



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LAURA MODESTO LINS GRIZ

**AVALIAÇÃO DA ORIENTAÇÃO FAMILIAR E ORIENTAÇÃO
COMUNITÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM CAMPINA
GRANDE-PB**

**CAMPINA GRANDE – PB
2014**

LAURA MODESTO LINS GRIZ

**AVALIAÇÃO DA ORIENTAÇÃO FAMILIAR E ORIENTAÇÃO
COMUNITÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM CAMPINA
GRANDE-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador (a): Prof. Me. Valdecir Carneiro da Silva

CAMPINA GRANDE – PB
2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

G872a Griz, Laura Modesto Lins.

Avaliação da orientação familiar e orientação comunitária na atenção primária à saúde em Campina Grande-PB [manuscrito] / Laura Modesto Lins Griz. - 2014.
20 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.

"Orientação: Prof. Me. Valdecir Carneiro da Silva, Departamento de Enfermagem".

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Orientação Familiar. 3. Educação em Saúde. 4. Orientação Comunitária. I. Título.

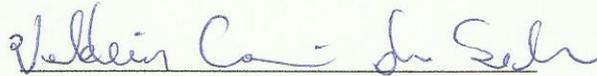
21. ed. CDD 610.734

LAURA MODESTO LINS GRIZ

**AVALIAÇÃO DA ORIENTAÇÃO FAMILIAR E ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM CAMPINA GRANDE-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Estadual da Paraíba, em
cumprimento à exigência para obtenção do
grau de Bacharel em Enfermagem.

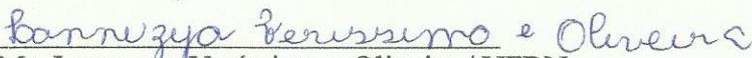
Aprovada em 18/07/2014.



Prof. Ms. Valdecir Carneiro da Silva / UEPB
Orientador



Prof. Ms. Ardigleusa Alves Coelho / UEPB
Examinadora



Profª. Ms. Lannuzya Veríssimo e Oliveira / UFRN
Examinadora Externa

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 REFERENCIAL TEÓRICO	8
3 REFERENCIAL METODOLÓGICO	10
4 DADOS E ANÁLISE DA PESQUISA	12
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17

AVALIAÇÃO DA ORIENTAÇÃO FAMILIAR E ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM CAMPINA GRANDE-PB

GRIZ, Laura Modesto Lins¹; SILVA; Valdecir Carneiro da²

RESUMO

Trata-se de estudo avaliativo de abordagem transversal, realizado com usuários da Estratégia Saúde da Família de Campina Grande-PB, entre abril a junho de 2013. Possuindo como objetivo avaliar os atributos derivados Orientação Familiar e Orientação Comunitária da Atenção Primária à Saúde em Campina Grande – Paraíba. Foram entrevistados 348 usuários com idade entre 20 e 59 de anos que não possuíam plano de saúde suplementar, de 12 Unidades Básicas de Saúde, utilizando-se o instrumento de avaliação *Primary Care Assessment Tool* PCATool Brasil versão Adulto contendo 87 itens divididos em 10 componentes e sete atributos, destes, avaliamos: Orientação Familiar (I), constituído por 3 itens e Orientação Comunitária (J), constituída por 6 itens. No processamento e análise dos dados utilizou-se o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) - Versão livre para armazenamento do conteúdo obtido das respostas e teve como instrumento de validação a Escala de Likert, com cinco valores, os resultados relacionados aos componentes foram: Orientação Familiar (2.649), e Orientação Comunitária (2.535). O estudo demonstra que apesar da avaliação satisfatória, observa-se a necessidade de melhoria da qualidade dos serviços de saúde locais.

PALAVRAS-CHAVES: Avaliação de Programas; Atenção Primária a Saúde; Orientação Familiar; Orientação Comunitária.

1 INTRODUÇÃO

A Declaração de Alma-Ata possuindo caráter universalista, assumiu o papel de reorientar o modelo assistencial para nova proposta que enfatizava um sistema universal e integrativo de atenção à saúde, impulsionando a consolidação da Atenção Primária à Saúde, e conseqüentemente, a criação do Sistema Único de Saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um nível de atenção que pertence a um sistema de serviços de saúde, e constitui-se como porta de entrada ao sistema para todas as necessidades e problemas, fornecendo assistência não apenas sobre a enfermidade, mas também no decorrer do tempo, atendendo todas as condições, exceto aquelas que necessitem de uma assistência mais complexa (STARFIELD, 2002)

¹Aluna concluinte de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba. Correspondência: lauramlgriz@gmail.com

² Professor mestre junto ao Departamento de Enfermagem no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Em 2006, foi criada a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006), o desafio de universalização da APS e a constante busca por propiciar uma nova orientação aos serviços de saúde idealiza o Programa Saúde da Família, atualmente conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), como um meio de fomentar ações de promoção, prevenção e assistência à saúde, de maneira que integre todos esses objetivos, em territórios bem delimitados (SALA *et al.*, 2011).

Sendo assim, a ESF foi criada para emoldurar a reorganização da Atenção Primária em todo o território brasileiro, promovendo e funcionalizando as diretrizes propostas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) – universalidade, integralidade, equidade, resolutividade, descentralização e participação comunitária (BRASIL, 2006).

A cidade de Campina Grande-PB participou da experiência pioneira de implantação desse novo modelo de saúde proposto pelo Ministério da Saúde do Brasil, com objetivo de melhorar a situação de saúde da população, rompendo o paradigma sanitário da assistência curativa, através da reorganização da Atenção Primária visando à prevenção e promoção da saúde, reformulando assim o modelo tecnoassistencial (LEITE; VELOSO, 2009; CARNEIRO, 2007).

Neste contexto, a avaliação se torna uma ferramenta de extrema importância para a análise da qualidade e compromisso dos serviços que estão sendo prestados por ESF, sendo este um instrumento para se fazer valer um dos direitos fundamentais dedicados aos cidadãos, que é a saúde. Avaliar se torna um meio de reformular a própria ação, fazendo que sua implementação sempre propicie melhorias (ALENCAR *et al.*, 2011).

Pela importância que lhe é devida, os processos de avaliação a serem desenvolvidos, necessitam de grande organicidade institucional, e deverão estar pautados em certos parâmetros norteadores vinculados aos princípios do SUS e às diretrizes do ESF, enquanto estratégia encarregada de priorizar a organização da APS (BRASIL, 2005).

Para comprovar a consistência da creditação da avaliação dos serviços de saúde, foi adotado pelo Ministério de Saúde do Brasil, instrumentos que possibilitem avaliar os aspectos críticos da APS, a exemplo do instrumento *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*, apresenta uma mensuração através de escores. Este modelo baseia-se no cálculo de aspectos estruturais, de processos e resultados dos serviços de saúde (ALENCAR *et al.*, 2011; LEÃO *et al.*, 2011; HARZHEIM *et al.*, 2006).

Arelado ao uso do PCATool-Brasil, o Ministério da Saúde utiliza o conceito de APS definida por uma das autoras desse instrumento original, no qual Starfield (2002), defende que a Atenção Primária deve ser uma associação entre vários aspectos, que são os atributos

essenciais (atenção de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e os atributos derivados (competência cultural, orientação comunitária e a orientação familiar). Destarte, concentramos este estudo para orientação comunitária e orientação familiar.

Para que a Orientação Familiar seja alcançada é preciso que a ESF mantenha um conhecimento acerca dos membros que compõe uma família que reside no território delimitado e que tenha conhecimento sobre os problemas de saúde que influenciam e que estão presentes nesta família. A Orientação Comunitária é conquistada quando existem dentro dos serviços de saúde mecanismos para o alcance do conhecimento das necessidades de saúde da comunidade, quando é notória a participação dos profissionais de saúde nas atividades comunitárias da região e quando há o envolvimento de representações comunitárias junto à unidade prestadora de serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

Sendo participação comunitária uma das diretrizes do SUS, para que seja alcançada uma efetividade desta diretriz, espera-se que a comunidade que está inserida a ESF se torne um membro participante em decisões e em Conselhos de Saúde. Assim sendo, o estudo da avaliação da orientação familiar e da orientação comunitária, busca avaliar se esses quesitos estão sendo alcançados no que tange a relação entre os serviços de saúde e os usuários que se utilizam dele.

Este estudo é parte integrante do projeto de pesquisa Avaliação dos Serviços de Atenção Primária à Saúde na Estratégia de Saúde da Família em Campina Grande-PB, aprovado no Edital 01/2012 do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica (PIBIC) Cota 2012/2013 e desenvolvido junto ao Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, cujo objetivo geral foi avaliar os serviços de Atenção Primária à Saúde na Estratégia Saúde da Família em Campina Grande/PB (SILVA, 2012).

O presente estudo pretendeu avaliar os atributos derivados Orientação Familiar e Orientação Comunitária realizados pela Atenção Primária a Saúde em Campina Grande – Paraíba.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O impulso da Declaração de Alma-Ata proporcionou um direcionamento para a orientação à comunidade, o que acarretou que em muitos países, principalmente aqueles em desenvolvimento, houvesse uma busca pela implementação de políticas para alcançar este objetivo (STARFIELD, 2002).

Starfield (2002) propôs que uma abordagem de orientação comunitária utiliza-se de habilidades epidemiológicas e clínicas, para que nesse âmbito possa identificar seus problemas de saúde, sugerir possíveis modificações em programas e monitorar a efetivação dessas modificações, podendo assim contribuir com o atendimento das necessidades específicas de uma população. A autora define que todas as necessidades relacionadas à saúde dos pacientes ocorrem inseridas em um contexto social, sendo assim necessário estabelecer as características da comunidade para fornecer uma forma mais extensa de avaliar as necessidades de saúde.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família foi concebida para coordenar a integração com as redes de atenção à saúde e expandir o acesso à Atenção Primária, o principal agente de interação é a equipe multidisciplinar, que proporciona a integração entre os cuidados prestados à família e ações de saúde coletiva em nível de área delimitada, e a inclusão da dimensão social atrelada a ampliação da prática clínica (STRALEN *et al.*, 2008).

“A ESF tende a propiciar, de fato, uma mudança no modelo assistencial, que passa a valorizar mais o contexto de vida das pessoas e a inserção do sujeito na família e na comunidade.” (LEÃO *et al.*, 2011, p.332). “É um modelo de atenção focado na unidade familiar e construído operacionalmente na esfera comunitária.” (ALENCAR *et al.*, 2011, p.354).

Existem fatores que parecem estar mais diretamente ligados a melhor efetivação da orientação voltada para a comunidade na ESF, como as visitas domiciliares quanto esta é realizada por todos os profissionais, mas principalmente pelos agentes comunitários de saúde (ACS), possibilitando melhor visualização da aplicação da vigilância à saúde e um maior acompanhamento das famílias inseridas na comunidade (LEÃO *et al.*, 2011).

A orientação comunitária contribui para a melhoria da APS, propiciando os seguintes benefícios: melhoria da qualidade e do custo-efetividade dos serviços mediante aplicação de uma perspectiva populacional à unidade médica; utilização da unidade clínica para identificar e tratar dos problemas de saúde da comunidade; melhoria dos serviços através da coordenação da atenção para os indivíduos; fortalecimento da promoção e proteção da saúde através de campanhas de mobilização da comunidade; melhoria do acesso à atenção por meio do estabelecimento de estruturas para a oferta de serviços para o não segurado; fortalecimento da promoção e proteção da saúde através de campanhas de mobilização da comunidade; formatação da futura orientação do sistema de saúde pela colaboração acerca de política, treinamento e pesquisa (STARFELD, 2002).

Stralen *et al.* (2008) reconhece que a orientação comunitária estabelece com o conhecimento dos profissionais de saúde, as necessidades dos pacientes e o envolvimento destes na comunidade. Além disso, conceitua que a orientação familiar refere-se ao reconhecimento dos fatores existentes em uma família que vão desde à gênese até o tratamento da doença.

O conhecimento das características familiares não oferece apenas a percepção de avaliar os problemas dos pacientes e a ajuda em isolar uma probabilidade de possíveis diagnósticos, mas também pela importância de tomada de decisão possibilita uma intervenção apropriada, porque levando em conta as características familiares existe a opção de diferentes tratamentos e manejo para estratégias. Atualmente, sabe-se que o conhecimento sobre a genética de um indivíduo é fundamental para elaboração de metas, sabendo-se que é através dos familiares que uma pessoa receberá sua carga genética, torna-se importante este conhecimento para aumentar as possibilidades de prevenção e de tratamento de uma doença (STARFIELD, 2002).

Starfield (2002) assume que a centralização na família é resultado do alcance da integralidade fornecida através de uma base de consideração dos pacientes dentro de seus ambientes, quando a avaliação das necessidades de obtenção da atenção integral leva em consideração o contexto familiar e sua exposição a ameaças e quando a coordenação se defronta com limitados recursos familiares. Para que a APS traga otimização à saúde, ela deve ter como foco a saúde do indivíduo na constatação do seu meio social e físico, no qual as pessoas vivem e trabalham, no entendimento das condições de vida, da dinâmica familiar e dos antecedentes culturais referentes à comunidade, ao invés de apenas focar em uma enfermidade individual.

Assim, um serviço de saúde pode ser considerado prestador de APS quando apresentar os quatro atributos essenciais, e garantir o aumento do poder de interação com as pessoas e a comunidade ao assegurar os atributos derivados (BRASIL, 2010).

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Trata-se de estudo avaliativo, de caráter transversal, realizado com usuários da Estratégia Saúde da Família dos Distritos Sanitários de Campina Grande, no período compreendido entre abril a junho de 2013.

Campina Grande, segunda maior cidade da Paraíba, com população estimada em 400.000 habitantes, possui uma rede de serviços de saúde de APS organizada em seis Distritos Sanitários. No que se refere a ESF da população, atualmente estão implantadas 98

equipes de saúde da família distribuídas em 70 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) com cobertura populacional.

Foram selecionadas aleatoriamente por meio de sorteio 12 UBSF, duas por Distrito Sanitário. A amostra incluiu população na faixa etária de 20 a 59 anos correspondente a 55,8% da população total. Obtemos amostra com $n = 355$, por meio do cálculo $n = \pi \cdot (1 - \pi) \cdot z^2$ dividido por D^2 , onde $z = 1,96$ (nível de confiança ou seja 95% de confiança), $\pi =$ proporção da população e $D = 0.05$ (erro de 5%) Foram inclusos no estudo os usuários cadastrados há no mínimo quatro anos na UBSF, período de gestão política municipal, e que não possuíssem plano de saúde suplementar.

As entrevistas foram realizadas com 29 usuários em cada duas UBSF nos Distritos Sanitários, sorteadas de forma não probabilística, totalizando 348 usuários distribuídos em 12 UBSF. Os dados foram coletados por um grupo de pesquisadores treinados.

Para medir a qualidade da atenção à saúde foi utilizado o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool –Brasil) aplicável aos usuários adultos contendo 87 itens divididos em 10 componentes relacionados à sete atributos: grau de afiliação; acesso de primeiro contato; longitudinalidade; coordenação; integralidade; orientação familiar e orientação comunitária.

Particularmente neste estudo, foram utilizadas apenas as perguntas pertinentes aos atributos de Orientação Familiar e Orientação Comunitária, sendo eles os componentes I e J, respectivamente. Representados deste modo: Orientação Familiar (I). Constituído por 3 itens (I1, I2, I3); Orientação Comunitária (J) – constituída por 6 itens (J1, J2, J3, J4, J5, J6) (BRASIL, 2010, p. 33)

O PCATool mede a presença e a extensão de cada atributo da APS através da Escala Likert (“com certeza sim”, “provavelmente sim”, “provavelmente não”, “com certeza não” e “não sei/não lembro”) que permite a construção de escores no intervalo de um a quatro para cada atributo. Entretanto, para processamento e análise dos dados na tabela de entrada do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS Inc, Chicago, Estados Unidos, versão livre) para armazenamento do conteúdo obtido através dos questionários. As respostas dos entrevistados foram validadas com utilização da Escala de Likert para cinco valores, entretanto a frequência das respostas foram organizadas com a seguinte adaptação: Sim (“Com certeza, sim” e “Provavelmente sim”), Não (“Com certeza, não” e “Provavelmente não”) e Não sei/Não Lembro.

Nesta fase foram construídos escores para os atributos essenciais e derivados obtidos através das médias aritméticas simples de respostas dos atributos derivados: orientação familiar e orientação comunitária. “Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente (BRASIL, 2010)”.

Seguindo as normas para garantir os aspectos éticos da pesquisa o protocolo de pesquisa foi cadastrado e codificado com CAAE: 14673313.6.0000.5187 na *Plataforma Brasil* do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), obtendo parecer aprovado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba em 2012.

4 DADOS E ANÁLISE DA PESQUISA

No processamento desta pesquisa, foram entrevistados 348 usuários adultos, sendo a maioria (92.6%) do sexo feminino, devido ao fato deste sexo, estar mais presentes nas Unidades Básicas de Saúde da Família. Entretanto, os poucos homens que recorrem ao atendimento nas UBSF, geralmente o fazem por influência de suas companheiras, sendo assim, em sua maioria, eles estavam acompanhando por suas mulheres no atendimento.

Tabela 1: Distribuição dos escores da Orientação Familiar e Orientação Comunitária na Atenção Primária à Saúde, avaliados por Unidades Básicas de Saúde da Família de Campina Grande – PB, em 2013

UBSF	Orientação Familiar		Orientação Comunitária	
	I	J	I	J
UBSF Catolé do Zé Ferreira	2.965		2.655	
UBSF Plínio Lemos (José Pinheiro)	2.437		2.609	
UBSF Wesley Cariri Targino (Nova Brasília)	2.586		2.804	
UBSF Malvinas III	2.621		2.040	
UBSF Hindenburgo Nunes de Figueiredo (Ramadinha)	2.747		2.276	
UBSF Velame II	2.414		2.563	
UBSF Multirão I	2.747		2.304	
UBSF Tambor I	2.678		2.644	
UBSF José Arino Barros (Pedreira)	2.920		2.948	
UBSF Adalberto César I e II (Pedregal)	2.586		2.5	
UBSF Jeremias	2.379		2.224	
UBSF Jardim Continental	2.713		2.856	
Média Total	2.649		2.535	

Legenda: I = Componente do Instrumento PCaToll – Brasil Versão Adulto que trata de Orientação Familiar
J = Componente do Instrumento PCaToll – Brasil Versão Adulto que trata de Orientação Comunitária

A Tabela 1 apresenta os escores para os atributos derivados de Orientação Familiar e Orientação Comunitária, onde estes foram divididos por UBSF, de modo que seja possível a visualização das notas de avaliação atribuídas a todas as UBSF que foram pesquisadas.

O PCATool Brasil Adulto indica que o escore final de cada atributo é dado pela média das respostas de seus itens, e que este escore varia de 1-4 (BRASIL,2010). Considera-se o escore (1) é dito como ruim e o (4) é a pontuação para bom, então realizando uma média entre esses valores, encontra-se como escore de regularidade a nota 2,5.

Nota-se que os escores apresentados demonstram que a maioria das UBSF apresentam notas superiores a 2,5, onde de 24 notas apresentadas para os dois componentes apenas 7 notas são inferiores a 2,5, portanto no que tange a esta avaliação assumiríamos que para os componentes de Orientação Familiar (I) e Orientação Comunitária (J), as UBSF apresentam boa avaliação. Entretanto, a crítica a ser feita aqui é a de que a maioria esmagadora das notas apresentam proximidade com a pontuação 2,5, o que demonstra que apesar de ter boa avaliação, as UBSF estão avaliadas muito próximo da regularidade, assim devendo-se buscar o compromisso para obter a melhoria da qualidade para estes serviços de saúde.

Tabela 2: Distribuição dos escores da Orientação Familiar e Orientação Comunitária na Atenção Primária à Saúde, avaliados por Distritos Sanitários de Campina Grande – PB, em 2013

Distrito Sanitário	Orientação Familiar	Orientação Comunitária
	I	J
Distrito I	2.511	2.706
Distrito II	2.667	2.402
Distrito III	2.546	2.54
Distrito IV	2.799	2.796
Distrito V	2.689	2.609
Distrito VI	2.684	2.158
Média Total	2.649	2.535

Legenda: I = Componente do Instrumento PCaToll – Brasil Versão Adulto que trata de Orientação Familiar

J = Componente do Instrumento PCaToll – Brasil Versão Adulto que trata de Orientação Comunitária

Na Tabela 2, observamos a apresentação dos escores distribuídos por Distritos Sanitários. Onde é possível identificar apenas duas notas apresentando-se inferior a 2,5, sendo todas as duas para o atributo derivado de Orientação Comunitária. Visualiza-se a mesma conformação da tabela anterior, com os escores muito próximos da nota de regularidade, apresentando-se a mesma crítica de buscar melhoria da qualidade do serviço, para que a Atenção Primária do município de Campina Grande, não esteja associada a possuir apenas uma qualidade mediana de prestação de serviços de saúde.

Esta idéia foi reforçada por Starfield (2002), que afirma que os serviços de saúde, podem ter um ponto fundamental na melhoria da qualidade da saúde, mesmo em face de notáveis iniquidades na distribuição da riqueza de uma população.

Observamos que o escore geral atribuído para o componente Orientação Familiar (2.649) e Orientação Comunitária (2.535), apresentam pontuação próxima, sendo ambos consideradas como boas, sendo as instruções contidas no PCATool Brasil Adulto.

Tabela 3: Distribuição da freqüência de entrevistados que responderam “Sim” aos itens do PCATool Brasil/ Adulto sobre avaliação da Atenção Primária á Saúde nas UBSF de Estratégia Saúde da Família em Campina Grande -PB, 2013.

Itens do PCATool	UBSF	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total
I1: O seu “médico/enfermeiro lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento para você ou um membro da sua família?”		13	8	7	8	9	4	13	11	13	10	6	8	110
I2: O seu “médico/enfermeiro já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família?”		26	20	22	21	23	22	19	24	25	18	21	22	263
I3: O seu “médico/enfermeiro se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?”		19	12	18	20	19	14	14	15	20	15	11	20	197
J1: Alguém na UBSF faz visitas domiciliares?		28	27	28	26	26	28	24	28	28	23	21	28	315
J2: Alguém na UBSF conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?		24	20	27	16	20	22	18	23	19	17	13	21	240
J3: O seu UBSF ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?		12	11	16	7	8	15	15	13	15	13	12	18	155
J4: Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo as necessidades das pessoas?		12	13	11	2	8	10	8	11	17	9	7	13	121
J5: Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?		12	13	14	3	7	12	9	9	16	10	7	11	123

Continua...

Continuação

J6: Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde?	9	8	11	4	1	5	4	16	18	12	7	12	107
---	---	---	----	---	---	---	---	----	----	----	---	----	------------

UBSF: Unidade Básica de Saúde da Família; UBSF 1: Catolé do Zé Ferreira; UBSF 2: Plínio Lemos (José Pinheiro); UBSF 3: Wesley Cariri (Nova Brasília); UBSF 4: Malvinas III; UBSF 5: Hindenburgo Nunes de Figueiredo (Ramadinha); UBSF 6: Velame II; UBSF 7: Multirão I; UBSF 8: Tambor I; UBSF 9: José Arino Barros (Pedreira); UBSF 10: Adalberto César I e II (Pedregal); UBSF 11: Jeremias; UBSF 12: Jardim Continental.

OBS: O valor possível máximo para os entrevistados que responderam “sim” aos itens é de 29; para o total o valor máximo é de 348.

A Tabela 3 apresenta a distribuição das frequências de entrevistados que responderam “sim” aos itens do PCATool Brasil Adulto, deste modo, a visualização das deficiências específicas dos atributos de Orientação Familiar e de Orientação Comunitária ficaram mais fáceis de percepção. A exemplo da pergunta I1, para o componente Orientação Familiar, onde é questionado: “O seu ‘médico/enfermeiro’ lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?”, onde esta pergunta apresenta uma das frequências mais baixas entre os dois atributos derivados, fazendo com que surja o questionamento de como está sendo feito o planejamento da assistência para os pacientes da UBSF, uma vez que segundo essa distribuição não está sendo considerada a condição física, mental, social e financeira do usuário durante a consulta para a realização de seu tratamento.

Assim como afirma Oliveira e Pereira (2013), quando diz que o papel do profissional de saúde é estar interagindo com o usuário do serviço e com a comunidade onde este está implantado, e não apenas se preocupar com a dimensão quantitativa de pessoas que a UBSF irá atender.

Tabela 4: Distribuição da frequência de entrevistados que responderam “Sim” aos itens do PCATool Brasil Adulto sobre Avaliação da Atenção Primária à Saúde nos Distritos Sanitários de Campina Grande-PB em 2013.

Itens do PCAToll	Distrito I	Distrito II	Distrito III	Distrito IV	Distrito V	Distrito VI	TOTAL
I1: O seu “médico/enfermeiro lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento para você ou um membro da sua família?	15	23	14	24	17	17	110
I2: O seu “médico/enfermeiro já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família?	42	37	43	49	48	44	263

Continua...

Continuação							
I3: O seu “médico/enfermeiro se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?”	30	29	31	35	33	39	197
J1: Alguém na UBSF faz visitas domiciliares?	55	47	49	56	56	52	315
J2: Alguém na UBSF conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?	47	35	34	42	46	36	240
J3: O seu UBSF ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	27	28	30	28	27	15	155
J4: Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo as necessidades das pessoas?	24	17	20	28	22	10	121
J5: Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	27	19	18	25	24	10	123
J6: Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde?	19	16	19	34	14	5	107

OBS: O valor possível máximo para os entrevistados que responderam “sim” aos itens é de 58; para o total o valor máximo é 348.

A Tabela 4 traz a apresentação da distribuição das frequências de entrevistados que responderam “sim” aos itens do PCATool Brasil Adulto para avaliação da Atenção Primária de Campina Grande. Onde demonstra os pontos fortes e pontos fracos que são apresentados para os atributos utilizados neste estudo. Percebemos então que para o atributo derivado Orientação Familiar, a maior fragilidade é sobre o planejamento do tratamento que será destinado ao usuário da UBSF, mas no que se trata de o profissional questionar sobre os problemas comuns que ocorrem na família do usuário e sobre o usuário achar que o profissional da UBSF pelo qual ele está sendo atendido, se compromete em se reunir com algum membro da família caso ele ache necessário, estão como sendo condições que são atendidas com qualidade no Distrito Sanitário.

Para o atributo Orientação Comunitária, encontramos como satisfatórias apenas as condições em que a UBSF apresenta um profissional de saúde que realiza visitas domiciliares e sobre a UBSF conhecer os problemas de saúde importantes para a comunidade. Ribeiro *et al.* (2010) afirma que a visita domiciliar é de fato, um espaço privilegiado para o contato e desenvolvimento de atividades educativas com a família.

Para Oliveira e Pereira (2013) a ESF deve propor que a atenção a saúde centralize-se na família, esperando que esta seja entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que leva os profissionais que estão envolvidos neste atendimento, obter o conhecimento das condições de vida e de saúde das populações, onde isto é principalmente conquistado através de visitas domiciliares.

Ainda sobre o atributo derivado Orientação Comunitária, percebe-se um índice muito baixo em relação às respostas “sim” encontradas durante a aplicação do questionário da pesquisa deste estudo, o que determina que não se esteja havendo satisfação dessas condições, sendo estas perguntas onde se questiona sobre a UBSF ouvir as opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde; se a UBSF realiza pesquisas com os pacientes para averiguar a satisfação das pessoas; se a UBSF realiza pesquisas na comunidade para identificar os problemas de saúde e se os profissionais que trabalham na UBSF convidam os usuários a participar do Conselho Local de Saúde.

Stralen *et. al* (2008) defende que a condição de saúde da família deve ser enfocada como unidade familiar, e ela não está sendo atendido nesta pesquisa, pois é perceptível a existência de um distanciamento no que tange a relação profissional e usuário.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi detectado através desta pesquisa, que os componentes de Orientação Familiar e Orientação Comunitária apresentam um índice avaliativo considerado bom, quando enfatizando a avaliação feita apenas considerando-se o manual PCATool Brasil Adulto, entretanto quando se observa as características que as entrevistas não podem captar, a exemplo das condições estruturais, quando muitas das UBSF visitadas são instaladas em residências improvisadas sem atender o padrão estabelecido para operar um serviço de saúde deste porte. Nota-se a necessidade de melhoria e aprimoramento dos serviços de saúde da Atenção Primária do município de Campina Grande.

Diante dos resultados obtidos por este estudo, se afirma a importância da avaliação dos serviços de saúde da Atenção Primária a Saúde, uma vez que deve ser considerado o contato inicial e de maior frequência que o usuário terá com o sistema de saúde. Acreditando-se que a

qualidade deste contato inicial irá interferir sobre a continuidade da assistência de acordo com a necessidade que o usuário apresentar.

É preciso que além de haver a compreensão dos usuários de como utilizar o serviço de saúde de maneira adequada, é necessário que os profissionais de saúde estejam envolvidos com a comunidade em que está inserida, que isto aproxime os profissionais do usuário que está prestando o cuidado, gerando laços fortes de confiança e respeito, buscando propiciar um nível de orientação familiar e comunitária que seja mais assídua e que traga um maior envolvimento profissional-usuário, contribuindo para uma assistência à saúde de melhor qualidade, onde o usuário é tratado de forma mais humanizada e todas as suas características de bem-estar são levadas em consideração para proporcionar um cuidado mais integral e participativo.

Como aspecto final, chamamos a atenção para o número reduzido de estudos nesta área de pesquisa, embora esta seja uma questão de suma importância a qual deveria ser melhor considerada em detrimento da Atenção Primária à Saúde. Esta área abrange os aspectos de orientar a família e a comunidade acerca dos serviços de saúde que são disponibilizados para sua utilização. Então, apontamos a necessidade de que outros pesquisadores se interessem por esta área e realizem mais estudos sobre o tema abordado.

ABSTRACT

This is an evaluative study of transversal approach conducted with users of the Family Health Strategy of Sanitary Districts of Campina Grande, in the period between April and June 2013. Has the objective to evaluate the derived attributes Family Guidance and Community Guidance of Primary Health Care in Campina Grande – Paraíba. Were interviewed 348 users aged between 20 and 59 years who lacked supplementary health plan, of 12 Basic Health Units, using the instrument of evaluation the Primary Care Assessment Tool PCATool Brasil Adult Version, containing 87 items divided into 10 components and seven attributes from which we evaluate: Family Orientation (I), containing 3 items, and Community Orientation (J), containing 6 items. On data analysis and processing was used the Free Version of the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) to store the contents of the responses obtained and scored as a tool for validating the Likert scale, with five values. The results obtained related to each component were: Family Orientation (2.649), and Community Orientation (2.535). Despite the satisfactory evaluation the need to improve the quality of the local health services can be observed.

KEY-WORDS: Program Evaluation; Primary Attention to Health; Community Orientation; Family Orientation.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, M. N. *et al.* Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro – RJ, v. 19 n. 2: pag. 353-364. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**. Brasília – Distrito Federal. 28 mar; 2006.
- BRASIL. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Ministério da Saúde. Brasília, Distrito Federal. 2005.
- BRASIL. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary care assessment tool pcatool-Brasil**. Ministério da Saúde. Brasília – Distrito Federal. 2010.
- CARNEIRO, T. S. A saúde da família sob a ótica dos profissionais de Campina Grande/PB. Acerca do programa: uma avaliação qualitativa. **In: III Jornada Internacional de Políticas Públicas, p.1-10**. São Luiz - MA, 2007
- HARZHEIM, E. *et al.* Consistência interna e confiabilidade da versão em português do *Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil)* para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro-RJ, v. 22 n.8 : pág. 1649-1659. Ago, 2006.
- LEÃO, C. D. A. *et al.* Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife-PE, v.11 n.3 : pág. 323-334. Jul. / set., 2011.
- LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. G. Limites e avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais. **Rev. Saúde soc.** São Paulo, vol. 18 n.1. Jan./Mar. 2009.
- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.** Brasília – Distrito Federal, v. 66 n. esp : pág. 158-64. 2013.
- RIBEIRO, L. C. C. Acolhimento às crianças na Atenção Primária à Saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 26 n.12: pág. 2316-2322. 2010.
- SALA, *et. al.* Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários atributos essenciais da atenção primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.948-960. 2011.
- SILVA, V. C. **Avaliação dos Serviços de Atenção Primária à Saúde na Estratégia Saúde da Família em Campina Grande-PB**. [Projeto de Pesquisa]. Programa de Bolsa de Iniciação Científica. Cota 2012-2013. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2012.

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

STRALEN, C. J. *et al.* Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro-RJ, v. 24 n. 1: pág. 148-S158. 2008.