UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE – UFCSPA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Giovani Sturmer

Influência da estrutura das unidades de saúde na qualidade da Atenção Primária à Saúde.

Porto Alegre
2016

Giovani Sturmer

Influência da estrutura das unidades de saúde na qualidade da Atenção Primária à Saúde

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Della Méa Plentz

Coorientadora: Dra. Maria Eugênia Bresolin Pinto

Porto Alegre

2016

Ficha Catalográfica:

Catalogação na Publicação

Sturmer, Giovani
Influência da estrutura das unidades de saúde na qualidade da Atenção Primária à Saúde / Giovani Sturmer. -- 2016.
75 p. : il., tab. ; 30 cm.

Tese (doutorado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2016.

Orientador(a): Rodrigo Della Méa Plentz ; coorientador(a): Maria Eugênia Bresolin Pinto.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação de Serviços de Saúde. 3. Qualidade da Assistência à Saúde. 4. Estrutura dos Serviços. 5. Profissionais da Saúde. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

“...espero que eu sempre possua firmeza e virtude suficientes para manter o que eu considero o mais invejável de todos os títulos,
o caráter de um homem honesto.”

George Washington

DEDICATÓRIA

Aos meus pais;
minha esposa;
e meus filhos;

...razões da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, que nos faz buscar os princípios que direcionam ao correto e humano. Obrigado por me dar forças suficientes para superar a todos os obstáculos. Agradeço também por deixar minha vida cercada de pessoas maravilhosas.

Agradeço imensamente ao meu orientador, Rodrigo Della Méa Plentz, por mais uma vez me apoiar para alcançar meus objetivos. Seria muito mais difícil sem sua ajuda. Exemplo de professor e amigo, modelo de competência e dedicação à sua profissão.

À minha coorientadora Maria Eugênia B. Pinto, e as professoras Mônica M. C. de Oliveira e Cecília Dias Flores, por também me apoiarem durante esta fase.

Agradeço a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, pela oportunidade e estrutura oferecida para o meu crescimento. Também aos demais professores do programa pela capacidade de oferecer e estimular o conhecimento.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), pelo apoio financeiro.

À Universidade de Cruz Alta, por me incentivar e motivar a alcançar este título.

Nesta etapa também preciso agradecer a todos os professores que fizeram parte da minha vida, escolar e acadêmica, sem nomeá-los a cada um deles gostaria de dizer que “esta conquista também é mérito seu, meu professor”. De cada um aprendi um pouco, mais do que conteúdos e teorias. Seguindo este caminho, aprendi o verdadeiro sentido de ser professor... o presente em ensinar não é só para o aluno... é a realização pessoal que nos faz querer mais e nos dedicar para isso...

Aos meus alunos: não é só por mim que estou neste caminho, mas principalmente por vocês; agradeço a todos a compreensão e o apoio.

Aos professores e colegas do Grupo de Pesquisa, agradeço pelo apoio, estímulo, e agradável convívio ao longo deste curso.

Aos meus amigos que sempre entenderam minha distância nesta importante etapa da minha vida.

Minha família... Tenho muito a agradecer a cada um deles...

Aos meus pais, Marino e Terezinha, por tudo que representam: amor, apoio, perseverança, fé, e muito mais... sempre foram meu porto seguro. Ao meu irmão Benhur, que sempre esteve torcendo, incentivando e me apoiando nesta jornada.

À minha amada esposa Fabiana, fiel parceira de todas as horas... te agradeço pelo apoio, incentivo e por entender as minhas ausências.

Aos meus presentes de Deus, meus filhos Rafaela e Lucas - ventrículos do meu coração - peço desculpas por muitas vezes não estar junto de vocês, e agradeço muito pelas orações ao pé da cama pedindo pelo papai.

... Amo muito todos vocês.

Enfim... Agradeço a todos aqueles que gentilmente contribuíram para que eu chegasse a este momento.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem se tornado a principal estratégia em busca da melhoria na qualidade dos serviços de saúde, e seus principais atributos incluem a promoção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Para fornecer cuidados básicos de saúde da população o governo vem estimulando as ações de prevenção dos problemas da comunidade através de programas como a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) que busca a evolução dos serviços e dos profissionais envolvidos para a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade e da cobertura, além de estimular a avaliação dos serviços. Há, entretanto, a necessidade da organização e da estrutura do serviço serem compatíveis com as necessidades dos profissionais e dos usuários. Os objetivos deste estudo foram de observar as características dos profissionais da Atenção Básica, avaliar a orientação à APS e, verificar a associação entre as características estruturais e a presença de altos escores nos atributos. Através de um estudo transversal foram avaliadas as unidades de saúde e as características dos alunos da Especialização em Saúde da Família UNA-SUS–UFCSPA, a estrutura através do instrumento de avaliação do PMAQ, e os atributos com o PCATool. Os resultados demonstram maioria dos profissionais (88%) em ESF, 30% com pós-graduação direcionada à APS, estando 56,3% no primeiro trabalho em APS. A satisfação com as condições gerais de trabalho e a estrutura das unidades alcançou 58%. A maioria das unidades alcançou alta orientação à APS, entretanto a acessibilidade mostrou maior fragilidade. Foram encontrados valores médios superiores para os escores Geral e Essencial nas unidades com a agenda organizada para atividades comunitárias, com medidas de prevenção e acompanhamento para demandas especificas, além daquelas que oferecem atendimento nos finais de semana. A presença de assistente social na equipe ampliada também se associou a melhor avaliação, além de outras características favoráveis para a avaliação de cada atributo. Sendo assim, a presença de algumas características foram consideradas contribuintes que elevam os escores e a levam a melhor orientação à APS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Profissionais da Saúde.

ABSTRACT

Influence of the Health Structure on the Attributes of Primary Care in Family Health Strategy.

Primary Health Care (PHC) has become the main strategy in the pursuit of an improvement in the quality of health services, and its main attributes include promotion, protection, diagnosis, treatment, rehabilitation and maintenance of health. With the purpose of providing basic health care to the population, the government has been encouraging prevention actions to community problems. By means of programs such as Política Nacional da Atenção Básica ("Primary Care National Policy"), it seeks the evolution of services and professionals involved in order to expand access and improve quality and coverage, as well as stimulate the evaluation of services. However, the organization and structure of the service must be compatible with the needs of professionals and users. The goals of this study were to observe the characteristics of professionals in Primary Care, assess the orientation to PHC and check the association between the structural characteristics and the presence of high scores in the attributes. Through a cross-sectional study have been assessed the health units and the characteristics of the students of UNA-SUS-UFCSPA's Specialization Program in Family Health were assessed; the structure was evaluated through PMAQ's assessment tool, and the attributes, through PCATool. Results show that most professionals (88%) work in family health strategy, 30% having a graduate degree focused on PHC, and 56.3% working their first job in PHC. Satisfaction with the general conditions of work and the structure of the units reached 58%. Most health units achieved high PHC orientation; however, accessibility was the greatest weakness. Higher mean values were found for the General and Essential scores in the health units with an organized calendar for community activities, with prevention and monitoring measures for specific demands, as well as in those that provide care on weekends. The presence of a social worker in the extended team was also associated with a better evaluation, besides other favorable characteristics for the evaluation of each attribute. Thus, the presence of some characteristics was considered as contributing to elevate scores and lead to better PHC orientation.

Keywords: Health Personnel; Quality of Health Care; Health Services Evaluation; Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AQ-PCP	ADHD *Questionnaire for Primary Care Providers*
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
CNE	Conselho Nacional de Educação
EaD	Educação à Distância
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GPAQ	*General Practice Assessment Questionnaire*
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACOTAPS	Aplicativo para atenção primária em saúde
PCATool	*Primary Care Assessment Tool*
PCET	*WHO Primary Care Evaluation Tool*
Pet-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RASs	Redes de Atenção à Saúde
RPA	Recibo de Pagamento Autônomo
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 10
2. REVISÃO DA LITERATURA 11
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE 11
2.2 APS E O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO 14
2.3 OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E A FORMAÇÃO VOLTADA PARA APS 16
2.4 A EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS PROFISSIONAIS DA APS 19
2.5 A AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DA SAÚDE 20
2..5.1 Primary Care Assessment Tool (PCATool) 22
2.5.2 Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-AB 22
2.6 A ESTRUTURA DA APS NO BRASIL 25
3. OBJETIVOS 26
3.1 OBJETIVO GERAL 26
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 26
4. REFERÊNCIAS 27

1 INTRODUÇÃO

Este volume apresentado corresponde a Tese de Doutorado intitulada “Influência da estrutura das unidades de saúde na qualidade da Atenção Primária a Saúde”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA.

Fruto de estudo direcionado a entender o quebra-cabeças que permeia as relações entre os serviços de saúde voltados para as ações de Atenção Primária à Saúde (APS) e as ações que interferem na sua estruturação e funcionamento, busca contribuir para o entendimento dos fatores que interferem na qualidade do serviço prestado á população. Este trabalho está vinculado ao projeto “Impacto da Formação em Saúde da Família na qualidade da Atenção Básica”, que foi elaborado no intuito de servir como base para diversos estudos em associação, dos quais esta tese faz parte.

Levando em consideração que as políticas públicas de saúde do País vêm incrementando fortemente os serviços de atenção primária através da ampliação da Estratégia Saúde da Família, e este sistema tem se mostrado contribuir para a melhoria das condições de saúde da população; compreender os fatores que interferem positivamente na qualificação do serviço é imperativo. A avaliação é ponto crucial para compreender a situação existente, e por isso o uso de instrumentos reconhecidos reforça a qualidade dos resultados e possibilita inferir sobre os resultados concretos.

Como objeto de estudo foram avaliadas as características dos profissionais da saúde, os atributos à APS através do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) e também uma observação da estrutura das unidades de saúde com o instrumento de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

O volume traz no seu conteúdo uma breve revisão da literatura descrevendo sobre o tema proposto e os resultados da pesquisa realizada são descritos em dois artigos científicos:

Artigo 1: Perfil dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, vinculados ao Curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS no Rio Grande do Sul.

Artigo 2: Influência da estrutura nos atributos da Atenção Primária em unidades de Saúde da Família.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A atenção à saúde da população vem sendo amplamente observada e trabalhada para buscar a ampliação e melhoria da cobertura e a efetividade das suas ações. O processo de amadurecimento e crescimento do sistema de saúde, embora ainda com carências, tem se notado que um movimento sistemático de estruturação e oferta de serviços está sendo construída de modo a ampliar a cobertura e melhorar o acesso e disponibilidade dos serviços.

Este crescimento tem se apoiado em conhecimentos e discussões sistemáticas sobre a cobertura de saúde mundial, e seguindo uma tendência, vem se direcionando para a atenção preventiva e comunitária, buscando antecipar a ocorrência dos problemas de saúde. Há que se compreender que o funcionamento das instituições e os resultados dos esforços serão o reflexo de diversos fatores já citados por Donabedian (Donabedian, 1988) que correspondem à estrutura e ao processo de atenção, e devem estar associados às características e necessidades locais.

O sistema público de saúde do Brasil tem se esforçado para ampliar e melhorar a atenção primária disponibilizada para a população. Sendo assim, este estudo busca compreender os componentes deste processo, observando os profissionais, a estrutura disponível e a orientação à APS dos estabelecimentos de saúde da família.

> Todo sistema de serviços de saúde possui duas metas principais. A primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. A segunda meta, e igualmente importante, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde. (Starfield, 2002)

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Em 1920 foi publicado um texto que tratava sobre a organização do sistema de serviços de saúde, onde foram descritos três níveis principais de serviços de saúde: os centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola. Foi proposta então a formação de vínculos formais entre os serviços, além da descrição das funções de cada um. Esta formulação foi a base para organização de um sistema de serviços planejado para responder aos vários níveis de necessidade de serviços médicos da população. Este modelo tornou-se a base para a reorganização dos serviços de saúde em muitos países, possibilitando a definição clara dos níveis de atenção (Starfield, 2002, p19).

Os debates sobre a atenção primária à saúde (APS) tiveram um grande incremento em caráter internacional a partir de 1970, discutindo sobre as características intervencionistas e especializadas, com a atenção fragmentada e com pouco impacto na melhoria da situação de saúde da população (Giovanella e Noronha, 2012).

A partir da Conferencia Internacional de Alma Ata a APS passou a ser descrita como:

> ... Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. ... É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (Declaration of Alma-Ata, 1978 p.1)

Atualmente a APS tem sido usada como uma estratégia de alcance populacional, se tornando uma forma de os governos atenderem as necessidades em saúde da população através de serviços de atenção primária, relacionando-a com os demais serviços e/ou políticas sociais (Harzheim *et al.*, 2015). Ela é interpretada como uma estratégia de organização que deve obedecer ou contemplar algumas características específicas, que são conhecidas como atributos para a atenção primária (Mendes, 2012).

Estes atributos para a atenção primária devem estar orientados à comunidade e estar centrado na família, para que ela possa responder as necessidades de saúde da população, além de reconhecer também as diferentes necessidades dos vários grupos populacionais, e são classificados como atributos essenciais e atributos derivados. Os quatro atributos essenciais são o acesso de primeiro contato com o sistema de saúde, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção; e os três atributos derivados são a atenção à saúde centrada na família (orientação familiar), orientação comunitária e competência cultural (Shi *et al.*, 2001).

O acesso de primeiro contato também é conhecido como porta de entrada do sistema de saúde, e refere-se à busca por atendimento a cada vez que o usuário precisa de atenção à saúde. Para a isso, o primeiro requisito é que este seja acessível à população, eliminando-se barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais, o que possibilita a utilização por parte dos usuários a cada novo episódio (Giovanella e Noronha, 2012).

A longitudinalidade consiste na existência uma fonte continuada de atenção que sirva de aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso ao longo do tempo. Observa-se a necessidade de que ela apresente um ambiente com relação de confiança mútua e humanizada entre os usuários e a equipe de saúde (Starfield, 2002; Harzheim *et al.*, 2015).

Para a integralidade deve-se observar o leque de serviços disponíveis e prestados que seja ofertado a população adscrita, para que os usuários recebam atenção integral tanto nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde, possibilitando tanto o reconhecimento adequado dos problemas biopsicossociais e também o processo saúde-doença (Starfield, 2002; Giovanella e Noronha, 2012; Harzheim *et al.*, 2015).

A capacidade de garantir a continuidade da atenção é reconhecida através do atributo coordenação, e subentende-se como o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e acompanhamento, seja pelo mesmo profissional ou por meio de prontuários médicos; inclusive o cuidado gerado por especialistas, então, se articulando com os centros de comunicação das Redes de Atenção a Saúde (RASs) (Mendes, 2012; Harzheim *et al.*, 2015). Pressupõe-se então a disponibilidade das informações referentes a problemas e serviços anteriores e o uso desta à medida que seja necessária para a compreensão do estado de saúde do usuário (Starfield, 2002).

Dentre os atributos derivados, a orientação familiar impõe considerar a família como o sujeito da atenção. Torna-se necessário que a centralidade do cuidado seja uma interação da equipe (interdisciplinar) de saúde com os membros da família e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares e de abordagem familiar (Starfield, 2002; Mendes, 2012; Araujo *et al.*, 2014).

A orientação comunitária significa o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico e social em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias numa perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde proximais e intermediários. Isto implica em conhecer as características de saúde, dos recursos e espaços destinados para cultura, lazer entre outros, para avaliar as necessidades de uma forma mais ampla, para além das interações com o paciente ou com a família (Starfield, 2002; Araujo *et al.*, 2014).

A competência cultural envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações menos evidentes (étnicas, raciais ou outras características especiais). Torna-se então necessária a adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população, para facilitar a relação e a comunicação com a mesma, respeitando as preferências sociais e familiares (Starfield, 2002; Mendes, 2012).

Como característica importante da atenção primária à saúde integral tem-se a necessidade de compreensão da saúde como inseparável do desenvolvimento econômico e

social, o que implica atuação dirigida para a comunidade. Reconhecer a determinação social dos processos saúde-doença exige a articulação com outros setores de políticas públicas desencadeando e mediando ações intersetoriais para o desenvolvimento social integrado e a promoção da saúde. A ação comunitária das equipes de APS é fundamental para responder às necessidades coletivas e não apenas individuais de saúde. As ações comunitárias das equipes de APS para serem mais efetivas dependem de iniciativas das esferas governamentais e a articulação intersetorial deve ser uma estratégia estruturante da política municipal (Giovanella e Mendonça, 2012).

A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde implica exercitá-la de forma a obedecer a certos atributos e a desempenhar algumas funções consideradas fundamentais para a obtenção de uma atenção integral a saúde. Há evidências de que no Brasil a sua heterogeneidade na qualidade esteja associada à carência em um ou mais atributos, principalmente para grupos populacionais específicos (Mendes, 2012).

2.2 APS E O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Em virtude dos diversos e crescentes problemas de saúde e uma organização dos serviços de saúde excludentes e seletivos no Brasil na década de 70, houve a necessidade de se articular uma proposta de reorganização do sistema. Com o fortalecimento dos conceitos de APS e, após a VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, iniciou-se o processo de reforma sanitária, e a partir deste momento foi aprovada a criação de um sistema único de saúde (Finklerman, 2002).

Em 1990 então foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde, através da Lei 8.080 (Brasil, 1990), que iniciou o processo de inclusão da população em geral no panorama da saúde pública do Brasil através do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir daí os esforços para a concretização da implantação da APS iniciam com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, que veio para incorporar os princípios básicos do SUS, com universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade (Brasil, 1998; 2006a).

A construção do SUS no Brasil fortaleceu a importância da APS para o sistema, com participação ativa das três esferas de governo, dos trabalhadores da saúde, do meio acadêmico e da população. Essa tendência de crescimento é uniforme em todos os países que buscam a construção de um sistema público e universal, fazendo contraponto à fragmentação dos sistemas, à superespecialização e ao uso abusivo de tecnologias médicas (Lobello, 2013).

A designação de Atenção Básica tomada pelo governo brasileiro para descrever a APS objetivou contrapor-se a proposta político-ideológica da atenção primária seletiva destinada às populações pobres. Buscou-se resgatar o caráter universalista, enfatizando o papel de reorientação do modelo assistencial para um sistema universal e integrado de atenção à saúde, que engloba diferentes setores, públicos e privados, com e sem fins lucrativos (Oliveira e Pereira, 2013).

Além dos esforços para a qualificação dos profissionais que atuam no SUS, tem-se no Brasil, como referência de atenção voltada à APS a Estratégia Saúde da Família, que veio gradativamente sendo impulsionado pelo governo para o fortalecimento dos cuidados à saúde da população (Mendonça, 2009).

Além da ampliação da cobertura proposta para a Estratégia Saúde da Família (ESF), tem-se buscado a construção de um serviço com qualificação, e essa demanda está sendo estabelecida através de programas e atividades de capacitação voltados para os profissionais que nela atuam.

A ESF avançou em sua concepção em dois aspectos principais: primeiro optou por um modelo de saúde da família que se propõe a atuar segundo os princípios da determinação social da saúde por meio de ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças; segundo, incorporou desde o princípio a ideia de uma equipe multiprofissional, e a introdução do agente comunitário foi um enorme diferencial do modelo de ESF porque cria outro nível de relacionamento entre as equipes e as famílias (Opas, 2011).

A ESF prevê também a participação de toda a comunidade em parceria com a equipe de saúde, para que se posa identificar as causas dos problemas de saúde e a definição das prioridades. Desta maneira formam-se sujeitos capazes de integrar o sistema e apontar as necessidades de desenvolvimento, tanto em nível individual como coletivo.

Para formação a equipe de profissionais da ESF deve ser composta por no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde de acordo com o tamanho da população adscrita. Entretanto, a equipe também pode ser ampliada com outros tipos de profissionais que podem estar instalados no na própria unidade local ou fazer parte de uma equipe de apoio à atenção básica (Brasil, 2006a).

A partir da implantação de programas voltados para a Saúde da Família (SF) se observa a inversão da lógica anterior (que sempre privilegiou o tratamento da doença nos hospitais) e neste caso promove a saúde da população por meio de ações básicas, para evitar que as pessoas fiquem doentes (Lobello, 2000).

Além de avançar nas estruturas, nos processos e de ter desenvolvido programas nacionais de excelência, o SUS e a presença da ESF tem sido relacionada à diminuição das taxas de mortalidade e a melhoras em indicadores de saúde locais, como taxas de imunização e morbidade das doenças (Brasil, 2006b; Macinko *et al.*, 2006; Guimarães *et al.*, 2009; Macinko *et al.*, 2009; Opas, 2011; Paim *et al.*, 2011). Também foi observada a associação entre cobertura populacional de ESF e redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil (Ceccon *et al.*, 2014).

Como forma de induzir a ampliação do acesso e também a melhoria da qualidade da APS o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011. O programa busca a melhora das condições de saúde da população e a satisfação dos usuários, observar a efetividade do serviço. Procura fortalecer processos de avaliação e monitoramento das instituições, e estimular a educação permanente dos profissionais envolvidos, além de garantir um padrão de qualidade comparável nacional, regional e local (Brasil, 2012b).

O Ministério da Saúde tem feito vários esforços para a implementação de iniciativas que reconheçam a qualidade dos serviços de saúde ofertados à sociedade brasileira, estimulando a ampliação do acesso nos diversos contextos existentes no País. O PMAQ-AB, como uma das principais estratégias indutoras de qualidade do MS, objetiva também a institucionalização da cultura de avaliação da Atenção Básica no SUS, e se utiliza de um instrumento de avaliação próprio, para estimular a melhoria contínua do acesso e da qualidade dos serviços da APS (Fracolli *et al.*, 2014).

De posse de informações confiáveis sobre as condições do serviços de saúde e das necessidades para a melhoria da qualidade, e preciso que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde aprofundem o financiamento para construção ou reforma de unidades de APS, oferecendo as condições necessárias para o exercício de uma APS renovada (Opas, 2011).

2.3 OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E A FORMAÇÃO VOLTADA PARA APS

A força de trabalho ideal para o SUS é caracterizada por profissionais qualificados, bem capacitados, direcionados para boas práticas baseadas em evidência científica e comprometidos com a igualdade na saúde (Silva e Santana, 2015).

A força de trabalho engajada no setor saúde compreende 1,5 milhão de profissionais registrados nos conselhos profissionais. Entretanto, o perfil predominante dos egressos dos

cursos de graduação em saúde revela seu pouco comprometimento com o SUS e com os aspectos da gestão da saúde, e que tampouco eles possuem capacidade de compreender a necessidade do trabalho em equipe multiprofissional. Para que sejam capazes de contribuir com a uma APS efetiva é necessária que a formação profissional tenha densidade científica, objetividade prática, respeito à subjetividade e responsabilidade social (Almeida Filho, 2013).

Com a definição das Diretrizes Curriculares Gerais da formação em Saúde, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) entre 2001 e 2002, foram incluídas na formatação do currículo, além da formação geral específica, também algumas competências comuns às formações profissionais, destacando aqui a ênfase nos conceitos de saúde, a promoção da saúde, os princípios e diretrizes do SUS e a capacidade de atuar com qualidade e resolutividade no SUS. Até então o que se observava era o pouco conhecimento e nenhum compromisso com o SUS e a gestão em saúde, a baixa compreensão do trabalho em equipe multiprofissional e a imaturidade na integração de conhecimentos interdisciplinares (Amoretti, 2005).

A formação e qualificação para APS estão associadas à busca pela garantia da universalidade e integralidade do SUS, uma vez que, além de compreender um território adstrito a partir do enfoque familiar e comunitário, ela é considerada espaço de construção coletiva onde os diversos sujeitos estão envolvidos nos cuidados em saúde (D'ávila *et al.*, 2014).

Essa circunstância implica então em mudanças na formação dos profissionais de saúde, decorrentes do novo perfil socioeconômico brasileiro, aliado às exigências prementes no processo educacional. Sendo assim, as Diretrizes deixam explicitas a necessidade do compromisso das escolas com princípios da Reforma Sanitária Brasileira. Entretanto, como as diretrizes curriculares apenas indicam a maneira de organizar o currículo, é necessário questionar se as universidades vêm cumprindo seu papel (Ceccim e Feuerwerker, 2004). A reforma curricular, entretanto, constitui apenas um dos elementos necessários à formação de um perfil profissional, visto que ele influencia, mas não determina as práticas (Silva e Santana, 2015).

A educação na saúde para formação e qualificação dos profissionais, é um processo histórico que vem sofrendo atualizações ao longo dos tempos (Costa, 2006). Todavia, mesmo ainda não tendo contemplado todos os objetivos propostos, houve avanços na direção do ensino e da assistência mais adequada à realidade da sociedade, na perspectiva de uma APS de qualidade (González e Almeida, 2010).

Apesar das mudanças na formação básica dos profissionais da saúde, ainda existem carências na formação para atuar na APS. Entre as diversas ações para o crescimento da atenção primária, em junho de 2005 foram definidas novas estratégias para a política de formação e

desenvolvimento para o SUS. Assim, foram implantadas algumas estratégias como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), que buscaram gradativamente alcançar os cursos de graduação relacionados à formação de recursos humanos em saúde (Cavalheiro e Guimarães, 2011).

A execução de um novo olhar na atenção à saúde requer, além da participação das escolas de Ensino Superior, o engajamento de outros segmentos no que diz respeito à formação de profissionais de saúde habilitados para atender ao ideário do SUS. Considerando tais aspectos, a formação deve ser voltada para atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS, e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento (Silva e Santana, 2015).

2.4 A EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS PROFISSIONAIS DA APS

Além do processo de educação formal, adquirida na graduação, é necessário pensar na educação permanente dos profissionais que atuam nos serviços de saúde.

As diretrizes curriculares preveem que a formação dos profissionais de saúde seja resultante de uma educação continuada, baseando-se nos quatro pilares fundamentais da educação que propõem uma educação focada no desenvolvimento das competências fundamentais à aprendizagem: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver com os outros e aprender a ser (Delors, 1998).

Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde (EPS) tornou-se uma estratégia fundamental para a reorganização das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde (Costa, 2006; Ceccim e Ferla, 2008). Entretanto ela deve migrar de sistemas tradicionais para sistemas inovadores, o que exige uma mudança profunda nas organizações de saúde que devem colocar a educação como o principal investimento, e prover os recursos financeiros e os meios educacionais necessários para alcançar tais objetivos. Desta forma o incentivo deve respeitar e valorizar os momentos educacionais como parte das cargas horárias de trabalho do profissional (Opas, 2011).

Grande parte dos esforços para complementar a aprendizagem ocorre por meio da capacitação, uma das estratégias mais usadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde. Ela ocorre através de ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas, que a dinâmica das organizações não oferece por outros meios, pelo menos em escala suficiente, e pode ser

influenciada pela grande variedade de condições institucionais, políticas, ideológicas e culturais, que antecipam e determinam o espaço dentro do qual a capacitação pode operar seus limites e possibilidades (Brasil, 2009).

Para o Ministério da Saúde, a EPS é o conceito pedagógico para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, entre docência e a atenção à saúde, e "realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva" (Brasil, 2004b). Todavia, não se deve esquecer o que se procura, que é integralizar o processo educativo, ao permitir a participação de vários segmentos sociais, em especial, os prestadores dos serviços e os sujeitos-usuários (Brasil, 2005).

Observando as características de evolução da educação em saúde e a importância da integração entre o ensino e a saúde como dispositivo de qualificação das práticas e da educação dos profissionais de saúde, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como a estratégia do SUS para alavancar o aperfeiçoamento dos seus profissionais (Brasil, 2004b; 2009).

> ... As demandas para a capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia a dia, da do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, considerando, sobretudo, a necessidade de realizar ações e serviços relevantes e de qualidade... Desse modo, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não pode ser considerado uma questão simplesmente técnica, pois envolve mudanças nas relações nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas... Portanto, a educação permanente requer ações no âmbito da formação técnica, de graduação e de pós-graduação, da organização do trabalho, da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde e do controle social neste setor. (Brasil, 2004a, p.10-11)

Sabe-se que boa parte dos trabalhadores que atua na APS já frequentou algum tipo de atividade de formação/capacitação, entretanto não se pode afirmar que os conhecimentos adquiridos tenham sido utilizados, uma vez que problemas organizacionais e gerenciais, conflitos entre trabalhadores e usuários e entre os membros da equipe podem restringir a implementação das práticas adquiridas (Murofuse *et al.*, 2009).

Com a ampliação do serviço de internet tem-se um avanço qualitativo para a educação, que possibilitou vários arranjos da educação a distância, unindo as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC). Diversos são os métodos utilizados para a aplicação da educação continuada ou educação permanente, mas há que se destacarem os esforços realizados em grande escala (Carneiro e Brant, 2013).

A implementação da Telessaúde vem sendo utilizada como técnica para aperfeiçoar os processos de trabalho através de um gerenciamento refletido criticamente por meio da EPS,

permitindo a qualificação de alcance nacional com baixo custo e elevada eficiência, refletindo positivamente para a organização dos serviços (Carneiro e Brant, 2013).

Já a criação da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) pelo Ministério da Saúde em 2010, para atender as necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, que atuam no SUS, tornou-se uma das estratégicas mais abrangentes de capacitar profissionais graduados em cursos da área da saúde que já atuam ou desejam atuar na ESF, promovendo o aprimoramento da gestão e da organização dos serviços de APS (Martins-Melo *et al.*, 2013).

Sua concepção é baseada na educação à distância (EaD), o que facilita o acesso as profissionais distantes de centros de ensino e concentra a política e os esforços de especialização de profissionais para a Saúde da Família em larga escala, além de outros projetos igualmente importantes. Entre as suas diversas ofertas educacionais destacam-se os cursos de especialização em saúde da família, e a presença de cursos abertos com módulos voltados para a atenção básica (Gusmão *et al.*, 2014) (Sturmer *et al.*, 2014).

Apoiado por programas como o "PROVAB" (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica) que foi iniciado em setembro de 2011, e pelo "Programa Mais Médicos" lançado em Julho de 2013, a ampliação da oferta para a Especialização em Saúde da Família reforça o interesse da gestão e a necessidade de incorporar mais profissionais preparados para a atuação junto à APS nas Estratégias Saúde da Família (Gusmão *et al.*, 2014).

2.5 A AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DA SAÚDE

A observação dos serviços de saúde prestados a população tem se tornado ponto crucial na forma de acompanhar a evolução da atenção à APS no Brasil e no mundo. a avaliação pode ser realizada de diversas formas, e depende do ponto de observação que se escolhe para a descrição dos resultados. As questões de estrutura, o processo de trabalho e também os resultados alcançados (Donabedian, 1988) tem sido amplamente utilizados para descrever a qualidade ou o efeito das ações realizadas no campo da saúde da população.

A avaliação foi descrita por Pisco como um poderoso instrumento de mudança e a finalidade de políticas de avaliação é de melhoria da qualidade, e vai além de demonstrar os problemas, pois deve propor soluções, e assim produzir mudanças apropriadas que conduzam à melhoria de qualidade dos cuidados. Avaliar é diagnosticar uma realidade a fim de nela intervir. Diagnosticar é fundamental, mas o mais importante vem depois, e com base no que foi avaliado, mudar a realidade, procurando o seu aperfeiçoamento. O processo de avaliação não

deve ser visto como uma ameaça, e sim como incentivo para o cumprimento de padrões mínimos de qualidade (Pisco, 2006).

Tanaka defende que a avaliação deveria iniciar pelo componente "processo" visando identificar a adequação da oferta e das relações entre os distintos procedimentos desse nível de atenção (Tanaka, 2011). Reforça-se assim a visão de Donabedian que considera o "processo" como a melhor abordagem para avaliar a qualidade do cuidado, e ressalta ainda a importância da estrutura para o desenvolvimento os processos e, consequentemente, de seus resultados. Entretanto, alerta que o uso isolado de qualquer uma destas abordagens é insuficiente, indicando como a melhor estratégia, a seleção de um conjunto de indicadores representativos das três abordagens (Donabedian, 1988).

Neste contexto salienta-se a fundamental importância de se priorizar a qualificação das equipes técnicas para a apreensão de práticas e capacidades específicas, mas também para a aquisição de competências avaliativas (Felisberto, 2004).

> ... o método utilizado para avaliar serviços de Atenção Primária deve ser rigoroso em sua capacidade de identificar adequadamente o que é ou não um serviço de APS. É fundamental a utilização de uma metodologia que permita a identificação dos atributos da APS e, dessa maneira, a comparabilidade de sua extensão entre distintos serviços. (Harzheim *et al.*, 2004)

Diversos métodos de avaliação estão sendo utilizados para compreender e descrever fidedignamente a situação da qualidade e processo de intervenção em saúde da população. Para estas avaliações tem-se utilizado instrumentos que são conhecidos e difundidos pela literatura nacional e internacional (Fracolli *et al.*, 2014).

Um estudo realizado para verificar as principais formas utilizadas para avaliar a APS apontou a presença de cinco principais instrumentos que são utilizados internacionalmente, sendo eles: *WHO Primary Care Evaluation Tool* (PCET); *ADHD Questionnaire for Primary Care Providers* (AQ-PCP); *General Practice Assessment Questionnaire* (GPAQ), PACOTAPS (Aplicativo para atenção primária em saúde); e PCATools (Primary Care Assessment Tool). A pesquisa descreve também que o PCATool e o EUROPEP são os instrumentos mais utilizados no Brasil, sendo o mais prevalente o primeiro (Fracolli *et al.*, 2014).

Observando a magnitude do sistema de atenção a saúde brasileira, há dificuldades de se conduzir e implementar processos de avaliação na APS, pois a prática dos serviços não coincide com a concepção da APS. Complementarmente a isso, o que se observa é a avaliação com descrição restrita e localizada dos serviços, que devem ser ampliadas e efetivamente avaliativas (Protasio *et al.*, 2015).

2.5.1 *Primary Care Assessment Tool* (PCATool)

Instrumento internacionalmente conhecido, o PCATool foi elaborado para avaliar os atributos da APS. Desenvolvido por Starfield e colaboradores no *The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations* em *Baltimore, Maryland (EUA*), teve como modelo de avaliação a qualidade dos serviços propostos por Donabedian (Brasil, 2010).

Embora já validado em outros países, como ele foi elaborado para uma realidade diferente do Brasil, o instrumento foi adaptado e revalidado para a realidade brasileira (Harzheim, Starfield*, et al.*, 2006; Brasil, 2010; Harzheim *et al.*, 2013; Hauser *et al.*, 2013) além de ser transformado em uma ferramenta aplicável por meio de entrevistadores.

O PCATool busca através da identificação dos atributos da APS verificar a associação entre os atributos e os resultados, além da efetividade da atenção sobre a saúde da população. Ele avalia diversos grupos populacionais além de avaliação junto aos profissionais do serviço (Shi *et al.*, 2001; Starfield, 2002; Harzheim, Duncan*, et al.*, 2006; Harzheim *et al.*, 2013).

Através de sua avaliação é possível medir a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da atenção primária, além do grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde (Shi *et al.*, 2001) que já foram descritos anteriormente. Além dos atributos, a soma das médias dos valores dos atributos essenciais e suas subdimensões, com a média do escore do grau de afiliação do usuário produz-se o Escore Essencial. A soma da média destes escores essenciais com as médias dos escores derivados produz o Escore Geral da Atenção Primária à Saúde (Harzheim, Starfield*, et al.*, 2006).

A avaliação dos serviços de APS no Brasil com o PCATool tem sido realizada em diversos segmentos da população e nos diversos estabelecimentos de atenção primária (ou atenção básica).

2.5.2 Instrumento de Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica foi construído com o intuito de realizar a gestão pública com base na indução, no monitoramento e na avaliação de processos e resultados. Neste sentido Ele busca reconhecer a qualidade dos

serviços de atenção básica (APS) que estão sendo oferecidos a população, para estimular a melhoria do acesso e da qualidade em todo o país (Brasil, 2012b).

O PMAQ-AB foi criado em 2011, através da Portaria nº 1.654 do Ministério da Saúde, e está organizado em quatro fases, que formam um ciclo contínuo para a melhoria do acesso e qualidade, que são a adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa, e recontratualização.

A terceira fase do programa (PMAQ-AB) consiste na avaliação externa, momento em que se realiza um conjunto observações para verificar as condições de acesso e de qualidade dos municípios e das equipes de atenção básica participantes. Esta fase é realizada pelas Instituições de Ensino e Pesquisa (Brasil, 2012a).

O instrumento de avaliação externa foi organizado em quatro dimensões que consistem nos eixos de análise orientadores dos padrões de qualidade. Eles são direcionados para observar: a gestão municipal; coordenação da atenção básica; unidade de saúde; e perfil, processo de trabalho e atenção à saúde. Para isso o instrumento foi elaborado visando a contemplar as prioridades da Política nacional de Atenção Básica (PNAB),assim como as demais iniciativas e programas estratégicos do Ministério da Saúde (Brasil, 2012b). O monitoramento e análise dos indicadores instituídos pelo PMAQ-AB devem ocorrer constantemente para poder ser norteador de intervenções das ações e atividades da APS, e é realizado através de quarenta e sete indicadores, classificados entre indicadores de desempenho e de monitoramento (Pinto, 2012).

O instrumento de avaliação externa é amplo e bem mais complexo comparado a outros instrumentos que avaliam os serviços de saúde, pois contempla diversos pontos de observação: a estrutura e condições de funcionamento da unidade, a gestão municipal para o desenvolvimento da AB, a valorização do trabalhador, o acesso, qualidade e organização do processo de trabalho e ainda a utilização, participação e satisfação do usuário (Brasil, 2012c).

Após a fase de avaliação externa, as equipes são classificadas de acordo com o desempenho alcançado (ótimo, muito bom, bom, regular, ou ruim), e a partir disso, será definido um fator de desempenho onde se considerará o orçamento global destinado ao pagamento da certificação das equipes contratualizadas (Brasil, 2012c).

Dentre as características relevantes para nosso estudo, destacam-se as características da dimensão “Unidade Básica de Saúde”, além de algumas informações da dimensão “perfil e processo de trabalho e atenção à saúde”.

Segundo Medina, pode se afirmar que estamos diante de um cenário onde ainda há baixa precisão na definição do que seja, de fato, promoção da saúde; e ainda é pouco claro o

que se espera que as equipes de atenção primária desenvolvam quanto à promoção da saúde (Medina *et al.*, 2014). Entretanto, as antes escassas iniciativas de avaliação sobre o que se pensa e o que se faz em APS no que se refere à promoção da saúde, agora estão se tornando rotina nestas instituições de saúde.

A análise dos resultados do PMAQ-AB torna-se uma ótima oportunidade discutir as ações de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes de APS, "ainda que o conjunto de variáveis disponíveis para análise não seja suficientemente abrangente para operacionalizar todos os aspectos de uma concepção ampliada de promoção da saúde" (Medina *et al.*, 2014).

2.6 A ESTRUTURA DA APS NO BRASIL

Observando as características e projeções do sistema de saúde voltado para APS propostas pelas instituições governamentais destaca-se a grande ampliação da cobertura e instalação de novas Unidades de Atenção Básica à saúde no País. Entretanto, embora este crescimento apresente resultados positivos em questões específicas de atenção a saúde, ainda apresenta lacunas quanto à importância das características que mais contribuem para uma melhora qualidade do serviço prestado.

Com esta expansão, o processo de avaliação dos serviços tem-se evidenciado necessário, mas o mais frequente é a avaliação sobre os serviços para descrever situações mais específicas como, entre outros, a atenção ao diabetes, hipertensão arterial (Gonçalves *et al.*, 2013; Medina *et al.*, 2014; Paes *et al.*, 2014), a observação das características e funcionamento dos serviços direcionados a grupos específicos da população, como crianças, gestantes, e idosos (Ribeiro *et al.*, 2010; Oliveira *et al.*, 2013; Araújo *et al.*, 2014), ou ainda para a observação da percepção dos usuários e o acesso aos serviços (Silva e Caldeira, 2010; De Arruda-Barbosa *et al.*, 2011; Ceccon *et al.*, 2014; Teixeira *et al.*, 2014).

Também se observam estudos demonstrando que a qualidade da APS é mais bem avaliada nas unidades de ESF quando comparadas às Unidades Básicas Tradicionais de Saúde (Castro *et al.*, 2012; Chomatas *et al.*, 2013).

A responsabilidade da garantia da infraestrutura necessária para o funcionamento das unidades de saúde é do município, e segundo o PNAB, deve prover os recursos materiais equipamentos e insumos suficientes para desenvolver as ações que foram propostas (Brasil, 2006a). Para resolver cerca de 85% dos problemas de saúde da comunidade é necessário dispor de recursos estruturais e equipamentos que possibilitem a ação dos profissionais, propondo que

a estrutura física das UBS atue como agente facilitador de mudanças das práticas em saúde, favorecendo a mudança do modelo de atenção à saúde no país (Brasil, 2008).

Entende-se que se há inadequação da estrutura física poderá ocorrer redução da oferta de determinadas ações e comprometimento da autonomia, interrupções na oferta de serviços e ações e a dificuldades no desempenho e na realização de práticas com qualidade. A disponibilidade de equipamentos pode qualificar a assistência, mas sua falta pode comprometer a qualidade do serviço ofertado, e impossibilitar a execução de ações de forma resolutiva, desgastando o profissional (*Pedrosa et al.*, 2011).

A estrutura física representou o principal problema no desenvolvimento das atividades em Campina Grande-PB, e a diminuição da demanda foi citada pelos enfermeiros das ESFs como a principal melhoria a ser alcançada. Desta forma foi indicado que a avaliação da estrutura e processo constitui instrumento importante na prática gerencial e devendo ser estimulada e discutida, pois poderão contribuir para aumentar o desempenho e o impacto nas ações de saúde da população (Rocha et al., 2012).

Um estudo realizado em Belo Horizonte-MG apontou que a disponibilidade de insumos e equipamentos na UBS foi o fator mais associado ao desempenho da APS, seguido pela formação das equipes em saúde da família e a disponibilidade do médico por pelo menos 30 horas; além do número de equipes que também aponta para melhor desempenho dos escores da APS, supostamente pela possibilidade de trocas de experiências (Turci *et al.*, 2015).

Diversos dos estudos já citados avaliam a estrutura ou a orientação para APS, e embora as redes causais entre a estrutura e seus efeitos sejam complexas, reforça-se a necessidade de valorização dos componentes estruturais na avaliação, gestão e qualidade do serviço, para alcance dos resultados da atenção à saúde individual e da população (Moura *et al.*, 2010).

Desta forma, ainda a necessidade se observar a interferência mais pontual das características estruturais e do processo de trabalho na qualidade do serviço e seu impacto na sua avaliação.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Observar as características das unidades de atenção primária à saúde que influenciam na qualidade do serviço prestado e descrever o perfil dos profissionais que participam da Especialização em Saúde da Família - UNA-SUS (UFCSPA) que atuam nas unidades.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil dos profissionais que participam da Especialização em Saúde da Família - UNA-SUS (UFCSPA);
- Verificar os atributos à APS nas unidades de saúde dos profissionais que participam da Especialização em Saúde da Família - UNA-SUS (UFCSPA);
- Observar a estrutura das unidades dos profissionais que participam da Especialização em Saúde da Família - UNA-SUS (UFCSPA);
- Avaliar a interferência das características de estrutura e processo de trabalho na qualidade do serviço para APS.

4. REFERENCIAS

ALMEIDA FILHO, N. M. D. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 18, p. 1677-1682, 2013. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600019&nrm=iso >.

AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Rev bras educ méd,** v. 29, n. 2, p. 136-46, 2005.

ARAUJO, J. P. et al. Assessment of attributes for family and community guidance in the child health. **Acta Paulista de Enfermagem,** v. 27, p. 440-446, 2014. ISSN 0103-2100. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000500009&nrm=iso >.

ARAÚJO, L. U. A. D. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 19, p. 3521-3532, 2014. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803521&nrm=iso >.

BRASIL. **Lei 8080, de 19 de Setembro de 1990**. dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização eo funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF, Brasil. Casa Civil, 1990.

_____. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Ministério da Saúde: Ministério da Saúde 1998.

_____. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde: Ministério da Saúde Brasília 2004a.

_____. **Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004: Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação eo desenvolvimento de trabalhadores para o setor dá outras providências**. Ministério da Saúde: Diário Oficial da União 2004b.

_____. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Ministério da Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.: Ministério da Saúde Brasília 2005.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde: Ministério da Saúde 2006a.

_____. **Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Ministério da Saúde. Atenção Básica: Ministério da Saúde 2008.

_____. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde Ministério da Saúde Brasília 2009.

_____. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil**. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica.: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica.: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. **Saúde mais perto de você - acesso e qualidade programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção Básica (PMAQ-AB): documento síntese para avaliação externa.** Ministério da Saúde.: Brasilia, DF. Ministério da Saúde, 2012c.

CARNEIRO, V. F.; BRANT, L. C. **Telessaúde: dispositivo de educação permanente em saúde**. 2013. ISBN 1982-4785. Disponível em: < http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/515 >.

CASTRO, R. C. L. D. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 28, p. 1772-1784, 2012. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900015&nrm=iso >.

CAVALHEIRO, M. T.; GUIMARÃES, A. L. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino serviço. **Caderno FNEPAS,** v. 1, n. 1, p. 1-9, 2011.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde,** v. 6, p. 443-456, 2008. ISSN 1981-7746. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300003&nrm=iso >.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 20, p. 1400-1410, 2004. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500036&nrm=iso >.

CECCON, R. F.; MENEGHEL, S. N.; VIECILI, P. R. N. Hospitalization due to conditions sensitive to primary care and expansion of the Family Health Program in Brazil: an ecological study. **Revista Brasileira de Epidemiologia,** v. 17, p. 968-977, 2014. ISSN 1415-790X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000400968&nrm=iso >.

CHOMATAS, E. et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Brasileira de Medicina de Família e Comunidade,** 2013, v. 8, n. 29, p. 10,

2013-10-08 2013. ISSN 2179-7994. Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/828 >.

COSTA, P. P. **Dos projetos à política pública, reconstruindo a história da educação permanente em saúde.** [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2006.

D'ÁVILA, L. S. et al. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 19, p. 401-416, 2014. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200401&nrm=iso >.

DE ARRUDA-BARBOSA, L.; MAGALHÃES DANTAS, T.; CORREIA DE OLIVEIRA, C. Estratégia Saúde da Família: avaliação e motivos para busca de serviços de saúde pelos usuários. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde.** 24**:** 8 p. 2011. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:m1h-D5bhmxIJ:ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2092+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br >

Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. CHRON, W.: WHO World Health Organization. 32**:** 428-30 p. 1978.

DELORS, J. **Educação: um tesouro a descobrir**. Cortez São Paulo, 1998. ISBN 8524906731. Disponível em: <http://dhnet.org.br/dados/relatorios/a_pdf/r_unesco_educ_tesouro_descobrir.pdf>

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA,** v. 260, n. 12, p. 1743-8, 1988 Sep 23-30 1988. ISSN 0098-7484. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3045356 >.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,** v. 4, p. 317-321, 2004. ISSN 1519-3829. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000300012&nrm=iso >.

FINKLERMAN, J. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf>.

FRACOLLI, L. A. et al. Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 19, p. 4851-4860, 2014. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204851&nrm=iso >.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. D. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/9ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-%C3%80-SA%C3%9ADE.pdf >.

GIOVANELLA, L.; NORONHA, J. C. D. Atenção primária em saúde. In: GIOVANELLA, L.;ESCOREL, S.*, et al* (Ed.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p.575-626

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. D. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis: Revista de Saúde Coletiva,** v. 20, p. 551-570, 2010. ISSN 0103-7331. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000200012&nrm=iso >.

GONÇALVES, M. R. et al. A qualidade da atenção primária e o manejo do diabetes mellitus. **2013,** v. 8, n. 29, p. 9, 2013-09-05 2013. ISSN 2179-7994. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/814 >.

GUIMARÃES, T. M. R.; ALVES, J. G. B.; TAVARES, M. M. F. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 25, p. 868-876, 2009. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400018&nrm=iso >.

GUSMÃO, C. M. G. D. et al. **Relatos de uso de tecnologias educacionais na educação permanente de profissionais de saúde no sistema Universidade Aberta do SUS**. Ed. Universitária da UFPE, 2014. Disponível em: < http://unasus.gov.br/sites/default/files/livro_relatos_una-sus_2014.pdf >.

HARZHEIM, E. et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Services Research,** v. 6, n. 1, p. 1-7, 2006. ISSN 1472-6963. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-6-156 >.

HARZHEIM, E.; HAUSER, L.; PINTO, L. F. **Avaliação do grau de orientação para Atenção Primária em Saúde: a experiência dos usuários das Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde na cidade do Rio de Janeiro.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) Faculdade de Medicina, p.123. 2015

HARZHEIM, E. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, 2013, v. 8, n. 29, p. 11, 2013-10-04 2013. ISSN 2179-7994. Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/829 >.

_____. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 22, p. 1649-1659, 2006. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800013&nrm=iso >.

HARZHEIM, E.; STEIN, A. T.; ÁLVAREZ-DARDET, C. A efetividade dos atributos da atenção primária sobre a saúde infantil. **Boletim da Saúde,** v. 18, n. 1, p. 23, 2004. Disponível em: <http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/download/20140521091510v18n1_05_efetividadeatrib.pdf>

HAUSER, L. et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. **2013,** v. 8, n. 29, p. 12, 2013-09-16 2013. ISSN 2179-7994. Disponível em: < https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/821 >.

. Programa Saúde da Família . **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-319 , june 2000. ISSN 1518-8787. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/25026/26853>.

LOBELLO, H. F. D. P. **Desafios para o fortalecimento da atenção primária no Sistema Único de Saúde**. 2013. (Dissertação de Mestrado). Curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; DE SOUZA, M. D. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. **Journal of epidemiology and community health,** v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006. ISSN 1470-2738.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; ERINOSHO, T. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. **J Ambul Care Manage,** v. 32, n. 2, p. 150-71, 2009 Apr-Jun 2009. ISSN 0148-9917. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19305227 >.

MARTINS-MELO, F. R. et al. Modalidade de educação a distância na formação profissional em saúde da família: relato de experiência. **2013,** v. 9, n. 30, p. 7, 2013-11-01 2013. ISSN 2179-7994. Disponível em: < https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/486 >.

MEDINA, M. G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde em Debate,** v. 38, p. 69-82, 2014. ISSN 0103-1104. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600069&nrm=iso >.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>

MENDONÇA, C. S. Saúde da Família, agora mais do que nunca! **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 14, p. 1493-1497, 2009. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800022&nrm=iso >.

MOURA, B. L. A. et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,** v. 10, p. s69-s81, 2010. ISSN 1519-3829. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500007&nrm=iso >.

MUROFUSE, N. T. et al. Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no polo regional de educação permanente em saúde. **Rev. Latino Am. Enfermagem,** 2009, v. 17, n. 3, p. 7, 2009-06-01 2009. ISSN 1518-8345. Disponível em: < http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4004/4706 **>.**

OLIVEIRA, M. A. D. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 66, p. 158-164, 2013. ISSN 0034-7167. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&nrm=iso >.

OLIVEIRA, R. L. A. D. et al. Evaluation of pre-natal care from the perspective of different models in primary care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** v. 21, p. 546-553, 2013. ISSN 0104-1169. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000200546&nrm=iso >.

OPAS. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**: OPAS Brasília 2011. Disponível em: <http://www.telessaude.mt.gov.br/Arquivo/Download/2056>

PAES, N. A. et al. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. **Revista Panamericana de Salud Pública,** v. 36, p. 87-93, 2014. ISSN 1020-4989. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892014000700003&nrm=iso >.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet,** v. 377, n. 9779, p. 1778-97, May 2011. ISSN 1474-547X. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561655 >.

PEDROSA, I. D. C. F.; CORRÊA, Á. C. D. P.; MANDÚ, E. N. T. **Influência da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros.** Ciência, Cuidado e Saúde. 10 2011.

PINTO, H. A. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade e o processo de trabalho das equipes de atenção básica. Informe Técnico Institucional: **Tempus Actas de Saúde Coletiva,** v. 6, n. 2, p. 315-318, 2012. ISSN 1982-8829.

PISCO, L. A. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 11, p. 566-568, 2006. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300004&nrm=iso >.

PROTASIO, A. P. L.; MACHADO, L. D. S.; VALENÇA, A. M. G. Produções científicas sobre as avaliações no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, 2015**,** v. 10, n. 34, p. 9, 2015-03-31 2015. ISSN 2179-7994. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/868 >.

RIBEIRO, L. D. C. C.; ROCHA, R. L.; RAMOS-JORGE, M. L. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 26, p. 2316-2322, 2010. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200010&nrm=iso >.

ROCHA, A. C. D. et al. Atenção básica a saúde: avaliação de estrutura e processo. **Revista de Administração em Saúde.** 14**:** 9 p. 2012. Disponível em: < http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=276&p_nanexo=321.>

SHI, L.; STARFIELD, B.; JIHAONG, X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **J Family Practice,** v. 50, 2001. Disponível em: <http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT%20pubs/Shi%202001.pdf>

SILVA, J. M. D.; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 26, p. 1187-1193, 2010. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000600012&nrm=iso >.

SILVA, V. O. D.; SANTANA, P. M. M. A. D. Conteúdos curriculares e o Sistema Único de Saúde (SUS): categorias analíticas, lacunas e desafios. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação,** v. 19, p. 121-132, 2015. ISSN 1414-3283. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000100121&nrm=iso >.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Unesco; Ministério da Saúde, 2002. ISBN 8587853724.

STURMER, G.; PINTO, M. E. B.; PLENTZ, R. D. M. **Contribuição da educação à distância para os profissionais da saúde no Brasil.** 9no Congreso Internacional de Educación Superior Universidad 2014. La Habana – Cuba: MINSAP 2014.

TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saúde e Sociedade,** v. 20, p. 927-934, 2011. ISSN 0104-1290. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400010&nrm=iso >.

TEIXEIRA, M. B. et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em Debate,** v. 38, p. 52-68, 2014. ISSN 0103-1104. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600052&nrm=iso >.

TURCI, M. A.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 31, p. 1941-1952, 2015. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000901941&nrm=iso >.