



EM DEBATE

Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudedebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Melo Carneiro, Maria do Socorro; Sousa Melo, Danielle Maria; Mendes Gomes, Juliana;
Maia Pinto, Francisco José; Gurgel Carlos da Silva, Marcelo

Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool
a profissionais e usuários

Saúde em Debate, vol. 38, octubre, 2014, pp. 279-295

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341750021>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários

Assessment of the coordination attribute in Primary Health Care: application of the PCATool to professionals and users

¹Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) - Fortaleza (CE), Brasil. Professora do Curso de Enfermagem do Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA) - Sobral (CE), Brasil. socorrosmelo@ig.com.br

²Cursando especialização em Saúde do Adolescente pela Universidade Estadual Vale do Acaraí (UVA) - Sobral (CE), Brasil. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família da Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral - Sobral (CE), Brasil. danielle_msmelo@yahoo.com.br

³Especialista em Enfermagem do Trabalho pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA) - Sobral (CE), Brasil. Assessora Técnica da Qualidade do Hospital Regional Norte - Sobral (CE), Brasil. juliana.nugesp@gmail.com

⁴Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professor do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (UECE) - Sobral (CE), Brasil. maiapinto@yahoo.com.br

⁵Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil. Professor do Curso de Medicina, do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública e do Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE) - Sobral (CE), Brasil. marcelo.gurgel@uece.br

RESUMO Esta pesquisa objetiva avaliar a coordenação do sistema de saúde exercida pela atenção primária mediante a aplicação do PCATool. Foi Realizada de agosto de 2010 a maio de 2012, envolvendo os Centros de Saúde da Família de Sobral (CE). Participaram 98 profissionais da Estratégia Saúde da Família e 607 usuários. Para análise estatística dos dados utilizou-se o SPSS 19.0. Os profissionais têm conhecimento sobre a procura de seus usuários aos serviços especializados, no entanto, há deficiência na contrarreferência para a atenção primária. A utilização do prontuário familiar foi avaliada positivamente. Assim, é necessário fortalecer a comunicação entre a rede de atenção, buscando a integração do sistema.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde; Atenção Primária à Saúde; Integração de sistemas.

ABSTRACT This study aims to assess the coordination of the health system exercised by primary care through the application of the PCATool. It was conducted between August 2010 and May 2012, involving the Family Health Centers in Sobral, Ceará. 98 professionals from the Family Health Strategy and 607 users participated. For the statistical analysis of the data, SPSS 19.0 was used. Professionals are aware of users seeking specialized services; however, there is deficiency in the counter-reference for primary care. The use of the family medical record was positively assessed. Thus, it is necessary to strengthen communication within the care network, seeking the integration of the system.

KEYWORDS Health evaluation; Primary Health Care; Systems integration.

Introdução

Os cuidados primários de saúde representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, devendo encontrar-se o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham e constituir-se no primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978).

A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Sobral (CE), cenário deste estudo, ocorreu em 1997. A ESF é responsável por uma cobertura de 94% da população e representa toda a rede de Atenção Primária à Saúde (APS) do município (SOBRAL, 2010).

O crescimento e progressiva ampliação da cobertura da ESF trazem a necessidade de reflexão sobre sua concepção, operacionalização e sustentabilidade. Isso reflete também na qualidade de seu desenvolvimento e da atenção à saúde prestada pelas equipes (BRASIL, 2005).

Para que se compreendam as ações, programas e políticas implantadas, como também os efeitos dessas intervenções, faz-se necessário o desenvolvimento de processos avaliativos. Para Bodstein (2009), a institucionalização da avaliação em todos os níveis do sistema de saúde é importante em busca da cultura da reflexividade sobre as ações realizadas.

Para o contexto de avaliação da APS e sua função no sistema de saúde, faz-se necessário compreender seus atributos, conforme propostos por Starfield (2002), estando esses definidos como essenciais e derivados. Dentre os essenciais estão: o primeiro contato, acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Os derivados englobam orientação familiar e orientação comunitária.

Dentro deste cenário, surge o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), método desenvolvido pela *Johns Hopkins Primary Care Policy Center* para medir a extensão e a qualidade dos serviços de APS por meio da verificação de seus atributos essenciais e derivados.

Foi concebido para obter informações de usuários, cuidadores de crianças e profissionais de saúde sobre sua experiência no uso dos recursos da saúde (SHI, STARFIELD, JIAHONG, 2001).

Considerando o papel estratégico da APS enquanto ordenadora do sistema de saúde, reconhece-se a necessidade de avaliar como está estruturada a coordenação no que concerne à integração de cuidados e sistema de informação.

Para Starfield (2002), a coordenação é um estado de harmonia fruto de um esforço em comum. Para tanto, tem como essência a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento dessas para o atendimento e necessidades atuais. Sem a coordenação a longitudinalidade diminuiria seu potencial, a integralidade seria comprometida e a função de primeiro contato teria conotação essencialmente administrativa.

Para Giovanella *et al.* (2009), integração, coordenação e continuidade são processos inter-relacionados e interdependentes que envolvem sistema, atuação profissional e experiência do paciente ao ser cuidado.

Para uma melhor coordenação, é necessário que o sistema de saúde conheça o papel e responsabilidade da atenção primária, secundária e terciária, bem como trabalhe com o vínculo entre elas. Também é importante que os serviços, em cada nível de atenção, sejam organizados para atender às necessidades dos seus usuários (STARFIELD, 2002).

A Atenção Primária à Saúde funciona como coordenadora da rede e, dessa forma, objetiva a atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis e com responsabilidades sanitárias e econômicas por sua população. As redes de atenção à saúde funcionam de forma cooperativa e interdependente, intercambiando constantemente seus recursos (MENDES, 2010).

A integração da rede de serviços requer a existência de um serviço de procura regular, no qual a APS deve constituir-se como a

porta de entrada preferencial, com garantia de acesso aos outros níveis de atenção e a adoção de estratégias que associem ações e serviços para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas (STARFIELD, 2002).

Giovanella *et al.* (2009) pontuam como iniciativas exitosas de integração da rede os investimentos em tecnologias de informação e comunicação, com a implantação de sistemas informatizados de regulação e prontuários eletrônicos. A constituição de fóruns integrados de discussão entre a Atenção Básica e especializada, a telemedicina e o apoio matricial são estratégias com potencialidades para superar a distância entre gerentes e profissionais dos dois níveis assistenciais e a fragmentação da rede.

A integração dos serviços em redes deve ter a finalidade de melhorar a eficiência e a racionalidade dos serviços. Dessa forma, promove economia, expansão dos serviços, melhoria do acesso, evita duplicidade de serviço e a desnecessária repetição de exames e procedimentos já realizados (CARVALHO *ET AL.*, 2008).

A APS, enquanto responsável pela atenção à saúde de seus usuários, constitui-se na principal porta de entrada do sistema, oferecendo ações de saúde de caráter individual e coletivo, organizando o processo de trabalho multiprofissional com abordagem integral, garantindo o acesso a qualquer outro ponto do sistema para atender às necessidades de cada usuário. Dessa forma, responsabiliza-se por esse usuário, independentemente do nível de atenção, ordenando, assim, o funcionamento da rede (LAVRAS, 2011).

Partindo da importância e necessidade de investimentos em pesquisas avaliativas e reconhecendo que a coordenação exercida pela APS contribui para conhecer sua qualidade, optou-se pela utilização do PCATool neste estudo, de forma a responder à seguinte questão: a coordenação nos serviços de APS em Sobral (CE) é percebida por usuários e profissionais de saúde como desenvolvida com qualidade, em obediência aos atributos preconizados por Starfield (2002)?

A opção por essa ferramenta deu-se por ser um instrumento que em outras pesquisas mostrou sua utilidade e capacidade de alcançar os objetivos de avaliação da APS.

Portanto, o presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade da APS no município de Sobral (CE) por meio da verificação do atributo coordenação, mediante a aplicação do PCATool aos profissionais da ESF e usuários do serviço. Buscou-se estratificar as unidades avaliadas por escores de qualidade, identificando as variáveis associadas ao alto escore de qualidade atribuídos por usuários e profissionais de saúde aos serviços e verificando possíveis variações da qualidade da APS segundo a localização geográfica do Centro de Saúde da Família (CSF), sede ou distritos.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa avaliativa. Esse tipo de estudo corresponde ao julgamento das práticas sociais, principalmente das resultantes da ação social planejada, tais como políticas, programas e serviços de saúde (HARTZ; SILVA, 2008).

O estudo foi realizado em Sobral no período de agosto de 2010 a maio de 2012. Sobral é um município situado na região Noroeste do Ceará, cuja população corresponde a 188.233 habitantes, sendo 166.310 residentes na sede e 21.923 nos distritos (zona rural) (IBGE, 2010). A APS encontrava-se estruturada com 48 equipes da ESF, distribuídas em 28 CSF, sendo 15 localizados na sede e 13 nos distritos. Todos os CSF participaram do estudo (SOBRAL, 2011). A escolha pelo município deu-se por ser uma referência na estruturação da APS e pela alta cobertura assistencial atingida.

A população do estudo foi composta de dois grupos: usuários adultos, com idade superior a 20 anos, e profissionais médicos e enfermeiros da ESF. Do total de 121 profissionais, optou-se por trabalhar na amostra com todos os inseridos nos CSF que apresentavam tempo de atuação no referido serviço igual ou

superior a um ano e que aceitassem participar da pesquisa, resultando numa amostra de 98 profissionais, sendo 67 lotados na sede (14 médicos e 53 enfermeiros) e 31 nos distritos (quatro médicos e 27 enfermeiros).

Para os usuários adultos, foi adotado como critério de inclusão que o tempo de utilização do serviço avaliado fosse superior a um ano. Obteve-se uma amostra final de 607 usuários, resultante da estratificação proporcional por localização dos CSF, utilizando-se a seguinte fórmula para população finita (COCHRAN, 1977):

$$n = \frac{N \sum Nh Ph Qh}{N2V + \sum Nh Ph Qh}$$

Como instrumento para coleta de dados, foi aplicado um questionário para os usuários do serviço e profissionais de saúde tendo como base o PCATool, validado no Brasil, de acordo com o modelo apresentado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

O instrumento contempla os atributos essenciais e derivados da APS. Neste estudo, o atributo abordado foi a coordenação: integração de cuidados e sistema de informação. Todas as respostas são do tipo Likert, onde: 1 = com certeza não, 2 = provavelmente não, 3 = provavelmente sim, 4 = com certeza sim, 9 = não sei/não lembro.

A aplicação aos profissionais foi feita pela pesquisadora nos CSF, Secretaria de Saúde ou Escola de Saúde da Família. Com relação aos usuários, a coleta foi realizada em seus domicílios, onde, além da pesquisadora, participaram mais 23 auxiliares de pesquisa devidamente capacitados, sendo 18 estudantes de graduação em enfermagem e 5 enfermeiros.

A seleção dos usuários procurou contemplar os diferentes perfis da população presentes numa área adscrita. Inicialmente, dividia-se a quantidade de usuários a participar da pesquisa no referido território pelo número de ACS do CSF equivalente, o que variou de um a três usuários por área de ACS, sorteando-se os quarteirões. Era selecionado apenas

um domicílio por quarteirão. No quarteirão sorteado, o décimo domicílio era o selecionado para a pesquisa. Esse número foi definido por sorteio. Se o domicílio estivesse fechado ou o usuário não se encontrasse dentro dos critérios de inclusão, o da direita era a primeira escolha e o da esquerda, a segunda e assim sucessivamente. Somente um usuário participava do estudo em cada domicílio.

Para apresentação e análise dos resultados, os CSF foram divididos em: CSF localizados na sede e CSF localizados nos distritos. Para o cálculo dos escores do atributo foi utilizada a média dos valores das respostas dos itens.

Nos casos em que o entrevistado respondeu mais de 50% de respostas '9' ('não sei / não lembro'), os seus escores não foram calculados. Já quando a soma de respostas '9' ('não sei / não lembro') era inferior a 50% do total de itens de um componente, o valor '9' foi convertido para valor '2' ('provavelmente não'). Essa transformação foi necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado (BRASIL, 2010).

Na transformação dos escores numa escala de 0 a 10, foi utilizada a seguinte fórmula (BRASIL, 2010):

$$\frac{[\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo})] \times 10}{4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo})}$$

Para a tabulação dos dados, foi utilizado o programa *Microsoft Excel*, obtendo-se as médias do atributo nos CSF sede e distrito referente aos profissionais e usuários. O alto escore de APS foi apontado considerando quando o escore geral foi igual ou maior que 6,6, visto que o referido ponto de corte equivale, numa escala de 1 a 4, ao escore 3.

O aplicativo utilizado para as análises estatísticas foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19.0. Foram realizados cruzamentos tendo como variáveis a localização dos CSF (sede e distrito) e os itens que compõem o atributo coordenação da APS. O teste qui-quadrado de Pearson foi utilizado

para análise dos cruzamentos. Na impossibilidade da utilização desse, optou- se pelo teste de Máxima Verossimilhança para as correlações que apresentaram mais de 20% das caselas com frequência esperadas maiores do que cinco.

Os resultados foram apresentados por meio de gráficos, que evidenciaram os escores obtidos por cada CSF a partir das respostas dos profissionais de saúde e usuários. Optou-se pela elaboração de tabelas e quadros sintéticos para apresentar as análises estatísticas dos cruzamentos das variáveis.

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, onde recebeu a devida aprovação. Os sujeitos que aceitaram participar do estudo anuíram sua inserção neste por meio de um termo de consentimento livre e esclarecido, respeitando a resolução 196/96.

Resultados

Perfil dos participantes

O perfil dos profissionais mostra, com relação ao tempo de formação, que na sede a maioria, 21 (30,4%), possui entre 6 e 10 anos e nos distritos, 10 (34,5%), mais de 15 anos. A titulação revelou a grande maioria de profissionais especialistas, totalizando 75 (76,5%).

O tempo de atuação na ESF mostrou que a maioria possui mais de 10 anos, sendo na sede o equivalente a 25 (36,2%) e nos distritos, 16 (55,2%). Já sobre o tempo de atuação no CSF atual, na sede prevalece o intervalo de um a dois anos, 20 (29%) e nos distritos a grande maioria possui mais de seis anos, 17 (58,6%).

No que se refere ao perfil dos usuários da ESF, observou-se que a maioria era do sexo

feminino, correspondendo ao total de 540 (89,0%). Com relação ao tempo de residência na área atual, mais da metade possui 10 anos ou mais, respondendo por 256 (54,9%) na sede e 103 (73%) nos distritos.

Verificou-se que o ensino fundamental incompleto foi o detectado por 237 (39%) do total de usuários pesquisados. Na renda familiar, o intervalo entre um e dois salários mínimos foi o mais destacado, com 304 (65,2%) na sede e 90 (63,8%) nos distritos. Ao observar a quantidade de pessoas que habitam na residência, a maioria, 262 (43,2%), possui entre quatro e cinco.

Coordenação: integração de cuidados

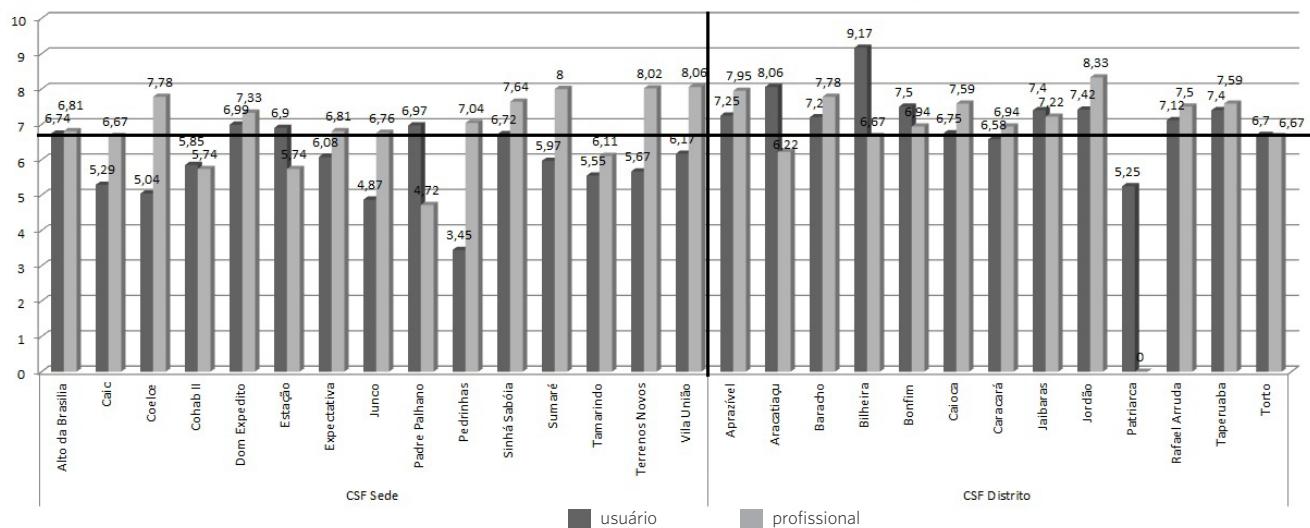
O gráfico 1, a seguir, apresenta as médias de escores no atributo coordenação: integração de cuidados nos CSF da sede e distritos, obtidos tendo como respondentes os profissionais de saúde e usuários.

No que se refere à coordenação: integração de cuidados, dentre os CSF da sede, quatro unidades estiveram com baixo escore, de acordo com a opinião dos profissionais. Já com relação aos usuários, das quinze unidades, onze estiveram com baixo escore, mostrando grande diferença entre as percepções dos dois grupos de respondentes.

A coordenação: integração de cuidados, referente aos CSF dos distritos, já mostra semelhança nas percepções tanto dos profissionais quanto dos usuários, revelando ainda uma satisfação avaliação desses, na qual a maioria das unidades obteve alto escore da APS.

A análise estatística das variáveis que compõem o atributo coordenação: integração de cuidados está apresentada na *tabela 1*.

Gráfico 1. Avaliação do atributo coordenação: integração dos cuidados no CSF sede e distritos segundo profissionais de saúde e usuários, Sobral (CE), 2012



No que se refere à coordenação: integração de cuidados, relacionada aos profissionais de saúde, nenhuma das variáveis apresentou-se significativa ao nível de significância de 5%.

Ao observar as frequências relativas e

absolutas das variáveis, a maioria destas apresentou respostas ‘com certeza sim’/ ‘provavelmente sim’ dentre as mais frequentes, com exceção da que aborda se o profissional do CSF recebe do especialista informações sobre

Tabela 1. Análise estatística dos cruzamentos das variáveis de coordenação: integração de cuidados, referente aos profissionais de saúde, Sobral (CE), 2012

Variáveis	Frequência Total		Sede		Distrito		P
	N	%	N	%	N	%	
Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?							0,384
Com certeza, não	10	10,2	7	10,1	3	10,3	
Provavelmente, não	27	27,6	22	31,9	5	17,2	
Provavelmente, sim	47	48,0	30	43,5	17	58,6	
Com certeza, sim	12	12,2	8	11,6	4	13,8	
Não sei/ não lembro	2	2,0	2	2,9	-	-	
Quando seus pacientes necessitam de um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?							0,493
Com certeza, não	3	3,1	3	4,3	-	-	
Provavelmente, não	3	3,1	2	2,9	1	3,4	
Provavelmente, sim	33	33,7	24	34,8	9	31,0	
Com certeza, sim	59	60,2	40	58,0	19	65,5	
Não sei/ não lembro	-	-	-	-	-	-	

Tabela 1. (cont.)

Alguém de seu CSF ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?							0,316
Com certeza, não	1	1,0	1	1,4	-	-	-
Provavelmente, não	-	-	-	-	-	-	-
Provavelmente, sim	17	17,3	14	20,3	3	10,3	
Com certeza, sim	80	81,6	54	78,3	26	89,7	
Não sei/não lembro	-	-	-	-	-	-	-
Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?							0,280
Com certeza, não	1	1,0	1	1,4	-	-	-
Provavelmente, não	3	3,1	3	4,3	-	-	-
Provavelmente, sim	26	26,5	16	23,2	10	34,5	
Com certeza, sim	68	69,4	49	71,0	19	65,5	
Não sei/não lembro	-	-	-	-	-	-	-
Você recebe do especialista informações úteis sobre o paciente encaminhado?							0,362
Com certeza, não	29	29,6	20	29,0	9	31,0	
Provavelmente, não	49	50,0	34	49,3	15	51,7	
Provavelmente, sim	19	19,4	15	21,7	4	13,8	
Com certeza, sim	1	1,0	-	-	1	3,4	
Não sei/não lembro	-	-	-	-	-	-	-
Após a consulta com o especialista, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?							0,637
Com certeza, não	1	1,0	1	1,4	-	-	-
Provavelmente, não	9	9,2	7	10,1	2	6,9	
Provavelmente, sim	43	43,9	28	40,6	15	51,7	
Com certeza, sim	45	45,9	33	47,8	12	41,4	
Não sei/não lembro	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Elaboração própria

o paciente encaminhado. Nessa, a resposta da maioria dos profissionais foi ‘provavelmente não’ 49 (50,0%), sendo 34 (49,3%) na sede e 15 (51,7%) nos distritos.

A *tabela 2* contempla a análise estatística dos cruzamentos das variáveis do atributo coordenação: integração de cuidados, obtidos a partir dos usuários.

Entre os usuários que utilizaram o serviço especializado, apenas as variáveis que abordam se algum profissional ajudou o usuário a

marcar a consulta ao especialista e se o profissional teve conhecimento sobre os resultados dessa consulta apresentaram-se como significativas. Dessa amostra, a maioria das respostas referente ao auxílio na marcação de consulta foi ‘com certeza sim’ nos dois cenários, sendo 175 (66,8%) nos CSF da sede e 77 (88,5%) nos CSF dos distritos. Já sobre os resultados da consulta, a resposta mais frequente também foi ‘com certeza sim’ 129 (49,2%) nos CSF da sede e 65 (74,7%) nos CSF dos distritos.

Tabela 2. Análise estatística dos cruzamentos das variáveis de coordenação: integração de cuidados, referente aos usuários, Sobral (CE), 2012

Variáveis	Frequência Total		Sede		Distrito		P Valor
	N	%	N	%	N	%	
Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no CSF?							0,45
Sim	349	57,5	262	56,2	87	61,7	
Não	255	42,0	202	43,3	53	37,6	
Não sei/não lembro	3	0,5	2	0,4	1	0,7	
O CSF ou médico/enfermeiro sugeriu (encaminhou) que você fosse consultar com esse especialista?							0,04
Com certeza, não	62	17,8	53	20,2	9	10,3	
Provavelmente, não	2	0,6	2	0,8	-	-	
Provavelmente, sim	15	4,3	14	5,3	1	1,1	
Com certeza, sim	268	76,8	192	73,3	76	87,4	
Não sei/não lembro	2	0,6	1	0,4	1	1,1	
O CSF ou médico/enfermeiro sabe que você fez essas consultas com este especialista?							0,02
Com certeza, não	53	15,2	48	18,3	5	5,7	
Provavelmente, não	4	1,1	4	1,5	-	-	
Provavelmente, sim	21	6,0	18	6,9	3	3,4	
Com certeza, sim	268	76,8	190	72,5	78	89,7	
Não sei/não lembro	3	0,9	2	0,8	1	1,1	
O seu médico/enfermeiro discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?							0,07
Com certeza, não	226	64,8	177	67,6	49	56,3	
Provavelmente, não	5	1,4	3	1,1	2	2,3	
Provavelmente, sim	19	5,4	17	6,5	2	2,3	
Com certeza, sim	94	26,9	62	23,7	32	36,8	
Não sei/não lembro	5	1,4	3	1,1	2	2,3	
O seu médico/enfermeiro ou alguém que trabalha no CSF ajudou-o a marcar esta consulta?							<0,01
Com certeza, não	70	20,1	62	23,7	8	9,2	
Provavelmente, não	1	0,3	1	0,4	-	-	
Provavelmente, sim	24	6,9	22	8,4	2	2,3	
Com certeza, sim	252	72,2	175	66,8	77	88,5	
Não sei/não lembro	2	0,6	2	0,8	-	-	

Tabela 2. (cont.)

O seu médico/enfermeiro escreveu alguma informação para o especialista a respeito do motivo desta consulta?						0,01
Com certeza, não	108	30,9	89	34,0	19	21,8
Provavelmente, não	6	1,7	6	2,3	-	-
Provavelmente, sim	20	5,7	17	6,5	3	3,4
Com certeza, sim	199	57,0	135	51,3	64	73,6
Não sei/não lembro	16	4,6	15	5,7	1	1,1
O CSF ou médico/enfermeiro sabe quais foram os resultados desta consulta?						<0,01
Com certeza, não	114	32,7	100	38,2	14	16,1
Provavelmente, não	6	1,7	5	1,9	1	1,1
Provavelmente, sim	27	7,7	24	9,2	3	3,4
Com certeza, sim	194	55,6	129	49,2	65	74,7
Não sei/não lembro	8	2,3	4	1,5	4	4,6
Depois que você foi a este especialista o seu médico/enfermeiro conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?						0,06
Com certeza, não	162	46,4	130	49,6	32	36,8
Provavelmente, não	2	0,6	2	0,8	-	-
Provavelmente, sim	20	5,7	17	6,5	3	3,4
Com certeza, sim	163	46,7	111	42,4	52	59,8
Não sei/não lembro	2	0,6	2	0,8	-	-
O seu médico/enfermeiro pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista)?						0,16
Com certeza, não	202	57,9	161	61,4	41	47,1
Provavelmente, não	8	2,3	6	2,3	2	2,3
Provavelmente, sim	14	4,0	11	4,2	3	3,4
Com certeza, sim	116	33,2	78	29,8	38	43,7
Não sei/não lembro	9	2,6	6	2,3	3	3,4

Fonte: Elaboração própria

Coordenação: sistema de informações

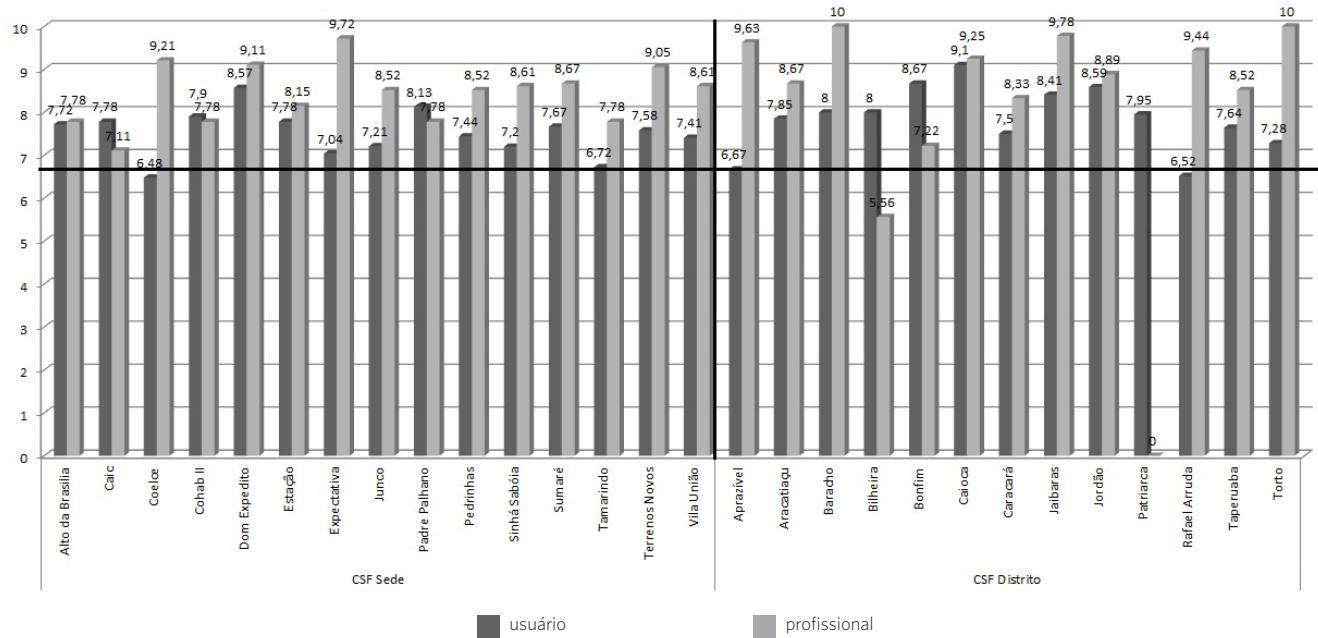
O gráfico 2, apresentado a seguir, mostra a comparação das médias de escores obtidas pelos CSF da sede no atributo coordenação: sistema de informações, obtidas a partir das respostas dos profissionais de saúde e usuários.

O atributo coordenação: sistema de

informações apresentou alto escore da APS nos CSF da sede, tanto na visão dos profissionais, na qual nenhum CSF ficou abaixo do recomendado, quanto dos usuários, em que apenas um CSF obteve escore abaixo da média.

Situação semelhante à observada nos CSF da sede foi encontrada nos CSF dos distritos, onde apenas um CSF obteve escore inferior à média recomendada na opinião de ambos

Gráfico 2. Avaliação do atributo coordenação: sistemas de informação na CSF sede e distritos segundo os profissionais de saúde e usuários, Sobral (CE), 2012



os respondentes. Deve-se salientar que não houve concordância entre esses CSF.

A análise estatística dos cruzamentos das variáveis do atributo coordenação: sistema de informações a partir das respostas dos profissionais de saúde é apresentada na *tabela 3* a seguir.

Não houve variáveis significativas, ao nível de significância de 5%, dentre as que expressam o atributo coordenação: sistema de informações na opinião dos profissionais de saúde.

Com relação à solicitação aos pacientes para que estes levem ao CSF seus registros médicos recebidos no passado, a maioria dos profissionais respondeu ‘com certeza sim’ 64 (65,3%), sendo 46 (66,7%) na sede e 18 (62,1%) nos distritos.

No que se refere à permissão do profissional para que os pacientes examinassem seus prontuários se eles quisessem, a resposta mais frequente também foi ‘com certeza sim’ na sede 38 (55,1%) e nos distritos, 21 (72,4%).

Já a variável que aborda se os prontuários estão disponíveis no atendimento dos

profissionais, a grande maioria dos respondentes também respondeu ‘com certeza sim’, tanto na sede 53 (76,8%) quanto nos distritos 23 (79,3%).

Situação semelhante à obtida com as respostas dos profissionais de saúde foi encontrada na análise estatística das variáveis de coordenação: sistema de informações referente às respostas dos usuários, não havendo significância nos cruzamentos destas.

Ao abordar se o usuário leva seus registros médicos recebidos no passado quando vai ao CSF, a maioria afirmou ‘com certeza sim’ na sede 332 (71,2%) e nos distritos, 102 (72,3%).

A disponibilidade do prontuário familiar durante seus atendimentos foi percebida como positiva pelos usuários, sendo ‘com certeza sim’ a resposta mais frequente na sede 411 (88,2%) e nos distritos, 136 (96,5%).

Já com relação à permissão para ler ou consultar seus prontuários se quisessem, os usuários responderam, na maioria, ‘não sei’/‘não lembro’ na sede 132 (28,3%). Nos distritos, a resposta mais frequente foi ‘com certeza sim’, 50 (35,5%).

Tabela 3. Síntese da análise estatística dos cruzamentos das variáveis de coordenação: sistema de informações, referente aos profissionais de saúde e usuários, Sobral (CE), 2012

Variáveis	Frequência Total		Sede		Distrito		P Valor
	N	%	N	%	N	%	
Profissionais							
Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado?							0,201
Com certeza, não	2	2	1	1,4	1	3,4	
Provavelmente, não	5	5,1	5	7,2	-	-	
Provavelmente, sim	27	27,6	17	24,6	10	34,5	
Com certeza, sim	64	65,3	46	66,7	18	62,1	
Não sei/não lembro	-	-	-	-	-	-	
Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?							0,101
Com certeza, não	3	3,1	3	4,3	-	-	
Provavelmente, não	4	4,1	4	5,8	-	-	
Provavelmente, sim	32	32,7	24	34,8	8	27,6	
Com certeza, sim	59	60,2	38	55,1	21	72,4	
Não sei/não lembro	-	-	-	-	-	-	
Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?							0,695
Com certeza, não	1	1	1	1,4	-	-	
Provavelmente, não	-	-	-	-	-	-	
Provavelmente, sim	21	21,4	15	21,7	6	20,7	
Com certeza, sim	76	77,6	53	76,8	23	79,3	
Não sei/não lembro	-	-	-	-	-	-	
Usuários							
Quando você vai ao CSF você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado?							0,95
Com certeza, não	115	18,9	88	18,9	27	19,1	
Provavelmente, não	10	1,6	8	1,7	2	1,4	
Provavelmente, sim	47	7,7	37	7,9	10	7,1	
Com certeza, sim	434	71,5	332	71,2	102	72,3	
Não sei/não lembro	1	0,2	1	0,2	-	-	
Quando você vai ao CSF, o seu prontuário está sempre disponível na consulta?							0,031
Com certeza, não	13	2,1	12	2,6	1	0,7	
Provavelmente, não	1	0,2	1	0,2	-	-	
Provavelmente, sim	44	7,2	40	8,6	4	2,8	
Com certeza, sim	547	90,1	411	88,2	136	96,5	
Não sei/não lembro	2	0,3	2	0,4	-	-	

Tabela 3. (cont.)

Você poderia ler (consultar) seu prontuário se quisesse no CSF?						0,006
Com certeza, não	114	18,8	98	21	16	11,3
Provavelmente, não	55	9,1	48	10,3	7	5
Provavelmente, sim	90	14,8	69	14,8	21	14,9
Com certeza, sim	169	27,8	119	25,5	50	35,5
Não sei/não lembro	179	29,5	132	28,3	47	33,3

Fonte: Elaboração própria

Discussão

A divergência na avaliação da coordenação: integração de cuidados na opinião dos usuários da sede e dos distritos pode estar relacionada à própria organização dos serviços na rede. Na sede, existem outros estabelecimentos de saúde que podem estar realizando o atendimento em paralelo aos CSF. Os profissionais avaliam positivamente, pois têm a percepção de conhecer o trajeto que os usuários, que eles atendem, fazem pela rede. No entanto, questiona-se se essa avaliação por parte dos usuários pode representar uma procura por outros níveis de atenção sem o encaminhamento da atenção primária. Isso foi abordado por Starfield (2002) ao afirmar que, na busca pelo atendimento de suas necessidades, os usuários têm de ir a outros lugares, quer seja com o reconhecimento explícito da atenção primária, por meio de encaminhamentos, ou através da busca por si mesmo (acesso direto ou autoencaminhamento).

Já nos distritos, o que pode contribuir para essa avaliação positiva concordante entre profissionais e usuários é o fato de o CSF ser o único equipamento de saúde local. Além disso, o CSF também auxilia na logística de deslocamento dos usuários aos serviços localizados na sede.

Outro aspecto abordado refere-se à discussão dos profissionais com os usuários sobre os diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos. Como a maioria dos profissionais

respondeu com certeza sim e os usuários tiveram como resposta mais frequente com certeza não, percebe-se que a rede precisa ser melhor conhecida por ambos. Reconhece-se que, muitas vezes, há uma própria limitação do sistema no que concerne à oferta de serviços, reduzindo as opções dos usuários. No entanto, para assegurar a integralidade da assistência, fornecendo os recursos capazes de responder às necessidades dos usuários de sua área adscrita, é necessário que se conheça e que se promova a discussão sobre os serviços disponíveis na rede assistencial.

Esse é um aspecto importante, já que Motta, Aguiar e Caldas (2011) enfatizam que a desarticulação da rede ou o desconhecimento dos serviços de apoio disponíveis além de comprometer a resolutividade da Atenção Básica, desgasta os profissionais ao acrescentar às suas múltiplas incumbências a de contornar os problemas do sistema.

Outro fator investigado refere-se à existência de auxílio do CSF na marcação da consulta encaminhada. Contribuindo para a avaliação positiva, vale ressaltar que todos os CSF de Sobral encontram-se interligados a uma central de marcação de consultas. Dessa forma, existem profissionais em cada unidade de que, via telefone, promovem a marcação das consultas encaminhadas.

Em pesquisa realizada por Almeida *et al.* (2010), que investigou as estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos, foi observada a implantação

de centrais informatizadas de regulação e marcação de procedimentos como instrumento para integrar a Atenção Básica à média complexidade. Também apresentaram estratégias para descentralizar as discussões e a responsabilização pelas ações de regulação para os profissionais da Atenção Básica, compreendendo a unidade básica de saúde como a primeira instância regulatória.

Escorel *et al.* (2007) também verificaram em seus estudos, envolvendo dez municípios, que na maior parte desses havia alguma forma de regulação para a referência. No entanto, somente em quatro deles estavam estruturadas centrais de marcação de consultas especializadas. Outra estratégia adotada, quando na ausência de centrais estruturadas, foi o estabelecimento de cotas físicas ou financeiras de consultas especializadas ou exames diagnósticos para cada unidade de saúde, sendo essas utilizadas pelos profissionais das equipes de Saúde da Família para encaminhamentos de pacientes para consultas especializadas.

Com relação ao fornecimento por parte dos profissionais da ESF de informação escrita para que o usuário leve ao especialista ou serviço especializado, também se obteve considerável percentual de respostas ‘com certeza sim’/‘provavelmente sim’. É necessário registrar que o município de Sobral conta com um impresso apropriado para tal, onde constam além dos dados de identificação do usuário, os motivos para o encaminhamento e os detalhes da consulta marcada.

Em pesquisa realizada por Almeida *et al.* (2010), evidenciou-se que o fornecimento de informações escritas da atenção primária para outros serviços foi confirmada pela maioria dos profissionais e usuários entrevistados. Dessa forma, o acesso mais frequente do usuário à atenção especializada acontece por meio de encaminhamentos dos serviços de Atenção Básica. A marcação é feita dentro do centro de saúde com base na referência realizada pelo médico.

Essa realidade não foi a encontrada nos estudos de Escorel *et al.* (2007), no qual, em

somente quatro dos dez municípios pesquisados, o acesso aos serviços especializados estava condicionado à referência do médico da equipe de Saúde da Família.

Para Franco e Magalhães Júnior (2003), a integralidade das ações é promovida pela articulação entre os diversos níveis assistenciais, partindo da rede básica em direção às tecnologias necessárias para a produção do cuidado. Nesse contexto, a contrarreferência configura-se como elemento fundamental para a equipe de Saúde da Família, que responde pelo cuidado e acompanhamento contínuo do usuário.

Reconhecendo a importância desse fator, verificou-se fragilidade no processo de coordenação, onde a comunicação acaba ocorrendo unidirecionalmente, já que a maioria dos profissionais da ESF revelou não ter recebido do especialista ou do serviço especializado informações sobre o paciente encaminhado.

Almeida *et al.* (2010) apontam a referência e contrarreferência como importante instrumento para integração dos serviços de saúde. Em seus estudos, também perceberam que fluxos de referência e contrarreferência entre Atenção Básica e Especializada encontram-se formalmente implantados. No entanto, a maior parte dos gestores entrevistados afirmou que a contrarreferência não é comumente praticada.

Starfield (2002) defende que o desafio para a qualificação da coordenação da atenção depende do conhecimento a respeito do processo de encaminhamento, da transferência de informações envolvidas com os encaminhamentos e do quanto os médicos de atenção primária reconhecem essas informações.

Para Escorel *et al.* (2007), a comunicação entre os profissionais é essencial para que cada membro da equipe de Saúde da Família possa exercer sua função de coordenador dos cuidados e garantir a continuidade do contato. Os autores também constataram em sua pesquisa que, embora existindo formulários para a troca de informações entre profissionais da ESF e especialistas, na maioria dos municípios pesquisados seu uso não era

frequente. Gestores e profissionais apontaram a insuficiente realização da contrarreferência como importante dificuldade.

Mendes (2010) caracteriza os sistemas fragmentados de atenção à saúde como aqueles que se organizam por pontos de atenção à saúde isolados e que, por consequência, são incapazes de prestar atenção contínua à população. Assim, a Atenção Primária, Secundária e Terciária à Saúde não se comunicam, fazendo com que a primeira não consiga exercitar seu papel de coordenação do cuidado.

Considera-se um aspecto positivo quando a maioria dos profissionais afirmou conversar com os usuários sobre os resultados da consulta ao especialista, já que essa ação tenta resgatar a integralidade do cuidado. Sabe-se que a lacuna da contrarreferência existe e necessitam ser estudadas estratégias de como melhorá-la, mas considera-se um avanço o profissional que encaminhou querer saber o que aconteceu. Isso mostra que o encaminhamento não se configurou apenas como uma transferência de responsabilidade. Ele foi necessário num determinado momento, mas a continuidade da assistência é de responsabilidade da equipe de Saúde da Família.

No entanto, essa percepção não foi compartilhada pelos usuários, já que a maioria dos respondentes considerou que o profissional não pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi prestado pelo especialista.

Nesse contexto, percebe-se que houve divergência entre as percepções dos usuários e profissionais, corroborando com os resultados do estudo de Stralen *et al.* (2008), que observaram uma diferença nítida entre a avaliação dos usuários e a dos profissionais de saúde, sendo a avaliação dos usuários menos positiva para quase todos os atributos da APS pesquisados.

Esse resultado também foi encontrado por Ibañez *et al.* (2006), no qual a avaliação dos serviços pelos profissionais mostrou-se distinta daquela feita pelos usuários, sobretudo nos atributos coordenação e enfoque familiar, com destaque para a percepção positiva dos profissionais.

De uma forma geral, apesar das fragilidades, percebe-se que muitos aspectos relacionados à coordenação do cuidado têm avançado, principalmente na realidade aqui estudada. Mecanismos de referência, principalmente tendo a atenção primária como gerenciadora dos fluxos, mostram uma realidade necessária para a garantia da integralidade da assistência. Reconhece-se que ainda são muitos os desafios, principalmente no que concerne à comunicação entre atenção primária e os demais níveis de assistência.

O trabalho no âmbito da Atenção Primária à Saúde tem como uma de suas principais vantagens a longitudinalidade, por meio de uma assistência integral e contínua, auxiliada pelo conhecimento do histórico de saúde do usuário do serviço. Para tal, algumas ferramentas fazem parte do processo de trabalho. Além de aspectos como proximidade entre serviço e comunidade e vínculo entre profissionais e usuários, a qualidade da informação em saúde exerce uma importante função.

Auxiliando na qualidade da informação em saúde e contribuindo para o conhecimento integral da atenção à saúde dos usuários sob sua responsabilidade, é necessário estimular que esses adotem o hábito de levar aos serviços de atenção primária seus registros de saúde. Nesse aspecto, a pesquisa mostra um ponto satisfatório, já que a maioria dos profissionais e usuários ressaltou a importância dessa prática.

Contudo, muitas pesquisas evidenciam, inclusive esta, a fragilidade nos processos de contrarreferência dos serviços de atenção secundária e terciária para com a atenção primária. Além disso, reconhece-se que os usuários circulam por outros cenários de atendimento, sobretudo pelas limitações de acesso da atenção primária no período noturno e aos finais de semana.

Sendo assim, compartilhar esses registros permite que os profissionais responsáveis por uma atenção longitudinal tenham conhecimento das possíveis ocorrências e condutas relacionadas à saúde de seus usuários,

facilitando assim a continuidade da atenção.

Outro importante instrumento que contribui para a obtenção de uma informação em saúde eficaz no contexto da atenção primária é o prontuário. Na realidade estudada, percebe-se que a maioria dos profissionais e usuários refere a disponibilidade de prontuários no momento do atendimento. No âmbito da ESF, sobretudo pelo que se propõe, o prontuário assume uma configuração diferenciada e passa a ter a conotação de prontuário familiar.

Para Pereira *et al.* (2008), o prontuário familiar permite melhor atenção à família, já que reúne o registro das informações de todas as ações realizadas pela equipe de Saúde da Família, tornando-se decisivo para a continuidade dos cuidados à saúde de seus usuários.

A utilização do prontuário familiar auxilia na concretização de vários objetivos da ESF. Além de possibilitar o registro das informações em saúde de todos os membros da família, é um importante instrumento para a integração da equipe. Nele, todos os profissionais encontram espaço para pontuar a evolução de sua assistência e assim também permite que observem as contribuições das outras categorias no processo. É uma ferramenta que possibilita observar que não há predomínio no saber de um profissional. Todos compartilham suas impressões, importante para que se consiga atender à complexidade da atenção à saúde da família.

Pesquisa realizada por Pereira *et al.* (2008), envolvendo profissionais e gestores da ESF e usuários sobre o uso do prontuário familiar, revelou que a maioria afirma sua utilização, apesar de alguns depoimentos demonstrarem dificuldades em fazê-lo. O estudo demonstrou que os profissionais das equipes reconhecem a importância da adoção do prontuário familiar, destacando aspectos como acompanhamento da história clínica familiar e avaliação da situação socieconômica para o estabelecimento de prioridades. Uma reflexão proveniente da pesquisa pontua que, apesar dos investimentos em capacitação no âmbito da ESF, ainda não houve implantação, de forma

consistente, do prontuário familiar, fazendo com que os preceitos de unidade familiar associada à produção de serviços não tenha se efetivado por meio desta normatização.

Vasconcellos *et al.* (2008) realizaram estudo de avaliação da qualidade do prontuário do paciente na Atenção Básica em quatro municípios. Percebeu-se um registro insatisfatório dos atributos sociais, como situação familiar, escolaridade e ocupação. No que se refere ao registro do processo de atendimento, bem como a necessária periodicidade da assistência aos programas, também foi observado um desempenho ruim. Dessa forma, observa-se que estratégias para uma prática voltada ao conceito de risco epidemiológico, território, fortalecimento de vínculos entre população e serviços e ainda uma reconfiguração dos processos de trabalho, como se propõe a ESF, parecem comprometidas.

A utilização de prontuários na atenção básica, quer seja familiar ou individual, deve considerar a visão ampliada de seu processo de trabalho. Portanto, precisam ser contemplados todos os elementos necessários para o estabelecimento de um plano de atuação que não seja voltado apenas para as ações curativas, mas que forneça elementos importantes para uma atuação em promoção da saúde e prevenção de doenças.

Sobre o acesso dos usuários às informações contidas no prontuário, a maioria dos profissionais e usuários apresentou resposta positiva. No entanto, vale ressaltar o grande número de usuários que não sabia se o acesso ao prontuário é um direito.

Em sua obra sobre bioética da confidencialidade e privacidade, Francisconi e Goldim (1998) ressaltam que as informações fornecidas pelos pacientes, independentemente do local em que seja realizado o atendimento, assim como os resultados de exames realizados para fins diagnósticos ou terapêuticos, são de sua propriedade, cabendo às instituições e profissionais de saúde a obrigação de mantê-los sob um sistema seguro de proteção e preservação das informações.

Os autores descrevem o prontuário como instrumento desenvolvido para facilitar a manutenção e o acesso às informações fornecidas pelos usuários. Esse, é de propriedade do paciente.

Dessa forma, fica evidente o direito do usuário de examinar seu prontuário se assim for de seu interesse. É importante que os profissionais forneçam esses esclarecimentos. Além disso, esse ato pode contribuir para compreensão dos usuários sobre seu processo saúde-doença, acompanhando sua evolução e a participação dos diferentes profissionais na assistência.

Conclusão

Esta pesquisa reforça que o desenvolvimento de estudos avaliativos de forma a melhorar a qualidade da Atenção Primária à Saúde deve ser incentivado. O cenário nacional já ensaia a institucionalização de práticas como essas, estando a Avaliação para Melhoria da Qualidade da ESF (AMQ) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) como iniciativas federais impulsionadoras.

No entanto, é preciso que os profissionais reconheçam a importância que essas práticas exercem no seu cotidiano para a qualificação do seu processo de trabalho.

O estudo evidencia a necessidade de um trabalho que busque fortalecer a comunicação entre os diferentes pontos do sistema de saúde. Aos usuários, deveria se possibilitar o transitar pelos serviços e profissionais disponíveis sem prejudicar a continuidade de sua assistência.

Isso vai além dos mecanismos de referência e contrarreferência, mas na possibilidade de um fluxo mais facilitado, além do acesso às informações referente aos usuários. Os resultados do estudo instigam o desenvolvimento de alternativas para tal problemática, como prontuário único para o sistema ou pelo menos acesso do instrumento adotado em diferentes pontos.

Além de disso, é preciso discutir se os encaminhamentos feitos pela Atenção Primária à Saúde têm sido realmente necessários, diante da sua alta capacidade resolutiva. Isso pode evitar o desconhecimento de eventuais procuras que os usuários tenham feito a outros serviços. Espera-se que outros trabalhos sejam desenvolvidos a partir dessa lógica. ■

Referências

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.

BRASIL. *Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool* D Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BODSTEIN, R. Processo decisório e avaliação em saúde: ampliando o debate sobre o Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl.1, p. 1336-1338, set./out. 2009.

CARVALHO, G. et al. *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde*. Campinas: CONASEMS, 2008.

COCHRAN, W. G. The estimation of sample size. In: _____. *Sampling techniques*. New York: John Wiley, 1977. p.72-90.

ESCOREL, S. et al. Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, Washington, DC, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, fev./mar. 2007.

FRANCISCONI, C. F.; GOLDIM, J. R. Aspectos Bioéticos da Confidencialidade e Privacidade. In: COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. (Coord.). *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 269-284.

FRANCO, T. B., MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E (Org.). *O trabalho em saúde: olhando e experenciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 125-133.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.3, p.783-794, mai/jun. 2009.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo demográfico*. 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=231290&search=ceara|sobral>>. Acesso em: 02 maio 2011.

_____. IBGE. Disponível: <http://www.ibge.gov.br/home>. Acesso em: 03 de fev. 2012.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, out./dez. 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2297-2305, ago. 2010.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C.; CALDAS, C. P. Estratégia Saúde da Família e atenção ao idoso: experiências de três municípios brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.27, n.4, p. 779-786, abr. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Declaração de Alma-Ata*. Conferência internacional sobre Cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2010.

PEREIRA, A. T. S. et al. O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, suppl. 1, p. S123-S133, 2008.

SOBRAL. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde e Ação Social. *Relatório Coordenação da Atenção Primária à Saúde*. Sobral: Prefeitura Municipal, 2010.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde e Ação Social. *Relatório Coordenação da Atenção Primária à Saúde*. Sobral: Prefeitura de Sobral, 2011.

SHI, L.; STARFIELD, B.; JIAHONG, X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice*, Parsippany, v. 50, n. 2, p. 161-175. 2001. Disponível em: <<http://www.jfponline.com/Pages.asp?AID=2157>>. Acesso em: 03 set. 2010.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STRALEN, C. J. et al. 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. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, suppl. 1, p. s148-s158, 2008.

VASCONCELLOS, M. M.; GRIBEL, E. B.; MORAES, I. H. S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, suppl 1, p. S173-S182, 2008.

Recebido para publicação em abril de 2014
 Versão final em julho de 2014
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve