------------	--

Atributo: Longitudinalidade

Artigo	Autor/Data	Objetivo	Método	Resultados
Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde	GOMES, K. O. et al - 2011	Avaliar o serviço realizado pelo PSF, a partir das representações sociais dos entrevistados sobre as dimensões exclusivas da APS – atenção de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.	Pesquisa quali-quantitativa e entrevistas.	<ul style="list-style-type: none">• Representações sociais sobre o SUS: 52,4% das gestantes apresentaram algum conceito sobre o SUS, mas demonstrando uma concepção biomédica e 66,7% referenciaram o SUS como um sistema de saúde destinado aos pobres; O SUS foi referenciado como uma política de universalização da saúde por 48,6% dos profissionais e gestores do SUS, onde oferece atendimento de qualidade e apresenta maior resolutividade de problemas que os planos de saúde privados, mas também foi relacionado a um plano de saúde para quem não pode pagar por 17,1% dos profissionais e 8,6% também apresentaram uma concepção biomédica;• Representações sociais sobre o PSF: 41% dos discursos foram positivos em relação ao PSF, ressaltando a busca ativa realizada através das visitas domiciliares e o foco de atenção na família; 48,6% têm a concepção do PSF como estratégia que realiza a vigilância em saúde, proporciona o vínculo entre os profissionais da saúde e a população, promovendo a organização da APS; Na parte dos entrevistados que relataram visões negativas do PSF, destacam-se em menor proporção os que ainda têm a doença e o indivíduo como foco da atenção (9,7%) e que também relacionam o programa ao atendimento de pessoas que não podem pagar por um serviço de saúde privado (0,9%); A maioria dos discursos caracterizou o PSF como um programa que possibilitou a inversão do modelo assistencial, porém essa visão positiva se deu por parte dos profissionais da saúde e dos gestores; Para a maioria das usuárias (68,8%) o programa foi associado à relação de visitas domiciliares, preocupação com a saúde e prevenção de doenças;• Representações sociais sobre a Atenção Primária à Saúde: 80% dos entrevistados expuseram o PSF como uma estratégia que melhorou e aumentou o acesso ao serviço e às ações de saúde para a população, principalmente no que tange a busca ativa e aos atendimentos em domicílio; No que diz respeito à longitudinalidade, 76,4% dos entrevistados relataram que há uma relação de confiança entre os usuários e os profissionais da saúde, que é expressa pelo acompanhamento contínuo que é realizado pelas equipes de PSF e pela satisfação dos usuários com o que lhes é oferecido; 89,2% ressaltaram a resolutividade do serviço

				<p>oferecido pelo PSF, evidenciando a integralidade do sistema, especialmente devido às visitas domiciliares e às ações de prevenção de agravos; Os profissionais demonstraram conhecimento dos principais fatores de risco e problemas de saúde da população, trabalhando de forma integral com outros profissionais, encaminhando aos serviços de maior complexidade somente os casos mais difíceis e que fugiam à capacidade de resolução do PSF; Apenas 60% dos entrevistados expuseram percepções positivas com relação sobre as características da coordenação da atenção, onde foram relatados o número insuficiente de vagas nos demais níveis de complexidade e a ausência de um sistema de referência e contrarreferência que realmente funcione; A alta rotatividade e o não cumprimento da carga horária pelos profissionais médicos é uma percepção negativa a respeito da APS; De igual forma a falta de perfil dos profissionais para o trabalho no PSF, a inexistência de um vínculo trabalhista e os baixos salários também são entraves para o desenvolvimento da APS.</p>
<p>Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro</p>	<p>CUNHA, E. E.; GIOVANELLA, L. – 2011</p>	<p>Definir o termo longitudinalidade e/continuidade do cuidado e identificar as dimensões do atributo.</p>	<p>Revisão bibliográfica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Destaca-se a semelhança entre os termos, embora as dimensões identificadas para o atributo não sejam totalmente coincidentes; • O estudo permitiu a adoção de três dimensões em acordo com o contexto do sistema de saúde público brasileiro: identificação da unidade básica como fonte regular de cuidado, vínculo terapêutico duradouro e continuidade informacional;
<p>Práticas de longitudinalidade e no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal</p>	<p>ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F. – 2014</p>	<p>Conhecer as práticas de saúde voltadas para a garantia da longitudinalidade e referidas por</p>	<p>Estudo de caso de natureza qualitativa. Entrevistas individuais e grupo focal, e análise do</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fonte regular de cuidados da Atenção Primária: - Os profissionais das equipes sabem a importância da adesão dos usuários para que a atenção contínua à população seja efetiva, colocando o agente comunitário em um papel fundamental para o acompanhamento das famílias; - Os profissionais buscam sempre resolver os problemas no âmbito do território em que atuam para evitar ao máximo o encaminhamento dos usuários para outros níveis de atenção, e quando

		profissionais e gestores locais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal.	Discurso do Sujeito Coletivo.	<p>este se faz necessário, buscam ainda, primeiramente, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), para que tudo seja resolvido no âmbito da Atenção Primária; - No discurso dos gestores reconhece-se a influência do papel do administrador da unidade e nas práticas dos sujeitos, que chega a suprimir as demais, ou ao menos sobrepor essa dimensão; - Um ponto positivo apresentado é o de inserir o planejamento dos serviços nas práticas, para que a unidade configure-se como uma fonte regular de atenção à população; - É pontuado ainda o agente comunitário, no papel das visitas domiciliares, na garantia do contato contínuo dos profissionais com a população;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relação interpessoal: - Os profissionais relatam a importância do vínculo para que haja uma relação de longa duração; - O trabalho em equipe faz com que o profissional encontre formas de fortalecer sua relação com a população, possibilitando assim o exercício da escuta e do diálogo dos profissionais com a população, com base na troca de informações importantes sobre todo o processo saúde-doença que diz respeito à vida dos usuários; - “Percebe-se que com o componente das relações pessoais, previsto na ideia de que as práticas de saúde também são processos intersubjetivos, é importante no estabelecimento de vínculos duradouros na perspectiva dos profissionais da saúde.” • Continuidade informacional: - Com base na observação durante as visitas às unidades, pode-se notar que os profissionais tem dificuldades em reconhecer o registro nos prontuários como uma ação estratégica para avaliação do cuidado e continuidade do cuidado à longo prazo; - Algumas equipes de Saúde da Família fazem uso de prontuários individuais, o que dificulta o olhar sobre o sujeito no contexto de sua família.
Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário	MORAES, V. D.; CAMPOS, C. E.; BRANDÃO, A. L. – 2014	Investigar as dimensões mais valorizadas pelos usuários	Grupos focais e análise de conteúdo	<ul style="list-style-type: none"> • Foram mencionadas 17 dimensões: acesso, organizacional, relacional, longitudinalidade, coordenação do cuidado, profissionais, qualidade técnica, viabilidade, resolutividade/eficácia, especialistas, oferta, primeiros cuidados, instalações físicas, participação popular, atividades de promoção à saúde, comunicação/informação e atenção priorizada; • 5 dimensões foram mais valorizadas pelos usuários: acesso/disponibilidade, organização, relação profissional usuário, longitudinalidade e coordenação do cuidado; • A questão do acesso foi a mais citada, mostrando sua grande importância para o usuário, onde denota-se que a população ainda possui dificuldades

				<p>para acessar o sistema de saúde, dando mais ênfase às consultas médicas; Transporte e burocracia foram duas subdimensões do acesso citadas, devendo ser eliminadas, além da barreira geográfica, barreiras administrativas, sendo dever da unidade de AB organizar o fluxo na busca coordenada pela ESF, ofertando ao usuário a melhor opção de assistência disponível para cada tipo de necessidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apesar de algumas dificuldades com obtenção de consultas médicas, com a expansão da ESF e sua localização mais próxima da população são pontos positivos, mas, em controvérsia, percebe-se ainda que a saúde da família não supre as necessidades da realização de exames e assistência especializada; • A dimensão organizacional apareceu em segundo lugar, e em grande parte de forma negativa, sendo a falta de organização percebida em diversos aspectos pelos usuários; • Foram citadas várias subdimensões: visita domiciliar, marcação de consulta, tempo de espera, duração da consulta, horário de funcionamento e rede de serviços em saúde; • Há falta de organização no processo de trabalho das equipes; Há problemas de organização das agendas dos profissionais, descrevendo a subdimensão “marcação de consulta” de forma negativa, o que desmotiva o usuário e dificulta o acesso; • Os usuários percebem que os problemas com marcação de consulta, tempo de espera, duração da consulta e horário de funcionamento podem estar relacionados à demanda excessiva; • Com relação à dimensão relacional (interação médico-paciente) foram obtidos relatos positivos e negativos. Os usuários criticaram a conduta de médicos de unidades de pronto atendimento e elogiaram os médicos da ESF; • No entendimento da dimensão da longitudinalidade os usuários referiram-se bastante aos antigos médicos especialistas, pois pela recém-chegada dos médicos da ESF e a sua rotatividade, a construção de vínculos pode ter sido um pouco comprometida; • Na dimensão “coordenação do cuidado” foi encontrada a subdimensão “referência/continuidade”; Os usuários, quando encaminhados para serviços especializados, dificilmente retornam com informações para o profissional da atenção primária, fragmentando assim a continuidade da
--	--	--	--	---

				<p>atenção;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe a dificuldade de obtenção de atendimento nos outros níveis de assistência, fazendo com que a questão da referência ainda se configure como um problema; E ainda configura-se como problema o tempo de espera para se conseguir atendimento nos outros níveis de atenção.
--	--	--	--	---

Atributo: Integralidade

Artigo	Autor/Data	Objetivo	Método	Resultados
Atenção Primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP/ Brazil)	HEIMANN, L. S. et al - 2014	Analisar a atenção primária em Saúde (APS) como estratégia para alcançar sistemas integrais e universais.	Revisão bibliográfica, análise documental e entrevistas com informantes-chave.	<ul style="list-style-type: none"> • Concepção predominante de que a APS é ou deve ser a porta de entrada do sistema; que possui e deve aprofundar as características da universalidade; e que além de ações de assistência, também devem ter ações de prevenção e promoção à saúde; • Outro ponto abordado é que a APS seja resolutiva e integral; • Emergiu-se, com relação ao modelo de atenção na APS, grande variabilidade de entendimento, indo desde a atenção centrada na perspectiva médico-individual, curativa, até a proposição de modelos de atenção integral; • Foi destacada a importância dos Conselhos de Saúde e movimentos sociais, ainda que eles tenham a tendência de a participação ser dirigida a temáticas pontuais; • Os gestores e especialistas tendem a apontar o baixo patamar de financiamento público e do gasto em saúde no país; • A falta de capacidade técnico-gerencial é associada à insuficiência de recursos, principalmente nos municípios menores; A falta de recursos financeiros é um fator que realimenta as deficiências na gestão da APS e impede sua melhora; • A análise dos documentos e as entrevistas feitas nos municípios mostraram que a APS não dispõe de orçamento específico para suas ações de implementação e execução. • Foi ressaltada a intensa procura por profissionais para suprir o mercado de trabalho, o que acarreta uma alta concorrência e rotatividade destes; • Necessidade de substituir o modelo de atenção e resistência de profissionais e usuários a mudanças; • Dificuldade para cumprimento de jornada por parte de médicos; • Além da questão financeira, são ressaltados aspectos de gestão do trabalho, como falta de pessoal capacitado, descumprimento de horário

				<p>e falta de estímulo e formas de pagamento e remuneração diferenciados, baseados em indicadores e metas;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observam-se diversos entendimentos sobre o termo “integralidade”: integralidade entre sistemas público e privado; integralidade no interior de um sistema, visando superar a fragmentação entre os níveis de atendimento, ou entre as práticas de saúde; • A maioria dos entrevistados diz que para operacionalizar a integralidade há necessidade de avançar na interdisciplinaridade, no planejamento de ações, no trabalho em equipe e em redes, no acesso e articulação vertical e horizontal dos serviços e pactuação no estabelecimento da referência e contrarreferência; • Os problemas relatados para a integração dos serviços de saúde são estruturais e relacionados à inexistência de cadastro único e informatizado de usuários do SUS, à consolidação da regionalização, às dificuldades de referenciamento hospitalar; • Dificuldade na fixação das equipes, a baixa capacidade de inovação gerencial do gestor municipal, o engessamento dos recursos e a grande dependência dos serviços secundários. • As entrevistas confirmam a importância do trabalho intersetorial, mas que na prática é necessário maior grau de institucionalização, clareza, definição de responsabilidades e regularidade; • Foi citado de modo consensual a necessidade da interface entre a saúde com áreas como os direitos humanos, assistência social, esportes, educação e cultura. Aumentar a relação entre poderes constituídos e sociedade civil; Dificuldade em se desenvolver políticas integradas e mesmo repensar o sentido das relações entre APS e demais setores, instituições e atores envolvidos nas políticas públicas e sociais.
Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por	MACEDO, L. M.; MARTINS, S. T. F. -2014	Investigar os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores da Atenção Primária.	Grupos focais	<ul style="list-style-type: none"> • O significado mais frequente referiu-se à “integralidade do sistema”, revelando-se relacionada à dimensão da RAS, destacando-se as inter-relações entre os níveis de complexidade do SUS; • Foram evidenciados entraves: na falta de vagas em especialidades nos níveis secundário e terciário, nas burocracias dos encaminhamentos, ausência de seguimento, nas consultas eventuais, no descrédito da população para com a AP; • Organização do trabalho centrada na figura do médico;

trabalhadores da Atenção Primária				<ul style="list-style-type: none"> • Relações hierárquicas e as dificuldades relativas ao exercício de uma organização do trabalho integrada foram sinalizadas como impedimento à resolubilidade; • As vantagens da assistência na AP, em comparação com os demais níveis de atenção, foram atribuídas à possibilidade de abarcar a totalidade das condições de vida do usuário;
Práticas em Saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde	TAVARES, M. F. L.; MENDONÇA, M. H. M.; ROCHA, R. M. - 2009	Analisar as práticas de Saúde da Família e processos de trabalho correspondentes à atenção à saúde da mulher junto à equipe de saúde e usuárias.	Estudo de caso qualitativo mediante grupos focais e observação participante	<ul style="list-style-type: none"> • Percepção sobre saúde: As usuárias relataram o conceito de saúde sob três enfoques: conceito ampliado (o que inclui condições e estilo de vida), relação com acesso ao serviço (consulta médica e possibilidade de realizar exames) e enfoque avaliativo (condições de oferta de serviços no município); Para os profissionais das UBS, USF e dos serviços de referência a saúde é relatada em dois níveis: conceito ampliado (destacando a importância dos determinantes sociais) e consideração do indivíduo (de forma holística, inserido e contemplado nas suas necessidades básicas); • Percepção sobre modelo de atenção: Para as usuárias das USF há diferença entre o cuidado realizado nas USF e nas UBS; Disseram que tem dificuldades em aceitar o novo modelo de atendimento de saúde centralizado no médico generalista; • Com relação ao acesso foi evidenciado que há diferenças estruturais e de organização entre os diferentes processos de implantação nos municípios estudados; • Os profissionais da saúde (das USF) valorizam no modelo adotado a busca ativa, o vínculo entre comunidade e USF e o acolhimento, dando destaque à importância do trabalho do agente de saúde; • Percepção sobre a organização da rede: Para as usuárias, a avaliação sobre a integração dos serviços teve como foco o acesso dificultado ou não pelas condições estruturais de que a rede dispõe; • Foi sinalizada pelos profissionais tanto das USF quanto das UBS a dificuldade com o sistema de referência, especialmente pela inexistência da contrarreferência; • Destacaram a necessidade de encontrar uma solução para a barreira de acesso organizacional; • Percepção sobre cuidado e práticas: As seguintes ações foram destacadas pelas usuárias das USF: busca ativa, visita domiciliar e palestras em grupo. Achavam-se bem atendidas, mesmo expressando diferenças

				<p>quanto ao atendimento;</p> <ul style="list-style-type: none"> • As ações de saúde que foram relatadas não se organizavam em torno da noção de doença, mas sim à noção da troca que se dá em um bom atendimento; • Foram enfatizadas pelos profissionais da UBS a prática do acolhimento e a qualidade do cuidado prestado num sentido de compreensão do espaço público dos serviços como lugares de encontro; • Os profissionais apontam para a falta de reuniões para discussão dos casos clínicos; Não há uma reflexão sobre os dados mensais e/ou mensais, a análise da produção é realizada por intermédio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); • Os profissionais da APS demonstraram conhecimento sobre as usuárias, também identificando a dificuldade enfrentada pelo serviço de saúde quando procura maior equilíbrio entre oferta e demanda/necessidades.
<p>Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade</p>	<p>CAMARGO JUNIOR, K. R. et al - 2008</p>	<p>Avaliar a atenção básica pela ótica político institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade</p>	<p>Estudos de caso, entrevistas semiestruturadas e análise documental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dimensão político-institucional; • O Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) não teve papel indutor de política para a maioria dos municípios da amostra, entretanto para a maioria deles teve um papel importante de expandir ou consolidar o PSF, aumentando os recursos disponíveis, expandindo e consolidando assim alguns serviços básicos; • Praticamente todos os municípios apresentaram estratégias de capacitação de sua força de trabalho, mas para a grande maioria as equipes formadas incluem apenas o quadro mínimo de profissionais preconizado, mostrando um retrato preocupante da precarização da força de trabalho dedicada ao PSF; • Com exceção dos ACS e dos médicos, os demais profissionais são usualmente dos quadros regulares; • A maioria dos municípios realiza atividades de saúde bucal e de assistência farmacêutica, mas destes, a maior parte não articula as mesmas com o PSF; • A governabilidade apresenta um quadro favorável. A maioria dos municípios teve aprendizagem institucional e tem o Fundo Municipal de Saúde controlado pelo secretário de saúde; • Na maior parte dos municípios a capacidade de pactuação dos gestores foi considerada alta e o controle social esteve presente em mais da

				<p>metade dos municípios;</p> <ul style="list-style-type: none"> • A situação da informação foi considerada preocupante, onde uma minoria incorpora a informação à gestão e outra minoria ainda menor dá retorno da informação às equipes locais; • Dimensão da organização da atenção e do cuidado integral: • A proposta de reorientação do modelo assistencial do PSF está longe de ser alcançada; • Percebe-se pouca penetração de estratégias de reorientação, a começar pelo acolhimento, mostrando que há uma persistência no modelo medicocêntrico, sem interação com o restante da equipe de saúde da família; • Há avanços na questão do vínculo e da integralidade do cuidado; • Percebe-se também um quadro mais favorável sobre a implementação de programas inovadores, que partem dos municípios, e no caminhar em direção a iniciativas intersetoriais.
Racionalidades médicas e integralidade	TESSER, C. D.; LUZ, M. T. - 2008	Discutir aspectos da “integralidade” a partir de pesquisas organizadas ao redor da categoria “racionalidade médica” e da epistemologia de Ludwik Fleck.	Revisão bibliográfica	<ul style="list-style-type: none"> • A integralidade para os doentes se dá por meio do interesse de uma resolução favorável de seus sofrimentos e adoecimentos, ou seja, o doente espera ser ele mesmo o objeto de atenção do curador, sendo esse aspecto “primitivo” da integralidade, esse centramento da atenção e da ação no sujeito, o mais relevante do ponto de vista dos doentes; • No universo dos curadores especializados há duas perspectivas entrelaçadas sobre a integralidade: a dimensão ética e emocional e a dimensão epistemológica; • A dimensão ética e emocional: “é o doente o objeto de atenção primordial e final do saber e fazer do curador. Quanto mais integral a interpretação produzida sobre o universo trazido pelo doente, maior será a intimidade da relação com o doente, o pacto/ação e, assim, a eficácia simbólica.”; • A dimensão epistemológica é “mais restrita aos ambientes esotéricos, é que quanto mais integral a abordagem do curador, maior será a completude, a extensividade e a veracidade da interpretação construída, melhor será o diagnóstico e mais eficaz, precisa, harmoniosa e sustentável poderá ser a ação terapêutica; • Para o estabelecimento da relação entre integralidade e racionalidades médicas, considera-se dois movimentos distintos: um olhar dirigido ao mundo das outras racionalidades médicas presentes em nossa cultura e

				em outra, com estilos de pensamentos estruturados e elaborados e uma imersão na própria biomedicina;
Sentidos da integralidade do cuidado na saúde da família	PIRES, V. M. M.; RODRIGUES, V. P.; NASCIMENTO, M. A. A. - 2010	Compreender os sentidos da integralidade do cuidado em saúde no Programa Saúde da Família (PSF).	Dialético, observação sistemática e técnica de análise documental	<ul style="list-style-type: none"> • Constata-se a importância da atenção profissional e do olhar abrangente que envolve os serviços de saúde e a comunidade, vislumbrando responsabilidade e compromisso com o usuário/família em todo o contexto em que estes estão inseridos; Em contraposição, verifica-se que, no atendimento propriamente dito, o trabalhador detém-se apenas às queixas para traçar as condutas médicas, não correspondendo de forma positiva e imediata às expectativas do usuário/família; • Nota-se preocupação e responsabilidade em resolver os problemas dos usuários, tendo sempre a intenção de atendê-lo em suas necessidades de saúde, visando um compromisso embasado em uma relação permeada por atitudes acolhedoras a partir de vínculos preestabelecidos, ressaltando que os trabalhadores de saúde devem lançar mão de todas as tecnologias disponíveis para minimizar o sofrimento dos usuários/famílias; • O discurso que se vê é o de que há preocupação do trabalhador de saúde sobre essa perspectiva acolhedora e responsável, mas a prática é totalmente oposta, onde o cuidado é inadequado e caracterizado pelo mecanicismo, não deixando o usuário expressar seus anseios, tendo o atendimento voltado para a medicalização; Por mais que o usuário expresse suas necessidades, as queixas nunca são registradas; • É implícito que a integralidade precisa ser construída pelos trabalhadores da saúde a partir de uma visão de totalidade do usuário/família, de maneira a promover uma aproximação do seu contexto de vida; • O desenvolvimento do processo de trabalho das ESF na perspectiva de uma atenção respeitosa, acolhedora e responsável ao usuário, tem dificultado a concretude da integralidade no PSF, apesar de sua conquista gradativa, devido a Secretaria Municipal de Saúde e a Prefeitura Municipal não conseguirem acompanhar as mudanças exigidas para essa prática.

Atributo: Coordenação do cuidado

Artigo	Autor/Data	Objetivo	Método	Resultados
<p>Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte</p>	<p>GOMES, F. M.; SILVA, M. G. G. - 2011</p>	<p>Analisar as práticas e organização do Programa Saúde da Família, no município de Juazeiro do Norte a partir da discussão dos elementos que caracterizam a atenção primária, segundo proposto por Starfield.</p>	<p>Grupos focais, entrevistas semiestruturadas e observação não participante</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção ao primeiro contato: - Os profissionais mencionam várias barreiras imposta aos usuários; - Falta organização da demanda por programas prioritários do Ministério da Saúde, falta de estrutura e há carência de recursos nas unidades; - Percebem-se muitas reclamações com relação à quantidade de pacientes ou de famílias que são cadastradas no PSF, onde o número de equipes não é suficiente para atender corretamente os usuários; - Dos ACS há reclamação pelas condições de trabalho e do excesso de cobrança por resultados; - Observa-se que não há acolhimento, na realidade o acolhimento é uma espécie de triagem; - Todos concordam que há médicos sem compromisso, e os médicos reclamam do baixo poder de resolução nas unidades de saúde; - Algo que todos concordam é sobre a quantidade de famílias sob a responsabilidade de uma equipe que vai muito além da capacidade; • Longitudinalidade: - Todas as categorias de profissionais consideram o cadastramento de pacientes para as equipes do PSF defeituoso; Os ACS reclamam da forma como é realizada a territorialização, que vem desde a sua implantação; - Todas essas distorções restringem o acesso às unidades básicas, o que contribui para a diminuição do vínculo usuário-equipe de saúde; Dessa forma o pronto socorro parece mais acessível ao usuário, dificultando ainda mais a criação de vínculo; - Ainda assim, do pouco que é ofertado à população em termos de atenção, de acordo com os médicos, as pessoas aceitam a situação. • Integralidade da atenção: - A garantia da integralidade é uma preocupação dos médicos do PSF, que reclamam por melhorias no sistema (referência e contrarreferência); - As enfermeiras se queixam sobre as possibilidades de se promover, prevenir, restaurar e reabilitar os indivíduos; Reclamam das condições de trabalho e da falta de recursos para realizar uma assistência de qualidade; - Na visão dos ACS a dificuldade para o PSF funcionar é conseguir um bom atendimento; - Os médicos têm reclamações a respeito da definição de prioridades e da falta de ações de promoção da saúde; • Coordenação: - Enfermeiras dizem que os prontuários não são preenchidos pelos médicos, dificultando a obtenção de informações

				sobre os usuários; - Médicos e enfermeiras reclamam sobre a falta de sistema de contrarreferência;
Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos	ALMEIDA, P. F. et al - 2010	Analisar o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de coordenação desde a ESF aos demais níveis do sistema de saúde com foco no conjunto de medidas pró-coordenação vinculado à "integração entre níveis assistenciais".	Estudos de caso, entrevistas semiestruturadas e questionários autoaplicáveis	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos de integração dos serviços de saúde: - A implantação de centrais informatizadas de regulação e marcação de procedimentos desde os centros de saúde foi um dos principais instrumentos para integrar a atenção básica à média complexidade; - Também foram apresentadas estratégias para descentralizar as discussões e a responsabilização pelas ações de regulação para os profissionais da atenção básica. Há a compreensão de que a primeira instância regulatória é o centro de saúde; - Foi relatada a existência de mecanismos formais de referência e contrarreferência entre atenção básica e especializada, sendo este um instrumento importante para a integração dos serviços de saúde; - Apesar da existência de mecanismos de referência e contrarreferência ainda foi apontada pelos gerentes e gestores a insuficiência de contrarreferência, confirmada pelos médicos que afirmaram não recebê-las. • Organização dos fluxos para atenção especializada, hospitalar e de urgência/emergência: - O caminho mais comum do usuário para o acesso à atenção especializada se dá por meio de encaminhamentos dos serviços de atenção básica; - A prática sistemática de análise dos encaminhamentos para a atenção especializada não foi referida; - A implantação do SISREG em alguns municípios, além de regular o acesso e a marcação de consultas e exames, também permitiu o monitoramento online das filas de espera para a atenção especializada, o que propicia a equipe de SF acompanhar o percurso do usuário; - Internações de urgência e emergência a busca é frequentemente realizada pelos serviços intermediários de pronto-atendimento; No caso de cirurgias, são utilizados mecanismos informais para a garantia de internação (contato pessoal entre médicos ou o próprio usuário se responsabiliza pela busca do atendimento); • Acesso e utilização dos serviços de atenção especializada e hospitalar: - A criação de serviços territorializados, que funcionam como referência para as unidades de atenção básica de um distrito ou regional de saúde foi outra estratégia identificada para ampliar o à atenção especializada e integração da rede; Ainda assim, a oferta da atenção especializada foi considerada insuficiente nos quatro municípios; - A descentralização e

				<p>ampliação da oferta de atenção especializada foi diferenciada entre os municípios; BH consegue realizar agendamento sempre e na maioria das vezes, sendo que em Aracajú e Florianópolis as avaliações foram menos positivas; As dificuldades são maiores em relação à rede de apoio diagnóstico; - Há dificuldade com relação aos tempos de espera para atendimento com especialista, também para realização de exames de radiologia e ultra-som;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos para continuidade informacional: - BH e Florianópolis estavam em processo de implantação de prontuários eletrônicos; - Todos os médicos de família relataram fazer registros nos prontuários após cada consulta; - Os quatro municípios adotam protocolos clínicos em diversas áreas do cuidado; - Além dos protocolos tradicionais com base nos ciclos de vida e agravos, em VH, Florianópolis e Vitória adotaram também protocolos para definição de fluxos e regulação da atenção especializada;
Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária	SILVA, R. M.; ANDRADE, L; O. M. - 2014	Analisar a indução federal no fortalecimento da atenção primária à saúde (APS) como forma de viabilizar a coordenação dos cuidados no sistema de saúde brasileiro.	Quanti-qualitativo, utilizando dados documentais, orçamentários e entrevistas semiestruturadas	<ul style="list-style-type: none"> • Os gestores federais da atenção primária afirmaram que o Departamento de Atenção Básica (DAB) direcionou esforços para o desenvolvimento da APS buscando a ampliação do PSF para todo o Brasil; • A ESF é apontada como contra-hegemônica no cenário da política de saúde até mesmo na esfera federal, de que foi fortemente defendida nos discursos no âmbito do Ministério da Saúde, mas que a defesa pela melhoria no financiamento se restringiu ao DAB, e algumas opiniões expressaram claramente o período como sendo de grande priorização da APS; • Houve discordância quanto ao apoio na defesa pela APS com relação à parceria dos Conselhos de Saúde. Os gestores citaram que a participação social tem relevância significativa na condução de políticas públicas, em especial por meio dos Conselhos de Saúde, mas que estes ainda são pouco divulgados à comunidade; • Discutiu-se que o lançamento das RAS foi muito importante no contexto organizacional do SUS, mas ainda insuficiente para a coordenação dos cuidados, e que no formato em que foi lançada apresentou-se como evidência negativa para tal atributo, pois foi desenhada para atender a um segmento específico de usuários e se desdobrou em portarias temáticas que atomizaram a lógica de RAS compreendida no âmbito

				<p>das necessidades dos usuários e da capacidade instalada de uma região;</p> <ul style="list-style-type: none"> • A partir da análise das 700 normativas, concluiu-se que nenhuma portaria teve como objeto principal a coordenação dos cuidados pela APS, se tornando este incipiente nas políticas de saúde.
<p>O prontuário da família na perspectiva da coordenação da atenção à saúde</p>	<p>SANTOS, D. C.; FERREIRA, J. B. B. - 2012</p>	<p>Analisar o prontuário da família e seu conjunto informacional e identificar a “percepção” da equipe de saúde frente a sua sistematização, uso e importância para a coordenação e qualificação da atenção</p>	<p>Pesquisa documental e análise de conteúdo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nas unidades investigadas, as equipes de saúde trabalhavam com dois prontuários: o individual do paciente (informações clínicas, atendimentos individuais) e o da família (condições de vida e inserção em determinado território); • Em todas as unidades eram usados o sistema de cores (identificavam as microáreas e as equipes responsáveis) e números (identificavam a rua do domicílio da família ou o cadastro da família na unidade) como lógica de arquivamento, mas mesmo assim, não se pode dizer que existia uma classificação efetiva, pois não havia um padrão no emprego dos recursos classificatórios; • O armazenamento dos prontuários, na maioria das unidades, era inadequado, por falta de espaço para o armazenamento e acúmulo de prontuários nas prateleiras, o que dificulta o acesso e a manutenção da organização do arquivo e a preservação dos documentos; • Nas estruturas textuais, na maioria das unidades, os prontuários continham as fichas do SIAB, e as classificadas “fichas A (dados cadastrais da família, situação da moradia e saneamento, entre outras informações sobre uso da saúde suplementar, acesso a serviços de saúde, uso de meios de transporte e de comunicação, participação em grupos comunitários), fichas B (específicas para o acompanhamento de gestantes, hipertensos, diabéticos, hansenianos, tuberculosos), ficha C (acompanhamento de crianças) e a fichas D (registro de atividades, procedimentos e notificações)”; Somente as fichas A e B estavam presentes nos documentos de todas as unidades; • Em 100% das unidades foi observada a ausência do genograma ou familiograma nos prontuários de família; • Para os participantes, o prontuário permite que informações sejam recuperadas, o que auxilia o planejamento da assistência individual e familiar e a intervenção na comunidade; • A maior frequência de acessos ao prontuário era feita pelos agente comunitários, devido ao fato da maioria das informações se referirem às

				<p>suas visitas domiciliares;</p> <ul style="list-style-type: none"> • O prontuário da família foi identificado como um facilitador da comunicação entre os membros da equipe, sobretudo pelo tipo de informação nele registrada; • Sobre o conteúdo informacional do prontuário, os sujeitos disseram que não existia uma padronização do registro da informação e, outro problema, seria a existência de muitas estruturas textuais, que resulta em registros muito extensos, duplicados, sem sistematização e padronização; • Em nenhuma unidade foi encontrada uma lista eletrônica dos prontuários da família;
--	--	--	--	--

Atributo: Orientação para a comunidade

Artigo	Autor/Data	Objetivo	Método	Resultados
Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família	ALENCAR, M. N. et al - 2014	Avaliar o enfoque familiar e a orientação para a comunidade como atributos da APS na perspectiva de três grupos: usuários, profissionais e gestores da ESF	Pesquisa avaliativa de abordagem quantitativa	<p>1. Usuários (enfoque familiar)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 61,1% disseram que nunca ou quase nunca há questionamento dos profissionais sobre fatores de risco social ou sobre as condições de vida dos usuários; • 43,4% disseram que nunca ou quase nunca há questionamento sobre doenças de familiares durante a consulta; • 58,7% disseram que nunca ou quase nunca há o conhecimento da família pelos profissionais; • 28,1% disseram que nunca ou quase nunca houve a possibilidade do profissional discutir com a família problemas de saúde dos usuários; • 70,3% disseram que nunca ou quase nunca há questionamento dos profissionais sobre ideias e opiniões dos usuários acerca de seu tratamento; <p>1.1. Usuários (orientação para a comunidade)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 67,4% disseram que nunca ou quase nunca a família é consultada para saber se os serviços da USB atendem os problemas de saúde dos usuários; • 30,2% disseram que nunca ou quase nunca há conhecimento dos profissionais sobre os principais problemas de saúde da comunidade; • 19% disseram que nunca ou quase nunca há estímulo da

				<p>SEMUS para a participação de representantes da comunidade em reuniões de direção da USB ou conselho local;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 54% disseram que não sabiam que havia oferta de serviços nas escolas pela equipe da ESF; • 35,5% disseram que nunca ou quase nunca há frequência de visitas domiciliares; • 47,5% disseram que não sabia que havia trabalho com outros grupos para realizar atividades que melhore as condições de vida da comunidade; <p>2. Profissionais (enfoque familiar)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 67,5% disseram que quase sempre ou sempre há questionamento sobre doenças de familiares durante a consulta; • 53,2% disseram que quase sempre ou sempre há a possibilidade do profissional discutir com a família problemas de saúde dos usuários; • 58,7% disseram que quase sempre ou sempre há questionamento dos profissionais sobre fatores de risco social ou condições de vida dos usuários; • 92,5% disseram que quase sempre ou sempre há organização dos prontuários médicos por família na UBS; <p>2.1. Profissionais (orientação para a comunidade)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 56,2% disseram que nunca ou quase nunca há realização de enquetes para saber se os serviços oferecidos estão respondendo às necessidades da população; • 47,4% disseram que nunca ou quase nunca há realização de enquetes para identificar problemas de saúde da população; • 46,2% disseram que sempre ou quase sempre há representação da comunidade na direção da UBS ou nos conselhos; • 47,4% disseram que sempre ou quase sempre há oferta de serviços nas escolas pela equipe de ESF; • 92,5% disseram que sempre ou quase sempre há frequência de visitas domiciliares; • 40% disseram que sempre ou quase sempre há trabalho da USF com outras instituições da comunidade para realizar
--	--	--	--	---

				<p>programas intersetoriais;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 55% disseram que sempre ou quase sempre há autonomia da USF para organizar a oferta de serviços de acordo com os problemas da comunidade; <p>3. Gestores (enfoque familiar)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 81,2% disseram que quase sempre ou sempre há questionamento sobre doenças de familiares durante a consulta; • 71,8% disseram que quase sempre ou sempre há a possibilidade do profissional discutir com a família problemas de saúde dos usuários; • 81,2% disseram que quase sempre ou sempre há questionamento dos profissionais sobre fatores de risco social ou condições de vida dos usuários; • 96,8% disseram que sempre há organização dos prontuários médicos por família na UBS; <p>3.1. Gestores (orientação para a comunidade)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 43,7% disseram que sempre ou quase sempre há realização de enquetes para saber se os serviços oferecidos estão respondendo às necessidades da população; • 50% disseram que sempre ou quase sempre há realização de enquetes para identificar problemas de saúde da população; • 74,9% disseram que sempre ou quase sempre há representação da comunidade na direção da UBS ou nos conselhos; • 74,9% disseram que sempre ou quase sempre há oferta de serviços nas escolas pela equipe de ESF; • 90,6% disseram que sempre ou quase sempre há frequência de visitas domiciliares; • 63,3% disseram que sempre ou quase sempre há trabalho da USF com outras instituições da comunidade para realizar programas intersetoriais; • 71,8% disseram que sempre ou quase sempre há autonomia da USF para organizar a oferta de serviços de acordo com os problemas da comunidade.
--	--	--	--	--

Atributo: Centralidade na família

Artigo	Autor/Data	Objetivo	Método	Resultados
O trabalho do agente comunitário de saúde e a política de atenção básica em São Paulo, Brasil	SCHMIDT, M. L. S.; NEVES, T. F. S. - 2010	Analisar parte de uma pesquisa que tem por objetivo compreender aspectos da implementação do Programa Saúde da Família (PSF) como política pública de atenção primária no embate com o modelo médico-assistencial hegemônico no país.	Pesquisa interventiva	<ul style="list-style-type: none"> • Na UBS analisada os ACS foram selecionados e alocados na unidade sem preparação prévia e sem o suporte de outros profissionais previstos para a equipe mínima de PSF, que, idealmente, é um profissional capaz de estabelecer pontes e vias de comunicação entre os modos de vida e saberes populares e as formas de cuidado e controle informadas pelos saberes científicos especializados; • Na investigação das práticas dos ACS destaca-se que a prática destes é capturada pela prevalência do modelo médico-assistencial. Sobressaem-se a atenção do controle de riscos e conversas sobre assuntos variados com a população. Há uma dupla função de oferecer informações para os usuários sobre os serviços e orientações médicas e informações sobre os usuários para os especialistas; • Os ACS veem-se como intermediários entre a família e a equipe de saúde, como cuidadores e como observadores qualificados da situação de saúde e das necessidades das famílias; • Os médicos consideram os ACS como um diferencial no PSF e veem esse profissional como uma extensão de si mesmos; • As enfermeiras dizem que os agentes são comunicadores por excelência; • Em uma das reuniões a coordenação informa que está sendo pressionada a demitir os ACS que não vêm cumprindo as metas de produtividade (número de visitas realizadas no mês), fazendo assim com que as visitas domiciliares sejam transformadas em dispositivos quase que exclusivos de vigilância, onde o contato é cada vez mais breve, de caráter prescritivo e de vigilância, reduzindo as conversas, transformando o ACS em porta-vozes dos especialistas; • Surgiu nas reuniões o tema “visitas-surpresa”, que são feitas por representantes dos órgãos municipais de saúde para vistoriar ou fiscalizar a existência de filas para atendimento; Os participantes da reunião percebem que as filas se formam como um sintoma do excesso de demanda por um modelo médico-assistencialista, que, “apesar das intenções professadas pelo SUS e pelo PSF, continua sendo hegemônico, tanto do ponto de vista da implementação ou concretização das políticas públicas, quanto do das expectativas da

população.”;

Atributo: Competência Cultural

Artigo	Autor/Data	Objetivo	Método	Resultados
Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família	OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. - 2013	Realizar uma reflexão teórica sobre a presença dos atributos essenciais da APS na ESF.	Reflexão teórica	<ul style="list-style-type: none"> • Descreve-se conceitualmente cada um dos atributos essenciais (atenção no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado); • A atenção no primeiro contato é definida como porta de entrada dos serviços de saúde, sendo estes identificados como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde, esperando-se que os serviços desse nível de atenção sejam acessíveis e resolutivos frente às principais necessidades de saúde da população; • A longitudinalidade é discutida como a existência regular de uma atenção e o seu uso ao longo do tempo, contendo ou não questões relacionadas à existência de doenças/problemas, e também, com relação ao vínculo entre usuários e profissionais da saúde, que acarreta em um melhor acolhimento, conceituado como a “busca constante de reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las, o que resulta em encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial”; • A integralidade é abordada por meio de quatro dimensões: 1- Primazia das ações de promoção e prevenção – que implica potencializar formas mais amplas de intervir em saúde meio à existência de um sistema de saúde que privilegia a especialização e a medicalização, e paralelamente, implica por parte do Estado a formulação de políticas sociais e econômicas, que atuem na diminuição das desigualdades sociais e melhoria das condições de vida. 2-Atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica – garantia de acesso a diversos níveis de atenção. 3- Articulação das ações de promoção, proteção e prevenção – práticas que tem sido desenvolvidas separadamente, sendo necessária uma nova forma de organizar e agir em saúde com a constituição de saberes e de ações que se interpenetrem. 4- Abordagem integral do indivíduo e das famílias – é relacionada a um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos que os procuram; • A coordenação é definida como a articulação entre os diversos serviços

				<p>e ações de saúde, sincronizados e voltados a um objetivo comum, onde a operacionalização das redes de atenção se dá pela interação da população adscrita a uma determinada região de saúde, a estrutura operacional (pontos de atenção e ligação entre os pontos de atenção) e a um modelo de atenção à saúde; Esses pontos de atenção compreendem as unidades de APS (equipes ESF) e tem como função atuar como centros de comunicação, os serviços de atenção secundária e terciária, onde a conexão é feita por sistemas logísticos e de governança, na forma de comissões intergestoras.</p>
--	--	--	--	---

5.6. Análise e Interpretação

Os artigos selecionados foram descritos individualmente no decorrer deste estudo de acordo com os atributos correspondentes. Isso não significa que o conteúdo inserido em cada um deles fosse exclusivamente a respeito do atributo ao qual foi associado, levantando assim um número grande de assuntos a serem discutidos. Como em qualquer dimensão de serviços oferecidos há sempre pontos positivos e negativos relatados, que não seguem um padrão para todos os casos.

5.6.1. *Porta de entrada/Serviço de primeiro contato*

Dentre os estudos selecionados observou-se como pontos positivos no que concerne o atributo porta de entrada/serviços de primeiro contato a percepção da APS como porta de entrada preferencial do sistema de saúde. Além disso, a APS é também uma fonte de cuidado regular, em que a acessibilidade geográfica é fácil, há alta capacidade resolutive das necessidades da população e há o reconhecimento da organização do trabalho. Nesse âmbito proporciona maior agilidade para os casos de maior risco e vulnerabilidade (TURRINI, LEBRÃO E CESAR, 2008; GIOVANELLA, 2009; CUNHA E VIEIRA-DA-SILVA, 2010; CAMPOS et al, 2014).

Os artigos colocam em relevo o fato de o serviço oferecido ser gratuito, sendo incluída aqui a disponibilidade de medicamentos nas UBS e sua distribuição, mas em contraposição muitas vezes a quantidade não é suficiente (TURRINI, LEBRÃO E CESAR, 2008; AZEVEDO e COSTA, 2010; PEREIRA et al, 2011).

Em outras publicações observa-se um número significativo de pontos negativos. Os artigos relataram dificuldades no acesso aos serviços, como marcação de consultas, filas, grande tempo de espera para realização de consultas e exames, falta de profissionais para atender as necessidades da população, tornando esse acesso demorado e burocrático. Houve ainda artigos que relataram a inexistência ou insuficiência do serviço de acolhimento ao paciente, que muitas vezes este era feito apenas como uma forma de triagem e a não humanização do atendimento (MELO et

al, 2008; AZEVEDO e COSTA, 2010; CUNHA e VIEIRA-DA-SILVA, 2010; PEREIRA et al, 2011; CAMPOS et al, 2014).

Observou-se a falta de ações de promoção à saúde, o que mostra que o modelo assistencial ainda é centrado na abordagem biomédica, em práticas curativas, no tratamento da doença e no contato com o médico, que muitas vezes falta, e em outras vezes encontra-se sobrecarregado pela demanda. Nesse aspecto discute-se também sobre reclamações da falta de profissionais, principalmente médicos, e também da alta rotatividade destes, que estando inseridos dentro de UBS precisariam construir vínculos com a população (MELO et al, 2008; CUNHA e VIEIRA-DA-SILVA, 2010; CAMPOS et al, 2014).

Problemas que se destacam nos artigos analisados são os serviços de referência onde há insuficiência de oferta para atendimento especializado e também de contrarreferência, em que a responsabilidade pelo tratamento da doença passa para outro nível de atenção e muitas vezes o usuário é perdido na atenção primária (GIOVANELLA et al, 2009; AZEVEDO e COSTA, 2010; CUNHA e VIEIRA-DA-SILVA, 2010; CAMPOS et al, 2014).

No que concerne a referência e contrarreferência do sistema, observa-se a falta de integração nos vários níveis, fazendo com que todos os aspectos do desempenho do sistema de saúde se tornem ineficientes. Isso implica, conseqüentemente, em pacientes perdidos, serviços necessários não prestados, queda na qualidade e satisfação do usuário e diminuição do custo-benefício. Tudo isso vai contra a proposta de organização do sistema de saúde pelas Redes de Atenção à Saúde (CONASS, 2011; PNAB, 2012).

5.6.2. Longitudinalidade

Nos artigos sobre longitudinalidade é possível observar que estes não tratam apenas do atributo em si. Um estudo relata que a APS é descrita com concepções biomédicas e como uma espécie de plano de saúde gratuito para quem não pode pagar por um plano de saúde privado (GOMES et al, 2011). Outro traz ainda a

questão do acesso aos serviços de primeiro contato serem difíceis e da falta de referência e contrarreferência nos níveis de atenção, que dificulta o atendimento nos níveis secundário e terciário e, conseqüentemente, fragmenta a continuidade do cuidado (MORAES, CAMPOS e BRANDÃO, 2014).

Muitos discursos são positivos quando se fala da Estratégia Saúde da Família (ESF), em que ela melhora o acesso e permite o vínculo e fortalecimento da relação entre os profissionais da saúde e a população. Nessa perspectiva o agente comunitário de saúde exerce o papel principal e fundamental na construção desse vínculo e no acompanhamento, que como consequência, faz com que os tratamentos sejam duradouros e haja maior troca de informação com o resto da equipe, resolvendo a maioria dos problemas na própria APS e evitando encaminhamentos (CUNHA e GIOVANELLA, 2011; GOMES et al, 2011; ARCE e SOUSA, 2014).

Ao passo que alguns autores encontram pontos extremamente positivos da ESF, Moraes, Campos e Brandão (2014) trazem em seu artigo uma ESF que ainda não supre as necessidades de realização de exames e assistência especializada, que tem um processo de trabalho das equipes mal organizado, que os médicos têm suas condutas elogiadas, mas ao mesmo tempo, pela alta rotatividade destes, tem o vínculo profissional-usuário comprometido.

5.6.3. Integralidade

Alguns artigos que trazem a integralidade como assunto central também abordam pontos que dizem respeito a outros atributos da APS, mas que estão inteiramente relacionados com aspectos que compõem a integralidade. Um dos estudos diz há avanços na questão do vínculo e da integralidade do cuidado, mas que a proposta de reorientação do modelo assistencial ainda está longe de ser alcançada (CAMARGO JUNIOR et al, 2008).

Camargo Junior et al (2008), Tavares, Mendonça e Rocha (2009) e Macedo e Martins (2014), trazem à discussão pontos como a organização do trabalho ser

centrada no médico sem interação com o restante da equipe, em que há pouca penetração de estratégias de reorientação a começar pelo acolhimento e, mais uma vez, a dificuldade com os sistemas de referência (falta de vagas nos níveis secundário e terciário, burocracias dos encaminhamentos) e contrarreferência (ausência no seguimento do cuidado).

No estudo de Heimann et al (2014) há a afirmação de que os problemas relatados para a integração dos serviços de saúde são estruturais e estão relacionados à inexistência de cadastro único e informatizado de usuários do SUS, à alta rotatividade de profissionais, à resistência de profissionais e usuários a mudanças, à questão financeira, à falta de pessoal capacitado, ao descumprimento de horário, principalmente por parte dos médicos, e à falta de estímulo e formas de pagamento e remuneração baseados em indicadores e metas, o que faz com que a APS não seja resolutive e integral.

Apesar desses autores sugerirem, de forma indireta, que pagamentos e remunerações baseados em indicadores e metas seriam uma das soluções para melhor oferecer um serviço integral e de qualidade para a população, há controvérsias. Podemos pensar que se alguém será mais bem remunerado ao atingir metas, o serviço pode ser feito com finalidade meramente quantitativa, enquanto os serviços de saúde devem ser vistos com olhar quanti-qualitativo. Mais valem ações de saúde em torno de um atendimento de qualidade, e que sim, podem abranger quantidades significantes, que metas quantitativas atingidas sem qualidade nos serviços prestados à população.

Em dois artigos é possível encontrar a conclusão de como a integralidade deve ser trabalhada para que seja efetiva. Pires, Rodrigues e Nascimento (2010) afirmam que a integralidade precisa ser construída pelos trabalhadores da saúde a partir de uma visão de totalidade do usuário/família, de maneira a promover uma aproximação do seu contexto de vida. Já para Heimann et al (2014), para que a integralidade possa ser operacionalizada, “há necessidade de avançar na interdisciplinaridade, no planejamento de ações, no trabalho em equipes e em redes, no acesso e articulação vertical e horizontal dos serviços e pactuação no estabelecimento de referência e contrarreferência.”

Um assunto particular de um dos artigos chama a atenção para a questão da necessidade da interface entre a saúde com áreas como os direitos humanos, assistência social, esportes, educação e cultura. Aborda ainda que, no SUS, há dificuldades em se desenvolver políticas integradas e em repensar o sentido das relações entre APS e os demais setores, instituições e atores que estão envolvidos nas políticas públicas e sociais (HEIMANN et al, 2014), indo de encontro com o que está na CF (1988), que diz que a saúde é um direito garantido mediante políticas sociais e econômicas. De acordo com este artigo, isso não está acontecendo.

O artigo de Tesser e Luz (2008) traz uma abordagem diferenciada ao falar da integralidade relacionando-a com as racionalidades médicas. Os autores dizem que:

[..] Quanto mais integral a interpretação produzida sobre o universo trazido pelo doente, maior será a intimidade da relação com o doente, o pacto/ação, e, assim, a eficácia simbólica; Quanto mais integral a abordagem do curador, maior será a completude, a extensividade e a veracidade da interpretação construída, melhor será o diagnóstico e mais eficaz, precisa, harmoniosa e sustentável poderá ser a ação terapêutica (TESSER e LUZ, 2008, p.198).

Esse conceito mostra com amplitude tudo o que é e está relacionado com um serviço integral num sistema de saúde. Abrange a visão do indivíduo em sociedade e em sua particularidade que deve ser entendida pelo profissional da saúde, o que produz vínculo e continuidade do cuidado, garantindo a resolução das necessidades do usuário e um serviço de qualidade por parte do profissional.

5.6.4. Coordenação do cuidado

Na pesquisa bibliográfica sobre coordenação do cuidado observa-se de forma massiva o uso de prontuários como instrumento para organizar o atendimento ao usuário.

O artigo de Almeida et al (2010) informa o uso de alguns instrumentos de coordenação que existem nos grandes centros urbanos pesquisados, como: a implantação de centrais informatizadas de regulação e marcação de procedimentos, sendo este um dos principais instrumentos para integrar a atenção primária aos outros níveis de atenção; Mecanismos de referência e contrarreferência, que, apesar

de existirem, a contrarreferência se faz inexistente, da mesma forma que em outros estudos.

Relatam também a implantação de um sistema de registro que regula o acesso e marcação de consultas e exames e ainda permite monitorar filas, o que propicia à equipe de SF acompanhar o usuário; e ainda os prontuários eletrônicos, que permitem a continuidade informacional, o que no estudo de Gomes e Silva (2011) não acontece, os médicos não preenchem os prontuário e dificultam a obtenção de informações sobre os usuários.

Santos e Ferreira (2012) fazem menção do uso de dois tipos de prontuários nas unidades por elas pesquisadas: o prontuário individual, que contem informações clínicas e atendimentos individuais, além do prontuário da família, que contem as condições de vida e a inserção em determinado território. Os prontuários permitem que as informações sejam recuperadas, auxiliando no planejamento da assistência individual e familiar e também a intervenção na comunidade.

Nos prontuários a maioria das informações é referentes às visitas domiciliares feitas pelos ACS, o que torna estes os profissionais que mais acessam esses prontuários. Apesar da existência desse instrumento de coordenação, o seu armazenamento é feito de forma inadequada e há, ainda, a falta de uma lista eletrônica desses prontuários (SANTOS e FERREIRA, 2012).

Os autores Silva e Andrade (2014) trazem um artigo com uma abordagem diferente dos demais, onde utilizaram dados documentais para fazer uma análise de como viabilizar a coordenação do cuidado no sistema de saúde brasileiro.

As conclusões mais significativas retiradas do estudo foram que o Departamento de Atenção Básica (DAB) direcionou esforços para o desenvolvimento da APS buscando a ampliação do PSF; Que a participação social tem relevância significativa na condução de políticas públicas, principalmente por meio dos Conselhos de Saúde, mas que estes ainda são pouco divulgados à comunidade; Conclui-se ainda que, das 700 normativas analisadas (SILVA e ANDRADE, 2014), nenhuma portaria teve como objeto principal a coordenação dos cuidados pela APS, se tornando insipiente nas políticas de saúde.

5.6.5. Orientação para a comunidade

O único artigo para este atributo, de Alencar et al (2014), além de avaliar a orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família, também traz a avaliação do enfoque familiar, na visão de usuários, profissionais da saúde e gestores.

Percebe-se neste artigo que na avaliação dos usuários há quase sempre nenhum interesse dos profissionais de saúde da ESF no que se refere à sua saúde, de sua família e suas condições de vida, o que no discurso dos profissionais e gestores encontra-se exatamente o oposto. Sua percepção é que essa coleta de dados e o contato com a família é, quase sempre, uma realidade.

Nos aspectos analisados de orientação para a comunidade observa-se também, por parte dos usuários, uma porcentagem muito alta que diz que esse tipo de serviço quase nunca ou nunca acontece, indo novamente de encontro aos discursos dos profissionais da saúde e dos gestores, que dizem exatamente o oposto.

A avaliação desses dois atributos da APS na ESF foi insatisfatória, principalmente na visão dos usuários do sistema de saúde.

5.6.6. Centralidade na família

Schmidt e Neves (2010) dissertam muito em seu artigo a figura do Agente Comunitário em Saúde (ACS) com bastante importância para que o atendimento esteja centrado na família dentro da ESF.

Na UBS analisada nesse estudo os ACS são conceituados como “um profissional capaz de estabelecer pontes e vias de comunicação entre os modos de vida e saberes populares e as formas de cuidado e controle informadas pelos saberes científicos especializados” (p. 229).

Sendo assim o ACS possui uma dupla função, a de oferecer informações para os usuários sobre os serviços e orientações médicas e a de repassar informações sobre os usuários para os especialistas.

Nesse artigo os médicos dizem que veem nos ACS um diferencial, como uma extensão de si mesmos. As enfermeiras dizem que eles são comunicadores por excelência. Já os ACS se veem como intermediários entre a família e as equipes de saúde, como cuidadores e observadores qualificados da situação de saúde e das necessidades das famílias.

O estudo aborda uma questão que preocupa. Os agentes deveriam cumprir metas de produtividade, que seriam o número de visitas realizadas no mês, para que não fossem demitidos. Isso fez com que as visitas domiciliares se tornassem um dispositivo exclusivamente de vigilância, diminuindo o contato com o usuário.

Observa-se aqui a importância dos ACS para a ESF, para a APS e também para a garantia de um atendimento centrado na família, em que ele tem papel crucial no contato direto com as famílias e na ajuda da construção de vínculos, ainda que esse papel tenha ficado distorcido por questões financeiras.

5.6.7. Competência cultural

Oliveira e Pereira (2013) realizam uma reflexão teórica sobre os atributos essenciais da APS. Descreve conceitualmente cada um deles: atenção no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.

Apesar de esse artigo ter sido encontrado e selecionado para discussão a respeito de competência cultural dentro da APS, nada se discute sobre ele, apenas o delimita como um atributo derivado, que tem como função pressupor o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico e cultural.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho mostrou como os atributos da APS, elencados por Starfield (2002), são abordados dentro da bibliografia de saúde e como se encontram os aspectos relacionados com cada um deles, colocando em evidência o que vem se discutindo a respeito da APS.

Pelo quantitativo de artigos percebeu-se que o atributo porta de entrada (serviço de primeiro contato) está em maior evidência no meio bibliográfico, muitas vezes classificado pela sua crucial importância, mas outras vezes por seus aspectos não corresponderem ao que deveria ser, dificultando a oferta de um serviço de qualidade.

Em contraposição estão os atributos orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural, que, mesmo sendo de grande importância, não foram encontrados de forma explícita na bibliografia reunida.

Portanto, torna-se necessária uma abordagem de maior profundidade para avaliar e analisar tais atributos, visto que na legislação vigente o atendimento da APS e da ESF é baseado nas necessidades de saúde da população adscrita e na participação desta nas decisões sobre a sua saúde; é organizado e estruturado em territórios que possuem a adscrição de famílias; e também na existência de necessidades específicas de populações e subpopulações que precisam de um olhar diferenciado para a sua cultura.

No decorrer da análise dos artigos foi possível perceber que os atributos longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado estão essencialmente ligados um ao outro e com muitos pontos em comum a serem discutidos.

Tais artigos trouxeram à tona o fato de o modelo assistencial ainda estar fortemente centrado na figura do médico, na prática curativa, na falta de acolhimento ao usuário e na não humanização do cuidado, retratando poucas oportunidades de ações de serviços de prevenção e promoção à saúde.

A construção de vínculo entre usuários do sistema e profissionais de saúde, também foi retratada de forma negativa, na qual a visão total do usuário e das

famílias é prejudicada muitas vezes pela falta de capacidade dos profissionais e pela alta rotatividade destes, tornando-se imprescindível a conscientização e a educação desses profissionais desde a sua formação.

A deficiência no sistema de referência se mostrou de forma alarmante na bibliografia analisada, visto que este existe dentro da APS, mas de forma desordenada, onde o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção é difícil, muitas vezes por falta de vagas e pelo longo tempo de espera para realização de consultas e exames. Já o sistema de contrarreferência é praticamente inexistente, acarretando na fragmentação da continuidade do cuidado do usuário que se perde no interior do sistema de saúde.

Algumas soluções foram apontadas de forma indireta para o melhoramento desses muitos aspectos negativos, como o cadastro único, informatizado e a implantação de prontuários eletrônicos, que organizariam o atendimento, dariam continuidade nas informações dos usuários e ajudariam no planejamento da assistência.

Diante dos resultados encontrados, nenhum dos atributos foi bem classificado e são muitos os desafios da APS em todos os ângulos e olhares, que vão desde a valorização desta nos espaços políticos e sociais, de recursos humanos, de financiamento, de gestão, até às práticas das equipes.

O estudo apresentado encontrou limitações no que concerne ao baixo volume de material para análise, que pode ser explicado devido os atributos da APS serem elencados por uma pesquisadora norte-americana, onde estes podem ser aplicados com eficácia na realidade de outro país, não funcionando integralmente para a realidade brasileira.

Mostra-se assim, que profissionais da saúde coletiva podem trazer várias implicações positivas a respeito da APS se forem feitas as modificações necessárias nos atributos de Starfield (2002) voltadas para a realidade do Brasil, gerando consequentemente desdobramentos deste estudo.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, Monyk Neves de et al. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, Fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200353&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Mar. 2015.

ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, Fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Mar. 2015.

ARCE, Vladimir Andrei Rodrigues; SOUSA, Maria Fátima de. Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 62-68, Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000100062&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Mar. 2015.

AZEVEDO, Ana Lucia Martins de; COSTA, André Monteiro. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, Dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Mar. 2015.

BRASIL, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Art. 196. Seção II.

BRASIL, Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. III Seminário Internacional Atenção Primária Saúde da Família: expansão com qualidade & valorização de resultados: relatório das atividades: Recife-PE, 13 a 15 de dezembro 2007 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL, Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, Jan. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Mar. 2015.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 252-264, Out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600252&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Mar. 2015.

CONASS, Conselho Nacional de Secretário de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.

CUNHA, Alcione Brasileiro Oliveira; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, Abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Mar. 2015.

CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Ligia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Mar. 2015.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Cap. 16. p. 575-625.

GIOVANELLA, Lígia et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Mar. 2015.

GOMES, Francisco Maglionio; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 893-902, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Mar. 2015.

GOMES, Karine de Oliveira et al. Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 881-892, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Mar. 2015.

HEIMANN, Luiza Sterman et al. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2877-2887, Jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Mar. 2015.

MACEDO, Lilian Magda de; MARTIN, Sueli Terezinha Ferrero. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 647-660, Dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000400647&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Mar. 2015.

MACINKO, James; DOURADO, Inês; GUANAIS, Frederico C. Doenças Crônicas, Atenção Primária e Desempenho dos Sistemas de Saúde – Diagnósticos, instrumentos e intervenções. **Banco Interamericano de Desenvolvimento**. Nov. 2011. Disponível em: <http://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/5759/Concept%20Note_Semina>

rio%20Doencas%20Cronicas_SSA_PORT.pdf?sequence=2>. Acesso em: Jun. 2015.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas S.a, 2003.

MELO, Elza Machado de et al. A organização da Atenção Básica em municípios integrantes do projeto de expansão e consolidação do saúde da família em Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, supl.1, Jan. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Mar. 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Minas Gerais, v. 5, n. 15, p.2297-2305, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em Abr. 2015.

MORAES, Verena Duarte; CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera; BRANDAO, Ana Laura. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 127-146, Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100127&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Mar. 2015.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, Set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Mar. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primário de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em Jan. 2015.

PEREIRA, Maria José Bistafa et al. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 48-55, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Mar. 2015.

PIRES, Vilara Maria Mesquita Mendes; RODRIGUES, Vanda Palmarella; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. Sentidos da Integralidade do cuidado na saúde da Família. **Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 18, p.622-627, Out. 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a20.pdf>>. Acesso em Mar. 2015.

SANTOS, Daniela Cristina dos; FERREIRA, Janise Braga Barros. O prontuário da família na perspectiva da coordenação da atenção à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1121-1137, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Mar. 2015.

SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval; NEVES, Tatiana Freitas Stockler das. O trabalho do agente comunitário de saúde e a política de atenção básica em São Paulo, Brasil. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo, v. 13, n. 2, Set. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172010000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em Mar. 2015.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Programa Saúde da Família**. Brasília, Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/subsecretarias/526-programa-saude-da-familia.html>>. Acesso em Jan. 2015.

SILVA, Roberta Marinho da; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1207-1228, Dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000401207&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Mar. 2015.

STARFIELD, Bárbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TAVARES, Maria de Fátima Lobato; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; ROCHA, Rosa Maria da. Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, Mai 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Mar. 2015.

TESSER, Charles Dalcanale; LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, Fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Mar. 2015.

TURRINI, Ruth Natalia Teresa; LEBRAO, Maria Lúcia; CESAR, Chester Luiz Galvão. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, Mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Mar. 2015.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 8, p.11-48, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/02.pdf>>. Acesso em Jan. 2015.