UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LAGARTO

FELIPE ROSA DOS SANTOS LIMA

LARISSA NOLETO ISIDORO

# ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ESTADO DE SERGIPE: O PONTO DE VISTA DOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Lagarto – SE
2019

**FELIPE ROSA DOS SANTOS LIMA**
**LARISSA NOLETO ISIDORO**

# ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ESTADO DE SERGIPE: O PONTO DE VISTA DOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Medicina do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do Bacharelado em Medicina.

**Orientador: Rosiane Santana Andrade Lima**

**Coorientador: Marco Aurélio de Oliveira Góes**

**Lagarto – SE**
**2019**

**FELIPE ROSA DOS SANTOS LIMA**
**LARISSA NOLETO ISIDORO**

**ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ESTADO DE SERGIPE: O PONTO DE VISTA DOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Medicina do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do Bacharelado em Medicina.

**Orientador: Rosiane Santana Andrade Lima**

**Coorientador: Marco Aurélio de Oliveira Góes**

Aprovado em: ____/____/____

**BANCA EXAMINADORA**

_____

Orientador (a):

_____

1º Examinador:

_____

2º Examinador:

**PARECER**

_____
_____
_____
_____

**RESUMO**

Objetivo: Avaliar, na perspectiva dos profissionais do programa mais médicos (PMM), a Atenção Primária à Saúde (APS), baseado nos atributos essenciais e derivado, identificando possíveis diferenças entre médicos brasileiros e médicos cubanos.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal utilizando o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (Primary Care Assessment Tool - PCATool) para profissionais da saúde com os médicos do Programa Mais Médicos (PMM) lotados no estado de Sergipe no período de 1° de dezembro de 2017 a 31 de janeiro de 2018. Os médicos foram subdivididos em 2 grupos: médicos brasileiros do PMM (PMM Brasil) e médicos cubanos do PMM (PMM Cuba).

Resultados: Foram respondidos 182 questionários, sendo 87 PMM Brasil e 95 PMM Cuba. A média dos escores geral e essencial foram respectivamente, 7,72 e 7,37. O atributo acessibilidade foi o que obteve pior avaliação (4,8), tanto entre PMM Brasil e PMM Cuba. O atributo com melhor avaliação em ambos os grupos foi a orientação familiar (9,11). Os médicos de equipes que participaram do PMAQ-AB apontaram proporcionalmente maior escore geral considerado alto, assim como nos atributos de integralidade (serviços disponíveis) e orientação comunitária.

Conclusões: O estudo identifica que apesar das diferenças na avaliação entre PMMBrasil e PMMCuba, os dois grupos identificam uma orientação para os atributos da APS, com grande fragilidade quanto a acessibilidade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Avaliação de Serviços de Saúde; PCATool

**ABSTRACT**

Objective: To evaluate, from the perspective of the professionals of the program more medical (PMM), Primary Health Care (PHC), based on the essential attributes and derived, identifying possible differences between Brazilian doctors and Cuban doctors.

Methods: This is a cross-sectional study using the Primary Care Assessment Tool (PCATool) for health professionals with the Physicians of the More Medical Program (PMM) in the state of Sergipe during the period of 1 December 2017 to January 31, 2018. The physicians were subdivided into 2 groups: Brazilian PMM (PMMBrazil) physicians and Cuban PMM (PMMCuba) physicians.

Results: A total of 182 questionnaires were answered, 87 of which were Brazil and 95 were Cuba. The mean of the general and essential scores were, respectively, 7.72 and 7.37. The accessibility attribute was the one that obtained worse evaluation (4.8), both between PMMBrazil and PMMCuba. The attribute with the best evaluation in both groups was family orientation (9,11). The physicians of teams that participated in PMAQ-AB pointed out proportionally higher general score considered high, as well as in the attributes of integrality (available services) and community orientation.

Conclusions: The study identifies that despite the differences in the evaluation between PMMBrasil and PMMCuba, the two groups identify an orientation for the attributes of PHC, with great fragility regarding accessibility.

Keywords: Primary Health Care; Family Health Strategy; Evaluation of Health Services; PCATool

SUMÁRIO

1 REVISÃO DA LITERATURA ..... 6

1.1- ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ..... 6

1.2- PROGRAMA MAIS MÉDICOS ..... 8

1.3- O PCATool-BRASIL ..... 9

2 ARTIGO ..... 12

INTRODUÇÃO ..... 15

MATERIAIS E MÉTODOS ..... 16

RESULTADOS ..... 18

DISCUSSÃO ..... 19

TABELAS ..... 25

REFERENCIAS ..... 30

3 REFERÊNCIAS ..... 34

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA ..... 38

ANEXO B – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS ..... 44

# 1 REVISÃO DA LITERATURA

## 1.1- ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o nome dado ao sistema público de saúde brasileiro. Antes da sua criação a assistência médico-hospitalar era prestada a uma parcela da população somente, ficando restrita aos empregados que contribuíssem com a previdência social. A instituição responsável era denominada de Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que depois passou a ser denominado de Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (VASCONCELOS e PASCHE 2006).

Com a publicação do decreto n.º 99.060, de 7 de março de 1990, transferiu-se o INAMPS do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde, segundo Arouca (1988), uma das mais importantes atitudes para romper com todos os princípios que ordenavam a política de saúde até então (PAIVA, 2014). Anos antes, um importante passo da Reforma Sanitária em 1988, foi a Constituição Federal (CF), que por meio do artigo 196 conceitua que “a saúde é direito de todos e dever do Estado(...)”, como também a Lei 8.080 em seu Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes, e Art. 7º, que estabelece, entre os princípios do SUS, a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”. Isso mudou totalmente a perspectiva do que se conhecia sobre saúde, agora se tornando um sistema público e universal (BRASIL, 1990; BRASIL, 2002; BRASIL, 2011; MENICUCCI,2014).

Segundo a World Health Organization a Atenção Primária à Saúde (APS) é:

> A atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. [...] Constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção.

Essa foi a primeira definição sobre a APS, proposta na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata. De acordo com a declaração de Alma-Ata, a APS representa os cuidados essenciais à saúde, baseados em metodologias acessíveis para levar os cuidados de saúde o mais

próximo possível dos seus usuários, sendo assim, o primeiro nível de contato com o sistema de saúde, e, o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. Esta definição ressalta a importância da APS, que, por conseguinte, reforça os princípios da integralidade, da universalidade e da equidade do Sistema Único de Saúde (ALMA-ATA, 1978; GOMES, 2011).

Os serviços da Atenção Primária à Saúde devem corresponder à maior parte das necessidades em saúde de uma população, devendo ainda reger projetos de intervenção em saúde e abordagens políticas amplas no sistema de saúde (STARFIELD, 2002).

Um dos programas governamentais, relacionados à APS, é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), inicialmente denominado Programa de Saúde da Família (PSF), esta é uma estratégia que busca orientar o modelo de assistência prestada pela atenção primária, uma das principais tentativas de tentar superar os problemas ocasionados pelo modelo biomédico, no intuito de levar serviços multidisciplinares para os usuários por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), e assim, implementar os princípios do SUS (BRASIL, 2010; FERTONANI, 2015).

O PSF começou a ser implementado em 1991, e, em 1994 foram formadas as primeiras equipes do Programa Saúde da Família (PSF). Essas equipes são compostas por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade; um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; auxiliar ou técnico de enfermagem e um quantitativo de agentes comunitários de saúde (ACS) variável por território. Pode-se acrescentar, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (MATTA E MOROSINI, 2009). As Unidades Básicas de Saúde (UBS) funcionam como estrutura física que proporciona o acesso da população à APS, é o contato preferencial dos usuários com o SUS e a principal porta de entrada nessa rede de atenção (BRASIL, 2006).

Atualmente, estima-se uma cobertura de mais da metade da população do país pela ESF, e existe o objetivo de ampliar esse alcance. Além da ampliação, faz-se necessário avaliar a qualidade dos serviços prestados à população, e, nesse intuito, o governo federal, progressivamente, se compromete e desenvolve ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS, uma delas é o Programa Nacional

de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). O PMAQ foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, ele foi um produto de importantes negociações. O Ministério da Saúde (MS), juntamente com os gestores de saúde municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), desenharam um programa que pudesse permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica em todo o Brasil. O principal objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional. As equipes que aderem ao programa recebem uma certificação em forma de nota ou conceito, que podem ser comparados nacionalmente de forma transparente por todos (BRASIL, 2012).

## 1.2- PROGRAMA MAIS MÉDICOS

A saúde no Brasil, apesar de todos os avanços no âmbito político e social, ainda se apresenta muito desigual. A carência de médicos limita o acesso e a cobertura universal à saúde, como é explicitado nos princípios do Sistema Único de Saúde. Em virtude dessas necessidades, diferentes estratégias para enfrentar o problema vêm sendo propostas (OLIVEIRA, 2016). A desigualdade gerada pela carência de profissionais de saúde, principalmente médicos, e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde pela população fortalece uma situação de subdesenvolvimento de regiões mais distantes de grandes centros urbanos, habitadas majoritariamente por população de baixa renda (GIRARDI, 2011; MOURÃO NETTO, 2018). Ao longo da história da saúde no Brasil foram implementados alguns programas a fim de estimular a permanência de profissionais de saúde em regiões interioranas, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) em 1976, o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus) em 1993, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) em 2001 e o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab) em 2011 (OLIVEIRA, 2017). Como resultado também dessa escassez, em janeiro de 2013, a Frente Nacional dos Prefeitos do Brasil (FNP) lançou um movimento denominado “Onde está o médico?”, que emitiu uma petição para que o Governo Federal contratasse médicos estrangeiros para trabalhar em municípios que tinham falta de médicos. (OLIVEIRA, 2015)

Nesse sentido, O Programa Mais Médicos (PMM) foi criado por meio da Medida Provisória n° 621, publicada em 8 de julho de 2013 e regulamentada em outubro do mesmo ano pela Lei n° 12.871, que se destinava diminuir os problemas relativos à ausência de profissionais de saúde (BRASIL, 2013; KEMPER, 2019).

Trata-se de um programa que inicialmente fora idealizado para durar pelo menos três anos, sendo possível sua prorrogação. Com o ideal de tentar atuar na melhoria da estrutura física da rede de atenção básica em saúde; em reformas educacionais das escolas de medicina e residência médica; e o no provimento de médicos em regiões prioritárias para o SUS (OLIVEIRA, 2017).

O programa tem como objetivos diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS; fomentar a prestação de serviços; aprimorar a formação acadêmica médica no âmbito prático, inserindo mais os estudantes na prática da APS; estimular o conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; promover a troca de conhecimentos entre médicos formados no Brasil e em universidades estrangeiras e; promover aperfeiçoamento dos médicos na realização de pesquisas aplicadas ao SUS (CONASS, 2013).

No Capítulo IV da lei, os artigos 7 a 16 definem que os mesmos objetivos também são oferecidos aos médicos formados em instituições estrangeiras com diploma revalidado no Brasil e aos médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras, por meio de intercâmbio médico internacional. Isso com uma ordem de seleção de contratação: primeiramente médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no país, depois, médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras, e por fim, médicos estrangeiros que cursaram universidades não brasileiras. Também, além de contratar, o Ministério da Saúde dará capacitações, envolvendo atividades de ensino, pesquisa e extensão aos médicos participantes. Caberá também ao MS, segundo a lei, apresentar habilitação para o exercício da medicina no país, assim, o médico intercambista exercerá a medicina exclusivamente no âmbito do Projeto (CONASS, 2013).

## 1.3- O PCATool-BRASIL

Segundo Barbara Starfield (1988), a Atenção Primária à Saúde tem sete características ou atributos, dentre os quais quatro são atributos essenciais e três são atributos derivados. Os atributos correspondem ao conjunto de ações e serviços que

redefinem as práticas em saúde, articulando as bases de promoção, proteção e assistência, a fim de garantir a integralidade do cuidado (STARFIELD, 1988; SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

Os atributos essenciais são: “acesso de primeiro contato”, “integralidade”, “longitudinalidade” e “coordenação” e os derivados são “orientação familiar”, “comunitária” e “competência cultural”. Quanto maior for a presença e a força desses atributos, mais forte é a sua orientação para a atenção primária (PRATES, 2017).

O Primary Care Assessment Tool (PCATool), uma ferramenta que permite a mensuração desses atributos, na sua versão validada para o Brasil denominada Instrumento de Avaliação da Qualidade da Atenção Primária a Saúde (PCATool–Brasil), é um instrumento que avalia a APS, instrumento esse baseado em um modelo de avaliação proposto por Donabedian (1966). A Tríade Donabediana ou modelo de Donabedian é um modelo conceitual que fornece um enquadramento para examinar os serviços de saúde e avaliação de qualidade dos cuidados de saúde. De acordo com o modelo a qualidade de cuidado é baseada em três categorias: "estrutura", "processo" e "resultados" (BRASIL, 2010). Estrutura significa o contexto que os cuidados são ofertados como exemplo a infraestrutura, os equipamentos e a equipe de cuidado. Processo é a soma de todas as ações que resultam na saúde, ele é dividido entre processos interpessoais que significa a relação da equipe com o paciente e processos técnicos referem a qualidade do cuidado em meios técnicos. E os resultados, por sua vez, equivalem aos efeitos do cuidado de saúde sobre o paciente ou a população (DONABEDIAN, 2003).

O PCATool-Brasil é um instrumento criado por Barbara Starfield e colaboradores entre os anos de 1997 a 2001, na Universidade Johns Hopkins, com o objetivo de ser um conjunto de instrumentos de avaliação da atenção primária à saúde. Cada atributo essencial identificado no instrumento PCATool-Brasil é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção conforme a teoria já mencionada de Donabedian (BRASIL, 2010). Para traduzi-lo para a versão nacional, cada versão original foi transformada em uma ferramenta aplicada em forma de entrevistas e passou por um processo de tradução e tradução reversa, revisão, adaptação e validação do conteúdo para a situação brasileira. O Brasil dispõe de uma versão autoaplicável e singular para as três esferas: crianças, adultos maiores de 18 anos e profissionais de saúde (MAZUTTI PENSO, 2017).

O questionário utiliza respostas a escala Likert, que é um tipo de escala de resposta psicométrica usada habitualmente em questionários, a mais usada em pesquisas de opinião, ou seja, elenca as possíveis respostas: com certeza sim; provavelmente sim; provavelmente não; com certeza não; e não sei/não lembro para a construção dos escores dos atributos da APS. Para cada resposta é atribuído um valor que varia de 1 a 4, que posteriormente é transformado em escala de 0 a 10 pela seguinte fórmula: X = (escore de 1 a 4 -1) x 10 / (4 -1). O escore igual ou maior que 6,6 é considerado alto. O escore Geral é constituído pela média aritmética dos escores de todos os atributos e, o escore essencial é constituído pela média aritmética dos escores dos atributos essenciais e o escore geral pela média dos atributos gerais (KEMPER, 2019).

## 2 ARTIGO

# ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO DE SERGIPE, NORDESTE DO BRASIL: O PONTO DE VISTA DOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

PRIMARY HEALTH CARE IN THE STATE OF SERGIPE, NORTHEAST OF BRAZIL: THE POINT OF VIEW OF THE PROFESSIONALS OF THE MORE MEDICAL PROGRAM

ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD EN EL ESTADO DE SERGIPE, NORDESTE DE BRASIL: EL PUNTO DE VISTA DE LOS PROFESIONALES DEL PROGRAMA MÁS MÉDICOS

**Autores:**

FILIPE ROSA DOS SANTOS LIMA[1]

LARISSA NOLETO ISIDORO[1]

ROSIANE SANTANA ANDRADE LIMA[1]

MARCO AURÉLIO DE OLIVEIRA GÓES[1]

[1] Departamento de Medicina de Lagarto/Universidade Federal de Sergipe

Financiamento próprio.

Autor para correspondência: Marco Aurélio de Oliveira Góes. Av. Augusto Franco, 3150 – Ponto Novo – Aracaju/SE. CEP: 49097-670. Telefone: (79) 999886403. E-mail: maogoes@gmail.com

**ARTIGO ORIGINAL**

# ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ESTADO DE SERGIPE, NORDESTE DO BRASIL: O PONTO DE VISTA DOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS


## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar, na perspectiva dos profissionais do programa mais médicos (PMM), a Atenção Primária à Saúde (APS), baseado nos atributos essenciais e derivado, identificando possíveis diferenças entre médicos brasileiros e médicos cubanos.

**Métodos:** Trata-se de um estudo transversal utilizando o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*Primary Care Assessment Tool* - PCATool) para profissionais da saúde com os médicos do Programa Mais Médicos (PMM) lotados no estado de Sergipe no período de 1° de dezembro de 2017 a 31 de janeiro de 2018. Os médicos foram subdivididos em 2 grupos: médicos brasileiros do PMM (PMM Brasil) e médicos cubanos do PMM (PMM Cuba).

**Resultados:**

Foram respondidos 182 questionários, sendo 87 PMM Brasil e 95 PMM Cuba. A média dos escores geral e essencial foram respectivamente 7,72 e 7,37. O atributo acessibilidade foi o que obteve pior avaliação (4,8), tanto entre PMM Brasil e PMM Cuba. O atributo com melhor avaliação em ambos os grupos foi a orientação familiar (9,11). Os médicos de equipes que participaram do PMAQ-AB apontaram proporcionalmente maior escore geral considerado alto, assim como nos atributos de integralidade (serviços disponíveis) e orientação comunitária.

**Conclusões:** O estudo identifica que apesar das diferenças na avaliação entre PMMBrasil e PMMCuba, os dois grupos demonstram uma orientação para os atributos da APS, com grande fragilidade quanto a acessibilidade.


**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Avaliação de Serviços de Saúde; PCATool

**ABSTRACT**

**Objective:** To evaluate, from the perspective of the professionals of the program more medical (PMM), Primary Health Care (PHC), based on the essential attributes and derived, identifying possible differences between Brazilian doctors and Cuban doctors.

**METHODS:** This is a cross-sectional study using the Primary Care Assessment Tool (PCATool) for health professionals with the Physicians of the More Medical Program (PMM) in the state of Sergipe during the period of 1 December 2017 to January 31, 2018. The physicians were subdivided into 2 groups: Brazilian PMM (PMMBrazil) physicians and Cuban PMM (PMMCuba) physicians.

**Results:** A total of 182 questionnaires were answered, 87 of which were Brazil and 95 were Cuba. The mean of the general and essential scores were, respectively, 7.72 and 7.37. The accessibility attribute was the one that obtained worse evaluation (4.8), both between PMMBrazil and PMMCuba. The attribute with the best evaluation in both groups was family orientation (9,11). The physicians of teams that participated in PMAQ-AB pointed out proportionally higher general score considered high, as well as in the attributes of integrality (available services) and community orientation. **Conclusions:** The study identifies that despite the differences in the evaluation between PMMBrasil and PMMCuba, the two groups identify an orientation for the attributes of PHC, with great fragility regarding accessibility**.**

**Keywords:** Primary Health Care; Family Health Strategy; Evaluation of Health Services; PCATool

## INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) é uma estratégia de estruturação dos sistemas de saúde, que visa o acesso universal as ações e serviços, para que sejam mais efetivos e eficientes e reduzam as iniquidades em saúde. De acordo com Starfield, existem características fundamentais que consistem nos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e derivados (orientação familiar e orientação comunitária), os quais indicam serviços de APS com qualidade adequada para suprir a população adstrita (1,2).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), que possui como princípios a universalidade de acesso aos serviços de saúde e a integralidade da assistência, tem como principal porta de entrada aos serviços de saúde a APS, e dentro dela, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como principal estratégia de sua expansão, consolidação e qualificação (3,4).

Apesar de sua abrangência no país, há dificuldades estruturais importantes em relação à APS desde sua instituição na década de 1990, como falta de insumos básicos (nebulizador, glicosimetro, acesso à internet) e também pela escassez de profissionais médicos, ou na dificuldade de alocação dos mesmos por diversos motivos como falta de remuneração adequada, falta de reconhecimento entre os pares, vínculos trabalhistas precários e ausência de formação compatível com a ESF. Dentre as diversas estratégias adotadas para melhorar o atendimento médico adequado à população, foi proposto em 2013 o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM) (5, 6).

O PMM estava inserido em um conjunto de medidas, dentro da política de qualificação da assistência à saúde. Trouxe significativos avanços quanto ao provimento emergencial desses profissionais, principalmente em regiões mais carentes. Além de médicos formados no Brasil, o programa regulamentou a inserção de médicos formados no exterior (brasileiros ou não), incluindo os médicos intercambistas cubanos (7,8).

A avaliação da APS é uma tarefa complexa, e, que exige a participação de diversos olhares, entre esses, o dos profissionais de saúde. Devido à sua própria amplitude, uma avaliação específica costuma se restringir a apenas uma de suas perspectivas. Neste sentido, o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária

(*PCATool – Primary Care Assessment Tool*), o PCATool mede a presença e a extensão dos 4 atributos essenciais e dos 3 atributos derivados da APS. (9).

Outra forma de avaliar a qualidade dos serviços prestados à população é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Esse foi instituído com o objetivo de permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica em todo o Brasil, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional. Com o PMAQ-AB, o Ministério da Saúde passa a condicionar o repasse de uma parte dos recursos da APS a um processo de avaliação de resultados (10).

O PMM e o PMAQ-AB são estratégias para a ampliação e qualificação da APS no país. O objetivo deste estudo foi avaliar, na perspectiva dos profissionais do PMM, a APS oferecida nas unidades de saúde dos municípios de Sergipe, de acordo com os atributos considerados essenciais e derivados, dessa forma, ajudar a identificar situações que possam ser trabalhadas pela gestão, procurando aumentar a qualidade do atendimento oferecido à população.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal com médicos do Programa Mais Médicos (PMM) lotados no estado de Sergipe, brasileiros (PMMBrasil) e intercambistas cubanos (PMMCuba).

O estado de Sergipe, conta com uma população de aproximadamente 2.278.308 pessoas, das quais, estima-se que, 87,43% estão cobertas pela APS, sendo a ESF a principal estratégia de cobertura (82,13%), de acordo com o Ministério da Saúde. Para cobrir tal população, a ESF conta com 605 equipes, dentre as quais 190 delas eram compostas por médico do PMM, no período do estudo (11).

Para medir avaliar a presença e extensão dos atributos da APS foi aplicado o instrumento validado PCATool-Brasil (versão para profissionais de saúde) para os médicos do PMM que estavam em exercício em Sergipe entre 1º de dezembro de 2017 e 31 janeiro de 2018.

O PCATool-Brasil é um instrumento validado que mede a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS e da obtenção de um escore geral através de um questionário subdividido em 08 partes: acesso de primeiro

contato/acessibilidade; longitudinalidade; coordenação (integração de cuidados); coordenação (sistema de informações); integralidade (serviços disponíveis); integralidade (serviços prestados); orientação familiar e orientação comunitária. Com esse instrumento, obteve-se o Escore Geral da APS (Grau de Orientação à APS), o Escore Essencial (o que avalia os atributos essenciais) e os escores individuais de cada atributo. O Instrumento foi validado para uso nacional e é amplamente utilizado por diversos pesquisadores para avaliar a qualidade da atenção primária. Os valores dos escores obtidos pela escala original do instrumento são transformados para uma escala que varia de 0 a 10, sendo os valores iguais ou superiores a 6,6 considerados como alto escore.

Junto ao PCATool-Brasil foi aplicado questionário com variáveis para identificar o perfil do profissional (sexo, faixa etária, tempo de formação, experiência em APS, país onde nasceu e país onde se formou) e relacionadas ao local de atuação (relação com equipe, relação com comunidade e participação da equipe no PMAQ-AB).

Na análise estatística, as características sociodemográficas dos usuários em estudo, assim como as informações e impressões sobre o local de trabalho foram apresentadas de forma descritiva, para a amostra geral e por tipologia do médico, classificados como PMMBrasil (médicos brasileiros) e PMMCuba (médicos cubanos). Utilizou-se a média (e o desvio padrão), a frequência absoluta e relativa.

Para a tabulação dos dados, foi utilizado o programa *Microsoft Excel*, obtendo-se as médias do atributo. Os resultados foram apresentados utilizando a média dos escores, a mediana e desvios padrão. Além da análise da média dos escores, foi realizada a classificação desses, em alto (igual ou maior que 6,6) e baixo (inferior a 6,6).

A análise estatística foi realizada com a utilização do software livre OpenEpi (http://www.openepi.com). Para identificar diferenças entre as médias foi utilizado o teste *t de student*, com intervalo de confiança de 95%, considerando a diferença significativa quando o valor de $p$ foi menor que 0,05 ($p<0,05$).

Este estudo atende a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012 e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, sendo aprovado sob parecer 2.537.681.

## RESULTADOS

O formulário foi respondido por 182 dos 190 médicos do Programa Mais Médicos (PMM) lotados no estado de Sergipe (95,8%), sendo 95 médicos intercambistas cubanos (PMMCuba) e 87 brasileiros (PMMBrasil). Entre os PMMBrasil, 69% fizeram a sua graduação em medicina no Brasil, e dos que fizeram fora do país a maioria se graduou na Bolívia (17,24%). Os médicos estavam lotados em 49 (65.3%) dos 75 municípios do estado. Houve predomínio do sexo feminino (58,79%). A média de idade foi de 34 anos (±7,0), sendo menor entre brasileiros com média de 33 anos (±6,6) em relação aos cubanos, que apresentaram média de 35 anos (±7,2) (Tabela 1).

Quanto à experiência prévia no trabalho na APS, 31,9% referiram ter entre 2 a 5 anos, sendo que o tempo médio dos médicos do PMMBrasil foi de 3,7 anos (±4,4), enquanto nos PMMCuba foi de 9.8 anos (±7.2). E em relação à especialização prévia, 20% dos médicos brasileiros a tinham em relação aos 95,78% dos Cubanos.

Em relação à região de atuação metade dos profissionais atuavam em zona rural e a outra metade na zona urbana. Os profissionais estavam locados em todas as regiões de saúde do estado, principalmente nas regiões de Estância e Socorro (Tabela 2).

Quanto ao nível de satisfação com o trabalho no serviço atual relatada pelos profissionais 61,54% se mostraram satisfeitos e 30,22% muitos satisfeitos. Entre os PMMCuba os que se mostraram insatisfeitos ou tinham nível indiferente de satisfação representaram 1,05% da amostra, já entre os PMMBrasil esse quesito representou 16,09%. Quanto o nível de satisfação em relação a equipe de saúde que o profissional estava inserido 45,05% referiram estar satisfeitos e 50% muito satisfeitos A maioria (79,12%) dos médicos relataram adesão das suas equipes ao PMAQ-AB (Tabela 2).

O Escore Essencial, obtido por meio da média dos atributos: acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade, apresentou alto escore entre os profissionais do PMM, assim como Escore Derivado. Desta forma, quanto ao grau de orientação à APS, expresso pelo Escore Geral da APS, composto pelos Escores Essencial e Derivado, com base no instrumento PCATool-Brasil versão profissional da saúde aplicado nos médicos do PMM, revela que os serviços avaliados no estado podem ser classificados como serviços de forte orientação à APS, pois a média dos

escores (7,72) supera o ponto de corte definido de 6,6 na escala contínua padronizada de 0 a 10, conforme pode ser observado. Apesar desse fato ser constatado tanto no ponto de vista dos PMMBrasil (7,33) como do PMMCuba (8,08), a avaliação foi significativamente maior entre os últimos para a maioria dos atributos (Tabela 3).

Verifica-se que o atributo que obteve a menor média (4,80) foi acessibilidade, tanto para PMMBrasil (3,94) como para PMMCuba (5,58). Destacam-se dentre os atributos melhor avaliadas pelos profissionais: orientação familiar (9,11), integralidade– serviços prestados (8,84) e orientação comunitária (8,46) (Tabela 3).

Na tabela 4 o escore individual de cada profissional do PMM, para cada atributo, foi classificado em alto (≥6,6) ou baixo (< 6,6). Desta forma, o escore geral foi classificado como alto por 86,26% dos participantes e o escore essencial por 78,57%. A acessibilidade foi o atributo com pior avaliação, sendo considerado alto por apenas 17,03% médicos. Uma maior proporção de PMMCuba avaliaram significativamente melhor, além dos escores essencial e geral, os atributos: acessibilidade, coordenação– integração de cuidados, integralidade– serviços disponíveis, integralidade– serviços prestados e orientação comunitária.

Quando se avaliou a associação da participação da equipe no PMAQ–AB com os atributos da APS, verificou-se a existência de correlação significativa com o escore geral avaliado como alto por 89.58% dos médicos. Também houve correlação significativa para os atributos Integralidade (serviços disponíveis) e orientação comunitária (Tabela 5).

## DISCUSSÃO

Estudos demonstram que sistemas de saúde baseados em uma APS bem estruturada, são mais resolutivos (2). No Brasil, a APS, denominada também de Atenção Básica, é definida como porta de entrada preferencial do SUS, sendo considerado um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas, cumprindo um papel estratégico na rede de atenção à saúde. Mas para o cumprimento efetivo do seu papel no sistema de saúde é necessário a garantia da presença dos seus atributos, como a identificação de que ela é a porta de entrada preferencial a rede de

atenção à saúde, como também atua como coordenadora do cuidado, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade (4).

O presente estudo evidenciou que além de maior tempo de experiência na APS, os médicos PMMCuba apresentam também maior percentual de especialização prévia, 95,79% se opondo aos 20,69% dos PMM brasileiros. Tal fato é um reflexo das diferentes diretrizes de graduação em medicina de cada país, sendo em Cuba a especialização ao final do curso, obrigatória, principalmente a especialização em Medicina Geral Integral (MGI) - aqui denominada Medicina da Família e Comunidade, que deve ser precedida de qualquer outra especialização médica, mostrando a importância que a área tem no país (12).

Outro fato evidenciado foi a distribuição dos profissionais em áreas rurais e de difícil acesso. Os profissionais brasileiros ocupam 40,23% dos postos nessas regiões enquanto os cubanos ocupam 58,95%. Isso se deve à própria estruturação do PMM, onde os médicos brasileiros escolhem primeiro as vagas, e as demais são oferecidas aos médicos intercambistas. Dessa forma, ficou evidente a importância dos médicos PMMCuba no programa, para levar acesso médico em regiões historicamente desfavorecidas desses profissionais, levando a um acesso mais universal do SUS a cada vez mais cidadãos (13).

Também, dentre as regiões de saúde do Estado de Sergipe aquelas que mais tiveram médicos que responderam o questionário e consequentemente, tendo em vista a abrangência da pesquisa, receberam os profissionais no estado de Sergipe foram as regiões de Estância e Socorro. Esse resultado demonstra como essas regiões mais carentes, pois são elas que possuem em grande parte os municípios com piores IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), bem como representam áreas de alta vulnerabilidade do estado, são aquelas que mais necessitam de quantitativo profissional (14,15).

Em relação ao nível de satisfação profissional com o trabalho no atual serviço, bem como a satisfação com a equipe de saúde que o profissional trabalha os brasileiros se apresentaram muito mais críticos, foram responsáveis por quase todos os comentários que colocavam o nível de satisfação como “indiferente” ou “insatisfeito” com as condições e relações de trabalho. Os cubanos deram mais respostas positivas e se colocaram como “satisfeito” ou “muito satisfeito” na maior parte da pesquisa. Diante disso há uma dicotomia a se pensar, pois Cuba apresenta

um sistema de saúde com índices comparáveis aos países desenvolvidos com um orçamento típico de uma região em desenvolvimento, porém apresenta uma cultura que estimula o solidarismo social e a importação profissional, bem como não oferta boas condições de trabalho, diminui a autonomia pessoal e profissional tudo isso sob baixos salários, o que podemos relacionar com a maior aceitação de condições desfavoráveis por profissionais cubanos (16,17).

Em relação ao grau de orientação à APS, expresso pelo Escore Geral, composto pelos Escores Essencial e Derivado, com base no instrumento PCATool-Brasil versão profissional da saúde, mostrou que os serviços de atenção primária do estado podem ser classificados como serviços de forte orientação à APS, pois, no escore geral, o ponto de corte definido de 6,6 na escala contínua padronizada de 0 a 10 foi superado. Apesar de magnitudes nas diferenças entre as duas tipologias de médicos, os atributos que tiveram melhores e piores avaliações segundo os médicos do PMMCuba e PMMBrasil foram os mesmos.

Aprofundando-se na análise por atributo identificou-se, como tem sido observado em vários estudos, utilizando o PCATool para avaliar a APS no Brasil, seja com profissionais de saúde ou usuários dos serviços, o atributo como pior avaliação é o Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (18-25). Esse atributo é constituído por 9 indicadores que buscam saber sobre a possibilidade de funcionamento e atendimento da unidade de saúde nos finais de semana e no período noturno, facilidade de agendar consultas e entrar em contato com os profissionais (9). O baixo escore desse atributo acesso de primeiro contato retrata características do modelo de serviços de APS predominante no país, onde funcionam apenas em horário comercial nos dias úteis da semana, assim como a dificuldade do usuário ter acesso aos profissionais fora desses horários previstos, refletindo fragilidades históricas da APS no Brasil.

O acesso é um fator condicionante para os outros atributos, ou seja, sem acessar o serviço não é possível prestar um cuidado longitudinal, integral e com coordenação dentro do sistema. E essa é uma importante limitação desse instrumento, pois considera, para o cálculo dos Escores Essencial e Geral, que os atributos tenham a mesma relevância para estabelecer uma média final, tendo em vista que cada critério tem um peso diferente na avaliação da medida da orientação à APS (9).

Os médicos entrevistados na presente pesquisa avaliaram de forma satisfatória o atributo longitudinalidade, sendo o único atributo em que não houve diferença estatística na média entre PMMBrasil e PMMCuba. A longitudinalidade não é um atributo que deve estar presente apenas na APS, mas nela torna-se fundamental. É um atributo se desenvolve na medida em que os usuários identificam aquele serviço de APS como seu local de atenção em saúde. Neste sentido, a definição de uma população adscrita, característica da estratégia de saúde da família, e a universalização do acesso à saúde no Brasil pela expansão sua expansão, pode explicar o fato do bom desempenho encontrado para esse atributo, tanto na avaliação de usuários como dos profissionais (24,26).

O atributo essencial de coordenação, avaliado no estudo através do PCATool aplicado, é composto de duas dimensões, a integração de cuidados e o sistema de informação, com média de escores de 7,32 e 7,92, respectivamente. Quanto ao ponto de vista dos PMMBrasil e PMMCuba, houve diferenças significativas nas médias dos escores entre os dois grupos. A média do PMMBrasil para dimensão de integração do cuidado foi inferior (6,90) em relação ao PMMCuba (8,37). Para uma coordenação satisfatória, é preciso que a atenção primária e a subespecializada mantenham uma relação estreita mediante comunicação adequada e um sistema de referência e contrarreferência fortalecidos. Um baixo desempenho desse atributo pode evidenciar falhas nesta inter-relação (26). A coordenação do cuidado pela APS pode ser fortalecida através do desenvolvimento de sistemas de registro de informações compartilhados entre todos os serviços das redes de atenção à saúde (prontuário eletrônico) (1).

Na análise da integralidade, são observadas também duas dimensões, a percepção sobre os serviços disponíveis e sobre os serviços prestados. Para garantir o cuidado integral, o serviço de saúde deve oferecer ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS (9). Na análise, os serviços prestados foram melhores avaliados do que os disponíveis, o que tem sido observado em diversos estudos. Recente revisão sistemática indicou que o atributo integralidade apresentou bom desempenho no subitem serviços disponíveis em apenas 25% dos estudos, enquanto nos serviços prestado o desempenho foi bom na metade dos estudos (26).

A avaliação da atenção à saúde centrada na família (orientação familiar) apresentou a maior média de escores, independente da tipologia dos médicos, sendo classificado como alto por 96,70% dos participantes. Esse alto índice pode ser explicado pelo fato da população do estudo ser composta por médicos que trabalham na estratégia de saúde da família, onde o uso das ferramentas de abordagem familiar é bastante exaltado. Em contrapartida, estudos com usuários têm encontrado escores menos satisfatórios, indicando que talvez o viés na formação, leve ao profissional a uma melhor avaliação desse componente (17, 24, 26).

A orientação comunitária, como atributo derivado da APS, parte da importância do reconhecimento por parte dos profissionais e serviços de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a realidade local; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços (9).

No presente estudo, foi encontrada média alta do escore (8,46) em relação à Orientação Comunitária, o que também tem sido observado quando é avaliado apenas o ponto de vista de profissionais e gestores, já que em estudos com usuários tem sido encontrado maior nível de insatisfação (22). Observa-se que usuários e provedores do cuidado possuem expectativas divergentes em relação às dimensões de enfoque familiar e orientação comunitária (17). A operacionalização da orientação comunitária permite o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico e social em que vivem, e facilita a análise situacional dessas necessidades numa perspectiva populacional para a integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde (24).

Em relação ao grau de orientação à APS, expresso pelo Escore Geral, composto pelos Escores Essencial e Derivado, com base no instrumento PCATool-Brasil versão profissional da saúde, o estudo demonstrou que os serviços de atenção primária do estado onde os profissionais do PMM estavam lotados podem ser classificados como serviços de forte orientação à APS. Porém, uma grande fragilidade é evidenciada na identificação desse local como uma porta de primeiro acesso ao sistema de saúde.

O Programa de Melhoria do Acesso e da qualidade na Atenção Básica (PMAQ -AB) foi instituído pela portaria nº 1.624 de 2011 do Ministério da Saúde, tendo como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção

básica, com a garantia de um padrão comparável nacional, regional e localmente, ampliando a transparência e efetividade das ações direcionadas à atenção básica (27). Foi verificada uma melhor avaliação do escore geral pelos médicos que referiram que suas equipes fizeram parte do PMAQ - AB. Também foi identificada uma maior proporção de alta para os atributos de Integralidade (serviços disponíveis) e orientação comunitária. Tais achados podem ser relacionados com as próprias propostas do PMAQ, que visa a ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica, através de conjuntos de ações que são implantados por cada equipe (27). Dessa forma, fica compreensível o motivo que as equipes que participam do programa, tenham desempenho acima avaliado no PCATool.

Por fim, esse estudo traz importantes contribuições para as políticas públicas de atenção à saúde no estado de Sergipe, como também faz importante avaliação sobre a Atenção Primária no Brasil, inserindo o Programa Mais Médico no contexto das políticas públicas de fortalecimento dos sistemas único de saúde. Não se trata de discutir a conveniência do PMM, debater as questões e acordos políticos que o envolve, como também não é intenção fazer comparações entre a atuação de médicos cubanos e brasileiros, mas sim, avaliar a APS mediante ponto de vista dos dois grupos de profissionais que atuaram no Programa Mais Médicos.

É necessário ainda melhoras em alguns dos atributos da APS como por exemplo o "acesso de primeiro contato/ acessibilidade", que recebeu os menores escores na pesquisa, de maneira que investir em alterativas para melhora desse atributo consolidando a porta de entrada que é a APS para o SUS. Trabalhar os fatores que influenciam a satisfação dos profissionais é um ponto importante ajudando assim em uma maior qualidade do trabalho. E como atitude geral sempre é necessária uma ampliação da cobertura da ESF cada vez maior, bem como investir em infraestrutura e continua qualificação profissional, funcionando como estratégia para a melhoria da Atenção Primária à Saúde.

## TABELAS

**Tabela 1.** Variáveis sociodemográficas dos profissionais do PMM lotados em Sergipe em dezembro e janeiro de 2018

| Variáveis | PMM Brasil | | PMM Cuba | | Total Geral | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % |
| **Sexo** | | | | | | |
| Feminino | 37 | 42,53 | 70 | 73,68 | 107 | 58,79 |
| Masculino | 50 | 57,47 | 25 | 26,32 | 75 | 41,21 |
| **Faixa etária** | | | | | | |
| 24 a 29 anos | 26 | 29,89 | 30 | 31,58 | 56 | 30,77 |
| 30 a 39 anos | 54 | 62,07 | 47 | 49,47 | 101 | 55,49 |
| 40 a 49 anos | 5 | 5,75 | 13 | 13,68 | 18 | 9,89 |
| 50 a 59 anos | 0 | 0,00 | 4 | 4,21 | 4 | 2,20 |
| 60 a 69 anos | 2 | 2,30 | 1 | 1,05 | 3 | 1,65 |
| **Cor/raça** | | | | | | |
| Não informado | 1 | 1,15 | 3 | 3,16 | 4 | 2,20 |
| Branca | 34 | 39,08 | 52 | 54,74 | 86 | 47,25 |
| Negra | 11 | 12,64 | 16 | 16,84 | 27 | 14,84 |
| Parda | 41 | 47,13 | 24 | 25,26 | 65 | 35,71 |
| **País de Graduação** | | | | | | |
| Bolívia | 15 | 17,24 | 0 | 0,00 | 15 | 8,24 |
| Brasil | 60 | 68,97 | 0 | 0,00 | 60 | 32,97 |
| Cuba | 4 | 4,60 | 95 | 100,00 | 99 | 54,40 |
| Paraguai | 4 | 4,60 | 0 | 0,00 | 4 | 2,20 |
| Rússia | 1 | 1,15 | 0 | 0,00 | 1 | 0,55 |
| Venezuela | 3 | 3,45 | 0 | 0,00 | 3 | 1,65 |
| **Especialização prévia** | | | | | | |
| Não | 69 | 79,31 | 4 | 4,21 | 73 | 40,11 |
| Sim | 18 | 20,69 | 91 | 95,79 | 109 | 59,89 |
| **Experiência na APS** | | | | | | |
| Até 2 anos | 33 | 37,93 | 0 | 0,00 | 33 | 18,13 |
| De 2 a 5 anos | 36 | 41,38 | 22 | 23,16 | 58 | 31,87 |
| De 5 a 10 anos | 10 | 11,49 | 37 | 38,95 | 47 | 25,82 |
| Mais de 10 anos | 8 | 9,20 | 36 | 37,89 | 44 | 24,18 |
| **Total Geral** | **87** | 100,00 | **95** | 100,00 | **182** | 100,00 |

**Tabela 2.** Aspectos sobre o atual local do trabalho dos profissionais do PMM lotados em Sergipe em dezembro de 2017 e janeiro de 2018

| Variáveis | PMM Brasil | | PMM Cuba | | Total Geral | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | %' |
| **Zona de trabalho** | | | | | | |
| Zona Rural | 35 | 40,23 | 56 | 58.95 | 91 | 50.00 |
| Zona Urbana | 52 | 59,77 | 39 | 41.05 | 91 | 50.00 |
| **Região de Saúde** | | | | | | |
| Aracaju | 22 | 25,29 | 2 | 2,11 | 24 | 13,19 |
| Estância | 11 | 12,64 | 23 | 24,21 | 34 | 18,68 |
| Glória | 6 | 6,90 | 13 | 13,68 | 19 | 10,44 |
| Itabaiana | 8 | 9,20 | 7 | 7,37 | 15 | 8,24 |
| Lagarto | 12 | 13,79 | 17 | 17,89 | 29 | 15,93 |
| Propriá | 13 | 14,94 | 14 | 14,74 | 27 | 14,84 |
| Socorro | 15 | 17,24 | 19 | 20,00 | 34 | 18,68 |
| **Equipe aderiu ao PMAQ – AB** | | | | | | |
| Não | 22 | 25,29 | 16 | 16,84 | 38 | 20,88 |
| Sim | 65 | 74,71 | 79 | 83,16 | 144 | 79,12 |
| **Nível de satisfação com o trabalho no serviço atual** | | | | | | |
| Insatisfeito | 9 | 10,34 | 0 | 0,00 | 9 | 4,95 |
| Indiferente | 5 | 5,75 | 1 | 1,05 | 6 | 3,30 |
| Satisfeito | 56 | 64,37 | 56 | 58,95 | 112 | 61,54 |
| Muito satisfeito | 17 | 19,54 | 38 | 40,00 | 55 | 30,22 |
| **Nível de satisfação com a equipe de saúde** | | | | | | |
| Insatisfeito | 4 | 4,60 | 1 | 1,05 | 5 | 2,75 |
| Indiferente | 4 | 4,60 | 0 | 0,00 | 4 | 2,20 |
| Satisfeito | 42 | 48,28 | 40 | 42,11 | 82 | 45,05 |
| Muito satisfeito | 37 | 42,53 | 54 | 56,84 | 91 | 50,00 |
| **Total Geral** | **87** | 100,00 | **95** | 100,00 | **182** | 100,00 |

**Tabela 3.** Média e desvio padrão dos escores individualizados de cada atributo da APS, segundo PCATool-Brasil, Sergipe, dezembro/2017 e janeiro/2018

| Atributos | PMM Brasil (n = 87) | | PMM Cuba (n = 95) | | Total (n =182) | | valor de p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | média | DP | média | DP | média | DP | |
| **Escore Essencial** | **7,06** | **0,94** | **7,65** | **0,70** | **7,37** | **0,87** | *< 0.05* |
| Acessibilidade | 3,94 | 1,43 | 5,58 | 1,57 | 4,80 | 1,71 | *< 0.05* |
| Longitudinalidade | 7,62 | 1,17 | 7,94 | 1,14 | 7,78 | 1,16 | *0.06* |
| Coordenação - integração de cuidados | 6,90 | 1,46 | 7,70 | 1,18 | 7,32 | 1,38 | *< 0.05* |
| Coordenação - sistema de informações | 8,37 | 1,55 | 7,51 | 1,39 | 7,92 | 1,53 | *< 0.05* |
| Integralidade - serviços disponíveis | 7,15 | 1,37 | 7,91 | 1,06 | 7,55 | 1,27 | *< 0.05* |
| Integralidade - serviços prestados | 8,42 | 1,31 | 9,24 | 0,97 | 8,84 | 1,21 | *< 0.05* |
| **Escore Derivado** | **8,13** | **1,53** | **9,36** | **0,98** | **8,78** | **1,42** | *< 0.05* |
| Orientação familiar | 8,63 | 1,59 | 9,54 | 0,88 | 9,11 | 1,34 | *< 0.05* |
| Orientação comunitária | 7,62 | 1,47 | 9,22 | 1,04 | 8,46 | 1,50 | *< 0.05* |
| **Escore Geral** | **7,33** | **0,98** | **8,08** | **0,65** | **7,72** | **0,90** | *< 0.05* |

**Tabela 4.** Distribuição dos escores de acordo com classificação de cada atributo da APS, segundo PCATool-Brasil, Sergipe, dezembro/2017 e janeiro/2018

.

| Atributos | PMM Brasil | | PMM Cuba | | Total Geral | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % |
| **Acessibilidade** * | | | | | | |
| Alto | 5 | 5,75 | 26 | 27,37 | 31 | 17,03 |
| Baixo | 82 | 94,25 | 69 | 72,63 | 151 | 82,97 |
| **Longitudinalidade** | | | | | | |
| Alto | 70 | 80,46 | 85 | 89,47 | 155 | 85,16 |
| Baixo | 17 | 19,54 | 10 | 10,53 | 27 | 14,84 |
| **Coordenação - integração de cuidados *** | | | | | | |
| Alto | 56 | 64,37 | 81 | 85,26 | 137 | 75,27 |
| Baixo | 31 | 35,63 | 14 | 14,74 | 45 | 24,73 |
| **Coordenação - sistema de informações** | | | | | | |
| Alto | 80 | 91,95 | 83 | 87,37 | 163 | 89,56 |
| Baixo | 7 | 8,05 | 12 | 12,63 | 19 | 10,44 |
| **Integralidade - serviços disponíveis** * | | | | | | |
| Alto | 59 | 67,82 | 81 | 85,26 | 140 | 76,92 |
| Baixo | 28 | 32,18 | 14 | 14,74 | 42 | 23,08 |
| **Integralidade - serviços prestados *** | | | | | | |
| Alto | 79 | 90,80 | 93 | 97,89 | 172 | 94,51 |
| Baixo | 8 | 9,20 | 2 | 2,11 | 10 | 5,49 |
| **Orientação familiar** | | | | | | |
| Alto | 82 | 94,25 | 94 | 98,95 | 176 | 96,70 |
| Baixo | 5 | 5,75 | 1 | 1,05 | 6 | 3,30 |
| **Orientação comunitária *** | | | | | | |
| Alto | 68 | 78,16 | 92 | 96,84 | 160 | 87,91 |
| Baixo | 19 | 21,84 | 3 | 3,16 | 22 | 12,09 |
| **Escore Essencial *** | | | | | | |
| Alto | 57 | 65,52 | 86 | 90,53 | 143 | 78,57 |
| Baixo | 30 | 34,48 | 9 | 9,47 | 39 | 21,43 |
| **Escore Geral *** | | | | | | |
| Alto | 65 | 74,71 | 92 | 96,84 | 157 | 86,26 |
| Baixo | 22 | 25,29 | 3 | 3,16 | 25 | 13,74 |
| **Total Geral** | **87** | **100,00** | **95** | **100,00** | **182** | **100,00** |

* *p<0,05* (IC95%)

**Tabela 5.** Relação dos Atributos da APS com a participação no PMAQ, Sergipe, dezembro/2017 e janeiro/2018.

| ATRIBUTO | ADESÃO DA EQUIPE AO PMAQ | | | | | | OR (IC95%) | valor de *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Não | | Sim | | Total Geral | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| **Acessibilidade** | | | | | | | | |
| Alto | 7 | 18,42 | 24 | 16,67 | 31 | 17,03 | 0,9(0,35 – 2,4) | 0,39 |
| Baixo | 31 | 81,58 | 120 | 83,33 | 151 | 82,97 | - | - |
| **Longitudinalidade** | | | | | | | | |
| Alto | 32 | 84,21 | 123 | 85,42 | 155 | 85,16 | 1,1 (0,4 – 2,8) | 0,41 |
| Baixo | 6 | 15,79 | 21 | 14,58 | 27 | 14,84 | - | - |
| **Coordenação - integração de cuidados** | | | | | | | | |
| Alto | 24 | 63,16 | 113 | 78,47 | 137 | 75,27 | 2,1 (1,0 – 4,5) | 0,05 |
| Baixo | 14 | 36,84 | 31 | 21,53 | 45 | 24,73 | | |
| **Coordenação - sistema de informações** | | | | | | | | |
| Alto | 35 | 92,11 | 128 | 88,89 | 163 | 89,56 | 0,7 (0,1 – 2,3) | 0,68 |
| Baixo | 3 | 7,89 | 16 | 11,11 | 19 | 10,44 | - | - |
| **Integralidade - serviços disponíveis** | | | | | | | | |
| Alto | 21 | 55,26 | 119 | 82,64 | 140 | 76,92 | 3,8 (1,8 – 8,3) | < 0,05 |
| Baixo | 17 | 44,74 | 25 | 17,36 | 42 | 23,08 | - | - |
| **Integralidade - serviços prestados** | | | | | | | | |
| Alto | 34 | 89,47 | 138 | 95,83 | 172 | 94,51 | 2,7 (0,6 – 10,3) | 0,08 |
| Baixo | 4 | 10,53 | 6 | 4,17 | 10 | 5,49 | - | - |
| **Orientação familiar** | | | | | | | | |
| Alto | 36 | 94,74 | 140 | 97,22 | 176 | 96,70 | 1,9 (0,2 - 11,3) | 0,22 |
| Baixo | 2 | 5,26 | 4 | 2,78 | 6 | 3,30 | - | - |
| **Orientação comunitária** | | | | | | | | |
| Alto | 28 | 73,68 | 132 | 91,67 | 160 | 87,91 | 3,9 (1,5 – 10,0) | < 0,05 |
| Baixo | 10 | 26,32 | 12 | 8,33 | 22 | 12,09 | | |
| **Escore Essencial** | | | | | | | | |
| Alto | 26 | 68,42 | 117 | 81,25 | 143 | 78,57 | 1,9 (0,9 – 4,4) | 0,05 |
| Baixo | 12 | 31,58 | 27 | 18,75 | 39 | 21,43 | - | - |
| **Escore Geral** | | | | | | | | |
| Alto | 28 | 73,68 | 129 | 89,58 | 157 | 86,26 | 3,0 (1,2 – 7,5) | < 0,05 |
| Baixo | 10 | 26,32 | 15 | 10,42 | 25 | 13,74 | - | - |
| **Total Geral** | **38** | **100,00** | **144** | **100,00** | **182** | **100,00** | **-** | - |

**REFERENCIAS**

(1) Organização Pan-Americana da Saúde. Qualidade da atenção primária no Programa Mais Médicos. A experiência dos médicos e usuários. Brasília: OPAS; 2018.

(2) Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.

(3) Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. 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, set. 1990.

(4) Brasil. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

(5) Giovanella L, Bousquat A, Fausto MCCR, Fusaro RE, Mendonça MHM, Gagno J. Novos caminhos: tipologia das unidades básicas de saúde brasileiras. Nota Técnica 5/2015. Brasília: Região e Redes: Caminho da Universalização da Saúde da Saúde no Brasil; 2015.

(6) Giovanella L, Mendonca MHM, Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A, Lima JG, et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. Cien Saúde Colet. 2016; 21(9): 2697-708.

(7) Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Programa Mais Médicos – Nota Técnica. 22 jul. 2013 [acesso em 2019 mar 19]. Disponível em: http://www.conass.org.br/Notas%20t%C3%A9cnicas%202013/NT%2023-2013%20-20Programa%20Mais%20Me%C C%81dicos.pdf.

(8) Kemper ES. Avaliação da qualidade da Atenção Primária no Programa Mais Médicos. Revista da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde**.** 18 de março de 2019; 1(1); 75-87.

(9) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

(10) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

(11) Brasil, Ministério da Saúde. Histórico de cobertura da Estratégia Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2019 mar 30]. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml. Acessado em 30 de março de 2019.

(12) Terra lSV, et al. Análise da experiência de médicos cubanos numa metrópole brasileira segundo o Método Paideia. Ciênc. saúde coletiva. 2016; 21 (9); 2825-2836 [acesso em 2019 mar 30]. Disponível em http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.15312016.

(13) Brasil. Ministério da Saúde. Lei n° 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745 de 9 de dezembro de 1993 e nº 6.932 de 7 de julho de 1981 e dá outras providências. Diário Oficial da União; 23 outubro de 2013.

(14) Sergipe. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Planejamento. Núcleo Estratégico (Nest. SES). Análise do Histórico da Cobertura de Saúde da Família de Sergipe, Regiões de Saúde e seus municípios (competência novembro/2016). 2017; 38 p. - Aracaju: Secretaria de Estado da Saúde.

(15) Andrade CB, Santos AJR, Cruz FSL, Santos GT, Vieira IMP, Melo JMG, et al. Vulnerabilidade Social no Estado de Sergipe. In: Marguti BO, Costa MA, Pinto CVS. Territórios em Números: insumos para políticas públicas a partir da análise do IDHM e do IVS de municípios e Unidades da Federação brasileira. Brasília: IPEA: INCT; 2017.

(16) Prá KRD, Minelli DS, Martini D, Fetzner RRT, Fontana KC. O Sistema Nacional de Saúde Cubano: Caracterização dos serviços de atenção primária à saúde. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, jun 2015; 9 (2), 91-103.

(17) Paula JB. Análise do ciclo de política do Programa Mais Médicos no Brasil: cooperação Cuba Brasil e seus efeitos para o trabalho médico [tese de doutorado em ciências da saúde]. São Paulo: Universidade de São Paulo – USP; 2017.

(18) Brunelli B, Gusso GDF, Santos IS, Bensenor IJM. Avaliação da presença e extensão dos atributos de atenção primaria em dois modelos coexistentes na rede

básica de saúde do Município de São Paulo. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016; 11(38):1-12.

(19) Van Stralen CJ, Belisario AS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. Cad Saude Publica 2008; 24: 148-158.

(20) Ibañez Nelson, Rocha Juan S. Yazle, Castro Paulo Carrara de, Ribeiro Manoel Carlos Sampaio de Almeida, Forster Aldaisa Cassanho, Novaes Maria H. D. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2006 Set [acesso em 2019 May 07]; 11(3): 683-703. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300016&lng=en.

(21) Araújo RL, Mendonça AVM, Sousa MF. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. Divulg Saúde Debate 2015; 39: 387-399.

(22) Araujo Juliane Pagliari, Viera Cláudia Silveira, Toso Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira, Collet Neusa, Nassar Patrícia Oehlmeyer. Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança. Acta paul. enferm. [Internet]. 2014 Out [acesso em 2019 Apr 22]; 27(5): 440-446. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000500009&lng=en.

(23) Ferreira VD, Oliveira JM, Maia MAC, Santos JS, Andrade RD, Machado GAB. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um Município Mineiro. Escola Anna Nery. Novemb. 2016; *20*(4), Disponível em: https://dx.doi.org /10.5935/1414-8145.20160104.

(24) Gomes MFP, Fracolli LA. Avaliação Da Estratégia Saúde Da Família Sob A Ótica Dosprofissionais. Rev Bras Promoç Saúde; 2018, 31(3): 1-13.

(25) Batista VCL, Ribeiro LCC, Ribeiro CDAL, Paula FA, Araújo A. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde segundo os profissionais de saúde da família. Sanare, Sobral; 2016 - V.15 n.02, p.87-93.

(26) Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ET, et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2017 June [acesso em 2019 May

07];22(6):1881-1893. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601881&lng=en.

(27) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2015. Ministério da Saúde.

## 3 REFERÊNCIAS

ARAUJO, R.L; MENDONCA, A.V.M; SOUSA, M.F. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 387-399, junho 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200387&lng=en&nrm=iso. Acesso em 08 abril 2019.

AROUCA, A.S.S. **A reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro, n.11, p.2-4. 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 9 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. **Diário Oficial da União**. Brasília, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. O sistema público de saúde brasileiro. **Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**. São Paulo, 11 de agosto de 2002.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. SUS: a saúde do Brasil. Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério do Planejamento. UBS: Unidade Básica de Saúde. v. 4, n. Disponível em: http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude. Acesso em: 08 abril 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. CONASS. Programa Mais Médicos – Nota Técnica 23. Brasília, 2013. Disponível em: http://www.conass.org.br/Notas%20t%C3%A9cnicas%202013/NT%2023-2013%20-%20Programa%20Mais%20Me%CC%81dicos.pdf. Acesso em 23 abril 2019.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata, URSS, 1978.

DONABEDIAN, A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford University. Oxford, 2003.

DONABEDIAN A. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Memorial Fund Quarterly** V. 44, p. 166-206. 1966.

FERTONANI H.P.; PIRES D.E.P.; SCHERER D.B.D.A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde coletiva.** V. 20, n. 6, p. 1869-1878. Rio de Janeiro, jun. 2015.Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 20 abril 2019.

GIRARDI S.N.; CARVALHO C.L.; ARAÚJO J.F.; FARAH J.M. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde (EPSM). p. 171-186. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

GOMES, K.O. et al. Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciências & Saúde coletiva**. V.16, p. 881-892. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-812320110007000 20&lng=en&nrm=iso. Acesso em 07 abr. 2019.

GONTIJO, T. L.; DUARTE, A. G. S.; GUIMARÃES, E. A. A.; SILVA, J. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. **Saúde Debate**. RIO DE JANEIRO, vol.41, n.114, p.741-752. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo .php?script=sci_abstract&pid=S0103-1042017000300741&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 08 marc. 2019

KEMPER, ES. Avaliação da qualidade da Atenção Primária no Programa Mais Médicos. **Revista da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde.** Março, 2019. Disponível em https://www.apsemrevista.org/aps/article/view/17. Acesso em 08 marc. 2019

MARTINS ACP et al. Programa mais médicos: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção a Saúde**. V. 30, p 1-14. Fortaleza, 2017. Disponível em: https://www.researcgate.net/publication/322013198_Programa_mais_medicos_uma_revisao_integrativa. Acesso em 07 abr. 2019.

MATTA C.G.; MOROSINI M.V.G. Atenção primária à saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Manguinhos. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/autores.html#marmor. Acesso em: 07 abr. 2019.

MAZUTTI J.P. et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. V. 12,

n. 39, p. 1-9. Jun. 2017. Disponível em: https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article /view/1212. Acesso em: 07 abr. 2019.

MENICUCCI T.M.G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos.** V. 21, n.1, p.77-92. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000100004. Acesso em 08 marc. 2019.

MOURÃO NETTO J.J.; RODRIGUES A.R.M.; ARAGÃO O.C.; GOYANNA N.F.; CAVALCANTE A.E.S.; VASCONCELOS M.A.S. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**. V 42. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.2. Acesso em 08 marc. 2019.

OLIVEIRA F.P.; SANTOS L.M.P.; SHIMIZU H.E. Programa máis médicos y directrices curriculares nacionales: avances y fortalecimiento del sistema de salud**. Trabalho, educação e saúde**. V.17, n.1. Fevereiro de 2019. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00184. Acesso em 08 marc. 2019.

OLIVEIRA J.P.A.; SANCHEZ M.N.; SANTOS L.M.P. O Mais Médicos Programa: a colocação de médicos nos municípios prioritários no Brasil de 2013 a 2014. **Ciências & saúde coletiva**. V. 21, n.9, p.2719-2727. 2016. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.1770201. Acesso em 08 abril 2019.

OLIVEIRA A.M.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. V. 66, p. 158-164. Brasília, set. 2013. Disponível em: https://periodicos.set.edu.br/index.php/caderno humanas/article/view/3888. Acesso em 08 abril 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório anual: cuidados de saúde primários - agora mais que nunca. Brasília, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Qualidade da atenção primária no Programa Mais Médicos. A experiência dos médicos e usuários. Brasília, 2018.

PAIVA C.H.A.; TEIXEIRA L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**. v.21, n.1, p.15-35. Rio de Janeiro, Mar. 2014 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=scin_arttext&pid=S0104-59702014000100015 &lng= en&nrm=isso. Acesso em 08 abril 2019.

PRATES M.L. et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde coletiva.** V 22. Rio de Janeiro, jun. 2017. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016. Acesso em 08 abril 2019.

RECH M.R.A.; HAUSER L.; WOLLMANN L. et al. Qualidade da atenção primária no Brasil e associação com o Programa Mais Médicos. **Revista Panamericana de Salud**

**Pública.** V 42. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.164. Acesso em 08 abril 2019.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, V. 10, n. 1, p. 33-53. São Paulo, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902001000100004& lng =en&nrm=iso. Acesso em 08 abril 2019.

SANTOS L.M.P. Mais Médicos Program: an effective action to reduce health inequities in Brazil. **Ciência & Saúde coletiva**. V 20. P. 3547-3552**.** Novembro 2015. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2015.v20n11/3547-3552/en/. Acesso em 08 marc. 2019.

SHI L.; STARFIELD B.; XU J. Validating the adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice.** V 50, p 161-175. South Carolina , february 2001.

STARFIELD B. Atenção primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Unesco, Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

VASCONCELOS C.M.; PASCHE D.F. O Sistema Único de Saúde. **Tratado de saúde coletiva**. p. 531-62. São Paulo; 2006.

## ANEXO A – NORMAS DA REVISTA PANAMERICANA DE SAÚDE PÚBLICA

CRITÉRIOS GERAIS PARA ACEITAÇÃO DO MANUSCRITO

- Apropriabilidade para o escopo do assunto da revista;
- Solidez científica, originalidade, atualidade e atualidade da informação;
- Aplicabilidade para além do seu local de origem e em toda a Região das Américas;
- Cumprimento dos padrões de ética médica que regem a experimentação com seres humanos e animais;
- Cumprimento de protocolos específicos de relatórios de pesquisa;
- Coerência do desenho e metodologia da pesquisa;
- A necessidade de encontrar um equilíbrio na cobertura tópica e geográfica.

ESPECIFICAÇÕES DO MANUSCRITO

Os manuscritos devem ser preparados usando o Microsoft Word ou software similar do Open Office, em coluna única de espaço duplo, usando 12 pontos. Caracteres no script Times New Roman ou Arial.

Para figuras e tabelas, os formatos .xls (Excel), .ppt (PowerPoint) ou. eps devem ser usados. As figuras podem ser coloridas ou em preto e branco.

Uma vez que os artigos são aceitos para publicação, os autores podem ser solicitados a enviar figuras e tabelas em um formato mais claro e legível.

REQUISITOS DE FORMATAÇÃO

| Tipo de artigo | Palavras 1 | Referências | Tabelas, Figuras 2 |
|---|---|---|---|
| Pesquisa original | 3500 | Até 35 | Até 5 |
| Reveja | 3 500 | Até 50 | Até 5 |
| Relatório especial | 3 500 | Até 35 | Até 5 |
| Comunicação breve | 2 500 | Até 10 | Até 2 |
| Opinião e análise | 2 500 | Até 20 | Até 2 |
| Tópico atual | 2 000 | Até 20 | Até 2 |

| Tipo de artigo | Palavras 1 | Referências | Tabelas, Figuras 2 |
|---|---|---|---|
| Carta para o editor | 800 | 5, se necessário | Nenhum |

1 Excluindo resumo, tabelas, figuras e referências. 2 global max. contagem de palavras para 5 figuras / tabelas é de 1 000; por 1-2 figuras é 400.

TÍTULO

O título do manuscrito deve ser claro, preciso e conciso e incluir todas as informações necessárias para identificar o escopo do artigo. Um bom título é o primeiro ponto de entrada para o conteúdo do artigo e facilita sua recuperação em bancos de dados e mecanismos de pesquisa.

Se possível, os títulos não devem exceder 15 palavras. Palavras ambíguas, jargões e abreviaturas devem ser evitados. Títulos separados por períodos ou divididos em partes também devem ser evitados.

AUTORIA

O RPSP/PAJPH define autoria de acordo com as diretrizes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE), que recomendam que a autoria se baseie nos seguintes 4 critérios:

1. Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do trabalho; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados para o trabalho; E
2. Elaborar o trabalho ou revisá-lo criticamente para conteúdo intelectual importante; E
3. Aprovação final da versão a ser publicada; E
4. Acordo para prestar contas de todos os aspectos do trabalho, assegurando que as questões relacionadas à exatidão ou integridade de qualquer parte do trabalho sejam adequadamente investigadas e resolvidas. "Os autores devem declarar na carta de apresentação a contribuição de cada autor.

PÁGINA DE RESUMO E PALAVRAS-CHAVE

O resumo é o segundo ponto de entrada de um artigo e deve permitir que os leitores determinem a relevância do artigo e decidam se estão ou não interessados

em ler todo o texto. Palavras abstratas são normalmente incluídas em índices de palavras de texto e podem facilitar a recuperação em bancos de dados.

Artigos de pesquisa originais ou revisões sistemáticas devem ser acompanhados por um resumo estruturado de até 250 palavras, dividido nas seguintes seções: (a) Objetivos; (b) métodos; (c) Resultados; e (d) Conclusões

Palavras-chave, extraídas do vocabulário DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) gerenciadas pela BIREME / OPAS / OMS, fornecidas pelo MeSH (Medical Subject Headings) da US National Library of Medicine e incluindo traduções em português e espanhol, estão disponíveis para os autores selecionarem ao submeter o vocabulário.

CORPO DO ARTIGO

Artigos originais de pesquisa e revisões sistemáticas são geralmente organizados de acordo com o formato IMRAD (Introdução, Materiais e métodos, Resultados e Discussão).

Embora os subtítulos possam ser necessários em todo o corpo, normalmente o parágrafo que inicia o corpo não precisa ser intitulado “Introdução”, pois isso geralmente é eliminado durante o processo de edição. No entanto, o objetivo do artigo deve ser claramente indicado no final da seção introdutória.

As seções "Resultados e Discussão" podem exigir subtítulos. E as “Conclusões”, que devem ser incluídas no final da sessão “Discussão”, também podem ser identificadas por um subtítulo.

Os artigos de revisão são geralmente estruturados de forma semelhante aos artigos de pesquisa originais, mas devem incluir uma seção descrevendo os métodos usados para selecionar, extrair e sintetizar os dados.

Comunicações breves seguem a mesma sequência de artigos originais, mas geralmente omitem cabeçalhos de subdivisão.

Outros tipos de contribuições não têm estrutura predefinida e podem usar outras subdivisões, dependendo de seu conteúdo.

Ao usar abreviações, dê o termo completo na primeira vez que uma abreviação ou acrônimo for mencionada no texto, seguida da abreviação ou acrônimo entre parênteses. Tanto quanto possível, abreviações devem ser evitadas. Em geral, as

abreviaturas devem refletir a forma expandida na mesma língua do manuscrito. Exceções a essa regra incluem abreviações conhecidas internacionalmente em outro idioma.

Notas de rodapé são esclarecimentos ou explicações marginais que interrompem o fluxo natural do texto; portanto, seu uso deve ser reduzido ao mínimo.

As notas de rodapé são numeradas consecutivamente e aparecem na parte inferior da página em que são citadas. Links ou referências a documentos citados devem ser incluídos na lista de referências.

Citações são essenciais para o manuscrito e devem ser relevantes e atuais. As citações servem para identificar as fontes originais dos conceitos, métodos e técnicas de referência resultantes de pesquisas, estudos e experiências anteriores. Eles também apoiam fatos e opiniões declarados pelo autor e fornecem ao leitor as informações bibliográficas necessárias para consultar as fontes primárias.

O RPSP/PAJP segue o estilo do ICMJE para referências (conhecido como "Estilo Vancouver"), que é amplamente baseado em um estilo do American National Standards Institute adaptado pela Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA para seus bancos de dados. Formatos recomendados para uma variedade de tipos de documentos e exemplos estão disponíveis em Citing Medicine, 2nd Ed.

## TABELAS E FIGURAS

Tabelas presentam informações - normalmente numéricas - em um arranjo ordenado e sistemático de valores em linhas e colunas. A apresentação deve ser fácil para o leitor compreender, complementar, sem duplicar, as informações no texto. Muita informação estatística também pode ser difícil de interpretar. As tabelas devem ser carregadas separadamente dos arquivos de texto e deixadas em um formato editável (preferencialmente um arquivo Excel) e não como objetos extraídos de outros arquivos ou incorporados em documentos do Word. Cada tabela deve ter um título breve, mas completo, incluindo local, data e fonte das informações. Os cabeçalhos de coluna também devem ser tão breves quanto possível e indicar a unidade de medida ou a base relativa (porcentagem, taxa, índice).

A informação em falta deve ser indicada por reticências (...). Se os dados não se aplicarem, a célula deve estar marcada com "NA" (não aplicável). Se um ou ambos

os dispositivos forem usados, seu significado deverá ser indicado com uma nota de rodapé na tabela.

Regras verticais (linhas) não devem ser usadas em tabelas. Deveria haver apenas três regras horizontais completas: uma sob o título, uma segunda sob as colunas e uma terceira no final da tabela, acima de qualquer nota de rodapé.

As notas de rodapé de uma tabela devem ser indicadas com letras minúsculas sobrescritas, em ordem alfabética, desta forma: a, b, c, etc. As letras sobrescritas no corpo da tabela devem estar em sequência de cima para baixo e da esquerda para a direita.

Os autores devem certificar-se de incluir " chamadas” - pontos de referência no texto que correspondem aos dados - para todas as tabelas no texto.

Tabelas ou dados de outra fonte publicada ou não publicada devem ser reconhecidos e os autores devem obter permissão prévia para incluí-los no manuscrito. Ver "Copyright" seção 1.8 para mais detalhes.

Figuras incluem gráficos, diagramas, desenhos de linha, mapas e fotografias. Eles devem ser usados para destacar tendências e ilustrar comparações de forma clara e exata. As figuras devem ser fáceis de entender e devem adicionar informações, não repetir o que foi anteriormente indicado no texto ou nas tabelas. As legendas devem ser tão breves quanto possível, mas completas, e incluir local, data e fonte das informações.

As figuras devem ser enviadas em um arquivo separado, em seu formato editável original e de alta resolução, seguindo os padrões dos programas de software mais comuns (Excel, Power Point, Open Office,.eps).

A legenda de um gráfico ou mapa deve ser incluída como parte da própria figura, se houver espaço suficiente. Caso contrário, deve ser incluído no título da figura. Mapas e diagramas devem ter uma escala em unidades do SI (veja abaixo).

Se a figura ou tabela for retirada de outra publicação, a fonte deve ser identificada e a permissão para reproduzi-la deve ser obtida por escrito do detentor dos direitos autorais da publicação original. Veja "Copyright" seção 1.7 para mais informações.

Ao incluir unidades de medida, os autores devem usar o Sistema Internacional de Unidades (SI), baseado no sistema métrico e organizado pelo Comitê Internacional de Pesos e Medidas (Bureau Internacional des Poids et mesures).

Abreviações de unidades não são pluralizadas (por exemplo, use 5 km, não 5 kms), nem são seguidas por um período (escreva 10 mL, não 10 mL), exceto no final de uma frase. Os números devem ser agrupados em conjuntos de três à esquerda e à direita da vírgula decimal em manuscritos ingleses (vírgula decimal em manuscritos espanhóis e portugueses), com cada conjunto separado por um espaço em branco.

## SUBMETENDO O MANUSCRITO

Os manuscritos devem ser submetidos apenas através do sistema de gerenciamento de manuscritos online da revista.

Os autores serão notificados por e-mail de que seu manuscrito foi recebido. Os autores podem visualizar o status de seus manuscritos a qualquer momento, entrando em seu "Centro de Autorização" a qualquer momento durante o processo.

Todos os manuscritos devem ser acompanhados por uma carta de apresentação que deve incluir:

- Informações sobre todos os relatórios e submissões anteriores- Possíveis conflitos de interesse
- Permissão para reproduzir material previamente publicado
- Confirmação de que o manuscrito foi lido e aprovado por todos os autores, e a contribuição de cada autor é listada

Informações adicionais que podem ser úteis para os editores associados e para o editor-chefe

A carta de apresentação deve ser carregada como um arquivo separado do resto do manuscrito. Nomes e afiliações de autores não devem ser incluídos em nenhum lugar do documento de texto principal (enviado como um documento do Word; por favor, não faça o upload de PDFs) no momento do envio.

# ANEXO B – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Avaliação da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos profissionais de saúde da Atenção Básica no estado de Sergipe.
**Pesquisador:** MARCO AURÉLIO DE OLIVEIRA GÓES
**Área Temática:**
**Versão:** 1
**CAAE:** 83009918.0.0000.5546
**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Sergipe Campus Lagarto - Departamento de
**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.537.681

**Apresentação do Projeto:**
Trata-se de um estudo transversal, tipo inquérito, com coleta de dados dos profissionais de saúde lotados na Atenção Básica.

**Objetivo da Pesquisa:**
Objetivo Primário:
Avaliar, na perspectiva dos profissionais, a Atenção Primária à Saúde (APS) oferecida nas unidades de saúde dos municípios de Sergipe, de acordo com os atributos considerados essenciais e derivados.
Objetivo Secundário:
- Identificar, a partir do instrumento aplicado, situações que possam ser trabalhadas pela gestão, procurando aumentar a qualidade do atendimento oferecido à população;
– Comparar os scores obtidos nos diferentes atributos considerados essenciais e derivados, bem como score geral, com dados secundários
referentes a indicadores de saúde do respectivos municípios e regiões de saúde.
– Buscar possíveis associações entre as variáveis estudadas por meio de recursos estatísticos, de forma a aprofundar os conhecimentos científicos
referentes à Atenção Primária à Saúde.

**Endereço:** Rua Cláudio Batista s/nº
**Bairro:** Sanatório **CEP:** 49.060-110
**UF:** SE **Município:** ARACAJU
**Telefone:** (79)3194-7208 **E-mail:** cephu@ufs.br

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

O projeto não traz riscos para o sujeito, além do tempo investido para responder o instrumento da pesquisa.

Benefícios:

O melhor entendimento dos atributos da APS podem indicar as principais prioridades para a melhoria a APS no estado de Sergipe, assim como compará-la com outras localidades no mundo

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A avaliação baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. O objetivo do estudo é avaliar, na perspectiva dos profissionais, a Atenção Primária à Saúde (APS) oferecida nas unidades de saúde dos municípios
de Sergipe, de acordo com os atributos considerados essenciais e derivados. Trata-se de um estudo transversal ("survey"), onde será aplicado o instrumento validado PCATOOL - versão profissionais, aos profissionais das equipes de Atenção Básica no estado de Sergipe

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

1. Folha de Rosto adequada
2. Termo de Anuência adequada
3. TCLE rever a explicação sobre Risco.
4. Orçamento
5. Cronograma exequivel

**Recomendações:**

Recomendo descrever em Riscos o minimo de constrangimento devido a exposição ao responder ao questionário, pode ser minimizado pelo sigilo e beneficio direto da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Ver recomendações

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Ver recomendação

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|---|---|---|

UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE

Continuação do Parecer: 2.537.681

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1061373.pdf | 08/02/2018 08:44:19 | | Aceito |
| Outros | Termodeanuencia_joao.pdf | 08/02/2018 08:43:56 | MARCO AURÉLIO DE OLIVEIRA GÓES | Aceito |
| Folha de Rosto | folharostoaps029.pdf | 08/02/2018 08:42:00 | MARCO AURÉLIO DE OLIVEIRA GÓES | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_de_Pesquisa_PCATool.pdf | 10/01/2018 12:23:34 | MARCO AURÉLIO DE OLIVEIRA GÓES | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_APS.pdf | 10/01/2018 12:22:35 | MARCO AURÉLIO DE OLIVEIRA GÓES | Aceito |

**Situação do Parecer:**
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**
Não

ARACAJU, 12 de Março de 2018

**Assinado por:**
**Anita Hermínia Oliveira Souza**
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Cláudio Batista s/nº
**Bairro:** Sanatório **CEP:** 49.060-110
**UF:** SE **Município:** ARACAJU
**Telefone:** (79)3194-7208 **E-mail:** cephu@ufs.br