

Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Campina Grande, Paraíba, Brasil

Assessment of Primary Health Care Attributes in Campina Grande, Paraíba, Brazil

Evaluación de los atributos de la Atención Primaria de Salud en Campina Grande, Paraíba, Brasil

Rafaela Simão de Abrantes^I

ORCID: 0000-0002-2882-8518

Débora Lana Alves Monteiro^I

ORCID: 0000-0002-4731-6737

Aline de Paula Rêgo Graciano Luz^I

ORCID:0000-0001-9716-5976

Ricardo Alves de Olinda^I

ORCID: 0000-0002-0509-8428

Wilton Wilney Nascimento Padilha^{II}

ORCID: 0000-0003-3056-9145

^I Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, Paraíba, Brasil.

^{II} Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Como citar este artigo:

Abrantes RS, Monteiro DLA, Luz AP, Olinda RA, Padilha WVN. Assessment of Primary Health Care Attributes in Campina Grande, Paraíba, Brazil. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 5):e20200128. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0128>

Autor Correspondente:

Rafaela Simão de Abrantes
E-mail: rafaelaabrantres19@gmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Ana Fátima Fernandes

Submissão: 28-02-2020

Aprovação: 14-06-2020

RESUMO

Objetivo: avaliar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde de Campina Grande, Paraíba. **Método:** trata-se de um estudo transversal, com 202 profissionais das Unidades Básicas de Saúde. Foi utilizado o instrumento *Primary Care Assessment Tool*, Brasil, que contempla oito atributos da atenção primária cujos escores foram convertidos em escala de 0 a 10, sendo considerados satisfatórios aqueles $\geq 6,60$. **Resultado:** a média do Escore Geral foi de 7,6, mas a *Acessibilidade de primeiro contato* obteve escore de 3,7. Os cirurgiões dentistas atribuíram piores escores para todos os atributos ($p < 0,05$). A realização de atividade de educação permanente esteve associada ao Escore Geral alto ($p < 0,01$). **Conclusão:** com exceção da *Acessibilidade de primeiro contato*, os demais atributos estão presentes, mas iniciativas das equipes e gestores são necessárias para sua ampliação, sendo a educação permanente a principal estratégia nesse processo.

Descritores: Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Profissionais de Saúde; Formação Profissional.

ABSTRACT

Objective: to assess the presence and extent of Primary Health Care attributes in Campina Grande, Paraíba. **Method:** this is a cross-sectional study with 202 professionals from the Basic Health Units. The *Primary Care Assessment Tool*, Brazil, was used, which includes eight attributes of primary care whose scores were converted into a scale from 0 to 10, with those considered satisfactory > 6.60 . **Result:** the general score mean was 7.6, but First contact access obtained a score of 3.7. Dental surgeons attributed the worst scores for all attributes ($p < 0.05$). Permanent education activity was associated with a high general score ($p < 0.01$). **Conclusion:** with the exception of First contact access, the other attributes are present, but initiatives by teams and managers are necessary for its expansion, with permanent education being the main strategy in this process.

Descriptors: Public Health; Primary Healthcare; Health Services Research; Health Personnel; Public Health Professional.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la presencia y extensión de los atributos de la Atención Primaria de Salud en Campina Grande, Paraíba. **Método:** se trata de un estudio transversal con 202 profesionales de las Unidades Básicas de Salud. Se usó la herramienta de evaluación de atención primaria, Brasil, que incluye ocho atributos de atención primaria cuyas puntuaciones se convirtieron en una escala de 0 a 10, considerándose aquellos > 6.60 satisfactorios. **Resultado:** el promedio de la puntuación general fue de 7,6, pero la accesibilidad al primer contacto obtuvo una puntuación de 3,7. Los cirujanos dentales atribuyeron las peores puntuaciones para todos los atributos ($p < 0.05$). El desempeño de la actividad de educación permanente se asoció con una puntuación general alta ($p < 0.01$). **Conclusión:** en la excepción de Accesibilidad para el primer contacto, los otros atributos están presentes, pero las iniciativas de los equipos y gerentes son necesarias para su expansión, siendo la educación permanente la estrategia principal en este proceso.

Descritores: Salud Pública; Atención Primaria de Salud; Personal de Salud; Capacitación Profesional.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve constituir a base do sistema de saúde e a porta de entrada na rede de serviços, integrando-os e coordenando-os para atender às necessidades de saúde mais frequentes na população⁽¹⁾. Sistemas orientados pela APS, reconhecidamente, contribuem para a melhoria dos resultados da saúde, do acesso, da equidade e da eficiência dos serviços⁽²⁻³⁾.

No Brasil, os serviços de atenção primária são estruturados de acordo com princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Além desses, para ser caracterizado como provedor de uma APS de qualidade, o Ministério da Saúde (MS)⁽⁴⁾ indica a organização desses serviços de modo a obter quatro atributos, quais sejam: atributos essenciais – acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação da atenção e integralidade; e atributos derivados – orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural⁽¹⁾.

A avaliação desses atributos pode ser efetuada pelo instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), desenvolvido na *Johns Hopkins University*⁽⁵⁾, o qual apresenta-se em três versões originais direcionadas ao usuário adulto, infantil e profissionais e/ou gestores. O presente estudo utilizou a versão profissionais, a qual foi adaptada e validada para o Brasil⁽⁶⁾.

No cenário internacional, foram encontrados estudos com o PCATool-profissionais por profissionais da África do Sul, China, Dominica e Chile⁽⁷⁻¹⁰⁾. O desempenho geral verificado nesses países foi satisfatório. Na China, as avaliações dos clínicos gerais obtiveram melhores resultados em relação aos demais médicos da APS⁽⁷⁾. O Brasil apresenta uma concentração maior desses estudos⁽¹¹⁻²¹⁾, com uma perceptível carência no Nordeste⁽¹⁸⁾.

Em um estudo com 8.234 médicos cubanos do Programa Mais Médicos, foi verificado um desempenho geral satisfatório da APS, sugerindo o impacto da formação voltada para a APS⁽¹¹⁾. Estudos locais têm encontrado associação de fatores como vínculo empregatício⁽¹²⁻¹³⁾, qualificação voltada para a APS⁽¹⁴⁾ e experiência anterior⁽¹⁵⁾ com o desempenho da APS. Entretanto, outros estudos⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ não verificaram quaisquer associações.

Dessa maneira, a produção de estudos com o PCATool-profissionais pode preencher as lacunas acerca dos aspectos do contexto profissional que determinam a avaliação da qualidade da assistência, relevantes para o direcionamento de investimentos que visem o seu aperfeiçoamento. Além disso, a complexidade e heterogeneidade da avaliação na APS demanda diferentes perspectivas, incluindo a dos profissionais, possibilitando a produção de conhecimentos rigorosos sobre a efetividade e diversidade dos serviços⁽⁴⁾.

Nesse sentido, este é o primeiro estudo, até o momento, utilizando o PCATool-profissionais no estado da Paraíba, colaborando para a caracterização desses serviços no país e fornecendo dados inéditos para a discussão no meio acadêmico e entre gestores e profissionais.

Atrelado a isto, a avaliação da qualidade assistencial compõe um dos indicadores de desempenho de acordo com o novo modelo de financiamento da APS⁽²²⁾, sendo o aprofundamento da avaliação por profissionais importante para dar sustentação à tomada de decisão futura por gestores e trabalhadores do SUS.

Considerando o exposto, espera-se que os achados possam subsidiar intervenções que visem reduzir problemas relacionados aos atributos da APS, como falhas organizacionais dos serviços e inadequações no processo de trabalho das equipes, bem como potencializar aqueles atributos bem avaliados.

OBJETIVO

Avaliar a presença e extensão dos atributos da APS na totalidade das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Campina Grande, PB.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram respeitados os preceitos éticos, conforme a Resolução nº 466/2012⁽²³⁾.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa e delineamento transversal⁽²⁴⁾, realizada em todas as UBS de Campina Grande, PB. O município possui uma população estimada de 409.731 habitantes e extensão territorial de 593,026 km²⁽²⁵⁾, sendo um dos 14 pioneiros na implantação do Programa Saúde da Família (PSF), com 81 UBS⁽²⁶⁾, cuja cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) é de 91,78%⁽²⁷⁾. A coleta dos dados ocorreu no período de julho a dezembro de 2019.

Amostra, critério de inclusão e exclusão

A amostra foi do tipo não probabilística, composta pelos profissionais de saúde das UBS de Campina Grande que atendiam aos critérios de inclusão. De acordo com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), em dezembro de 2019, o município possuía 49 cirurgiões dentistas, 98 médicos e 116 enfermeiros, totalizando 263 profissionais⁽²⁶⁾, dos quais 220 eram elegíveis para o estudo (46 cirurgiões dentistas, 81 médicos e 93 enfermeiros). O questionário foi aplicado junto a 202 profissionais (44 cirurgiões dentistas, 70 médicos e 88 enfermeiros). A taxa de perda foi de 8,63% (n=18), incluindo recusas (n=10), insucesso após 4 tentativas (n=6) e questionários inválidos (n=2).

Os critérios de inclusão adotados foram: ser médico, cirurgião dentista ou enfermeiro das UBS; atuar há pelo menos seis meses na mesma equipe; e ter carga horária igual ou superior a 20 horas semanais. Foram excluídos aqueles em período de férias e/ou licença.

Protocolo do estudo

Os questionários foram aplicados nas UBS por três pesquisadoras capacitadas, após agendamento prévio, durante o expediente de trabalho do profissional e em uma sala reservada. Os questionários foram divididos em: Parte 1 - Questionário com

informações sociodemográficos e de contexto profissional; Parte 2 - Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil-profissionais), composto por 77 itens agrupados em 8 componentes que contemplam os atributos da APS. O instrumento está organizado da seguinte forma⁽⁴⁾:

1. Acesso de primeiro contato – Acessibilidade (A). Formado por 9 itens (A1 a A9), que procuram verificar a disponibilidade e funcionamento dos serviços quanto ao horário, aos dias de funcionamento e à existência de canais de comunicação, além da facilidade para o usuário conseguir consulta e o tempo de espera.
2. Longitudinalidade (B). Formado por 13 itens (B1 a B13), que abordam questões sobre o vínculo entre profissional e paciente, incluindo características da comunicação entre si, o conhecimento acerca da condição de saúde e social do paciente e se o mesmo é sempre atendido pelo mesmo profissional.
3. Coordenação – Integração de cuidados (C). Formado por 6 itens (C1 a C6), que procuram saber se o profissional tem conhecimento das consultas dos pacientes a especialistas e se informações são enviadas e recebidas destes, além da ajuda de alguém do serviço para o paciente marcar consulta.
4. Coordenação – Sistema de informações (D). Formado por 3 itens (D1 a D3), que buscam conhecer se as informações clínicas, sobre tratamento e consultas dos pacientes estão organizadas e adequadamente registradas e se são de fácil acesso para o usuário.
5. Integralidade – Serviços disponíveis (E). Formado por 22 itens (E1 a E22), que buscam identificar se o serviço oferece uma série de procedimentos como imunizações, tratamento odontológico, aconselhamento nutricional, exame preventivo, dentre outros.
6. Integralidade – Serviços prestados (F). Formado por 15 itens (F1 a F15), que procuram saber se os profissionais discutem determinados assuntos preventivos e de promoção da saúde com os pacientes.
7. Orientação familiar (G). Formado por 3 itens (G1 a G3), que buscam conhecer se o profissional leva em consideração o contexto familiar no planejamento e tratamento dos pacientes, incluindo suas opiniões e o histórico de saúde familiar.
8. Orientação comunitária (H). Formado por 6 itens (H1 a H6), que procuram saber se os profissionais consideram o contexto da comunidade no planejamento das ações por meio de visitas domiciliares, pesquisas de satisfação e para identificação de problemas.

As respostas para cada item se apresentam em escala tipo Likert, com escores que variam de 0 a 4 (4 = com certeza, sim; 3 = provavelmente, sim; 2 = provavelmente, não; 1 = com certeza, não; e 0 = não sei/não lembro, esse último, posteriormente, foi convertido para o valor 2). O escore de cada atributo foi calculado pela média aritmética simples dos valores de cada resposta. Os valores de cada item da escala, que variam de 1 a 4, foram transformados em escala contínua de 0 a 10 por meio da fórmula:

$$\text{Escore de 0 a 10 do atributo X} = \frac{(\text{escore de 1 a 4 do atributo X} - 1) \times 10}{3}$$

O Escore Essencial foi calculado pela soma dos escores médios dos seus respectivos componentes, dividido pela quantidade de componentes, tal como nas fórmulas abaixo:

$$\text{Escore Essencial} = \frac{(A+B+C+D+E+F)}{6}$$

O Escore Geral foi calculado pela soma do escore médio dos componentes dos atributos essenciais e derivados, dividido pelo total de componentes.

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

Os escores com valores igual ou acima de 6,6 foram considerados satisfatórios⁽⁶⁾, correspondendo às respostas maiores ou iguais a 3 (“provavelmente, sim”) na escala Likert.

Análise dos resultados

Os dados foram digitados em planilhas do *Excel, Microsoft Office 2016* e foram, posteriormente, exportados e analisados no programa *R Core Team Statistical Software*. Os escores dos atributos foram apresentados na forma de média e mediana, segundo a sua distribuição. Para as suas comparações, segundo a categoria profissional, utilizou-se o teste paramétrico *t* de *Student* e o teste não paramétrico de *Man Whitney*. Para associação das variáveis de contexto profissional com o Escore Geral (alto/baixo), foi utilizado o Teste Qui-Quadrado de *Pearson*. Na análise multivariada, a verificação dos fatores associados ao Escore Geral alto baseou-se nas razões de prevalência (RP) e seus respectivos Intervalos de Confiança (IC 95%), estimados pela Regressão de *Poisson*. Foram incluídas nas análises bruta e ajustada as variáveis associadas ao Escore Geral alto com valor de $p < 0,20$. Para todas as análises, utilizou-se nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Neste estudo, foram entrevistados 202 profissionais de saúde, distribuídos em enfermeiros (43,6%; $n=88$), médicos (34,6%; $n=70$) e cirurgiões dentistas (21,8%; $n=44$), que atuavam nas UBS do município de Campina Grande. A Tabela 1 mostra a distribuição do Escore Geral alto e Escore Geral baixo de acordo com as características sociodemográficas e de contexto profissional.

A idade média foi de 42,76, variando de 24 a 74 anos e predominantemente composta pelo sexo feminino ($n=173$, 86,5%). Quanto às características de formação e qualificação profissional, a mediana de tempo de formado foi de 16 anos (DP=12,26), prevalecendo profissionais que formaram-se em instituição pública (71,78%), concluíram ou estavam realizando algum tipo de pós-graduação na área da APS (77,2%), das quais a especialização foi o tipo mais frequente (58,91%). A maioria também afirmou ter realizado ou estar realizando atividade de educação permanente (76,73%).

Quanto ao contexto de trabalho, a mediana de tempo de atuação na APS foi de 14 anos (DP=9,41), e de 4 anos (DP=4,92) para o tempo de atuação na equipe. Ainda, 50,99% possuíam vínculo estatutário; 52,97% afirmaram não possuir ou desconhecer a existência de incentivo municipal à educação permanente; e 94,55% atuavam com jornada de 40 horas semanais.

Tabela 1 – Distribuição do Escore Geral alto e baixo segundo as variáveis sociodemográficas e de contexto profissional dos profissionais das Unidade Básica de Saúde, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2020

Variável	Escore Geral Baixo		Escore Geral Alto		p*
	n	%	n	%	
Sexo					
Masculino	7	12,30	22	15,20	0,5978
Feminino	50	87,70	123	84,80	
Idade					
> 40 anos	32	56,10	68	46,90	0,2369
≤ 40 anos	25	43,90	77	53,10	
Categoria					
Enfermeiro	18	31,60	70	48,30	< 0,01
Médico	17	29,80	53	36,60	
Cirurgião dentista	22	38,60	22	15,20	
Instituição					
Pública	44	77,20	101	69,70	0,284
Privada	13	22,80	44	30,30	
Tempo de formado					
≥ 16 anos	34	59,60	65	44,80	0,0578
< 16 anos	23	40,40	80	55,20	
Localização de trabalho					
Urbano	53	93,00	128	88,30	0,733
Mista	2	3,50	7	4,80	
Rural	2	3,50	10	6,90	
Pós-graduação					
Sim	41	71,90	115	79,30	0,2602
Não	16	28,10	30	20,70	
Tipo de pós-graduação					
Especialização	34	59,60	85	58,60	0,6419
Mestrado	3	5,30	14	9,70	
Doutorado	0	0,00	2	1,40	
Residência	4	7,00	14	9,60	
Nenhuma	16	28,10	30	20,70	
Educação permanente					
Sim	36	63,20	119	82,10	< 0,01
Não	21	36,80	26	17,90	
Tempo de atuação na APS					
≥ 14 anos	29	50,90	68	46,90	0,6102
< 14 anos	28	49,10	77	53,10	
Tempo de atuação na equipe					
≥ 4 anos	29	50,90	71	49,00	0,8067
< 4 anos	28	49,10	74	51,00	
Vínculo					
Estatutário	30	52,60	73	50,30	0,5125
Contrato	23	40,40	51	35,20	
Residência	2	3,50	7	4,80	
Bolsista	2	3,50	14	9,70	
Carga horária					
<40 horas	2	3,50	9	6,20	0,5509
>40 horas	55	96,40	136	93,80	
Incentivo municipal					
Sim	26	45,60	69	47,60	0,5685
Não	25	43,90	54	37,20	
Não sei	6	10,50	22	15,20	

Nota: *Teste Qui-Quadrado de Pearson. APS - Atenção Primária à Saúde.

Tabela 2 – Distribuição dos valores mínimos, máximos, média e mediana dos atributos da Atenção Primária à Saúde segundo os profissionais das Unidade Básica de Saúde, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2020

Atributos da Atenção Primária	Mínimo	Máximo	Média [†] /Mediana*	DP
Acessibilidade de primeiro contato*	1,48	6,67	3,70	1,12
Longitudinalidade*	4,87	10,00	7,39	1,17
Coordenação – integração de cuidados*	3,89	10,00	7,22	1,34
Coordenação – sistemas de informações*	3,33	10,00	8,88	1,53
Integralidade – serviços disponíveis [†]	2,73	10,00	6,96	1,20
Integralidade – serviços prestados*	0,22	10,00	7,88	1,86
Orientação familiar*	3,33	10,00	8,88	1,62
Orientação comunitária*	2,78	10,00	7,22	1,66
Escore Essencial [†]	4,69	9,30	6,89	0,89
Escore Variado [†]	3,33	10,00	7,77	1,36
Escore Geral [†]	4,77	9,72	7,16	0,98

Nota: [†]Distribuição simétrica; *Distribuição assimétrica; DP - Desvio Padrão.

A Tabela 2 apresenta os valores mínimos, máximos, médias, medianas e desvio padrão dos escores dos atributos da APS, segundo os profissionais das UBS.

Os escores apresentaram valores satisfatórios (>6,6), exceto na *Acessibilidade de primeiro contato* (Tabela 2). A Tabela 3 traz os escores dos atributos para cada categoria profissional.

A análise por categoria profissional verificou que os cirurgiões dentistas atribuíram valores inferiores. As diferenças observadas foram significativas para os atributos *Longitudinalidade*, *Coordenação - sistemas de informações*, *Integralidade - serviços prestados*, *Orientação familiar*, bem como para o Escore Essencial, Escore Variado e Escore Geral (Tabela 3). As variáveis que mantiveram associações com o Escore Geral alto no modelo final são apresentadas na Tabela 4.

Verificou-se que a prevalência do Escore Geral alto foi maior entre médicos e enfermeiros e entre aqueles que afirmaram realizar atividade de educação permanente (p<0,05). As demais variáveis não apresentaram associação estatisticamente significativa (Tabela 4).

DISCUSSÃO

A avaliação dos serviços de APS permite a verificação de barreiras e fatores associados ao alcance dos atributos da APS. Para tal, deve-se considerar que, na prática, esses atributos estão interrelacionados⁽¹⁾, não devendo os resultados encontrados ser interpretados isoladamente.

Desse modo, este estudo encontrou um Escore Geral satisfatório, mas piores avaliações pelos cirurgiões dentistas, além da existência de fragilidades no atributo *Acessibilidade de primeiro contato* e em alguns itens específicos dos demais atributos, discutidos mais adiante.

A *Acessibilidade de primeiro contato* obteve escore de 3,83. Esse achado corrobora estudos nacionais realizados em São Paulo^(15,19), Goiás⁽¹⁷⁾ e Espírito Santo⁽²⁰⁾, cujos escores foram de 2,84; 3,71; 3,97 e 5,57, respectivamente, tendo sido o único atributo com escore insatisfatório assim como na presente pesquisa.

O Escore Essencial encontrado no atual estudo foi de 6,89, e 7,16 para o Escore Geral. Entretanto, em outro estudo do Nordeste, no Ceará, todos os atributos foram negativamente avaliados, com Escore Essencial de 6,05 e Escore Geral de 6,35⁽¹⁸⁾.

Tabela 3 – Comparação de médias e medianas dos escores dos atributos entre as categorias profissionais das Unidade Básica de Saúde, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2020

Atributos da Atenção Primária	Cirurgião Dentista		Enfermeiro		Médico	
	Média*/Mediana [†]	(IC 95%)/II	Média*/Mediana [†]	(IC 95%)/II	Média*/Mediana [†]	(IC 95%)/II
Acessibilidade [†]	3,33a	2,96 - 4,53	3,70a	2,96 - 4,44	3,88a	2,96 - 4,72
Longitudinalidade*	7,00b	6,67 - 7,33	7,55a	7,32 - 7,79	7,48a	7,18 - 7,78
Coordenação - integração de cuidados*	6,99a	6,57 - 7,41	7,22a	6,93 - 7,52	7,14a	6,84 - 7,45
Coordenação – sistemas de informações [†]	7,78b	6,67 - 8,89	8,89a	7,78 - 10,0	8,89a	7,78 - 10,0
Integralidade – serviços disponíveis*	7,16a	6,81 - 7,50	6,89a	6,61 - 7,17	6,94a	6,68-7,20
Integralidade – serviços prestados [†]	5,55b	4,61 - 7,11	8,22a	7,33 - 9,11	8,33a	7,11 - 9,11
Orientação familiar [†]	8,34b	6,67 - 8,89	8,89a	7,78 - 10,0	9,45a	7,78 - 10,0
Orientação comunitária*	6,77a	6,15 - 7,38	7,38a	7,07 - 7,69	7,17a	6,78 - 7,57
Escore Essencial*	6,32b	6,08 - 6,57	7,06a	6,87 - 7,24	7,05a	6,85 - 7,25
Escore Variado*	6,56b	6,27 - 6,85	7,29a	7,11; 7,48	7,28a	7,07 - 7,48
Escore Geral*	7,26b	6,75 - 7,77	8,00a	7,74 - 8,26	7,95a	7,65 - 8,26

Notas: (IC 95%) – Intervalo de Confiança de 95% (média); II – Intervalo Interquartil (mediana); *Teste t de Student para variáveis com distribuição normal (média); [†]Teste Man-Whitney para variáveis com distribuição anormal (mediana); a - sem diferença estatisticamente significativa; b- diferença estatisticamente significativa (p<0,05).

Tabela 4 – Regressão bruta e ajustada para o Escore Geral da Atenção Primária à Saúde atribuído pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2020

Variável	Escore Geral Alto			
	RPb*/(IC 95%)	RPaj [†] /(IC 95%)	P (Wald's test)	P (LR-test)
Categoria				0,035
Médico	1,51 (0,92-2,49)	1,22 (1,01-1,49)	0,042	
Enfermeiro	1,59 (1,01-2,57)	1,33 (1,08-1,63)	0,029	
Cirurgião dentista	1	1		
Tempo de formado				0,576
<16 anos	1,18 (0,85-1,64)		0,576	
>16 anos	1	1		
Educação permanente				0,046
Sim	1,39 (0,91-2,12)	1,35 (1,03-1,76)	0,047	
Não	1	1		
Vínculo				0,965
Estatutário	1,03 (0,72-1,47)	1,05 (0,67-1,64)	0,965	
Bolsista (PMM)	1,27 (0,71-2,29)	1,18 (0,61-2,26)	0,625	
Residente	1,13 (0,51-2,48)	0,99 (0,42-2,33)	0,992	
Contratado	1			
Incentivo municipal				0,781
Sim	1,06 (0,74-1,52)	0,99 (0,68-1,43)	0,937	
Não sei	1,15 (0,7-1,89)	1,17 (0,7-1,96)	0,539	
Não	1	1		

Notas: *RPb - Regressão de Poisson bruta; [†]RPaj: Regressão de Poisson ajustada por: categoria, tempo de formado, educação permanente, vínculo e incentivo municipal; IC - Intervalo de Confiança; PMM - Programa Mais Médicos.

Apesar da concentração dos estudos nas regiões Sudeste^(15,19-20) e Sul^(12,21), foram unânimes as avaliações negativas para *Acessibilidade de primeiro contato*. É o caso dos estudos no Rio Grande do Sul e Ceará, que apresentaram Escore Geral de 7,52⁽¹²⁾ e 6,49⁽¹⁸⁾, respectivamente, mas ambos encontraram avaliação negativa na acessibilidade. Diferentemente, esse atributo esteve presente na China⁽⁷⁾ e na África do Sul⁽⁸⁾. Como não existe uma escala padronizada internacionalmente para as pontuações do PCATool, esses estudos adotaram escala própria.

De fato, barreiras de acesso evidentes, como a inexistência de funcionamento em horários noturnos, oferta de atendimentos nos fins de semana e ausência de telefone para comunicação, são verificadas na maioria desses serviços brasileiros⁽²⁸⁾. Apesar de a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) recomendar a organização desses conforme as necessidades de acesso da população⁽²⁹⁾, isso não tem sido suficiente para impulsionar mudanças na cultura institucional já estabelecida⁽²⁸⁾. Além disso, a expansão da cobertura da ESF, ao longo dos anos, chegando a 64,67% em 2019⁽²⁷⁾, tem sido

comprometida pela redução do investimento federal para a saúde desde 2015⁽³⁰⁾.

Apesar de essas questões do PCATool terem sido apontadas como inadequadas à realidade brasileira⁽¹⁸⁾, elas refletem o quanto esses serviços ainda precisam avançar para adequar-se a um modelo ideal de APS, a começar pelo aumento da cobertura dos serviços, ampliação do funcionamento das unidades e da comunicação não presencial (telefone ou e-mail)⁽²⁸⁾.

O acesso aos serviços pode ser potencializado pela superação das agendas organizadas estritamente por grupos preferenciais, muito observada no município estudado, e que comprometem o atendimento à demanda espontânea da população em geral. Uma dessas estratégias é o acesso avançado, que permite o agendamento de consultas para o mesmo dia ou em até 48 horas⁽³¹⁾.

A garantia da acessibilidade na APS é indispensável para o uso desses serviços como fonte regular, relevante para o alcance da longitudinalidade⁽¹⁾, a qual apresentou

um alto escore médio (7,4). Um estudo de base nacional verificou escores de 8,1 na região Nordeste e Sul, e de 7,9 no Sudeste e Norte⁽¹¹⁾. É possível que a formação voltada para a APS dos médicos cubanos deste estudo tenha influenciado os resultados verificados, visto que foram superiores aos verificados no Ceará (6,05)⁽¹⁸⁾, Goiás (6,8)⁽¹⁷⁾, São Paulo (7,0)⁽¹⁹⁾ e Espírito Santo (7,99)⁽¹⁵⁾.

Um elevado percentual de profissionais respondeu negativamente aos itens sobre o conhecimento do emprego e moradia dos pacientes, apontando a necessidade de maior aproximação com a realidade dos usuários. Ademais, o sucesso da longitudinalidade também depende da coordenação da atenção, incluindo a qualidade de informações e sua fluidez entre os serviços⁽³²⁾.

Nesse sentido, os atributos *Coordenação - integração de cuidados* e *Coordenação - sistema de informações* obtiveram escores médios satisfatórios (7,14 e 8,44, respectivamente). A pontuação elevada desses atributos, provavelmente, explica-se pela existência do prontuário eletrônico no município, destacando-se como uma ferramenta relevante na coordenação da atenção.

No entanto, verificaram-se altas prevalências de respostas negativas no item sobre recebimento de informações dos pacientes dos serviços especializados, também verificado em estudos na África do Sul⁽⁸⁾ e Chile⁽¹⁰⁾. No Brasil, o mesmo ocorreu no Ceará⁽³³⁾ e em São Paulo⁽²⁰⁾, evidenciando a necessidade de fortalecimento dos mecanismos de comunicação entre os serviços através da criação de protocolos padronizados de referência e contrarreferência.

Verificou-se, ainda, que, no município avaliado, alguns procedimentos clínicos são deslocados para outros serviços. De fato, a resolatividade da APS é um dos desafios reconhecidos no SUS⁽³²⁾. Nesse contexto, o atributo *Integralidade – serviços disponíveis* obteve escore de 6,96. A análise individual dos itens mostrou que procedimentos como remoção de verrugas, sutura em casos de corte e remoção de unha encravada praticamente não são ofertados nas unidades, como ocorreu em outros estudos nacionais^(15,18), diferente de países como China⁽⁷⁾ e Chile⁽¹⁰⁾, que foram consideravelmente satisfatórios nesse quesito.

Alguns dos possíveis fatores relacionados são a inadequação estrutural; a inutilização de um guia ou carteira de serviços pelos gestores e profissionais que determinem os procedimentos inerentes a APS; e a imprecisão dos papéis de cada profissional na oferta desses procedimentos⁽³⁴⁾. De fato, um estudo realizado em Campina Grande verificou condições estruturais pouco favoráveis na APS⁽³⁵⁾. Além disso, a indefinição apontada é perceptível, visto que houve casos pontuais de profissionais que afirmaram realizar tais procedimentos enquanto a maioria não o faz.

Por sua vez, o atributo *Integralidade - serviços prestados* obteve avaliação satisfatória (7,56). No entanto, a avaliação negativa predominou no item que trata do conhecimento do profissional sobre o porte e segurança de arma de fogo pelo paciente. Resultados parecidos foram encontrados na África do Sul⁽⁸⁾ e Chile⁽¹⁰⁾, os quais apresentaram um péssimo desempenho. A média dos escores do atributo nos estudos nacionais foi de 6,74, no Ceará⁽¹⁶⁾; 7,2 no Rio Grande do Sul⁽²⁸⁾; 8,4 em São Paulo⁽²⁷⁾, todos com avaliação negativa na questão que envolve arma de fogo.

Reconhecendo-se o potencial da APS na prevenção de agravos e promoção da saúde e tendo em vista a gravidade dos acidentes por arma de fogo, parece pertinente que essa temática seja tratada na APS. Inclusive, a Carteira de Serviços da Atenção Primária (2019) cita a prevenção por acidentes com arma de fogo, referenciando o Caderno de Atenção Básica (2012)⁽³⁶⁾. No entanto, não foram encontradas referências no âmbito estadual e municipal que indicassem essa temática na APS.

Os atributos *Orientação familiar* e *Orientação comunitária* obtiveram médias dos escores de 8,47 e 7,17, respectivamente. Na China, o atributo *Orientação comunitária* apresentou avaliações negativas por médicos não generalistas em relação aos clínicos gerais⁽⁷⁾. No estado de Pernambuco, os escores foram 6,4 e 7,93, respectivamente, com resultado negativo para o item sobre a presença de usuários nos conselhos de saúde⁽³⁷⁾, assim como na presente pesquisa, evidenciando a necessidade de ações que incentivem o empoderamento da comunidade e promovam maior controle de políticas públicas de saúde pelos usuários, tal como preconiza a Política Nacional de Promoção da Saúde⁽³⁸⁾.

No que se refere aos escores de cada atributo, de acordo com a categoria profissional, os cirurgiões dentistas foram os que atribuíram piores valores, sendo essa diferença estatisticamente

significativa ($p < 0,05$) para os atributos *longitudinalidade*, *coordenação da atenção – sistema de informações*, *integralidade – serviços prestados*, *orientação familiar* e para os Escores Essencial, Variado e Geral. A análise multivariada ajustada confirmou que os cirurgiões dentistas obtiveram menores prevalências do Escore Geral alto em relação aos médicos e enfermeiros ($p < 0,05$).

Os resultados obtidos dos cirurgiões dentistas convergem com o encontrado no Ceará⁽¹⁸⁾. No Rio Grande do Sul, esses profissionais também apresentaram maior proporção do Escore Geral baixo⁽¹³⁾. Apesar da carência de estudos com o PCATool aplicado à essa categoria, a literatura tem relatado desafios a serem enfrentados na superação do modelo odontológico tradicional, destacando-se a insuficiência na realização de ações que envolvem a orientação familiar⁽³⁹⁾, a coordenação do cuidado⁽³⁹⁻⁴⁰⁾ e a integralidade⁽³⁹⁾, dando suporte aos desempenhos aqui encontrados.

No entanto, constatou-se que o PCATool não foi adequado para avaliar serviços de atribuição específica do cirurgião dentista, sobretudo no atributo *Integralidade – serviços prestados*, que obteve pior desempenho possivelmente devido ao teor das questões voltadas para a rotina médica e da enfermagem. Sugerem-se, portanto, adaptações desse instrumento para o contexto da saúde bucal.

Quanto à educação permanente, variável associada ao Escore Geral alto ($p < 0,001$), destaca-se como estratégia para qualificar os processos de trabalhos mediante a problematização dos cenários de práticas. Apesar da escassez de estudos sobre suas implicações práticas⁽⁴¹⁾, um estudo na Paraíba verificou que essa estratégia foi capaz de melhorar o acesso, fortalecer o vínculo com os usuários e a participação comunitária⁽⁴²⁾, indicando, portanto, potencial para impactar nos atributos da APS.

No estado da Paraíba, as principais iniciativas de educação permanente incluem seminários, oficinas, apoio matricial, cursos de especialização, capacitações e aquelas de integração ensino-serviço, como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), apoiadas pela gestão estadual, a qual parece protagonizar essas ações, conforme as necessidades das regiões de saúde⁽⁴³⁾. Apesar da relevância, 53% dos profissionais que participaram deste estudo afirmaram desconhecer ou não receber apoio municipal à educação permanente, demonstrando uma preocupante insuficiência dessas ações.

Estudo realizado em Belo Horizonte constatou que a maior proporção de profissionais com treinamento em saúde da família foi um dos fatores mais fortemente associados ao melhor desempenho da APS⁽¹⁴⁾. Já em Goiânia, não foi verificada associação da realização da capacitação em saúde da família com a qualidade desses serviços⁽¹⁶⁾. É possível que as dificuldades conceituais da educação permanente, confundindo-se com educação continuada⁽⁴¹⁾, possam levar a resultados superestimados e/ou distintos, demandando estudos mais aprofundados sobre seu impacto na APS.

Limitações do estudo

Além das limitações inerentes às pesquisas transversais, sugerem-se estudos que abordem também as experiências dos usuários. A captação dos aspectos específicos da qualificação profissional relacionados ao desempenho dos serviços foi limitada, mas os achados trouxeram apontamentos importantes que requerem aprofundamento por novos estudos.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Os resultados desta pesquisa devem ser levados aos gestores e profissionais, pois orientam mudanças necessárias e trazem à tona reflexões acerca das fragilidades existentes na formação e atuação voltada para a APS, alertando para a criação de estratégias locais que possam impactar na reorientação do processo de trabalho. Os achados também serão compartilhados com as instituições de ensino superior da Paraíba, considerando seu papel preponderante na formação e educação permanente desses profissionais.

CONCLUSÕES

Este estudo encontrou limites e potencialidades no desempenho dos atributos da APS, direcionando iniciativas necessárias para

o aperfeiçoamento dos serviços. Dentre as principais limitações, estão o baixo desempenho no atributo *Acessibilidade de primeiro contato* e as piores avaliações atribuídas pelos cirurgiões dentistas. Apesar disso, a avaliação geral foi positiva e os demais atributos estão presentes, indicando o potencial do atual modelo assistencial.

Para o maior alcance desses atributos, são necessárias estratégias internas ao processo de trabalho das equipes, envolvendo desde a ampliação da prática orientada pelo cuidado integral até o aprimoramento da organização do serviço para atender as demandas. Aos gestores, cabe a garantia de condições estruturais mínimas e maiores investimentos na educação permanente para garantir a qualificação dos recursos humanos e alcance de transformações.

O presente estudo alcançou seu objetivo, ao passo que possibilitou o conhecimento acerca da presença e extensão dos atributos, apontando as principais falhas e estratégias para sua resolução.

REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília (DF): Unesco, Ministério da Saúde; 2002 [cited 2019 Oct 10]. 726 p. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
2. Kringos DS, Boerma GW, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res*. 2010;10(65). doi: 10.1186/1472-6963-10-65
3. Bastos ML, Menzies D, Hone T, Dehghani K, Trajman A. Correction: the impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: a systematic review. *PLoS One*. 2017;12(12):e0189557. doi: /10.1371/journal.pone.0189557
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2019 Oct 10]. 80 p. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf
5. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Prac* [Internet]. 2001 [cited 2019 Oct 10];50(2):161-75. Available from: <https://www.mdedge.com/jfponline/article/60464/validating-adult-primary-care-assessment-tool>
6. Hauser L, Castro RCL de, Vigo Á, Trindade TG da, Gonçalves MR, Stein AT, et al. Translation, adaptation, validity and reliability of the Instrument for Assessment of Primary Health Care (PCATool) in Brazil: version of health professionals. *Rev Bras Med Fam Comun*. 2013;8(29):244-55. doi: 10.5712/rbmf8(29)821
7. Zou Y, Zhang X, Hao Y, Shi L, Hu R. General practitioners versus other physicians in the quality of primary care: a cross-sectional study in Guangdong Province, China. *BMC Fam Pract*. 2015;16(1):1-8. doi: 10.1186/s12875-015-0349-z
8. Macinko J, Jimenez G, Cruz-Peñate M. Primary care performance in Dominica. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2015 [cited 2019 Oct 10];37(2):104-12. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v37n2/104-112/en/#ModalArticles>
9. Bresick GF et al. Western Cape Primary Care Assessment Tool (PCAT) study: Measuring primary care organisation and performance in the Western Cape Province, South Africa (2013). *African J Prim Health Care Fam Med*. 2016;8(1):e1-12. doi: 10.4102/phcfm.v8i1.1057
10. Pesse-Sorensen K, Fuentes-García A, Ilabaca J. Estructura y funciones de la Atención Primaria de Salud según el Primary Care Assessment Tool para prestadores en la comuna de Conchalí - Santiago de Chile. *Rev Med Chil*. 2019;147(3):305-13. doi: 10.4067/S0034-98872019000300305
11. Kemper ES. Avaliação da qualidade da Atenção Primária no Programa Mais Médicos. *APS Em Rev.* 2019;1(1):75-87. doi: 10.14295/aps.v1i1.17
12. Nascimento L, Paula CC, Magnago TSBS, Padoin SMM, Harzheim E, Silva CB. Qualidade da atenção primária à saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;24:e2720. doi: 10.1590/1518-8345.0609.2720
13. Ferreira T, Paula CC, Kleinubing RE, Kinalski DF, Anversa ETR, Padoin SMM. Evaluation of the quality of primary health care for children and adolescents with HIV: PCATool-Brasil. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(3):e61132. doi: 10.1590/1983-1447.2016.03.61132
14. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(9):1941-52. doi: 10.1590/0102-311X00132114
15. Lima EFA, Sousa AI, Leite FMC, Lima RCD, Nascimento MH, Primo CC. Evaluation of the Family Healthcare Strategy from the Perspective of Health Professionals. *Esc Anna Nery*. 2016;20(2):275-80. doi: 10.5935/1414-8145.20160037
16. Oliveira R, Ida I, Carvalho H, Menezes F. Training and Qualification of Health Professionals: Factors associated to the Quality of Primary Care. *Rev Bras Educ Med*. 2016;40(4):547-59. doi: 10.1590/1981-52712015v40n4e02492014

17. Maia LG, Silva LA, Guimarães RA, Pelazza BB, Leite GR, Barbosa MA. A qualidade de serviços de atenção primária, a formação profissional e o Programa Mais Médicos em uma região de saúde do sudoeste goiano. *Rev Bras Epidemiol.* 2020;23:e200014. doi: 10.1590/1980-549720200014
18. Rolim LB, Monteiro JG, Meyer APGFV, Nuto SAS, Araújo MFM, Freitas RWJF. Evaluation of Primary Health Care attributes of Fortaleza city, Ceará State, Brazil. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(1):19–26. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0033
19. Martins JS, Abreu SCC, Quevedo MP, Bourget MMM. Comparative Study between Health Care Units with and without Family Health Strategy using PCATool. *Rev Bras Med Fam Comun.* 2016;11(38):1-13. doi: 10.5712/rbmf11(38)1252
20. Gomes, MFP, Fracolli, LA. Evaluation of the family health strategy from the professionals' perspective. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2018;31(3):1-13. doi: 10.5020/18061230.2018.7108
21. Mazutti Penso J, Périco E, Oliveira MMC, Guimarães Strohschoen AA, Carreno I, Rempel C. Evaluation of Primary Health Care using the PCATool-Brazil Instrument. *Rev Bras Med Fam Comun.* 2017;12(39),1-9. doi: 10.5712/rbmf12(39)1212
22. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.222 de 19 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 172, 11 Dez 2019 [cited 2020 Jan 15]. Available from: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>
23. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 59, 13 Jun 2013 [cited 2019 Nov 26]. Seção I. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
24. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia & Saúde.* 7. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2013.736p.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Panorama da cidade de Campina Grande, PB [Internet]. 2019 [cited 2020 May 20]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/campina-grande/panorama>
26. Ministério da Saúde (BR). Datasus. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet] Brasília (DF); 2019 [cited 2019 Dec 26]. Available from: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>
27. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Atenção Primária à Saúde. e-Gestor: informação e gestão da atenção básica [Internet]. 2019 [cited 2020 May 20]. Available from: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
28. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde Debate.* 2018;42(1):361-78. doi: 10.1590/0103-11042018s125
29. Ministério da Saúde (BR). Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. *Diário Oficial da União.* p.68, 22 Dez 2017. [cited 2020 Jan 15] Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
30. Massuda A, Hone T, Leles FAG, Castro MC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Glob Health.* 2018;3(4):e000829. doi: 10.1136/bmjgh-2018-000829
31. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recommendations to strengthen primary health care in Brazil. *Rev Panam Salud Publica.* 2020;44(6):e4. doi: 10.26633/RPSP.2020.4
32. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordination of care and Primary Health Care in the Unified Health System. *Health Debate.* 2018;42(spe1):244-260. doi: 10.1590/0103-11042018s116
33. Carneiro MSM, Melo DMS, Gomes JM, Pinto FJM, Silva MGC. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde Debate.* 2014;38(spe):279-295. doi: 10.5935/0103-1104.2014S021
34. Cunha CRH, Harzheim E, Medeiros OL, D'Ávila OP, Martins C, Wollmann L. Primary Health Care Portfolio: assuring of integrality in the Family Health and Oral Health Teams in Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2020;25(4):1313-26. doi: 10.1590/1413-81232020254.31862019
35. Pedraza PF, Queiroz D, Sales MC, Menezes TN. Characterization of work of nurses and health professionals in Support Center for Family Health in Primary Health Care. *ABCS Health Sci.* 2018; 43(3):77-88. doi: 10.7322/abcshs.v43i2.993
36. Ministério da Saúde (BR). Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS). [Internet] Brasília [cited 2020 May 20]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_ versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf
37. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Promoção da Saúde - PNaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. [Internet] Brasília; 2014 [cited 2020 May 20]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html
38. Paula WKAS, Samico IC, Caminha MFC, Batista FM, Figueirôa JN. Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. *Cad Saúde Colet.* 2017;25(2):242-8. doi: 10.1590/1414-462x201700020113
39. Baldani MH, Ribeiro AE, Gonçalves JRSN, Ditterich RG. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. *Saúde Debate.* 2018;42(spe1):145-62. doi: 10.1590/0103-11042018S110
40. Fagundes DM, Thomaz EBAF, Queiroz RCS, Rocha TAH, Silva NC, Vissoci JRN. Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQ-AB. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(9)e00049817. doi: 10.1590/0102-311x00049817
41. Campos KFC, Sena RR, Silva KL. Permanent professional education in healthcare services. *Esc Anna Nery.* 2017;21(4):e20160317. doi: 10.1590/2177-9465-ean-2016-0317

42. Cavalcanti YW, Padilha WWN. Qualificação de processos de gestão e atenção no município de Caaporã, PB: relatos de tutoria de educação permanente em saúde. *Saúde Debate*. 2014;38(100):170-80. doi: 10.5935/0103-104.20140009
 43. Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba. Resolução CIB. Nº 01/2019 - Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde [Internet] 2019 [cited 2020 May 20]. Available from: <https://www.conass.org.br/planos-estaduais-educacao-permanente/PEEPS-PB.pdf>
-