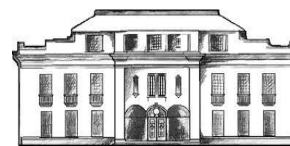




UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
NÚCLEO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM E
SAÚDE COLETIVA



ALINE DO AMARAL ZILS COSTA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA
PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro

2015

ALINE DO AMARAL ZILS COSTA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA
PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, vinculada ao Núcleo de Pesquisa de Enfermagem e Saúde Coletiva como requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Profª Orientadora: Drª Ana Inês Sousa

Rio de Janeiro

2015

d837 do Amaral Zils Costa, Aline
Costa Avaliação da qualidade da Atenção Primária à
Saúde na perspectiva dos enfermeiros da
Estratégia Saúde da Família do Município do Rio de
Janeiro / Aline do Amaral Zils Costa. -- Rio de
Janeiro, 2015.
95 f.

Orientadora: Ana Inês Sousa.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal
do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna
Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
2015.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação de
Serviços de Saúde. 3. Qualidade da Assistência à
Saúde. 4. Saúde da Família. 5. Enfermagem. I.
Sousa, Ana Inês, orient. II. Título.

ALINE DO AMARAL ZILS COSTA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA
PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, vinculada ao Núcleo de Pesquisa de Enfermagem e Saúde Coletiva como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 27 de março de 2015, por:

Profª. Dra. Ana Inês Sousa (Presidente)
Doutora em Ciências.

Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Prof. Dr. Luiz Felipe da Silva Pinto (1º examinador)
Doutor em Ciências.

Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Profª. Dra. Maria Helena do Nascimento Souza (2ª Examinadora)
Doutora em Enfermagem.

Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Prof. Dr. Luiz Oscar Cardoso Ferreira (suplente)
Doutor em Medicina.

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pernambuco.

Profª. Drª. Angela Maria Mendes Abreu (suplente)
Doutora em Enfermagem.

Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A Deus, pelo fôlego de vida.

Ao Jason, pelo amor incondicional.

Aos meus pais, Ivo e Rosa, por me ensinarem o valor da educação.

Aos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde, pelo companheirismo na luta cotidiana por uma Atenção Primária de qualidade.

Agradecimentos

A Deus, pela sabedoria e forças renovadas diariamente;

Ao meu esposo Jason Costa, por ter sido o meu "porto seguro" e acreditar em mim, sempre;

Aos meus pais, Ivo e Rosa Zils, por me ensinarem que não há nada mais valioso que a educação;

Aos meus avós, Gerfried Zils e Maria Amaral, que me deixaram durante a jornada e não puderam ver o sonho realizado, mas que se orgulhariam muito;

À Carol Canedo, pela compreensão e incentivo; pela amizade acima das relações profissionais;

Aos amigos e colegas de trabalho Rogério Bittencourt, Jubemar Lima e Ana Carolina Souza e toda a equipe da CAP 4.0, pelo apoio ao longo dessa jornada;

À Regina Ferreira, minha médica de família, pelo cuidado redobrado e atenção incondicional;

A todos os amigos, de longe e de perto, por compreenderem as minhas ausências;

À Maria Helena Barcelos, minha colega, amiga e companheira na jornada acadêmica, e aos demais colegas de mestrado;

À Lisiane Hauser, pelo apoio estatístico;

À Prof^a Dr^a Ana Inês Sousa, pela orientação e conhecimento compartilhado;

Ao Núcleo de Pesquisa de Enfermagem e Saúde Coletiva e a Escola de Enfermagem Anna Nery, pelo conhecimento acadêmico e de vida apreendidos;

À Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em especial aos Coordenadores das Áreas de Planejamento, pela cordialidade e incentivo à realização da pesquisa;

A todos os enfermeiros que participaram, por contribuir com o avanço no conhecimento em Enfermagem e Atenção Primária à Saúde;

Aos membros da banca efetivos e suplentes da banca examinadora, Ana Inês Sousa, Luiz Felipe Pinto, Maria Helena Nascimento, Carlos Eduardo Aguilera, Ângela Maria Mendes Abreu e Luiz Oscar Cardoso Ferreira, pelo apoio e auxílio na construção deste estudo.

***"Gente não nasce pronta e vai se gastando;
nasce não pronta, e vai se fazendo"***

Mário Sérgio Cortella

(Não nascemos prontos - Provoações filosóficas)

RESUMO

COSTA, Aline do Amaral Zils. Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2015. Relatório de pesquisa (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015.

A Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser medida por meio de atributos, ou seja, características. Os atributos essenciais da APS são: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação, sendo complementados pelos atributos derivados, a orientação familiar e comunitária e a competência cultural. No Brasil o modelo de APS adotado é a Estratégia Saúde da Família (ESF). O Rio de Janeiro é a capital brasileira com maior número de Equipes de Saúde da Família implantadas nos últimos 6 anos. No ano de 2008 havia pouco mais de 3% de cobertura de Saúde da Família e em 2015 a cobertura alcança 46,92% da população com 876 equipes implantadas. Considerando o cenário de expansão da APS no Rio de Janeiro e a atuação do Enfermeiro na equipe de saúde da família, fez-se necessário avaliar a qualidade da atenção ofertada à população. Tratou-se de uma pesquisa epidemiológica transversal analítica e teve como objetivos: Avaliar a qualidade da atenção primária à saúde a partir da experiência dos enfermeiros atuantes nas equipes de Saúde da Família da Cidade do Rio de Janeiro; Mensurar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde nos serviços de saúde de Atenção Primária da Cidade do Rio de Janeiro por região de saúde; e, Identificar a associação da qualidade da APS em relação ao perfil dos enfermeiros. Foi realizada por meio da aplicação do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool) aos enfermeiros resultando num escore geral de APS de 7,85 indicando forte orientação e presença dos atributos da APS nos serviços de saúde avaliados. Sobre o perfil dos enfermeiros o tempo de atuação na ESF foi a variável que influenciou na avaliação da qualidade da atenção.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Avaliação de Serviços de Saúde, Qualidade da Assistência à Saúde; Saúde da Família; Enfermagem.

ABSTRACT

COSTA, Aline do Amaral Zils. Primary Health Care Quality assessment from the perspective of nurses from the Health Strategy of the municipality of Rio de Janeiro Family. Rio de Janeiro, 2015. Relatório de pesquisa (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015.

The Primary Health Care can be measured by means of attributes, ie characteristics. The essential attributes of Primary Health Care are: Access to First Contact, completeness, longitudinality and coordination, being complemented by derived attributes, family and community orientation and cultural competence. In Brazil the APS model adopted is the Family Health Strategy. The Rio de Janeiro is the Brazilian capital with the highest number of Family Health Teams deployed in the last 6 years. In 2008 there were just over 3% of family health coverage and in 2015 the coverage reaches 46.92% of the population with 876 teams implemented. Considering the APS expansion scenario in Rio de Janeiro and the role of the nurse in the family health team, it was necessary to evaluate the quality of care offered to the population. This was an analytical cross and epidemiological research aimed to evaluate the quality of primary health care from the experience of nurses working in the Family Health teams of the City of Rio de Janeiro; Measure the presence and extent of the Health Primary attributes in Primary Care Health Services of the City of Rio de Janeiro by health region; and identify the APS quality of association in relation to the profile of nurses. Was performed by applying the Primary Care Assessment Tool (PCATool) to nurses resulting in an overall score of Primary Health Care of 7.85 indicating strong guidance and presence of Primary Health Care attributes in health services evaluated. Profile of nurses the playing time in the Family Health Strategy was the variable that influenced the assessment of quality of care.

Keywords: Primary Health Care, Health Services Evaluation, Quality of Health Care, Family Health, Nursing.

RESUMEN

COSTA, Aline do Amaral Zils. Atención Primaria de Salud Evaluación de la calidad desde la perspectiva de las enfermeras de la Estrategia de Salud del municipio de Familia de Río de Janeiro. Rio de Janeiro, 2015. Relatório de pesquisa (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015.

La Atención Primaria de Salud se puede medir por medio de atributos, características decir. Los atributos esenciales de la atención primaria de salud son: Acceso al Primer Contacto, la integridad, la longitudinalidad y la coordinación, que se complementa con atributos derivados, orientación familiar y comunitaria y la competencia cultural. En Brasil el modelo APS adoptada es la Estrategia de Salud de la Familia. El Río de Janeiro es la capital brasileña con el mayor número de equipos de salud familiar desplegado en los últimos 6 años. En 2008 había poco más de 3% de la cobertura de salud de la familia y en el 2015 la cobertura alcanza 46.92% de la población con 876 equipos implementados. Teniendo en cuenta el escenario de expansión APS en Río de Janeiro y el papel de la enfermera en el equipo de salud de la familia, era necesario evaluar la calidad de la atención que se ofrece a la población. Esta era una cruz de análisis e investigación epidemiológica tuvo como objetivo evaluar la calidad de la atención primaria de la salud a partir de la experiencia de las enfermeras que trabajan en los equipos de Salud Familiar de la Ciudad de Río de Janeiro; Medir la presencia y extensión de la Primaria de Salud atributos en Atención Primaria de Salud de Servicios de la Ciudad de Río de Janeiro por región sanitaria; e identificar la calidad de APS de asociación en relación con el perfil de las enfermeras. Se realizó mediante la aplicación de la Herramienta de Evaluación de la Atención Primaria (PCATool) a las enfermeras que resulta en una puntuación total de Atención Primaria de Salud de 7,85 indican una orientación fuerte y presencia de la Atención Primaria de Salud atributos en los servicios de salud evaluados. Perfil de las enfermeras el tiempo de juego en la Estrategia Salud de la Familia fue la variable que influyó en la evaluación de la calidad de la atención.

Descriptor: Atención Primaria de Salud, Evaluación de Servicios de Salud, Calidad de la Atención de Salud, Salud de la Familia, Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E GRÁFICOS

Ilustração 1 - "Onde ser atendido", instrumento de busca de unidades de referência, Rio de Janeiro, 2015.

Ilustração 2 - Mapa do Município do Rio de Janeiro com a divisão por Áreas de Planejamento. Elaboração: S/SUBPAV/SAP Fonte: IPP, 2013.

Ilustração 3 - Mapa do Município do Rio de Janeiro com a divisão por Áreas de Planejamento com a localização das Clínicas da Família e Centros Municipal de Saúde. Elaboração: S/SUBPAV/SAP Fonte: IPP, 2013.

Ilustração 4 - Mapa do Município do Rio de Janeiro com os território com cobertura da Estratégia Saúde da Família. Elaboração: S/SUBPAV/SAP Fonte: IPP, 2013

Ilustração 5 - Diagrama de constituição da amostra do estudo

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Eixos estratégicos da SUBPAV, 2009 a 2016, SMS Rio de Janeiro.

Quadro 2 – Cronograma de divulgação da pesquisa por AP.

Quadro 3 – Emails enviados aos profissionais: data, assunto e observações.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Proporção de Cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família entre dez capitais brasileiras em 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2010 e 2012

Tabela 2 - População Residente e Estimada - Áreas de Planejamento do Município do Rio de Janeiro (2010/2013).

Tabela 3 - Unidades de Atenção Primária do Rio de Janeiro por Tipo de Unidade e Área de Planejamento, município do Rio de Janeiro, 2015.

Tabela 4 - Cobertura da Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal por Área de Planejamento, município do Rio de Janeiro, 2015.

Tabela 5 – População estimada e número de pessoas cadastradas por Área de Planejamento, município do Rio de Janeiro, 2014.

Tabela 6 - Distribuição dos participantes por AP e percentual de participação em relação ao universo

Tabela 7 - Distribuição dos participantes por AP e por região de agrupamento dos enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família, Município do Rio de Janeiro, 2014.

Tabela 8 - Caracterização dos enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família, Município do Rio de Janeiro, 2014.

Tabela 9 - Medidas descritivas dos escores (0 - 10) dos Atributos da Atenção Primária à Saúde, por Região, Município do Rio de Janeiro, 2014.

Tabela 10 - Análise bivariada das variáveis independentes em relação ao Baixo ou Alto Escore Geral de APS, município do Rio de Janeiro, 2014.

Tabela 11 - Medida descritiva dos Escores de APS (0 -10), por categoria profissional, município do Rio de Janeiro, 2014.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AP - Área de Planejamento

APS - Atenção Primária à Saúde

BDEF - Base de Dados de Enfermagem

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CF - Clínica da Família

CMR - Centro Municipal de Reabilitação

CMS - Centro Municipal de Saúde

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

DECS - Descritores em Ciências da Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPP - Instituto Pereira Passos

LILACS - Literatura Latino Americana e do Caribe de Informação em Ciências de Saúde

MEDLINE - Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica

NUSAT - Núcleo de Saúde do trabalhador

OMS - Organização Mundial da Saúde

OSS - Organização Social em Saúde

OTICS - Observatórios de Tecnologia de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde

PADI - Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCATool - Primary Care Assessment Tool (Instrumento de Avaliação da Atenção Primária)

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

PIBIC - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

PNAB - Política Nacional da Atenção Básica

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF - Programa Saúde da Família

SCIELO - Scientific Electronic Library Online

SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SISREG - Sistema de Regulação

SUBPAV - Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

URSS - União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 TEMA.....	17
1.2 PROBLEMATIZAÇÃO.....	18
1.3 OBJETIVOS.....	20
1.3.1 Objetivo Geral.....	20
1.3.2 Objetivos Específicos.....	20
1.4 CONTRIBUIÇÕES.....	20
2 BASES CONCEITUAIS.....	22
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	22
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO BRASILEIRO.....	25
2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....	29
2.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE.....	39
3 METODOLOGIA.....	45
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	45
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	45
3.3 PERÍODO DE REALIZAÇÃO.....	45
3.4 POPULAÇÃO.....	45
3.5 COLETA DE DADOS.....	48
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	52
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	54
4 RESULTADOS.....	55
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	56
4.2 ESCORES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	58
5 DISCUSSÃO.....	61
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA.....	61
5.2 ESCORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	63
5.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	67
6 CONCLUSÕES.....	70
REFERÊNCIAS.....	72
APÊNDICE 1 - TELA INICIAL DO BLOG.....	78
APÊNDICE 2 - CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DO ESTUDO.....	79
APÊNDICE 3 - CARTAZ DE ORIENTAÇÕES SOBRE A COLETA DE DADOS.....	80
ANEXO A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	81
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	89
ANEXO C - PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP EEAN HESFA.....	90
ANEXO D - PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP SMS RJ.....	93

1 INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) foi definida por Starfield (2001) como um aspecto do sistema de saúde sendo um serviço que assegura um cuidado personalizado ao longo do tempo para uma população definida, facilmente acessível quando é necessário atendimento, onde o cuidado de todas as condições é realizado, à exceção das condições raras, e que coordena todo o cuidado recebido pelos indivíduos, integrando a atenção à saúde.

A APS pode ser mensurada por meio da presença e extensão de seus atributos essenciais, sendo eles o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado; e atributos derivados, a orientação familiar e comunitária e a competência cultural. Diversas pesquisas têm relacionado a maior extensão destes atributos com maior qualidade, efetividade e equidade do cuidado à saúde (GONÇALVES *et al*, 2013).

No Brasil o modelo de APS adotado, na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), desde o ano de 2006 é a Estratégia Saúde da Família (ESF) que visa a reorientação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Atenção Primária (BRASIL, 2011).

No município do Rio de Janeiro, após o ano de 2009 houve grande expansão na oferta de serviços de Atenção Primária por meio da implantação de Equipes de Saúde da Família. Em março de 2008 a cidade do Rio de Janeiro contava com 67 equipes, o que representava 3,3% da população cadastrada pela ESF. Transcorridos 7 anos, em janeiro de 2015 o número de Equipes de Saúde da Família atinge 876 garantindo 46,92% de cobertura da ESF à população carioca (BRASIL, 2015).

O investimento, tanto técnico quanto em estrutura, na expansão da ESF tem sido chamado de Reforma da Atenção Primária, por ser o Rio de Janeiro a capital brasileira com a maior ampliação absoluta de equipes de Saúde da Família em um restrito espaço de tempo, ou seja, 640 equipes implantadas em 3 anos (HARZHEIM, LIMA, HAUSER, 2013).

A equipe de Saúde da Família possui caráter multidisciplinar, sendo composta pelos profissionais enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. É complementada pela Equipe de Saúde Bucal que é composta pelo cirurgião dentista, técnico e auxiliar de saúde bucal (BRASIL, 2011).

O enfermeiro atua na ESF prestando cuidado integral, no sentido de assistir e coordenar as práticas de cuidado e de promover e proteger a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. Evidências internacionais acenam para a importância do papel desse profissional na saúde coletiva, tanto no espaço domiciliar quanto no espaço comunitário. A enfermagem atua de forma criativa e autônoma, nos diferentes níveis de atenção à saúde, especialmente na APS (BACKES *et al.*, 2012).

1.1 TEMA

Este estudo tem como tema a avaliação da qualidade da Atenção Primária na perspectiva dos enfermeiros atuantes nas equipes de Saúde da Família da Cidade do Rio de Janeiro, segundo o referencial teórico de qualidade de Avedis Donabedian¹.

A aproximação da pesquisadora com o tema se deu durante a graduação em enfermagem e na sua trajetória profissional. Na graduação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul participou como bolsista de Iniciação Científica PIBIC/CNPq no projeto de pesquisa intitulado "Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família e em modelos alternativos na rede de atenção primária do município de Porto Alegre". A pesquisa validou duas versões (usuários adultos do sistema de saúde e profissionais) do instrumento de Avaliação da Atenção Primária (Primary Care Assesment Tool - PCATool) para o Brasil. Participou da etapa de coleta dos

¹ DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Mem. Fund. Q.* 44:166, Part 2, 1966.

dados e análise dos resultados, apresentando trabalhos em congressos e contribuindo na redação de dois artigos científicos publicados pela Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. O primeiro artigo abordou a satisfação dos usuários da rede de APS de Porto Alegre (ZILS, et.al, 2009) e o segundo artigo abordou a relação entre a qualidade da APS e o adequado controle glicêmico dos usuários com diabetes mellitus da rede de APS de Porto Alegre (GONÇALVES, et. al. 2013).

No ano de 2010 iniciou suas atividades profissionais atuando como enfermeira da Estratégia Saúde da Família na zona norte da cidade do Rio de Janeiro. Posteriormente, em 2011 assumiu a gerência de um Centro Municipal de Saúde com duas equipes de Saúde da Família, também na zona norte. A partir de março de 2013, a pesquisadora atuou como assessora técnica em Sistemas de Informação na Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, trabalhando no acompanhamento da captação de dados pelo prontuário eletrônico e na geração e análise das informações da Atenção Primária exportadas ao Ministério da Saúde. Atualmente trabalha na assessoria técnica da Coordenadoria Geral de Atenção Primária da Área de Planejamento 4.0, na zona oeste do município do Rio de Janeiro, atuando no acompanhamento dos indicadores de saúde do território.

1.2 PROBLEMATIZAÇÃO

Até o ano de 2008, a rede de atenção à saúde do Rio de Janeiro era fortemente orientada aos cuidados hospitalares e com pequena oferta de serviços de Atenção Primária. Contudo, a partir 2009 considerando a influência do ex-ministro da Saúde José Gomes Temporão e as visitas realizadas pelo prefeito Eduardo Paes às cidades sedes de jogos olímpicos (Londres, Montreal, Barcelona) onde a APS coordena o sistema de saúde foi iniciado um projeto de expansão da APS com a implantação de unidades de saúde denominadas Clínica da Família (CF) (HARZHEIM, LIMA, HAUSER, 2013).

A respeito da viabilização do projeto das Clínicas da Família Harzheim, Lima e Hauser (2013, p.49) relatam que:

O primeiro ano da nova gestão, 2009, foi de estruturação da mudança, com detalhamento do projeto das Clínicas da Família, inclusive o projeto arquitetônico, composição da equipe de gestão e alterações legais que permitissem a contratação de Organizações Sociais (OS) para maior agilidade administrativa e melhor execução financeira, incluindo compra de materiais e contratação de profissionais. Mas, essa contratação de OS, via processo licitatório, não significa *per se* privatização, visto que a gestão da APS continua a cargo da SMS-RJ.

A primeira Clínica da Família foi inaugurada em 14 de novembro de 2009, a CF Olímpia Esteves no bairro de Padre Miguel na Área de Planejamento 5.1. Até o final da gestão em 2012, foram construídas e inauguradas 71 Clínicas da Família e 40 Centros Municipais de Saúde reformados e com equipes de saúde da família implantadas. Verifica-se na Reforma da APS no Rio de Janeiro a combinação indicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1978) que é um agir com vontade política, mobilização de recursos financeiros e disposição técnica para responder às necessidades de saúde da população.

Com o aumento perceptível na oferta de serviços de APS torna-se necessário avaliar a qualidade do cuidado prestado. Acioli (2011) destaca que a qualidade dos serviços de saúde é um dos desafios do Sistema Único de Saúde (SUS). É importante expandir o acesso da população aos serviços de saúde, mas também se deve trabalhar pela qualificação destes, disponibilizando serviços efetivos no enfrentamento das condições de saúde da população.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade da atenção primária à saúde a partir da experiência dos enfermeiros atuantes nas equipes de Saúde da Família da Cidade do Rio de Janeiro;

1.3.2 Objetivos Específicos

Mensurar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde nos serviços de saúde de Atenção Primária da Cidade do Rio de Janeiro por região de saúde; e,

Identificar a associação da qualidade da APS em relação ao perfil dos enfermeiros.

1.4 CONTRIBUIÇÕES

A avaliação da qualidade da APS no Rio de Janeiro trará contribuições para a gestão municipal no sentido de avaliar a política de saúde em vigência no município e que corrobora para a consolidação da Política Nacional da Atenção Básica. Utilizando os profissionais enfermeiros atuantes na ESF como universo de estudo possibilitará a discussão sobre o perfil desses profissionais e a qualidade do cuidado ofertado contribuindo para o fortalecimento da atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde.

A pesquisa torna-se relevante por pautar um tema da Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde e por contribuir com os estudos da Linha de Pesquisa de Enfermagem e Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Pública da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

2 BASES CONCEITUAIS

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Em 1920 o Ministério da Saúde do Reino Unido elaborou o *relatório Dawson*, que é considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de Atenção Primária à Saúde em uma perspectiva de organização regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida. As concepções desse documento influenciaram a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, que por sua vez passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (LAVRAS, 2011).

Na década de 1970, outro documento ganhou relevância na Atenção Primária à Saúde, o relatório Lalonde, do Ministério da Saúde Canadense, que utilizava estudos epidemiológicos especialmente entre a relação da saúde com as condições de vida, em particular o saneamento ambiental e a nutrição. O relatório discutia "*Uma nova perspectiva para a saúde dos Canadenses*" e mostrava a importância da prevenção das doenças e da promoção de boa saúde para a população. Destacava também, a organização de um sistema de saúde adequado, assumindo responsabilidade governamental (GIOVANELA *et al.*, 2008)

Ainda na década de 1970 a Organização Mundial da Saúde² durante a Conferência Mundial de Cuidados Primários à Saúde realizada em Alma Ata (Antiga URSS) conceituou a APS como (OMS, 1978, p.2):

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias, representando o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituindo o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

² DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978

Atualmente uma das definições operacionais consideradas pelos pesquisadores é aquela sistematizada pela pesquisadora norte americana Barbara Starfield. A partir desta definição, podem-se conceituar os quatro atributos essenciais dos serviços de APS, sendo (STARFIELD, 2002):

- **Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde:** acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.

- **Longitudinalidade:** existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.

- **Integralidade:** leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como 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. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.

- **Coordenação da atenção:** pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.

As três outras características, chamadas atributos derivados, são (STARFIELD, 2002):

- **Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar):** na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto

familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.

- **Orientação comunitária:** reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.

- **Competência cultural:** adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

Segundo Gonçalves *et al* (2013) ao apresentar os atributos essenciais, um serviço de saúde pode ser considerado provedor de atenção primária, sendo maior sua orientação se estiverem presentes também os atributos derivados.

Existe um consenso considerável, especialmente entre as organizações internacionais e acadêmicas, de que um sistema forte de atenção primária é o ponto de apoio da prestação de atenção em saúde eficaz e resolutivo (SALTMAN, RICO, BOERMA, 2010).

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

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO BRASILEIRO

No Brasil, algumas experiências de APS foram instituídas de forma incipiente desde o início do século XX, como os centros de saúde em 1924 que, apesar de manterem a divisão entre ações curativas e preventivas, organizavam-se a partir de uma base populacional e trabalhavam com educação sanitária. A partir da década de 1940, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) que realizou ações curativas e preventivas, ainda que restritas às doenças infecciosas e carenciais; o que se manteve até a década de 1970 com ações de baixa resolutividade, sem capacidade para fornecer uma atenção integral à população (FIOCRUZ, 2009).

A partir da década de 1970 o Movimento da Reforma Sanitária brasileira ganha força com a participação de profissionais da saúde e movimentos sociais buscou a modificação do enfoque assistencial procurando ampliar a rede de serviços na atenção primária à saúde. Em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, um marco para as políticas de saúde do país, na qual foram lançadas as bases doutrinárias do SUS, como o acesso integral e universal a saúde para todos os brasileiros (JUNIOR, *et al.*, 2011).

Em 1988 o SUS foi criado a partir da Constituição da República Federativa do Brasil, na seção II os Artigos 196 a 200 tratam "DA SAÚDE". O Art. 198 define que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada organizados de acordo com as diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A definição e organização do SUS ocorreu em 1990 com a publicação das Leis Orgânicas da Saúde. A Lei nº 8.080/90 disciplina a descentralização político administrativa do SUS, e a Lei nº 8.142/90 institui a participação da comunidade e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros (BRASIL, 1990a,b).

No ano de 1991, nos estados do nordeste brasileiro, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), quando foi iniciado o processo de descentralização dos recursos no âmbito do SUS. As ações do PACS eram desenvolvidas pelo trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e enfermeiro, com o cadastramento da população e atenção aos grupos prioritários para a prevenção de doenças e promoção da saúde (BRASIL, 2001).

Em 1994, com uma avaliação positiva do PACS, foi proposto pelo Ministério da Saúde o Programa de Saúde da Família (PSF). O PSF foi inspirado em experiências de prevenção de doenças por meio de informações e orientações sobre cuidados de saúde. Sua meta era contribuir para a reorganização dos serviços municipais de saúde e na integração das ações entre os profissionais, com efetivo vínculo entre a população e a unidade de saúde (LAVRAS, 2011).

O Ministério da Saúde adotou em 2003 o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf). O Proesf teve como objetivo apoiar, por meio da transferência de recursos financeiros fundo-a-fundo, a expansão da cobertura, consolidação e qualificação da Saúde da Família, nos municípios brasileiros com população acima de 100 mil habitantes (FACHINI *et al*, 2006).

No ano de 2006, o Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde publica a Portaria nº 648/2006, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) que transforma o Programa Saúde da Família em estratégia para a reorganização do SUS a partir da Atenção Básica. O PSF passa então a se chamar Estratégia Saúde da Família (ESF).

Na Tabela 1 é apresentada a evolução da proporção de cobertura populacional pela Saúde da Família entre dez capitais brasileiras, sendo possível verificar a influência do Proesf e PNAB no incentivo à implantação de ESF nos municípios.

Tabela 1 - Proporção de Cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família entre dez capitais brasileiras em 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2010 e 2012

Capital	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
BA – Salvador	0	1,65	2,78	10,93	14,84	10,17	17,49	13,32
CE – Fortaleza	0	15,95	15,96	14,22	33,99	30,55	35,53	33,02
DF – Brasília	50,91	10,51	6,58	5,99	3,55	5,64	15,87	17,58
MG - Belo Horizonte	0	0	58,34	66,58	72,77	71,45	70,9	72,6
PE – Recife	6,1	6,76	30,73	47,45	47,58	52,83	51,7	52,87
PR – Curitiba	13,42	15,9	24,27	22,5	28,85	32,6	31,68	36,17
RJ - Rio de Janeiro	0	1,36	1,35	3,29	6,68	7,2	14,83	39,84
RS - Porto Alegre	7,71	7,61	14,07	15,34	21,73	22,27	22,82	31,49
SC – Florianópolis	7,52	35,49	41,12	44,87	67,82	77,22	84,53	90,43
SP - São Paulo	0	5,5	16,66	20	24,97	26,62	29,26	33,17

Fonte: DATASUS/SCNES, BRASIL, 2013

A PNAB foi novamente publicada após reformulação na Portaria GM/MS nº 2.488 de 2011, estabelecendo as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica. Trata dos princípios e diretrizes da Atenção Básica, das funções, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e funcionamento das unidades de saúde. Aborda, também, as características do processo de trabalho, atribuições dos membros da equipe e especificidades das equipes (Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários, Consultório na Rua, População Ribeirinha, Unidades Fluviais, Núcleo de Apoio ao Saúde da Família e Programa Saúde na Escola) (BRASIL, 2011).

A respeito das atribuições dos profissionais, cabe destacar as atribuições comuns a todos os membros da equipe multiprofissional: territorialização, mapeamento, cadastramento familiar, cuidados à saúde no contexto domiciliar, atenção integral, acolhimento, busca ativa, coordenação do cuidado, realização de reunião de equipe com planejamento e avaliação, alimentação do sistema de informação, trabalho interdisciplinar, desenvolvimento de ações educativas,

educação permanente, promover o controle social e intersetorialidade (BRASIL, 2011).

A Política Nacional da Atenção Básica igualmente aborda as atribuições específicas de cada profissional. A respeito das atribuições específicas do enfermeiro, apresenta (BRASIL, 2011 p.46):

- I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;
- III - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- IV - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;
- V - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e
- VI - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Na perspectiva das atribuições, os enfermeiros são vistos como facilitadores da participação social no sistema de saúde e como provedores de cuidados clínicos de qualidade, exercendo práticas que promovem o direito à saúde e em consonância com as políticas de atenção básica (BRASIL, 2012a).

Junior *et. al.* (2011) destaca que as competências do enfermeiro na Saúde da Família contemplam as atividades de planejamento, gerenciamento, coordenação, execução e avaliação. As ações gerenciais devem ser integradas com o trabalho da equipe, resultando em transformações em prol da qualidade do cuidado integral e da promoção da saúde da população assistida. O enfermeiro deve estar sempre em busca de uma assistência qualificada e de um ambiente de trabalho adequado. O trabalho na ESF exige principalmente do enfermeiro, uma liderança capaz de articular estratégias institucionais com enfoque na promoção da saúde e efetivação dos princípios do SUS.

Para Backes *et al.* (2012) o enfermeiro assume um papel cada vez mais decisivo e pró ativo no que se refere à identificação das necessidades de cuidado da população, bem como na promoção e proteção da saúde dos indivíduos em suas diferentes dimensões. O cuidado de enfermagem é, portanto, um componente fundamental na atenção à saúde prestada aos usuários do sistema de saúde.

2.3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

A construção do sistema de saúde da Cidade do Rio de Janeiro está diretamente ligada à história das políticas públicas de saúde do Brasil, por ter sido capital do Brasil de 1763 a 1960. Portanto, a cidade foi palco dos grandes marcos da saúde como a criação da Fundação Oswaldo Cruz em 1900; a inauguração do primeiro grande Centro Municipal de Saúde em 1924; a construção dos grande hospitais das Caixas de Pensões e o desenvolvimento de uma grande oferta de serviços privados (FIOCRUZ, 2009).

Segundo o Sistema Nacional de Cadastros de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) 59 Centros Municipais de Saúde foram inaugurados entre as décadas de 1930 e 1980 sendo os serviços responsáveis pela atenção básica. De acordo com Campos (2007) tais serviços eram incipientes na integralidade da atenção, com o foco na oferta de serviços de imunização, vigilância à doenças infecto contagiosas e atendimento materno infantil.

Com o surgimento do PACS na década de 1990 na região nordeste e posterior criação do PSF em 1994 algumas equipes foram implantadas no Rio de Janeiro especialmente em regiões de maior vulnerabilidade social, como no Complexo da Maré e nas favelas da Tijuca, na zona norte. Mesmo em 2003 com a adoção do Proesf pelo Ministério da Saúde tal disponibilidade de financiamento não trouxe grandes investimentos na APS no Rio de Janeiro obtendo apenas 3,3% de cobertura populacional pela ESF em 2008.

Neste mesmo ano, 2008, cerca de 82,1% do orçamento da saúde do município do Rio de Janeiro era com gastos hospitalares (BRASIL, 2009) evidenciando a falta de investimento financeiro e político com a Atenção Primária à Saúde. Após a eleição do Prefeito Eduardo Paes, com posse no ano seguinte em 2009, houve reestruturação na gestão da Secretaria Municipal de Saúde tanto em termos técnicos quanto em termos orçamentários (HARZHEIM, LIMA, HAUSER, 2013). A partir de 2009 foi então implementado o projeto de ampliação da APS por meio da implantação de Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal em novas unidades de saúde denominadas Clínica da Família e em Centro Municipais de Saúde com estrutura física reformada. Tal projeto foi viabilizado por meio de Contratos de Gestão firmados entre a SMS e Organizações Sociais em Saúde (OSS)³.

Em relação aos investimentos na estrutura a SMS pautou a expansão da APS no documento publicado pela própria SMS (2010a) "Orientações para a expansão das Clínicas da Família da Cidade do Rio de Janeiro". Tal publicação definiu os parâmetros para a construção das novas Clínicas e reforma das unidades antigas. Foi complementado pelo documento "Catálogo de especificações dos mobiliários e equipamentos para as Clínicas da Família" (SMS, 2010b) garantindo a qualidade, quantidade e padronização da ambiência das unidades de APS.

Um aspecto de importante investimento na estrutura foi a informatização completa das unidades de APS com a implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). O PEP permite o cadastramento dos usuários e o registro de todos os atendimentos na unidade e domiciliares por todos os membros da ESF e ESB. É um instrumento que qualifica a coordenação do cuidado e subsidia a gestão local para a tomada de decisão (SMS, 2011).

³ As Organizações Sociais foram criadas através da medida provisória nº 1.591 de 9 de outubro de 1997. Poderão abranger o setor de atividades não exclusivas do Estado (ensino, pesquisa, tecnologia, meio ambiente, cultura e saúde), a partir da transformação de instituições públicas em pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos. Poderão assumir a forma de fundações de direito privado ou associação civil sem fins lucrativos (FRANCO, 1998).

Para a condução técnica da Reforma da APS no Rio de Janeiro a Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância da Saúde (SUBPAV) definiu eixos estratégicos de planejamento para cada um dos anos, de 2009 a 2014; e, para os anos de 2015 e 2016 estes eixos prioritários de ações ampliaram-se enquanto planejamento da Secretaria Municipal de Saúde para todos os níveis de atenção à saúde. O Quadro 1 apresenta cada um dos eixos prioritários e as ações definidas para o planejamento da APS a nível central, regional e local.

Quadro 1 - Eixos estratégicos da SUBPAV, 2009 a 2016, SMS do Rio de Janeiro.

ANO	EIXO SUBPAV	AÇÕES
2009	EIXO 0 – MUDANÇA ORGANIZACIONAL E ADMINISTRATIVA	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção Primária no assento do condutor • Definição participativa da Rede construção dos TEIAS • Bases da reforma administrativa e contratualização
2010	EIXO I – AMPLIAÇÃO DO ACESSO	<ul style="list-style-type: none"> • Liderança e autonomia de gestão • Melhoria da acessibilidade • Avaliação e monitoramento • Gestão das TIC
2011	EIXO II - GOVERNAÇÃO CLÍNICA E GESTÃO CONHECIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão da clínica • Gestão do conhecimento e qualificação dos profissionais • Inovação e simplificação na prestação dos cuidado
2012	EIXO III - SUSTENTABILIDADE E DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Acreditação de serviços • Viabilidade financeira da Atenção Primária • Comunicação com os cidadãos e os profissionais
2013	EIXO IV – COORDENAÇÃO DO CUIDADO E ACCOUNTABILITY	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenação do Cuidado • Vinculação pessoa a pessoa, organização das listas • Responsabilização e transparência nos resultados
2014	EIXO V – RESPOSTA A TEMPO E HORA E TODOS PELO SUS	<ul style="list-style-type: none"> • responsabilidades e entregas individuais • Resposta a tempo e hora • Interação serviço-pesquisa
ANO	EIXO SMS	AÇÕES
2015	EIXO VI – DIRIGINDO COM EFICIÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Transparência e Disciplina financeira • Rede de relação entre pacientes e comunidades • Formação da rede e linhas de cuidado
2016	EIXO VII –CONSOLIDAÇÃO DA REFORMA E ORGULHO DE SER SUS	<ul style="list-style-type: none"> • Orgulho de ser SUS • Consolidação dos valores da reforma da atenção primária • Equidade e desenvolvimento

Fonte: SMS RJ

Em relação aos investimentos técnicos toda a rede de APS da Cidade do Rio de Janeiro passou a ser orientada a partir de 2011 pela Carteira de Serviços da Atenção Primária (SMS, 2011). Tal documento trata do rol de serviços que a APS

deve ofertar aos cidadãos. Foi publicada em versões para profissionais e para usuários dos serviços de saúde. Mensalmente a SMS acompanha por meio dos indicadores técnicos do contrato de gestão o "carteirômetro", que se refere ao percentual de itens da carteira de serviços implantados em cada equipe.

Outro documento técnico de extrema relevância publicado pela SMS em 2012 em parceria com o Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (COREN RJ) foi o "Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde" (SMS, 2012). O protocolo tem como objetivo subsidiar e respaldar a atuação clínica do enfermeiro nas consultas de enfermagem na APS. Trata dos fluxogramas de todas as linhas de cuidado, desde o acolhimento com classificação de risco, rotinas em imunização e atenção aos ciclos de vida. O protocolo é um grande avanço para a enfermagem fundamentando a integralidade e resolutividade das ações do enfermeiro. Além do Protocolo de Enfermagem outros 07 Guias Rápidos temáticos foram publicados em 2013 tratando de: Depressão, Diabetes, Atenção ao Pré Natal, Ansiedade Generalizada e Transtorno de Pânico, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Hipertensão e Prevenção Cardiovascular. A SMS disponibiliza todos estes documentos técnicos em sua página na internet localizada no site: www.subpav.org com livre acesso a todos os profissionais e gestores da rede municipal.

Ainda em relação aos investimentos técnicos da SMS objetivando a coordenação do cuidado pela APS a secretaria em 2012 passa a fazer um grande esforço de disponibilização da totalidade das vagas de especialistas focais e procedimentos cirúrgicos e de apoio diagnósticos disponibilizadas no Sistema de Regulação (SISREG). Com o aumento significativo das vagas no SISREG todas os procedimentos passaram a ser regulados considerando os critérios clínicos de cada caso e não mais permanecendo numa longa fila de espera. Para a regulação foram responsabilizados os médicos Responsáveis Técnicos (RTs) de cada unidade de APS que assumiram a função e estão subsidiados pelo Manual do Regulador que define os critérios clínicos para a regulação das vagas ambulatoriais. A última atualização do manual foi em 2014 (SMS, 2014).

Por fim, outro instrumento de extrema relevância disponibilizado pelo SMS é a plataforma "Onde ser atendido", disponível ao público em geral no site:

www.subpav.org/ondeseratendido. Trata de um instrumento de territorialização das unidades de saúde do município do Rio de Janeiro. Através da busca por um endereço completo ou apenas pelo CEP do logradouro do Rio de Janeiro é possível localizar qual a unidade de referência para o atendimento do cidadão, com endereço e telefone da unidade e se houver cobertura pela ESF identificando também o nome do médico e do enfermeiro da equipe. A Ilustração 1 apresenta um exemplo de busca considerando hipoteticamente o endereço da Escola de Enfermagem Anna Nery. Utilizando o "Onde ser atendido" é garantido que as regras de territorialização das unidades sejam claras e disponíveis a todos e assim qualificando o acesso dos cidadãos às unidades de referência.

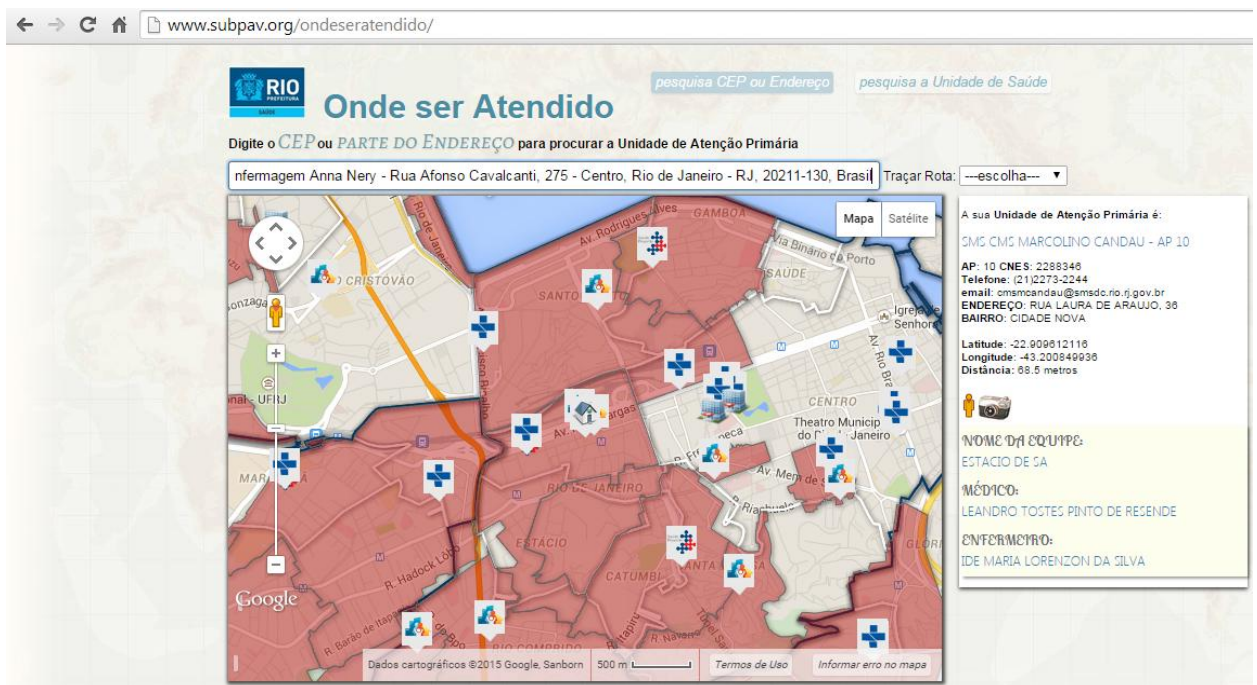


Ilustração 1 - "Onde ser atendido", instrumento de busca de unidades de referência, Rio de Janeiro, 2015.

Passando à caracterização do município do Rio de Janeiro e de sua Rede de Atenção à Saúde, segundo o Instituto Pereira Passos (IPP, 2010) a população residente no Rio de Janeiro pelo Censo Demográfico de 2010 era de 6.320.446 de habitantes e a estimativa para 2013 é de 6.390.295 pessoas. O território Rio de Janeiro é dividido em dez Áreas de Planejamento, que correspondem aos Distritos Sanitários. A Ilustração 2 apresenta a divisão territorial do Rio de Janeiro em Áreas

de Planejamento e a Tabela 2 os dados de população residente em 2010 e estimada para 2013 por Área de Planejamento.



Ilustração 2 - Mapa do Município do Rio de Janeiro com a divisão por Áreas de Planejamento. Elaboração: S/SUBPAV/SAP Fonte: IPP, 2013.

Tabela 2 - População Residente e Estimada - Áreas de Planejamento do Município do Rio de Janeiro (2010/2013).

Áreas de Planejamento	População residente	
	2010	2013
1.0	297.976	294.919
2.1	638.050	645.100
2.2	371.120	375.221
3.1	886.551	896.350
3.2	569.970	576.268
3.3	942.051	959.404
4.0	909.955	919.420
5.1	671.041	678.457
5.2	665.198	672.549
5.3	368.534	372.607
Total	6.320.446	6.390.295

Fonte: IPP, 2010

A Rede da Atenção à Saúde do município é composta por serviços de nível primário, secundário e terciário das esferas Federal, Estadual e Municipal. Em relação as unidades **municipais** estão em funcionamento 22 Hospitais, 8 Maternidades, 1 Casa de Parto, 28 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 19 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 3 Centros Municipal de Reabilitação (CMR), 10 Policlínicas, 123 Centros Municipal de Saúde (CMS) e 74 Clínicas da Família (CF), 16 Observatórios de Tecnologia de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (OTICS), 1 Central de Regulação, 1 Centro de Controle de Zoonoses, 1 Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE), 6 Programas de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI) e 2 Núcleos de Saúde do trabalhador (NUSAT) (BRASIL, 2015).

No município do Rio de Janeiro existem dois tipos de Unidades de Atenção Primária: Tipo A, onde todo o território de abrangência é coberto pela Estratégia Saúde da Família; Tipo B, onde parte do território é coberto pela ESF e parte pelo modelo tradicional de Atenção Básica e Tipo C, onde todo o território é atendido pelo modelo tradicional. Quanto à nomenclatura as unidades são designadas Clínica da Família, as unidades do Tipo A inauguradas após o ano de 2009, e Centro Municipal de Saúde, as unidades dos Tipos A, B ou C inauguradas em data anterior ao ano de 2009 (SMS, 2011).

A Tabela 3 apresenta as unidade de APS do Rio de Janeiro por Tipo de Unidade por Área de Planejamento e a Ilustração 2 refere-se ao mapa da Cidade do Rio de Janeiro com a localização das Clínicas da Família e Centros Municipal de Saúde.

Tabela 3 - Unidades de Atenção Primária do Rio de Janeiro por Tipo de Unidade e Área de Planejamento, município do Rio de Janeiro, 2015.

Área de Planejamento	Clínica da Família	Centro Municipal de Saúde (Tipo A)	Centro Municipal de Saúde (Tipo B)	Centro Municipal de Saúde (Tipo C)	Total
1.0	3	5	6	0	14
2.1	4	4	4	0	12
2.2	1	4	3	0	8
3.1	11	9	8	1	29
3.2	10	2	7	0	19
3.3	11	4	9	1	25
4.0	3	5	5	0	13
5.1	9	6	7	0	22
5.2	9	10	9	1	29
5.3	13	2	9	1	25
Total	74	51	67	4	196

Fonte: DATASUS/SCNES, BRASIL, 2015

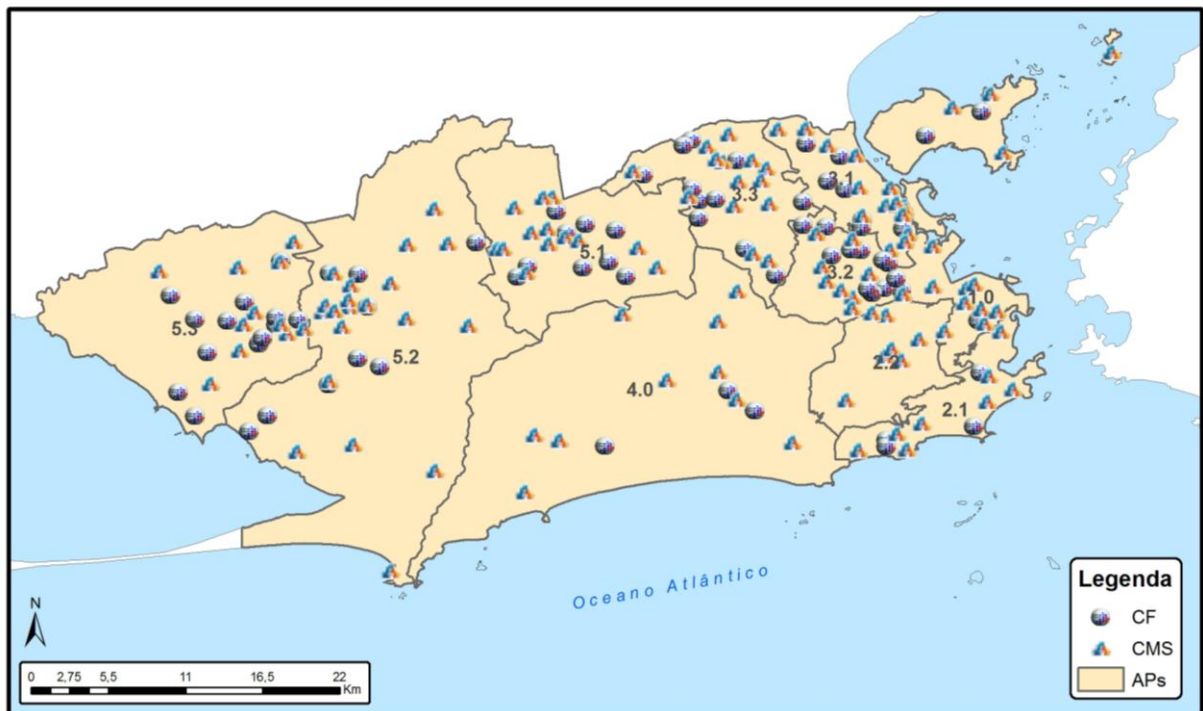


Ilustração 3 - Mapa do Município do Rio de Janeiro com a divisão por Áreas de Planejamento com a localização das Clínicas da Família e Centros Municipal de Saúde. Elaboração: S/SUBPAV/SAP
Fonte: IPP, 2013.

Em relação a cobertura de saúde da família é possível verificar na Ilustração 4 os território de atuação das ESF por Área de Planejamento. Na competência 01/2015 constam cadastradas do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde 876 ESF totalizando uma cobertura de 46,92% da população carioca. As Tabelas 4 e 5 apresentam a distribuição de ESF e ESB e cobertura de APS por Área de Planejamento e o número de pessoas cadastradas pela ESF nas APs.

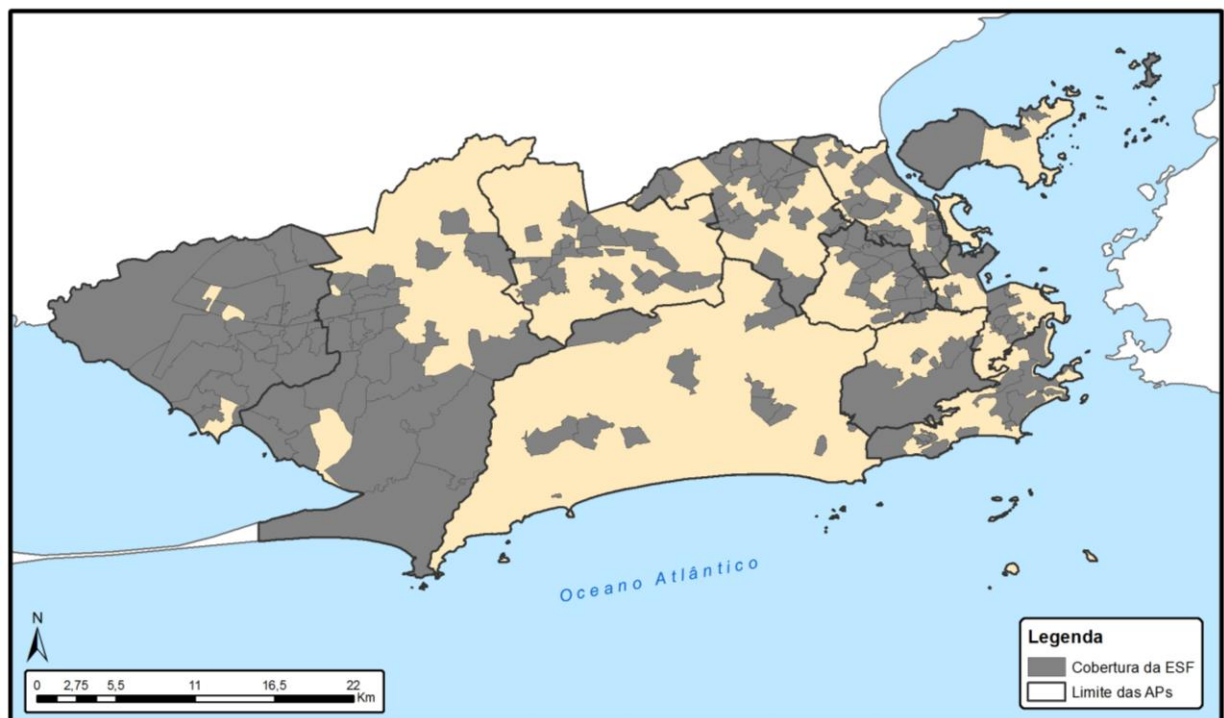


Ilustração 4 - Mapa do Município do Rio de Janeiro com os território com cobertura da Estratégia Saúde da Família. Elaboração: S/SUBPAV/SAP Fonte: IPP, 2013

Tabela 4 - Cobertura da Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal por Área de Planejamento, município do Rio de Janeiro, 2015.

AP	POPULAÇÃO (Estimativa 2013)	Cobertura ESF(%)	ESF	ESB	Relação ESF/ESB
10	294.919	63,17%	54	12	4,5
21	645.100	31,55%	59	22	2,7
22	375.221	25,74%	28	7	4
31	896.350	57,35%	149	55	2,7
32	576.268	50,89%	85	30	2,8
33	959.404	43,15%	120	51	2,3
40	919.420	16,51%	44	9	4,8
51	678.457	53,9%	106	36	2,9
52	672.549	61,04%	119	46	2,5
53	372.607	100%	112	54	2,07
TOTAL	6.390.295	46,92%	876	324	2,7

Fonte: DATASUS/SCNES, BRASIL, 2015.

Tabela 5 – População estimada e número de pessoas cadastradas por Área de Planejamento, município do Rio de Janeiro, 2014.

AP	POPULAÇÃO (Estimativa 2013)	Pessoas Cadastradas
10	294.919	147.564
21	645.100	152.124
22	375.221	46.551
31	896.350	454.412
32	576.268	248.628
33	959.404	433.024
40	919.420	128.251
51	678.457	340.625
52	672.549	413.808
53	372.607	355.014
TOTAL	6.390.295	2.720.001

Fonte: DATASUS/SIAB, BRASIL, 2014.

2.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

A qualidade é tema relevante na área da saúde e tem sido estudada por diversos pesquisadores. Dentre os autores se destaca o trabalho de Avedis Donabedian. Para ele a qualidade é o conjunto de propriedades e características de um produto ou serviço que lhe confere e as atitudes para satisfazer as necessidades manifestadas ou implícitas (CUCUBICA, 2011).

Cucubica (2011) descreve os sete eixos da avaliação da qualidade em saúde postulados por Donabedian, a saber:

EFICÁCIA: a capacidade, a arte e a ciência da medicina produzirem melhorias na saúde e no bem estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.

EFETIVIDADE: melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.

EFICIÊNCIA: é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.

OTIMIZAÇÃO: torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais "adições" úteis perdem a razão de ser.

ACEITABILIDADE: sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade,

eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.

LEGITIMIDADE: aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.

EQUIDADE: princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

A abordagem da avaliação proposta por Donabedian está voltada fundamentalmente para qualidade da assistência médica. Além dos sete pilares, a referida abordagem centra-se na análise da tríade estrutura, processo e resultados, onde (CUCUBICA, 2011):

Estrutura: atributos dos recursos materiais (estrutura física, equipamentos e financeiros), recursos humanos (número, qualificação, vínculo) e recursos financeiros, nos quais ou pelos quais a assistência é provida;

Processo: engloba tudo que está sendo feito na dinâmica de prover e receber a assistência;

Resultado: reflete os efeitos da assistência na situação de saúde de pacientes e da população.

Baseada no referencial teórico de Donabedian, a pesquisadora Bárbara Starfield propôs um modelo para avaliar os serviços de Atenção Primária à Saúde. Durante a sua carreira acadêmica *Johns Hopkins School of Public Health* Starfield se dedicou a pesquisar os problemas que surgem para a implantação de uma APS efetiva. Como resultado de suas pesquisas a autora definiu o conceito moderno de APS citado anteriormente nesse estudo e construiu junto com seus colaboradores um instrumento de avaliação capaz de medir a presença e extensão dos atributos de APS nos serviços de saúde, o *Primary Care Assessement Tool* (PCATool), ou seja, Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (NORMAN, NORMAN, 2013)

Segundo o Manual de Utilização do PCATool o instrumento produz escores dos atributos essenciais e derivados e um escore geral sobre a qualidade do processo de atenção em APS. O PCATool é capaz de avaliar a qualidade da atenção primária oferecida, a partir da mensuração da extensão dos atributos da APS, representa uma oportunidade de avaliação comparativa do grau de êxito dos serviços em alcançar excelência na prática de APS (BRASIL, 2010).

Estudos de validação do PCATool foram desenvolvidos no Brasil, estando validadas as três versões do instrumento: usuários adulto e infantil do serviço de APS e profissionais de APS. Sobre a validação do instrumento versão profissionais para o contexto brasileiro Hauser *et al* (2013, p. 244) concluíram que:

o instrumento é válido e fidedigno para a mensuração da qualidade dos serviços de atenção primária à saúde, na perspectiva dos profissionais de saúde. Pode ser utilizado tanto para identificação, monitoramento e avaliação dos atributos da APS nos serviços de saúde quanto para estudos comparativos.

Ao realizar uma revisão integrativa nas bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual da Saúde sobre a utilização do PCATool no cenário brasileiro, utilizando os descritores: "Atenção Primária à Saúde", "Avaliação de Serviços de Saúde", "Qualidade da Assistência em Saúde"; e a palavra chave "PCATool" foram localizadas 29 artigos que utilizaram o PCATool como metodologia para a avaliação da APS e 1 manual de utilização do instrumento. Todas as publicações foram completas, em português, publicadas entre os anos 2006 a 2014. Em relação ao local do estudo 13 publicações da região Sul, 12 da região sudeste, 4 da região nordeste e 1 da região centro oeste (Manual de utilização do instrumento). Em 11 estudos foram utilizados a versão usuários Adulto, 8 estudos a versão usuários Infantil, 6 estudos a versão Profissionais. Nas outras 5 publicações foram utilizadas duas ou as três versões do instrumento.

Dentre os principais resultados encontrados nos estudos há destaque para a pesquisa conduzida em Porto Alegre/RS por Castro *et. al.* (2012) que comparou os escores geral de APS atribuídos por médicos e enfermeiros dos quatro modelos de APS no município, ou seja, ESF, modelo tradicional (UBS), unidades do Centro de

Saúde Escola Murialdo (CSEM) e unidades do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição. O Escore Geral de APS atribuído à ESF, ao CSEM e ao SSC foi significativamente maior do que o atribuído às UBS. Já em relação ao perfil dos profissionais terem “especialidade na área de APS” e referir “oferta de educação continuada” mostraram-se associados com a prevalência de alto Escore Geral.

No estudo realizado em Chapecó/SC Vitoria *et. al.* (2013) abordaram tanto o aspecto de estrutura das unidades de Saúde da Família quanto de processo. Em relação à estrutura foi encontrada inadequação no alto número de habitantes por equipe de saúde, na baixa oferta de consultas, na baixa formação profissional para a APS e na falta de avaliação sistemática das ações. Na avaliação dos processos com a aplicação do PCATool os escores foram considerados satisfatórios em alguns atributos da APS e insatisfatório em acesso de primeiro contato (escore: 3,6) e longitudinalidade (escore: 6,0).

Em Curitiba/PR na comparação entre os modelos de APS, ESF e modelo tradicional, os resultados indicaram que na ESF os escores médios e o percentual de Alto Escore ($\geq 6,6$) dos atributos longitudinalidade, integralidade dos serviços disponíveis e prestados, orientação familiar e orientação comunitária são significativamente maiores que nas unidades tradicionais, assim como nos escores Essencial, Derivado e Geral da APS (CHOMATAS *et. al.*, 2013)

Harzheim, Lima e Hauser (2013) ao realizar um estudo de caso sobre a Reforma da APS no município do Rio de Janeiro avaliaram os aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família. Os resultados obtidos apontam que o município apresenta uma tripla carga de doenças: afecções agudas, condições materno-infantis (mortalidade infantil e materna, sífilis congênita) ainda não resolvidas, a epidemia das doenças crônicas (doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças mentais, HIV/AIDS) e das causas externas (violência e acidentes, nem mencionadas anteriormente). Aliado à vulnerabilidade social, o envelhecimento populacional agrega mais desafios aos serviços de saúde cariocas. Em relação à implantação e estrutura não há dúvida de que foi realizada uma revolução na qualidade da APS do Rio de Janeiro em apenas 4 anos. Os resultados

da análise multivariável do PCATool-Brasil mostraram que as unidades do modelo A apresentam superior, independente e significativamente maior orientação para APS que as unidades do modelo B e C. Alguns atributos, como o acesso, a longitudinalidade e a coordenação, ainda devem ser fortalecidos mesmo nas unidades A.

Por fim, destaca-se os estudos desenvolvidos em São Luis/MA por Alencar *et. al* (2014) e Reis *et. al.* (2013). Ambos os estudos compararam os escores atribuídos por usuários, profissionais de saúde e gestores. Os estudos apontaram uma avaliação mais otimista dos atributos pelos profissionais em relação a avaliação dos usuários. Alencar *et. al.* (2014) ao estudar o atributo enfoque familiar obteve escore de 2,7 para os usuários, 4,9 para os profissionais e 5,3 para os gestores; para a orientação para a comunidade o resultado foi de 2,9 para os usuários, 3,9 para os profissionais e 4,8 para os gestores. Ambos os atributos tiveram avaliação insatisfatória na percepção dos usuários, profissionais e gestores. Já no estudo de Reis *et. al.* (2013) avaliando o atributo acesso foi considerado insatisfatório para usuários, profissionais e gestores. O não funcionamento das unidades após as 18 horas e finais de semana foram suas principais dificuldades apontadas pelo estudo.

No cenário internacional também foram localizadas publicações sobre a validação do PCATool na América do Norte nos Estados Unidos (MALOUM, 2009), no Canadá (HAGGERTY, 2008), (LEVESQUE, 2012), na Europa, Espanha (VILLALBÍ, 2003) e nos países Asiáticos como a China (WONG, 2010), Coreia (LEE, 2009) e Tailândia (PONGPIRUL, 2008).

Em estudo de comparação entre a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), um instrumento de auto avaliação da qualidade da gestão, das coordenações e das equipes de Saúde da Família, e o PCATool, Stein (2013) concluiu que os instrumentos geram padrões divergentes de qualidade e indica que o PCATool deve ser a ferramenta escolhida pelos gestores e pesquisadores para a avaliação da qualidade da Atenção Primária em Saúde. A escolha pelo PCATool se justifica pelo fato do instrumento ser capaz de gerar escores para cada um dos atributos da APS. Os resultados da aplicação da versão profissionais de saúde

contribuirá tanto no sentido de reorganização do serviço quanto no fortalecimento das políticas públicas de expansão e consolidação da ESF.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal analítico acerca da qualidade da Atenção Primária à Saúde. Segundo Polit e Beck (2011) o estudo transversal envolve a coleta de dados em um ponto do tempo. É apropriado para descrever fenômenos ou relações entre fenômenos em um ponto fixo do tempo.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado nas 192 unidades de Atenção Primária à Saúde da Cidade do Rio de Janeiro que possuem Equipes de Saúde da Família implantadas.

3.3 PERÍODO DE REALIZAÇÃO

O tempo de duração da pesquisa foi de 45 dias, iniciada em 01 de setembro de 2014 e concluída em 14 de outubro do mesmo ano.

3.4 POPULAÇÃO

O universo do estudo foram todos os enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro cadastrados no Sistema de

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) (n = 848) na competência 08/2014 identificados pelo Código Brasileiro de Ocupações (CBO) 223565 - ENFERMEIRO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA, e considerando os seguintes critérios para a participação:

Critérios de inclusão:

- Enfermeiro vinculado a uma Equipe de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.

Critérios de Exclusão:

- Enfermeiro ocupando cargo gerencial; e,

- Enfermeiro atuando há menos de 3 meses em uma Equipe de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.

A seguir é apresentado o diagrama de constituição da amostra do estudo (Ilustração 5) ilustrando a partir do universo da população todas as etapas até o número final de participantes do estudo.

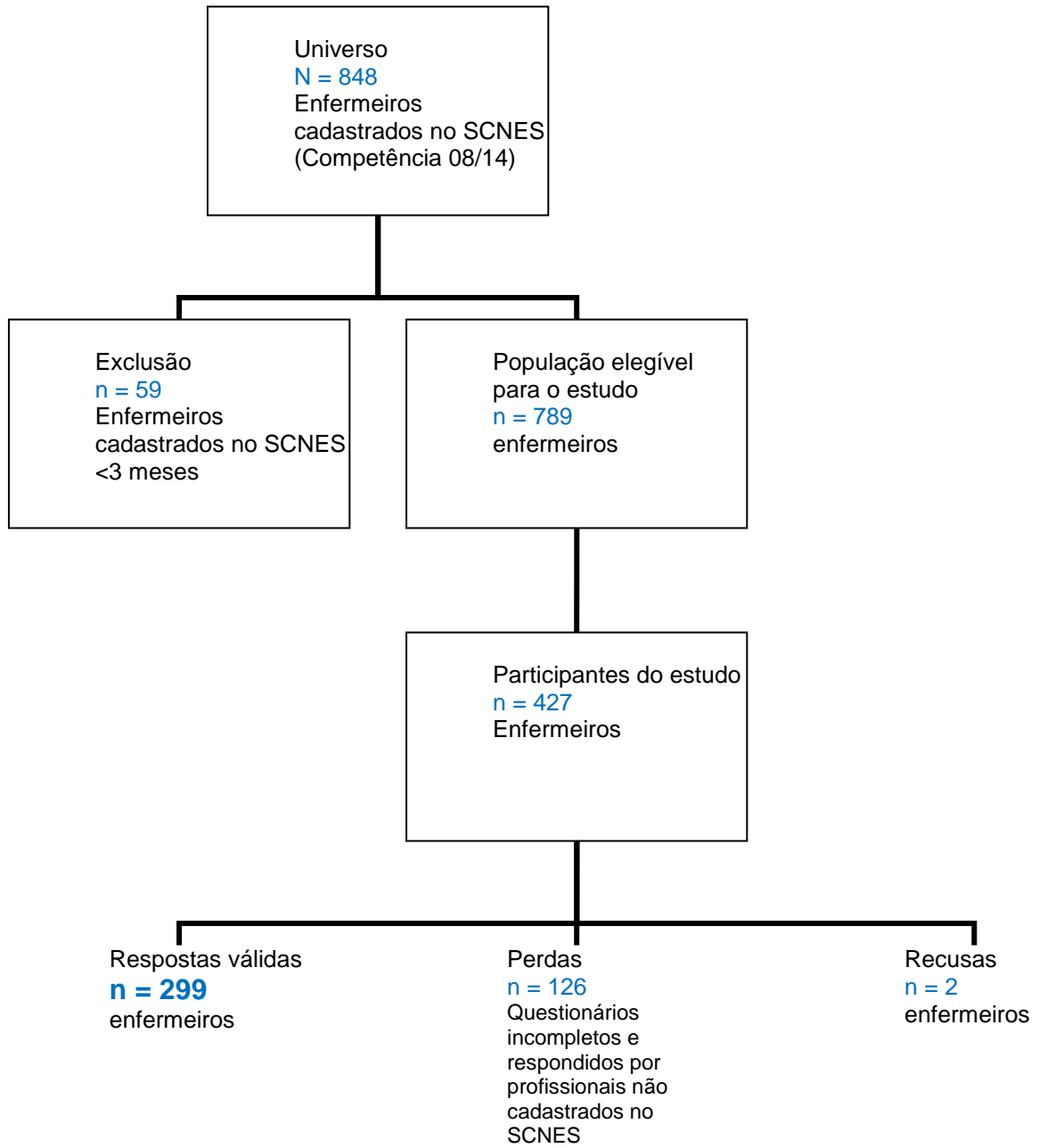


Ilustração 5 - Diagrama de constituição da amostra do estudo

Em relação aos 299 participantes cujas respostas compuseram o estudo a Tabela 6 mostra a distribuição dos participantes por Área de Planejamento bem como o percentual do universo de enfermeiros que os participantes representam.

Tabela 6 - Distribuição dos participantes por AP e percentual de participação em relação ao universo

AP	nº ESF	Nº de enfermeiros de acordo com os critérios de inclusão	Nº participantes	%
1.0	49	47	15	32%
2.1	53	50	22	44%
2.2	21	18	18	100%
3.1	141	127	52	41%
3.2	83	76	28	37%
3.3	119	119	46	39%
4.0	45	43	30	70%
5.1	107	100	14	14%
5.2	116	109	51	47%
5.3	114	100	23	23%
Total	848	789	299	38%

3.5 COLETA DE DADOS

Anterior à coleta dos dados foi realizada as etapas de divulgação e sensibilização dos profissionais a respeito da participação no estudo. Para a divulgação, a pesquisa foi apresentada aos gerentes e diretores das unidades de Atenção Primária em uma reunião realizada em cada AP. Foi solicitado aos gestores o envio do endereço de email pessoal de cada enfermeiro para o contato disponibilizado pela pesquisadora. O Quadro 2 apresenta o cronograma de divulgação, com data e horário da reunião de gestores que a pesquisadora participou apresentando a pesquisa.

Quadro 2 – Cronograma de divulgação da pesquisa por AP.

AP	Data	Horário
1.0	22/08/2014	14h
2.1	19/08/2014	9h
2.2	13/08/2014	11h
3.1	04/08 /2014	13h30
3.2	18/08/2014	9h
3.3	30/07/2014	10h
4.0	05/08/2014	13h30
5.1	26/08/2014	10h
5.2	20/08/2014	13h30
5.3	03/09/2014	9h

Para a sensibilização, foi criado um blog (Apêndice 1) <http://alinezils1.blogspot.com.br/> com a proposta de pesquisa e informações relevantes que serviu de canal interativo com os profissionais da rede de APS. Foram registradas 204 visitas ao Blog durante o estudo. Também, foi confeccionado um cartaz de divulgação do estudo (Apêndice 2) que foi distribuído aos gerentes durante a reunião nas APs a serem expostos nas unidades.

A coleta de dados foi realizada no período de 01 de setembro a 14 de outubro de 2014. Para a coleta, foi enviada uma mensagem eletrônica convite a todos os enfermeiros atuantes na ESF no Rio de Janeiro que a pesquisadora teve acesso ao endereço eletrônico pessoal e também aos endereços institucionais de cada unidade. O conteúdo da mensagem constou da apresentação da pesquisa e convite à participação com o *link* de acesso ao questionário eletrônico.

A página de acesso ao estudo continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) possibilitando o profissional após a leitura do termo optar por: 1º participar do estudo, 2º recusar participar do estudo. Seguido da decisão, o enfermeiro preenchia o seu nome completo. Para os profissionais que aceitaram participar foi dado seguimento ao questionário; para os que recusaram o questionário era fechado automaticamente. Quanto a participação na pesquisa os

profissionais foram categorizados em 3 grupos: participantes (responderam completamente o questionário); recusa (não aceitaram participar do estudo); ou perdas (profissionais que não acessaram o questionário e os profissionais que deixaram o questionário incompleto). Sendo, 299 participantes, 02 recusas e 288 perdas.

A mensagem convite foi replicada em 7, 14 e 21 dias aos profissionais que não responderam ao questionário. Inicialmente a coleta de dados estava prevista para ser realizada em 30 dias, contudo foi necessário prorrogá-la por mais 15 dias visando atingir maior adesão. Os enfermeiros foram convidados a participar do estudo num total de onze oportunidades. Todas as mensagens foram também enviadas aos gerentes e diretores das unidades para que os mesmos incentivassem a participação dos profissionais no estudo. Para o envio da mensagem convite e contato com os profissionais para esclarecimento de dúvidas foi utilizado uma conta de e-mail exclusiva para tal fim. O Quadro 3 apresenta as datas, assuntos e observações das mensagens enviadas.

Quadro 3 – Mensagens enviadas aos profissionais: data, assunto e observações.

Data	Assunto	Observações
01/09/2014	Convite: Pesquisa com Enfermeiros ESF MRJ	
08/09/2014	Pesquisa: Enfermeiros ESF MRJ	
15/09/2014	Convite: Pesquisa de avaliação da qualidade da APS	
22/09/2014	Aos enfermeiros...	
30/09/2014	Faltam 05 dias	Coleta prorrogada até 05/10/2014
01/10/2014	Faltam 04 dias	
08/10/2014	Faltam 02 dias	Coleta prorrogada até 10/10/2014
10/10/2014	É hoje! Pesquisa com Enfermeiros ESF	Coleta prorrogada até 14/10/2014
11/10/2014	20 minutos de apoio à Enfermagem	
13/10/2014	"Você já sabe... não custa lembrar"	
14/10/2014	Ainda dá tempo! Até a meia noite	

Os dados foram coletados por meio de um questionário eletrônico estruturado (Anexo A) programado a partir do Software SurveyMonkey®, com duas etapas: 1ª identificação (idade, sexo, tempo de formação, tempo de atuação na equipe de

saúde da família, participação no curso introdutório e formação acadêmica continuada) e 2ª instrumento de avaliação da Atenção Primária (PCATool). O bloco de identificação foi constituído de 11 questões para colher informações a respeito do perfil do profissional. O bloco do PCATool foi composto por 77 itens divididos em 8 componentes da seguinte maneira em relação aos atributos da APS:

1. **Acesso de Primeiro Contato** – Acessibilidade (A). Constituído por 9 itens (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8 e A9).
2. **Longitudinalidade** (B). Constituída por 13 itens (B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, B9, B10, B11, B12 e B13).
3. **Coordenação** – Integração de Cuidados (C). Constituído por 6 itens (C1, C2, C3, C4, C5 e C6).
4. **Coordenação** – Sistema de Informações (D). Constituído por 3 itens (D1, D2 e D3).
5. **Integralidade** – Serviços Disponíveis (E). Constituído por 22 itens (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21 e E22).
6. **Integralidade** – Serviços Prestados (F). Constituído por 15 itens (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, F11, F12, F13, F14 e F15).
7. **Orientação Familiar** (G). Constituído por 3 itens (G1, G2 e G3).
8. **Orientação Comunitária** (H). Constituído por 6 itens (H1, H2, H3, H4, H5 e H6).

O instrumento PCATool versão profissionais de saúde não contém o componente do atributo derivado "Competência Cultural", pois conforme consta no manual do instrumento as questões referentes a esse atributo não foram validadas para a versão brasileira (BRASIL, 2010).

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Anterior à exportação do banco de dados para a análise foi realizada a limpeza do banco seguindo os seguintes passos. Foram registrados no banco de dados **427** questionários, sendo excluídos:

1º) **95** questionários incompletos;

2º) **05** questionários duplicados, permanecendo no banco o último questionário registrado;

3º) **09** questionários de enfermeiros cadastrados no SCNES há menos de 3 meses;e,

4º) **17** questionários de profissionais não cadastrados no SCNES com o CBO: 223565 - ENFERMEIRO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA

5ª) **02** recusas em participar do estudo.

Após a limpeza do banco permaneceram **299** questionários válidos. Para a análise o banco de dados foi extraído em um arquivo Excel e importado no software estatístico SPSS 18. A análise descritiva constou das frequências de identificação dos participantes e do cálculo dos escores de cada atributo e escores essencial e geral de APS para cada uma das Áreas de Planejamento conforme orientações do Manual de Utilização do PCATool Brasil. Os escores variam de 0 a 10. Valores superiores a 6,6 indicam forte orientação à APS e conseqüentemente a qualidade da atenção à saúde (BRASIL, 2010).

Para o cálculo dos escores as repostas para cada um dos itens, em escala likert, sendo: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/ não lembro” (valor=0), foi convertida para uma escala de 0 a 10 por meio da fórmula:

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

Ou Seja:
$$\frac{(\text{Escore obtido} - 1)}{3} \times 10$$

Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média aritmética simples dos escores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente (BRASIL, 2010).

O escore essencial foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais dividido pelo número de componentes.

Exemplo:

$$\frac{(\text{Soma dos Componentes dos Atributos Essenciais})}{\text{número de componentes}}$$

$$\frac{(A + B + C + D + E + F)}{6}$$

O escore geral foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais aos componentes que pertencem aos atributos derivados dividido pelo número total de componentes.

Exemplo:

$$\frac{(\text{Componentes dos Atributos Essenciais} + \text{Componentes dos Atributos Derivados})}{\text{número total de componentes}}$$

$$\frac{(A + B + C + D + E + F) + (G + H)}{8}$$

Após o cálculo dos escores foi realizada a análise bivariada a fim de verificar a influência das variáveis independentes (Idade, Sexo, Tempo de Formação, Tempo de Atuação na Equipe de Saúde da Família, Participação no Curso Introdutório, Formação acadêmica) em relação ao desfecho, a variável dependente (qualidade da atenção - Alto e Baixo Escore Geral de APS). Os testes aplicados foram Qui-Quadrado de Pearson, Qui-Quadrado com correção de continuidade e Mann Whitney, todos com nível de significância 5%.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A proposta de pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem Anna Nery e Hospital São Francisco de Assis (EEAN/HESFA) (Instituição Proponente) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura do Rio de Janeiro (Instituição Co Participante), via Plataforma Brasil, sendo aprovada por ambos, nos pareceres: 713.848 de 09/07/2014 (EEAN/HESFA) (ANEXO C) e 724.187 de 23/07/2014 (SMS Rio de Janeiro) (ANEXO D).

Conforme a Resolução CNS 466/12⁴ (BRASIL, 2012b), todos os preceitos éticos para pesquisas com seres humanos foram respeitados. A pesquisa apresentou riscos mínimos aos participantes, podendo causar eventualmente danos emocionais decorrentes da reflexão a cerca do trabalho na Estratégia Saúde da Família caso o profissional tenha sido exposto a uma situação traumática relacionada ao processo de trabalho anterior à participação na pesquisa.

⁴ Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012.

4 RESULTADOS

A seguir serão apresentados os resultados da coleta de dados. Conforme descrito anteriormente na metodologia a amostra final constou de 299 enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro. Considerando que a distribuição dos participantes não foi homogênea entre as APs houve a necessidade de agrupar os profissionais para que a amostra fosse considerada suficiente para a realização dos testes estatísticos em cada um dos grupos a fim de possibilitar a análise estatística.

Para o agrupamento dos profissionais optou-se pela localização geográfica das APs, sendo a proximidade o critério utilizado. Assim ficou a divisão:

Região 1: APs 1.0 (Centro), 2.1 (Zonal Sul) e 2.2 (Tijuca)

Região 2: APs 3.1, 3.2 e 3.3 (Zona Norte)

Região 3: APs 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 (Zona Oeste)

A Tabela 7 apresenta a distribuição dos participantes por Área de Planejamento e por Região de agrupamento.

Tabela 7 - Distribuição dos participantes por AP e por região de agrupamento dos enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família, Município do Rio de Janeiro, 2014.

Agrupamento	n(%)
Região 1	
AP 1.0	15 (27,3)
AP 2.1	22 (40,0)
AP 2.2	18 (32,7)
Total	55 (100,0)
Região 2	
AP 3.1	53 (42,1)
AP 3.2	27 (21,4)
AP 3.3	46 (36,5)
Total	126 (100,0)
Região 3	
AP 4.0	30 (25,4)
AP 5.1	14 (11,9)
AP 5.2	51 (43,2)
AP 5.3	23 (19,5)
Total	118 (100,0)

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

A primeira parte do questionário foi composta de 11 itens referentes a identificação dos enfermeiros. São apresentadas na Tabela 8 as variáveis que caracterizam a amostra estudada.

Em relação a idade média dos enfermeiros a Região 3 apresentou maior idade média (34,59 anos) e desvio padrão (9,18). Este resultado é coerente em relação a média de anos de formado, onde a Região 3 também apresenta maior tempo de formação (8,7 anos) e desvio padrão (7,25).

A amostra foi predominantemente do sexo feminino em todas as regiões com destaque para a Região 1 onde há a maior proporção de profissionais do sexo feminino (94,5%). A Região com a maior representação de enfermeiros do sexo masculino ocorreu na Região 2 (11,9%). A respeito do estado civil nas Regiões 2 e 3 foram verificadas proporções semelhantes entre os profissionais Casados/união estável e Solteiros. Já na Região 1 foi encontrada diferença entre os dois grupos, sendo 38,2% dos profissionais Casados/união estável e 58,2% de solteiros.

Sobre o tempo de atuação na Equipe de Saúde da Família 21,8% dos profissionais da Região 1 atuam a menos de 6 meses na Equipe; já na Região 3, 65,3% dos enfermeiros atuam na Equipe há mais de 02 anos.

A respeito da forma de ingresso dos enfermeiros no emprego mais de 70% dos profissionais de todas as Regiões ingressaram por Processo Seletivo; e, sobre o regime de trabalho, mais de 90% possuem vínculo trabalhista por contrato CLT, destacando-se a Região 1 onde 100% todos profissionais possuem tal vínculo.

Por fim, foi questionado aos enfermeiros quanto à sua participação do Curso Introdutório ao iniciar suas atividades profissionais na ESF. Responderam positivamente à participação no Curso 72,7% na Região 1, 65,9% na Região 2 e 61,9% na Região 3.

Tabela 8 - Caracterização dos enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família, Município do Rio de Janeiro, 2014.

Característica	Região 1	Região 2	Região 3
	n (%) ou média (dp)		
Idade (em anos)	31,62 (6,88)	33,92 (7,48)	34,59 (9,18)
Sexo			
Feminino	52 (94,5)	111 (88,1)	106 (89,8)
Masculino	3 (5,5)	15 (11,9)	12 (10,2)
Estado Civil			
Casado(a)/União estável	21 (38,2)	59 (46,8)	51 (43,2)
Solteiro(a)	32 (58,2)	58 (46,0)	50 (42,4)
Separado(a)	2 (3,6)	8 (6,3)	15 (12,7)
Viúvo(a)	0	1 (0,8)	2 (1,7)
Escolaridade			
Graduação	11 (20,0)	26 (20,6)	31 (26,3)
Residência	4 (7,3)	10 (7,9)	5 (4,2)
Especialização	36 (65,5)	78 (61,9)	76 (64,4)
Mestrado	3 (5,5)	11 (8,7)	6 (5,1)
Doutorado	1 (1,8)	1 (0,8)	0
Tempo de formação (em anos)	6,56 (5,19)	7,54 (5,81)	8,70 (7,25)
Tempo de atuação			
Menos de 6 meses	12 (21,8)	16 (12,7)	11 (9,3)
De 6 meses a 1 ano	10 (18,2)	20 (15,9)	10 (8,5)
De 1 ano a 2 anos	14 (25,5)	21 (15,9)	20 (16,9)
Mais de 2 anos	19 (34,5)	70 (55,6)	77 (65,3)
Forma de ingresso no emprego			
Concurso Público	10 (18,2)	19 (15,1)	30 (25,4)
Processo Seletivo	39 (70,9)	99 (78,6)	83 (70,3)
Outro	6 (10,9)	8 (6,3)	5 (4,2)
Regime de trabalho			
Estatutário	0	3 (2,4)	6 (5,1)
Contrato (Celetista / CLT)	55 (100,0)	117 (92,9)	111 (94,1)
Contrato por regime especial temporário (Não celetista / N			
	0	4 (3,2)	1 (0,8)
Cargo Comissionado	0	2 (1,6)	0
Participação no curso introdutório			
Sim	40 (72,7)	83 (65,9)	73 (61,9)
Não	15 (27,3)	43 (34,1)	45 (38,1)

4.2 ESCORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O cálculo dos escores de APS, por atributo e escores essencial e geral, foram realizados conforme fórmula de cálculo disponível no manual para a utilização do PCATool Brasil (BRASIL, 2010). A Tabela 9 apresenta as medidas descritivas por escore (0-10) por atributo da APS, sendo: Acesso, Longitudinalidade, Coordenação do Cuidado, Coordenação - Sistemas de Informação, Integralidade - Serviços disponíveis, Integralidade - Serviços prestados, Orientação Familiar e Orientação Comunitária, bem como os escores Essencial e Geral em cada uma das Regiões 1, 2 e 3 e total para o município.

Conforme o manual do instrumento os escores (0-10) superiores a 6,6 indicam forte orientação aos atributos da APS indicando o grau de qualidade dos cuidados ofertados pelos profissionais. Considerando o resultado total para o município apenas o atributo Acesso pontuou abaixo de 6,6, apresentando o escore 5,37. Os demais atributos essenciais (longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade) e derivados (orientação familiar e comunitária) pontuaram acima de 6,6 com destaque para o aspecto de Sistemas de Informação do atributo Coordenação do Cuidado com escore 9,05.

Os escores essencial e geral foram calculados a partir da média dos escores essenciais e de todos os escores (essenciais e derivados) de APS. Destaca-se que embora o atributo Acesso tenha pontuado abaixo de 6,6, no cálculo do escore essencial o total para o município totalizou um escore essencial de 7,60. Incluindo os atributos derivados o cálculo do escore geral de APS resultou no escore 7,85. Ambos os escores refletem forte orientação aos atributos da Atenção Primária à Saúde por parte dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro.

Tabela 9 - Medidas descritivas dos escores (0 - 10) dos Atributos da Atenção Primária à Saúde, por Região, Município do Rio de Janeiro, 2014.

		n	Escore Médio	Desvio padrão	Escore Mínimo	Escore Máximo
Acesso	Região 1	55	5,54	1,78	2,22	9,63
	Região 2	126	5,13	1,21	2,22	8,89
	Região 3	118	5,55	1,24	2,96	8,15
	Município	299	5,37	1,35	2,22	9,63
Longitudinalidade	Região 1	55	7,54	1,14	4,62	10,00
	Região 2	126	7,17	1,23	4,36	10,00
	Região 3	118	7,44	1,00	3,59	9,74
	Município	299	7,35	1,13	3,59	10,00
Coordenação do cuidado	Região 1	55	7,45	1,25	3,33	10,00
	Região 2	126	7,20	1,23	3,33	10,00
	Região 3	118	7,44	1,20	4,44	10,00
	Município	299	7,34	1,22	3,33	10,00
Coordenação - Sistemas de Informação	Região 1	55	9,17	1,07	6,67	10,00
	Região 2	126	9,09	1,24	4,44	10,00
	Região 3	118	8,95	1,12	5,56	10,00
	Município	299	9,05	1,17	4,44	10,00
Integralidade - Serviços Disponíveis	Região 1	55	8,09	0,96	5,91	9,55
	Região 2	126	7,90	0,90	4,24	9,70
	Região 3	118	7,90	0,85	5,76	9,55
	Município	299	7,94	0,89	4,24	9,70
Integralidade - Serviços Prestados	Região 1	55	8,69	1,06	5,56	10,00
	Região 2	126	8,43	1,32	4,22	10,00
	Região 3	118	8,56	1,25	5,33	10,00
	Município	299	8,53	1,25	4,22	10,00
Orientação Familiar	Região 1	55	8,99	1,34	4,44	10,00
	Região 2	126	8,91	1,41	5,56	10,00
	Região 3	118	8,79	1,39	3,33	10,00
	Município	299	8,87	1,38	3,33	10,00
Orientação Comunitária	Região 1	54	8,49	1,60	3,89	10,00
	Região 2	126	8,32	1,51	3,33	10,00
	Região 3	118	8,41	1,44	3,89	10,00
	Município	298	8,39	1,49	3,33	10,00
Escore Essencial	Região 1	55	7,75	0,77	5,70	9,38
	Região 2	126	7,49	0,79	5,25	9,08
	Região 3	118	7,64	0,73	6,03	9,57
	Município	299	7,60	0,77	5,25	9,57
Escore Geral	Região 1	55	7,99	0,81	5,70	9,53
	Região 2	126	7,77	0,82	5,42	9,31
	Região 3	118	7,88	0,76	5,91	9,68
	Município	299	7,85	0,80	5,42	9,68

A partir do cálculo dos escores de APS por atributo e escores Essencial e Geral realizou-se a análise bivariada (Tabela 10) buscando identificar a influência das variáveis independentes no desfecho, Alto ou Baixo escore, ou seja, forte ou fraca orientação à APS. As variáveis testadas foram: sexo, escolaridade, participação no curso introdutório, local de trabalho (Região, agrupamento de APs), idade, tempo de formação e tempo de atuação na equipe em relação à variável dependente que é o Escore Geral de APS (Baixo ou Alto Escore).

A única variável que apresentou diferença estatisticamente significativa foi o tempo de atuação na equipe de saúde da família (Valor-p = 0,007), sendo os enfermeiros que atuam em média há $3,21 \pm 1,069$ anos estão associados ao Alto Escore Geral de APS. As demais variáveis testadas resultaram num Valor-p > 0,05.

Tabela 10 - Análise bivariada das variáveis independentes em relação ao Baixo ou Alto Escore Geral de APS, município do Rio de Janeiro, 2014.

Características	Escore Geral		Valor-p*	
	Baixo (<= 6,6)	Alto (> 6,6)		
		n (%) / média (dp)		
Sexo	Feminino	24 (96,0)	245 (89,4)	0,483
	Masculino	1 (4,0)	29 (10,6)	
Escolaridade	Graduação	5 (20,0)	63 (23,0)	0,926
	Outro	20 (80,0)	211 (77,0)	
Participação no Curso Introdutório	Sim	17 (68,0)	179 (65,3)	0,961
	Não	8 (32,0)	95 (34,7)	
Local de Trabalho	Região 1	4 (16,0)	51 (18,6)	0,149
	Região 2	15 (60,0)	111 (40,5)	
	Região 3	6 (24,0)	112 (40,9)	
Idade		31,52 (6,417)	33,97 (8,264)	0,21
Tempo de formado		5,92 (3,239)	7,99 (6,538)	0,244
Tempo de atuação na equipe		2,60 (1,190)	3,21 (1,069)	0,007*

Qui-Quadrado de Pearson, Qui-Quadrado com correção de continuidade e Mann Whitney (nível de significância 5%).

5 DISCUSSÃO

A seguir serão discutidos os resultados encontrados na pesquisa na mesma ordem de apresentação dos resultados no capítulo anterior. Para a discussão foram utilizadas as publicações científicas que sustentam as bases conceituais do estudo.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

É importante conhecer o perfil sociodemográfico e ocupacional dos trabalhadores do SUS para melhor compreender as problemáticas de recursos humanos e o perfil dos profissionais que prestam o cuidado cotidiano aos usuários do sistema de saúde.

Em relação ao sexo a amostra estudada trata-se de profissionais predominantemente do sexo feminino (90%). Fernandes *et. al* (2009) ao pesquisar o perfil dos enfermeiros que atuam na ESF no triângulo mineiro, também na região sudeste do país como o Rio de Janeiro, identificou que 92,2% dos enfermeiros eram do sexo feminino. Portanto, o perfil dos profissionais confirma a tendência da feminilização da força de trabalho na enfermagem, pela construção histórica da profissão.

Sobre a idade dos participantes, em média os enfermeiros estão na faixa dos trinta anos sendo uma população jovem. Apenas a zona oeste do município apresentou uma idade média próxima dos trinta e cinco anos com desvio padrão de aproximadamente dez anos. Porém tal característica não influenciou na qualidade da APS avaliada pelos profissionais. Já em relação ao estado civil ficaram equilibrados os grupos de solteiros e em relação aos casados/união estável. Essa característica difere da avaliação feita em Minas Gerais, onde 67,8% do enfermeiros eram solteiros (FERNANDES *et. al.*, 2009).

Leão e Caldeira (2011) realizaram uma pesquisa no município de Montes Claros, Minas Gerais, aplicando o PCATool a cuidadores de crianças de até dois anos de idade e com o objetivo de comparar o desempenho das equipes que os profissionais médicos e enfermeiros possuíam formação continuada em APS daqueles que não possuíam. O estudo verificou que as equipes da ESF composta por profissionais com residência em medicina de família e comunidade ou residência multiprofissional em saúde da família apresentam melhor desempenho na avaliação dos atributos da APS. Os enfermeiros do presente estudo apresentam uma alta escolaridade, ou seja, 77% possuem formação continuada (residência, especialização, mestrado ou doutorado). Contudo, a análise estatística não demonstrou influência da variável escolaridade em relação ao Alto Escore de APS.

O tempo de formação pode ser um indicativo de tempo de experiência do enfermeiro no mercado de trabalho e de sua maturidade profissional. Os enfermeiros do município do Rio de Janeiro estudados apresentam em média de seis a oito anos de formado com desvio padrão variando entre cinco e sete anos. Essa variável também não influenciou na avaliação da APS no Rio de Janeiro. Em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Castro *et. al* (2012) identificou um tempo de formação dos profissionais que atuam na ESF um tanto superior em comparação com o Rio de Janeiro. Lá, os profissionais possuem em média onze anos de formação com desvio padrão de oito anos, porém, o tempo de formado não influenciou diretamente na avaliação da APS.

O tempo médio de atuação na equipe de saúde da família atual foi a única variável de caracterização dos enfermeiros que mostrou diferença significativa entre os grupos de baixo e alto escore de APS. Sendo, os profissionais com maior tempo de atuação na equipe avaliam melhor a qualidade da atenção. Essa variável se mostrou relevante para a qualidade da atenção considerando que envolve o fator tempo que é importante para o desenvolvimento das ações do atributo essencial longitudinalidade e dos atributos derivados que qualificam a APS, a orientação familiar e comunitária. A existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo, refletindo uma relação entre a população e sua fonte de atenção deve se basear numa relação interpessoal intensa que

expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde e que requer a fixação do profissional por longo tempo da ESF (STARFIELD, 2002).

A oferta do curso introdutório ao ingressar na ESF foi definida na Portaria nº 2.527/2006 (BRASIL, 2006) que estabelece a carga horária mínima de 40 horas e os conteúdos mínimos a serem ofertados de tal forma a emergir a equipe multiprofissional no ambiente de cuidado e processos de trabalho específicos da Saúde da Família. Espera-se que ao participar do curso introdutório o enfermeiro tenha maior conhecimento e um melhor desempenho na condução de sua equipe pautado pelos atributos da APS que se refletem nos princípios da saúde da família. Em relação aos enfermeiros da ESF do Rio de Janeiro aproximadamente 65% dos profissionais cursaram o introdutório ao iniciar as suas atividades assistenciais na ESF. Em comparação entre o grupo de cursou e o que não cursou não houve diferença significativa na avaliação do escore de APS. Tal dado traz à reflexão os aspectos de oferta das vagas para os profissionais recém contratados, bem como a questão de aproveitamento do curso pelos profissionais que participaram.

5.2 ESCORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro foi estudada a partir da experiência dos enfermeiros que atuam nas Equipes de Saúde da Família e mensurada através do cálculo dos escores por atributo da APS e os escores essencial e geral. O resultado dos escores refletem o grau de orientação e presença do atributo ou do conjunto de atributos na prática profissional. Num aspecto geral pode-se afirmar que a avaliação da APS no Rio de Janeiro resultou em qualidade de processos e profissionais fortemente orientados à APS. O Escore Geral de APS aferido foi igual a 7,85, superior a 6,6 que é o ponto de corte para a qualidade da APS.

Harzheim, Lima e Hauser (2013) desenvolveram um estudo para a avaliação da estrutura, processos e resultados da rede de APS na Cidade do Rio de Janeiro. Para a avaliação dos processos foi aplicado o PCATool versão profissionais de

saúde aos profissionais médicos das unidades de APS do tipo A, B e C, entrevistados no ano de 2012.

Considerando os resultados encontrados nas unidades do tipo A, onde toda a área de abrangência da unidade é coberta pela ESF, a pesquisadora construiu uma tabela onde é possível proceder a comparação entre os resultados dos escores obtidos pelos médicos no estudo e pelos enfermeiros da pesquisa em questão. A comparação entre os resultados alcançadas é relevante para verificar a coerência entre a avaliação dos profissionais que atuam na mesma rede de APS. A Tabela 11 apresenta a tabela construída a partir dos resultados das duas pesquisas (atual pesquisa e pesquisa de HARZHEIM, LIMA e HAUSER, 2013) com os resultados dos escores por atributo, bem como os escores geral e essencial de APS por categoria profissional.

Tabela 11 - Medida descritiva dos Escores de APS (0 -10), por categoria profissional, município do Rio de Janeiro, 2014.

	Enfermeiros* Escore Médio (n = 299)	Médicos** Escore Médio (n = 256)
Acesso	5,37	5,2
Longitudinalidade	7,35	7,5
Coordenação do cuidado	7,34	7,4
Coordenação - Sistemas de Informação	9,05	7,2
Integralidade - Serviços Disponíveis	7,94	7,7
Integralidade - Serviços Prestados	8,53	8,3
Orientação Familiar	8,87	7,9
Orientação Comunitária	8,39	7,6
Escore Essencial	7,60	7,6
Escore Geral	7,85	7,7

* Resultado dos escores da APS avaliados pelos enfermeiros na atual pesquisa.

** Resultado dos escores da APS avaliados pelos médicos na pesquisa de HARZHEIM, LIMA e HAUSER, 2013.

Ao analisar os resultados obtidos da avaliação de médicos e enfermeiros é possível verificar que os resultados se aproximam em todos os atributos e também nos escores essencial e geral, à exceção do atributo Coordenação Sistemas de Informação. A concordância nas avaliações revela que o processo de trabalho na

rede de APS da Cidade do Rio de Janeiro vem sendo estruturada e consolidada a partir dos atributos da Atenção Primária.

O atributo Acesso resultou num escore médio de 5,37, sendo o único atributo avaliado abaixo de 6,6 que representa o ponto de corte para a qualidade da atenção. O conceito trabalhado por Starfield (2002) descreve que o acesso implica acessibilidade e uso de serviços para cada novo problema ou episódio, para o qual as pessoas procuram cuidados em saúde. Vitoria *et. al* (2013) relata que o acesso, na experiência individual do usuário, é resultante da interação dos determinantes do acesso, da gravidade percebida da doença e da expectativa da efetividade do tratamento. Afirma, também, que os determinantes do acesso são sociais (hora de abertura das unidades de saúde, barreiras geográficas, barreiras étnicas, etc.) e econômicos (copagamento, custos de deslocamento). Assim, este resultado de baixo escore no atributo de Acesso deve alertar para a necessidade de adequações que atendam aos determinantes sociais do acesso com qualificação dos processos.

Harzheim, Lima e Hauser (2013) identificaram a mesma fragilidade no atributo acesso ao entrevistar os médicos no Rio de Janeiro. Embora a avaliação das unidades do tipo A tenha sido um tanto superior, nenhum tipo de unidade (A, B ou C) alcançaram resultados acima de 6,6. O alcance de um adequado acesso de primeiro contato pelos serviços de APS no Brasil segue como um grande desafio, assim como o exercício da coordenação do cuidado. Ambos os atributos “acesso” e “coordenação” são os mais difíceis de serem alcançados em sua plenitude, na opinião dos médicos entrevistados nas unidades de saúde. Muitos reclamaram do tamanho da população adscrita por equipe de Saúde da Família, superior a 4.000 pessoas em muitas delas, além da falta frequente de médicos em algumas equipes, o que traz sobrecarga para os outros (HARZHEIM, LIMA e HAUSER, 2013).

Seguindo em direção ao atributo Coordenação do cuidado em sua avaliação é dividido em dois blocos, um geral sobre coordenação e um sobre os sistemas de informação. A coordenação do cuidado foi avaliada pelos enfermeiros com escore de 7,34 e a coordenação do cuidado sistemas de informação recebeu escore 9,05, ambos refletindo forte orientação dos profissionais aos atributos. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo realizado por Chomatas *et. al.* (2013) na

cidade de Curitiba, Paraná, onde os atributos da coordenação do cuidado e da coordenação sistema de informação obtiveram alto escore, o que demonstra a importância do investimento feito pelo município no sistema informatizado, que é um elemento facilitador, seja nos resultados dos exames laboratoriais de análises clínicas disponibilizados *on-line* no prontuário, ou na operacionalização da marcação de consultas especializadas. O Rio de Janeiro também investiu na informatização completa das unidades com a implantação de prontuário eletrônico.

O atributo integralidade é medido em relação aos serviços que estão disponíveis (escore igual a 7,94) e aos serviços que são prestados (escore igual a 8,53) na unidade de saúde. No Rio de Janeiro todos os serviços que deverão estar disponíveis e serem prestados em todas as unidades estão descritos na Carteira de Serviços da APS. O objetivo da Carteira de Serviços é ampliar o cardápio de oferta de serviços na APS aumentando a sua resolutividade e solucionando os problemas mais comuns de saúde sem a necessidade de busca em outros níveis de atenção. O monitoramento da implantação dos itens da Carteira de Serviços é realizado pelo instrumento "Carteirômetro" que acompanha equipe a equipe o total de itens implementados.

Para Harzheim, Lima e Hauser (2013) O "Carteirômetro" é um potente instrumento de adequação dos serviços ao modelo de APS que a SMS-RJ elegeu como preferencial. Seu seguimento na íntegra impediria que os serviços de APS da cidade se caracterizassem por ofertar uma cesta pequena de ações em saúde, prática nada incomum nas equipes de Saúde da Família do Brasil. Já Araújo et. al. (2014) identificou em Macaíba, Rio Grande do Norte, que alguns dos seus itens foram mal avaliados quase à unanimidade, como colocação de talas, remoção de verrugas e realização de suturas, que fogem à realidade da oferta de serviços da grande maioria das unidades de atenção primária no Brasil, ficando a cargo dos serviços secundários e contribuindo para a baixa resolutividade da APS.

O atributo longitudinalidade foi bem avaliado com escore de 7,35 pelos enfermeiros do Rio de Janeiro. Resultados coerentes foram relatados nos estudos de Chomatas et. al. (2013) em Curitiba, Vitoria et. al. (2013) em Chapecó e por Leão e Caldeira (2011) em Montes Claros. Estes resultados sugerem que os profissionais

da ESF percebem maior vinculação dos usuários aos serviços, sendo capazes de reconhecer melhor as necessidades de sua população.

Os atributos derivados são as características presentes em um serviço de saúde que complementam e qualificam os processos conduzidos pelos atributos essenciais da APS, sendo eles a Orientação familiar e comunitária. Originalmente no instrumento há também um bloco de questões sobre a competência cultural, contudo esse atributo não foi validado para a versão brasileira do PCATool versão profissionais. Na avaliação dos atributos derivados no Rio de Janeiro os escores de orientação familiar e comunitária, 8,87 e 8,39 respectivamente, superaram o ponto de corte refletindo a presença desses atributos nos serviços de APS do município. Esse resultado é coerente com os estudos realizados em Porto Alegre, Curitiba, Chapecó, São Luís, Montes Claros e Rio de Janeiro citados anteriormente (CASTRO *et. al.*, 2012; CHOMATAS *et. al.*, 2013; VITORIA *et. al.*, 2013; ALENCAR *et. al.*, 2014; LEÃO e CALDEIRA, 2011; HARZHEIM, LIMA e HAUSER, 2013). Contudo, resultado divergente foi encontrado na pesquisa de Araújo *et. al.* (2014), em Macaíba, Rio Grande do Norte, onde o atributo orientação familiar obteve a pior avaliação sendo considerado insatisfatório.

Na ESF a família deve ser entendida de forma integral e em seu espaço social, ou seja, a pessoa deve ser abordada em seu contexto socioeconômico e cultural, e reconhecida como sujeito social portadora de autonomia, sabendo que é na família que ocorrem interações e conflitos que influenciam diretamente na saúde das pessoas. Portanto, espera-se que os profissionais da saúde tenham compreensão de aspectos relacionados à dinâmica familiar, seu funcionamento, suas funções, desenvolvimento e características sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas (ALENCAR, *et. al.*, 2014).

5.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como toda pesquisa científica o presente estudo também apresentou algumas limitações. Dentre as identificadas pela pesquisadora destacam-se as escolhas metodológicas sobre a população e método de coleta de dados.

Em relação a escolha da população alvo do estudo não foi realizado amostragem pelo desejo de oportunizar a participação de todos os enfermeiros de todas as APs considerando que o método de coleta de dados *on line* favorece a investigação de uma população muito maior em comparação com a coleta de dados presencial, num determinado período de tempo. Houve a adesão à proposta de pesquisa por 38% dos enfermeiros do município do Rio de Janeiro, sendo que o ideal seria alcançar os 100%. Contudo, considerando o cronograma do estudo e o tempo de 45 dias de realização da coleta acredita-se que a participação foi relevante.

A respeito do método de coleta de dados utilizado, *on line*, houveram algumas dificuldades, dentre elas: o não atendimento da solicitação de envio do email pessoal dos enfermeiros por parte dos gestores das unidades. Enviaram todos os emails as CAPs 2.2, 3.1 e 4.0; parcialmente 2.1, 3.2, 3.3 e 5.3; e, nenhum email foi recebido das CAPs 1.0, 5.1 e 5.2. Este foi um fator limitador, porém se deve considerar também as outras formas de divulgação observando o comportamento da participação das CAPs 5.2, 47% (sem acesso aos emails pessoais) e 3.1,41% (acesso a todos os emails pessoais).

Ainda em relação à coleta de dados *on line* também foi observada a dificuldade em relação aos emails institucionais das unidades de saúde informados no cadastro das unidades no SCNES. Na fase inicial da coleta um número significativo de emails enviados aos endereços eletrônicos das unidades retornaram. Após a identificação de tal limitação a pesquisadora buscou localizar os contatos atualizados em outras fontes, como: no blog da unidade de saúde, em outras listas de emails divulgadas pela Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância da Saúde (SUBPAV SMS RJ) a exemplo da lista de presença no Ciclo de Debates SUBPAV e por meio de contato telefônico com as unidades.

Por fim, em relação ao instrumento de coleta de dados, o questionário *on line*, é relevante destacar o número de questionários incompletos. Ou seja, o profissional acessou o instrumento e iniciou o preenchimento, contudo não concluiu. Todos os 95 questionários incompletos foram excluídos do banco de dados para a análise estatística. O instrumento de coleta de dados foi programado no software Survey Monkey. Para cada acesso ao link da pesquisa foi registrado no banco de dados o

IP do computador. Caso a página fosse fechada antes de concluir o instrumento, se acessado da mesma máquina (mesmo IP) o instrumento retornava ao local onde o profissional parou o preenchimento sem a necessidade de responder novamente. Esta informação foi repassada em todas as divulgações do estudo como consta no Apêndice 3. Todos os enfermeiros que deixaram o questionário incompleto seguiram recebendo os emails de convite da pesquisa até o final da coleta de dados.

Concluindo, considera-se que a limitação relacionada a coleta de dados por meio eletrônico também pode ser entendida como potencialidade. Pois, foi possível que uma única pesquisadora coletasse dados de 299 profissionais (respostas válidas) em 45 dias, o que não seria possível para um instrumento com 88 itens se fosse coletado de modo presencial.

6 CONCLUSÕES

A avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro foi realizada utilizando um instrumento internacionalmente reconhecido, o Primary Care Assessment Tool (PCATool) - Instrumento de Avaliação da Atenção Primária. Esse instrumento é capaz de medir a presença e a extensão dos atributos da APS nos serviços de saúde, por meio do cálculo de escores para cada atributo e escores essencial e geral de APS.

O município do Rio de Janeiro vivencia desde o ano de 2009 um processo de Reforma, onde a APS passa a conduzir a rede de atenção à saúde reorganizando o sistema de saúde. Como ator desse processo, encontra-se o profissional enfermeiro que atua cotidianamente na Equipe de Saúde da Família prestando cuidado aos usuários dos serviços tanto no âmbito das unidades de saúde, quanto nos espaços domiciliares e comunitários. Considerando tal atuação, tornou-se relevante conduzir uma avaliação da APS considerando a experiência desses profissionais.

A avaliação teve resultado satisfatório demonstrando que os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do Rio de Janeiro estão fortemente orientados aos atributos da Atenção Primária à Saúde. O escore geral de APS calculado foi 7,85, considerando que valores acima de 6,6, reflete forte presença dos atributos no serviço de saúde. Na avaliação individual dos escores apenas o atributo acesso pontuou com escore abaixo de 6,6, contudo ao incluir o desempenho dos demais atributos essenciais os mesmo resultaram num escore essencial de 7,60, considerado satisfatório.

Em relação ao perfil dos enfermeiros que atuam na APS foi possível caracterizar a amostra estudada. Dentre as variáveis sociodemográficas e ocupacionais selecionadas para avaliação, houve influência na avaliação da qualidade apenas a variável tempo de atuação na ESF. Significando que quanto maior o tempo de atuação do enfermeiro em determinada equipe melhor será avaliada a APS, ou seja, mais altos serão os escores de APS.

É possível concluir que os objetivos propostos para o estudo foram alcançados, pois a qualidade da atenção foi medida pela aplicação do PCATool e os

escores de APS calculados, houve boa adesão dos enfermeiros convidados a participar do estudo e foi possível caracterizar o perfil dos enfermeiros da ESF associando à qualidade da APS.

Pelos resultados podemos concluir que o município do Rio de Janeiro tem conduzido satisfatoriamente o processo de Reforma da APS tanto nos aspectos de estrutura, quanto de processos. Embora alcançar mais de 40% de cobertura populacional pela ESF seja um notável avanço, ainda há um grande investimento a ser feito, visto que a meta da SMS é de chegar aos 70% de cobertura até o ano 2016.

Levando em consideração a Reforma já experienciada e a nova etapa de expansão a ser realizada em 2015 e 2016 o presente estudo torna-se relevante por apontar os acertos e fragilidades dos processos. Mesmo que num aspecto geral os profissionais que atuam na APS estejam fortemente orientados aos atributos da Atenção Primária, há que atentar ao atributo acesso que deve ser expandido nos serviços, a fim de garantir, a longo prazo, melhores resultados na atenção à população carioca.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, W. G. **Implantação do projeto de avaliação para melhoria da qualidade da estratégia de saúde da família de Petrolina-PE**. Monografia (curso de especialização em gestão de sistemas e serviços de saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

ALENCAR, M. N. *et al.* Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 353-364, 2014.

BACKES, D. S. *et al.* O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.17, n.1, Rio de Janeiro: 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** de 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em: 20 de janeiro de 2014.

_____. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> Acesso em: 20 de janeiro de 2014.

_____. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm> Acesso em: 25 de janeiro de 2014.

_____. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Portaria 2.527 de 19 de outubro de 2006**. 2006. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/include/arquivos/foa/pos/files/portaria2527-19-10-06%281%29.pdf>>

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/siops>>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de

Atenção Básica. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – Primary Care Assessment Tool - Brasil**. Brasília: 2010.

_____. **Política Nacional da Atenção Básica**. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

_____. **Liderança em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília : CONASS, 2012a.

_____. CNS. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012b.

_____. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. <<http://cnes.datasus.gov.br>> Acesso em: 20 de dezembro de 2013.

_____. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. <<http://cnes.datasus.gov.br>> Acesso em: 20 de janeiro de 2015.

CAMPOS, C. E. A. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**. v. 14, n. 3, Rio de Janeiro: Jul-Set, 2007.

CASTRO, R. C. L. *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p.1772-1784, set, 2012.

CHOMATAS, E. R. V. *et al.* Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 294, Out-Dez, 2013.

CUCUBICA, H. E. A. **Análise do Projeto de Reforço dos Serviços de Saúde Materno-Infantil na melhoria da qualidade dos Serviços da Rede de Atenção Primária na província de Luanda - Angola**. Dissertação de mestrado: FIOCRUZ, 2011.

FACHINI, L. A, *et al.* Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

FERNANDES, J. S. et. al. **Perfil dos enfermeiros das equipes de saúde da família**. Anais 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Fortaleza, 2009.
FIOCRUZ. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2009.

FRANCO, T. B. As organizações sociais e o SUS. UNICAMP. Disponível em: observasaude.fundap.sp.gov.br/...%20%20Assistên. Acesso em: 20 de dezembro de 2014.

GIOVANELLA, L, *et al.* (org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

GONÇALVES, M. R. et al. A qualidade da atenção primária e o manejo do diabetes mellitus. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 235, Out-Dez, 2013.

HARZHEIM, E. LIMA, K. M. HAUSER, L. **Reforma da Atenção Primária à Saúde na Cidade do Rio de Janeiro - Avaliação dos primeiros três anos de Clínicas da Família**. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na Cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre: OPAS, 2013.

HAGGERTY, J. L. *et al.* Practice Features Associated With Patient-Reported Accessibility, Continuity, and Coordination of Primary Health Care. **ANNALS OF FAMILY MEDICINE**. v. 6, n. 2, march-april, 2008.

HAUSER, L. et al, 2013 Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 244, Out-Dez, 2013.

IPP. Instituto Pereira Passos.

http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/arquivos/3261_pop_res_est_mrj_2020.XLS
X

JUNIOR, D. A. B, *et al.* Atividades gerenciais do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **R. Enferm. UFSM**. v. 1, n. 1, p. 41-50, Jan/Abr, 2011.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LEÃO, C. D. A, CALDEIRA, A. P. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. **Ciênc. saúde coletiva.** v. 16, n. 11, p. 4415-4423, nov. 2011.

LEE, J. H, *et al.* Development of the Korean primary care assessment tool—measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. **International Journal for Quality in Health Care.** v. 21, n. 2, p. 103–111, 2009.

LEVESQUE, J. F, *et al.* Mapping the coverage of attributes in validated instruments that evaluate primary healthcare from the patient perspective. **BMC Family Practice,** v. 13, n. 20, 2012.

MALOUIM, R. A, *et al.* Evaluating the Tools Used To Assess the Medical Home. **Managed Care,** p. 44-48, jun, 2009.

NORMAN, A. H. NORMAN, J. A. PCATool: instrumento de avaliação da atenção primária. **Rev Bras Med Fam Comunidade.** Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 225, Out-Dez, 2013.

OMS. **Organização Mundial da Saúde.** Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de Saúde. Alma Ata. URSS, 1978.

POLIT, F. D. BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** Avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PONGPIRUL, K. *et al.* Policy characteristics facilitating primary health care in Thailand: A pilot study in transitional country. **International Journal for Equity in Health,** v. 8, n. 8, 2009.

REIS, R. S. *et al.* Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 18, n. 11, p. 3321-3331, 2013.

SALTMAN, R. B. RICO, A. BOERMA, W. G. W. (org.). **Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção**

primária europeia. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde: 2010.

SMS. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Orientações para a expansão das Clínicas da Família da Cidade do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2010a. Disponível em: www.subpav.org

_____. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Catálogo de especificações dos mobiliários e equipamentos para as Clínicas da Família.** Rio de Janeiro, 2010b. Disponível em: www.subpav.org

_____. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde.** Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: www.subpav.org

_____. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.** Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: www.subpav.org

_____. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Manual do Regulador.** Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: www.subpav.org

STARFIELD, B. Basic concepts in population health and health care. **J. Epidemiol. Community Health**, v. 55, p. 452-454, 2001.

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

STEIN, A. T. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 179-181, jan-mar, 2013.

VILLALBÍ, J. R, *et al.* Evaluación de la atención primaria de salud. **Aten Primaria**, v. 31, n. 6, p. 382-5, 2003.

VITORIA, A. M. et al. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade.** Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 285, Out-Dez, 2013.

WONG, S. Y. S, *et al.* Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. **BMC Public Health**, v. 10, p. 397, 2010.

ZILS, A. A. et.al. Satisfação dos usuários da rede de Atenção Primária de Porto Alegre. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 16, 2009.

APÊNDICE 1 - PÁGINA INICIAL DO BLOG

alinezils1.blogspot.com.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



[A PESQUISADORA](#)
 [A INSTITUIÇÃO DE ENSINO](#)
 [A PESQUISA](#)
 [OBJETIVOS](#)
 [PARTICIPANTES](#)
 [METODOLOGIA](#)
 [RESULTADOS](#)




Pesquisa:
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO
 Mestranda Pesquisadora: Aline do Amaral Zis Costa
 ProP Orientadora: Dra Ana Inês Souza

CONVITE

Você, Enfermeiro que atua assistencialmente na Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro é convidado a participar da pesquisa: "AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO" que tem por objetivo avaliar a qualidade da atenção primária à saúde a partir da **sua experiência como enfermeiro**. Sua participação é **voluntária**, consistindo na resposta a um **questionário eletrônico** que pode ser respondido em qualquer dispositivo com **Internet**.

Para responder ao questionário você levará menos de 10 minutos. O questionário só é salvo se respondido completamente. Caso não consiga terminar, inicie novamente em outro momento. Acesse o link: <https://pt.surveymonkey.com/s/XTQZCHM> e participe! A primeira página do questionário é o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido onde constam todas as informações sobre a pesquisa e os aspectos éticos, por isso leia atentamente. Após a leitura assinale a sua opção pela participação ou não no estudo. Se desejar participar, preencha o seu **nome completo**, pois só assim tem valor legal.

*Sua opinião é de extrema importância, queremos ouvi-lo!

Convite

APÊNDICE 2 - CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DO ESTUDO



UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO



ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

Pesquisa AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Mestranda Pesquisadora: Aline do Amaral Zils Costa
Profª Orientadora: Drª Ana Inês Sousa

ATENÇÃO ENFERMEIROS

Você, Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro é convidado a participar da pesquisa: "AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO", que tem como objetivos:

- ✓ Avaliar a qualidade da atenção primária à saúde a partir da experiência dos enfermeiros atuantes nas equipes de Saúde da Família da Cidade do Rio de Janeiro;
- ✓ Mensurar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde nos serviços de saúde de Atenção Primária por Área de Planejamento; e,
- ✓ Identificar as variáveis associadas a qualidade da APS em relação ao perfil dos enfermeiros (Idade, Sexo, Tempo de Formação, Tempo de Atuação na Equipe de Saúde da Família, Participação no Curso Introdutório, Formação acadêmica continuada e a cobertura de ESF em cada AP).

A participação será voluntária, consistindo na resposta a um questionário eletrônico (pela internet). O benefício relacionado à participação será o de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem e da Atenção Primária à Saúde e promover discussões para a melhoria do cuidado prestado na Estratégia Saúde da Família.

A coleta de dados acontecerá no mês de [setembro](#) e você receberá um *e-mail* com o convite e o *link* que redirecionará a página ao questionário.

Sua opinião é de extrema importância, queremos ouvi-lo! Não deixe de participar.

Contato:

alinezils@gmail.com

(21) 78100-5000 / 77 417 0207

Blog: <http://alinezils1.blogspot.com.br/>

APÊNDICE 3 - CARTAZ DE ORIENTAÇÕES SOBRE A COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO

Pesquisa: **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

O que é?

É uma pesquisa de mestrado que tem como tema a avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS).

Quem é convidado a participar?

Todos os enfermeiros que atuam assistencialmente em uma Equipe de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.

Por que participar?

Para o fortalecimento da atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde e, também, para subsidiar as discussões sobre processo de trabalho nas Equipes de Saúde da Família promovendo a melhoria nos processos e na atenção ofertada à população assistida.

Como participar?

Respondendo ao questionário eletrônico acessando o link:

<https://pt.surveymonkey.com/s/XTQZCHM> em qualquer dispositivo com internet até o
dia 14/10/2014

Que questionário é esse?

É um instrumento de avaliação chamado PCATool (Primary Care Assessment Tool) utilizado no Brasil e internacionalmente para avaliar a APS. Esse instrumento é capaz de medir os atributos da APS (acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar e comunitária e competência cultural) nos serviços de saúde. Pela reflexão nos seus resultados é possível ajustar processos de trabalho e qualificar a atenção ofertada à população.

E os aspectos éticos?

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da EEAN UFRJ e da SMS.

E o que mais preciso saber?

- A primeira página é o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) onde constam todas as informações da pesquisa. Este é o documento que garante para mim pesquisadora que você quer participar da pesquisa. Sem a identificação do TCLE eu não posso estudar as suas respostas. Seu nome será mantido em sigilo e jamais será divulgado.
- Todos os dados serão analisados por Área de Planejamento (AP), ou seja, suas respostas não serão divulgadas individualmente nos resultados. Por isso, não é necessário identificar qual equipe ou unidade de saúde você trabalha.
- Se você já começou a responder o questionário e não concluiu, se acessar o link pelo mesmo computador o questionário retorna de onde você parou. Caso queira iniciar um novo questionário em outro computador não há problema algum.



Quem somos?

Mestranda: Aline do A. Zils Costa
Orientadora: Profª Drª Ana Inês Sousa



ANEXO A INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY



INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

ID1 - Sexo: Feminino Masculino ID2 - Data de nascimento: / /

ID3- Estado Civil: Casado(a) Solteiro(a) Separado(a) Viúvo(a)

ID4 - Ano da sua formatura da graduação:

ID5 - Nível de instrução:

- Graduação
 Residência Qual?
 Especialização: Saúde da Família Saúde Pública Outra
 Mestrado
 Doutorado

ID6 - Local de trabalho: A.P.:

ID7 - Há quanto tempo você trabalha nesta Equipe de Saúde da Família?

- Menos de 6 meses
 De 6 meses a 1 ano
 De 1 a 2 anos
 Mais de 2 anos

ID8 - Você ingressou neste emprego através de:

- Concurso público
 Processo seletivo
 Outro Especifique:

ID9 - Seu regime de trabalho neste emprego é:

- Estatutário
 Contrato (Celetista / CLT)
 Contrato por regime especial temporário (Não Celetista / CLT)
 Cargo Comissionado

ID10 - Seu município oferece curso introdutório para os profissionais da ESF? 1 Sim 2 Não

ID11 - Você participou do curso introdutório ao ingressar na ESF? 1 Sim 2 Não

A – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
A1 – Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20h?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A3 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A4 – Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A6. Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A7 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A8 – É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A9 – Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

B - LONGITUDINALIDADE					
<i>Por favor, indique a melhor opção</i>	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
B1 – No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2 – Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3 – Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B4 – Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B5 – Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B6 – Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B7 – Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B8 – Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B9 – Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B10 – Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B11 – Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B12 – Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B13 – Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

C - COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS					
<i>Por favor, indique a melhor opção</i>	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 – Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2 – Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6 – Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

D - COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES					
<i>Por favor, indique a melhor opção</i>	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D1 – Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2 – Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3 – Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

E – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS					
Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde?					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E1 – Aconselhamento nutricional	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E2 – Imunizações	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E3 – Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E4 – Avaliação da saúde bucal	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E5 – Tratamento dentário	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E6 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E8 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9 – Sutura de um corte que necessite de pontos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E10 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E11 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E12 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E13 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E14 – Remoção de verrugas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E15 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E16 – Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E17 – Cuidados pré-natais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E18 – Remoção de unha encravada	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E19 – Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

e não possa tomar decisões (ex: coma).					
E20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E22 – Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

F – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis?					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2 – Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F7 – Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/ para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F9 – Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

guardá-la com segurança.					
F10 – Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F11 – Como prevenir quedas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F12 – Prevenção de osteoporose em mulheres.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F13 – Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F14 – Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F15 – Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

G - ORIENTAÇÃO FAMILIAR					
<i>Por favor, indique a melhor opção</i>	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G1 – Você pergunta aos pacientes quais suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2 – Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3 – Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

H – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA					
<i>Por favor, indique a melhor opção</i>	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
H1 – Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2 – Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3 – Seu serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?					
H4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6 – Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>



ANEXO B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **intitulada: "AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO"**, que tem como **objetivos**: Avaliar a qualidade da atenção primária à saúde a partir da experiência dos enfermeiros atuantes nas equipes de Saúde da Família da Cidade do Rio de Janeiro; Mensurar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde nos serviços de saúde de Atenção Primária por Área de Planejamento; e, Identificar as variáveis associadas a qualidade da APS em relação ao perfil dos enfermeiros (Idade, Sexo, Tempo de Formação, Tempo de Atuação na Equipe de Saúde da Família, Participação no Curso Introdutório, Formação acadêmica continuada e a cobertura de ESF em cada AP). Este é um estudo baseado em uma abordagem **quantitativa**, utilizando como método **transversal**.

A pesquisa terá duração de 02 ano(s), com o término previsto para 2015. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você poderá **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o(s) pesquisador (a) ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de **questionário eletrônico (internet)**. Sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**.

A pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes, podendo causar eventualmente danos emocionais decorrentes da reflexão a cerca do trabalho na Estratégia Saúde da Família caso o profissional tenha sido exposto a uma situação traumática relacionada ao processo de trabalho anterior à participação na pesquisa. O **benefício** relacionado à sua participação será o de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem e da Atenção Primária à Saúde.

Sr(a) poderá salvar e imprimir uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Drª Ana Inês Sousa
Orientadora
Cel: (21) 99889-4246
e-mail: anaineschico@gmail.com

Aline do Amaral Zils Costa
Mestranda
Cel: (21) 98106-5065
e-mail: aline.zils@gmail.com

Comitê de Ética e Pesquisa EEAN/HESFA/UFRJ – Tel: (21) 2293 8148 – Ramal: 228
E-mail: cepeeahesfa@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde Telefone: (21) 3971-1463
E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

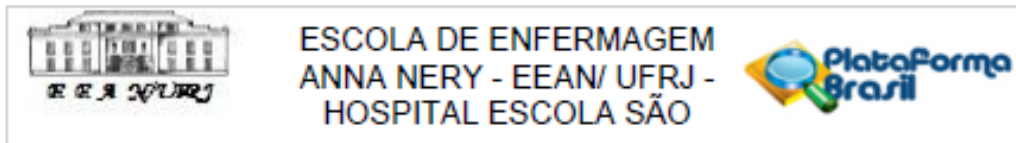
“O Comitê de Ética é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação dos seus aspectos éticos. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique-se com os Comitês de Ética em Pesquisa pelos telefones supracitados.”

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Imprimirei ou salvarei uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

Participante da Pesquisa: _____, ____ de _____ de 2014.

Nome completo:

ANEXO C - PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP EEAN HESFA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Pesquisador: ALINE DO AMARAL ZILS COSTA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 31146714.3.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 713.848

Data da Relatoria: 09/07/2014

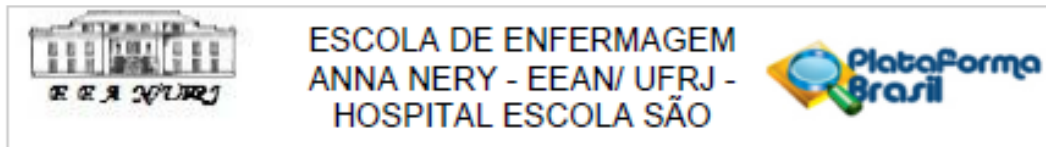
Apresentação do Projeto:

A Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser medida por meio de atributos, ou seja, características. Os atributos essenciais da APS são: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação, sendo complementados pelos atributos derivados, a orientação familiar e comunitária e a competência cultural. No Brasil o modelo de APS adotado é a Estratégia Saúde da Família (ESF). O Rio de Janeiro é a capital brasileira com maior número de Equipes de Saúde da Família implantadas nos últimos 4 anos. No ano de 2009 havia pouco mais de 3% de cobertura de Saúde da Família e em 2013 a cobertura alcança 44,5% da população com 829 equipes implantadas. Considerando o cenário de expansão da APS no Rio de Janeiro e a atuação do Enfermeiro na equipe de saúde da família, faz-se necessário avaliar a qualidade da atenção ofertada à população. Trata-se de uma pesquisa epidemiológica transversal analítica.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a qualidade da atenção primária à saúde a partir da experiência dos enfermeiros atuantes nas equipes de Saúde da Família da Cidade do Rio de Janeiro; Mensurar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde nos serviços de saúde de Atenção Primária por Área de

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2239-8148 E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com



Continuação do Parecer: 713.848

Planejamento; e, Identificar as variáveis associadas a qualidade da APS em relação ao perfil dos enfermeiros (Idade, Sexo, Tempo de Formação, Tempo de Atuação na Equipe de Saúde da Família, Participação no Curso Introdutório, Formação acadêmica continuada e a cobertura de ESF em cada AP).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes, podendo causar eventualmente danos emocionais decorrentes da reflexão acerca do trabalho na Estratégia Saúde da Família caso o profissional tenha sido exposto a uma situação traumática relacionada ao processo de trabalho anterior à participação na pesquisa. Os benefícios estão relacionados a expansão do conhecimento científico para a área da enfermagem e da Atenção Primária à Saúde, através da avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde (Estratégia Saúde da Família) que é uma política pública de impacto na saúde da população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

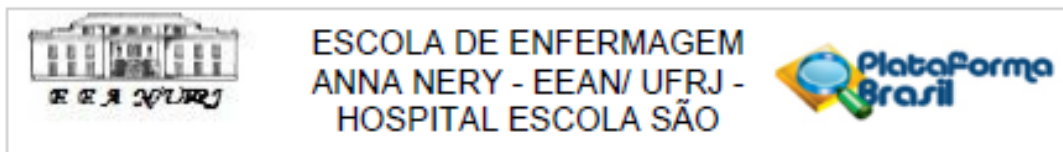
A pesquisa será realizada por meio da aplicação do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool) aos enfermeiros buscando verificar a associação entre a qualidade da atenção e o perfil dos enfermeiros. Os serviços de Atenção Primária no município do Rio de Janeiro estão orientados aos atributos da Atenção Primária (Acesso, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e comunitária), segundo a experiência dos enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: adequado
- 2) Projeto de Pesquisa: adequado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: adequado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: adequado
- 5) Cronograma: adequado
- 6) Formulário para Submissão de Estudos na Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro: adequado
- 7) Instrumentos de coleta de dados: adequado

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2239-8148 E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com



Continuação do Parecer: 713.848

Recomendações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 27 de maio de 2014. Recomendamos a migração deste projeto para a Instituição coparticipante, tendo em vista que figura no projeto da Plataforma Brasil a sua descrição.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 27 de maio de 2014. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

RIO DE JANEIRO, 09 de Julho de 2014

Assinado por:

Maria Aparecida Vasconcelos Moura
(Coordenador)

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2239-8148 E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com

ANEXO D - PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP SMS RJ

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Pesquisador: ALINE DO AMARAL ZILS COSTA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31146714.3.3001.5279

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 724.187

Data da Relatoria: 23/07/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de um estudo epidemiológico transversal analítico acerca da qualidade Atenção Primária à Saúde e a associação com variáveis relacionadas ao perfil dos enfermeiros atuantes na Estratégia da Família no Município do Rio de Janeiro .Os atributos essenciais da APS são :acesso de primeiro contato ,integralidade ,longitudinalidade e coordenação,sendo complementados pelos atributos derivados,a orientação familiar e comunitária e a competência cultural.O Rio de Janeiro é a capital brasileira com maior número de Equipes de Saúde da Família(ESF)implantadas nos últimos 4 anos .No ano de 2009havia pouco mais de3% de cobertura de Saúde da Família e em 2013 a cobertura alcança 44,5% da população com 829 equipes implantadas

Objetivo da Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa que irá avaliar a qualidade da atenção primária à saúde a partir da experiência dos enfermeiros atuantes nas equipes de Saúde da Família da Cidade do Rio de Janeiro ;Mensurar a presença e extensão dos atributos da Atenção da Primária à Saúde nos serviços de Atenção Primária por área de planejamento.

Objetivo Secundário

Mensurar a presença e extensão dos atributos da Atenção primária à Saúde nos serviços de saúde

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710
Bairro: Cidade Nova **CEP:** 20.211-901
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3971-1463 **Fax:** (21)2293-4826 **E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 724.187

de Atenção Primária por Área de Planejamento ;identificar as variáveis associadas a qualidade da APS em relação ao perfil dos enfermeiros (idade,sexo,tempode formação,tempo de atuação na equipe de saúde da família ,participação no curso introdutório,formação acadêmica continuada e a cobertura deESF e cada APS).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

A pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes, podendo causar eventualmente danos emocionais decorrente da reflexão a cerca do trabalho na Estratégica Saúde da Família caso o profissional tenha sido exposto a uma situação traumática relacionada ao processo de trabalho anterior à participação na pesquisa.

Benefícios

os benefícios estão relacionados a expansõa do conhecimento científico para a área da enfermagem e da Atenção Primária à Saúde ,através da avaliação da qualidade da APS(Estratégica Saúde da Família)que é uma política pública de impacto da saúde da população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esse projeto de pesquisa será realizado por meio da aplicação do Instrumento de Avaliação da Atenção primária (PCATOOL) buscando verificar a associação entre a qualidade da atenção e o perfil dos enfermeiros .A partir da análise dos resultados será possível avaliar a qualidade da APS

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes termos obrigatórios:

Folha de Rosto

Projeto de pesquisa

Orçamento financeiro e fontes de financiamento

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Cronograma

Instrumentos para coleta de dados

Recomendações:

Solicitamos a pesquisadora qualquer alteração nesse projeto que seja novamente rencaminhado ao CEPSMSRJ via Sistema Plataforma Brasil

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-901
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3971-1463 Fax: (21)3293-4826 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 724.187

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos ao pesquisador envio de seis em seis meses a esse CEPMSRJ relatório das atividades segundo a Resolução 488/12

RIO DE JANEIRO, 21 de Julho de 2014

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710
Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-901
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3971-1463 Fax: (21)2293-4826 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br