



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

ADRIANA RAQUEL ARAÚJO PEREIRA SOARES

AVALIAÇÃO DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
EM CAMPINA GRANDE-PB.

CAMPINA GRANDE – PB

2014

ADRIANA RAQUEL ARAÚJO PEREIRA SOARES

**AVALIAÇÃO DA INTEGRALIDADE 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 e Licenciado em Enfermagem.

Orientador (a): Prof. Ms. 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.

S676a Soares, Adriana Raquel Araújo Pereira.
Avaliação da integralidade na atenção primária à saúde em
Campina Grande-PB [manuscrito] / Adriana Raquel Araujo
Pereira Soares. - 2014.
26 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. Avaliação em saúde. 2. Atenção primária em saúde. 3.
Saúde da família. I. Título.

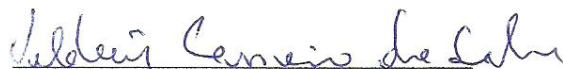
21. ed. CDD 362.1

ADRIANA RAQUEL ARAÚJO PEREIRA SOARES

**AVALIAÇÃO DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM
CAMPINA GRANDE-PB.**

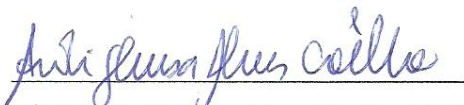
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem e Licenciado em Enfermagem.

Aprovada em 14/11/2014.



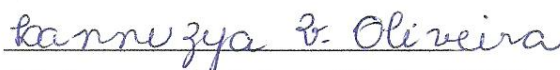
Prof. Ms. Valdecir Carneiro da Silva / UEPB

Orientador



Prof^a. Ms. Ardigleusa Alves Coelho / UEPB

Examinadora



Prof^a. Ms. Lannuzya Veríssimo e Oliveira / UFRN

Examinadora Externa

AVALIAÇÃO DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM CAMPINA GRANDE-PB.

SOARES, Adriana Raquel Araújo Pereira¹; SILVA; Valdecir Carneiro da²

RESUMO

Trata-se estudo avaliativo de caráter transversal, realizado com usuários da Estratégia Saúde da Família, no período compreendido entre abril a junho de 2013. O objetivo foi avaliar o atributo essencial Integralidade da Atenção Primária à Saúde em Campina Grande – Paraíba. Foram selecionadas aleatoriamente por meio de sorteio 12 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), sendo duas por cada Distrito Sanitário, onde foram entrevistados 348 usuários com idade entre 20 e 59 de anos que não possuíam plano de saúde suplementar. Utilizou-se o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool - Brasil) versão Adulto contendo 87 itens divididos em 10 componentes e sete atributos, destes, avaliamos: Integralidade – Serviços Disponíveis (G), constituído por 22 itens; e Integralidade – Serviços Prestados (H), constituída por 13 itens. No processamento e análise dos dados utilizou-se o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS Inc, Chicago, Estados Unidos, versão livre) para armazenamento do conteúdo obtido das respostas e teve como instrumento de validação a Escala de Likert, com cinco valores. Os escores relacionados aos componentes foram: Integralidade – Serviços Disponíveis (2.51), e Integralidade – Serviços Prestados (1.99). Percebem-se limitações referentes à: estrutura física das UBSF; disponibilidade/prestação de serviços; e relação equipe de saúde da família/comunidade, sendo, necessárias ações de planejamento e programação da gestão municipal de saúde para garantir a integralidade dos tipos de atendimento da rede de serviços do Sistema Único de Saúde. Contudo, o uso de métodos e instrumentos de avaliação em saúde tornam-se imprescindíveis para resolutividade dos problemas relacionados à estrutura, processos e resultados dos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVES: Avaliação de Programas; Atenção Primária à Saúde; Integralidade.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Pan-Americana da Saúde define atenção primária à saúde (APS) como a porta de entrada do sistema de saúde e o local de cuidados contínuos para a população, na maior parte do tempo, referindo-se a concepção mais comum dos cuidados primários de saúde, constituída por médicos atuantes com especialização em clínica geral ou medicina familiar (OPAS, 2007). No Brasil, este nível de complexidade da atenção à saúde,

¹Aluna concluinte de Graduação em Enfermagem na Universidade Estadual da Paraíba. Correspondência: dinha_raquel@hotmail.com.

² Professor mestre junto à Área de Enfermagem de Saúde Pública do Departamento de Enfermagem no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba.

corresponde ao que se denomina “Atenção Básica” e compreende o atendimento ambulatorial não especializado ofertado através de unidades de saúde de um sistema caracterizado pelo desenvolvimento de atividades clínicas diversificadas e de baixa densidade tecnológica, constituindo-se como uma das principais atividades de saúde pública do país (LAVRAS, 2011).

No contexto brasileiro, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ainda enfatiza que a atenção primária é caracterizada pelo conjunto de ações de saúde, tanto individualmente como na coletividade, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2007a).

A APS possui sete atributos classificados como *essenciais*, que correspondem ao acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e a coordenação da atenção - e como *atributos derivados*, que envolvem a atenção à saúde centrada na família (orientação familiar), orientação comunitária e competência cultural, que qualificam as ações dos serviços de APS (STARFIELD, 2002).

Dessa forma, atendendo aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), já garantidos na Constituição Federal de 1988 e especificamente nas Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8080/90 e Lei 8142/90) no que diz respeito à territorialização, intersetorialidade, descentralização, corresponsabilização e equidade, bem como, a fim de organizar os serviços de atenção básica enquanto porta de entrada para os usuários do SUS, em 1994 o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), consolidado apenas em 1998 como estratégia estruturante de um novo modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2006).

O PSF baseou-se no modelo cubano e na experiência de “Médico da Família” realizada na cidade de Niterói no Estado do Rio de Janeiro (SANTOS, 2004). No Brasil, também podemos destacar o município de Campina Grande como locus importante para estudo avaliativo por localizar-se na Paraíba, escolhida em 1991 para operacionalização do projeto piloto para implantação, em nível nacional, do Programa de Agente Comunitários de Saúde (PACS); e ter sido pioneiro junto com mais treze municípios, na implantação do Programa Saúde da Família (PSF) no ano de 1994, proposto pelo Ministério da Saúde do Brasil, na tentativa de aprimorar a condição de saúde da população, rompendo o paradigma sanitário da assistência curativa através da reorganização da atenção básica de saúde, visando a sua prevenção e promoção, reformulando então, o modelo tecnoassistencial (SOUSA, 2001; LEITE; VELOSO, 2009; CARNEIRO, 2007).

Sendo assim, Estratégia Saúde da Família (ESF) propôs a reorientação do modelo de atenção em saúde, historicamente centrado na perspectiva da cura, passando a constituir uma

nova prática assistencial centrando suas ações de atenção e cuidado à família na perspectiva da integralidade, estreitando a relação entre os serviços de saúde e a comunidade (KANTORSKI *et. al.*, 2009). Logo, a estratégia assume o cuidado como principal propósito do sistema de saúde, e a integralidade como princípio orientador, a fim de garantir o cuidado integral na Atenção Primária (ARCE; SOUSA, 2013).

Embora esse novo modelo assistencial busque a promoção de uma relação estreita entre integrantes das equipes e a comunidade (CAMELO; ANGERAMI, 2004), muitas dificuldades são enfrentadas no planejamento e execução de ações que tenham como objetivo resolver os problemas dos usuários. Dessa forma, surge a necessidade de elaboração de estudos avaliativos para os serviços de saúde da ESF, o que para Cruz (2011), corresponde a identificação, esclarecimento e aplicação de critérios defensáveis para determinar o valor ou mérito, qualidade, utilidade e eficácia ou importância do objeto a ser avaliado. Sendo assim e a partir dos resultados obtidos, o processo avaliativo permite o aperfeiçoamento da prática e a operacionalização dos programas, promovendo a efetividade dos princípios da universalidade, acessibilidade ao sistema, continuidade, integralidade, responsabilidade, humanização, vínculo e participação social no âmbito da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2004).

A avaliação em saúde é definida como um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos nas esferas dos serviços de saúde (BRASIL, 2005). Todavia, Samico *et al.* (2010), lembra que os processos avaliativos podem resultar em mudanças por vezes indesejáveis para os indivíduos envolvidos ou usuários das avaliações ou programas.

Neste cenário, para se avaliar os serviços de atenção primária, o Ministério da Saúde cria no Brasil o instrumento PCATool (*Primary Care Assessment Tool*), apresentado nas versões *Child Consumer/Client Surveys* e *Adult Consumer/Client Survey* empregados respectivamente na avaliação da atenção à saúde da criança e do adulto, e o *Facility/Provider Survey*, aplicável aos profissionais de saúde, mensuram a presença e a extensão de cada atributo da atenção primária a saúde (CASTRO *et. al.*, 2012).

O PCATool torna-se importante para avaliação e pesquisa dos programas e serviços de saúde da família no Brasil porque permite verificar os aspectos de estrutura e processo dos serviços, buscando o aprimoramento do planejamento e cumprimento das ações respectivas aos atributos existente por meio da experiência dos usuários da APS (HARZHEIM *et. al.*, 2006), dentre eles o princípio da integralidade.

Neste contexto, o objetivo da pesquisa foi avaliar a integralidade da Atenção Primária à Saúde no município de Campina Grande-PB.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

No Brasil, a partir da expansão de cobertura do Programa Saúde da Família (PSF), a Atenção Básica à Saúde (ABS) correspondente ao nível de complexidade da Atenção Primária à Saúde (APS), apresentou desde a década de 90 um elevado grau de descentralização e capilaridade, aproximando-se de cada indivíduo e tornando-se o contato almejado dos usuários, já que passou a ser a primeira escolha para o direcionamento da atenção à saúde. Para tanto, é fundamental que este nível de atenção à saúde oriente-se pelos princípios do SUS destacados na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como orientadores da ABS e elegendo a Estratégia Saúde da Família como prioritária para sua organização (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008; ASSIS *et. al.*, 2010; BRASIL, 2012).

A atenção primária oferece entrada no sistema de saúde para inúmeras necessidades e problemas, fornecendo cuidado sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, com exceção para condições muito incomuns ou raras, coordenando ou integrando a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002). Desse modo, a importância da APS nos últimos anos foi reconhecida devido às diversas reformas nos diferentes sistemas de serviços de saúde em todo o mundo, tanto para superação (ou tentativa) do modelo hospitalocêntrico quanto para atenção predominantemente centrada na doença (SUMAR; FAUSTO, 2014).

Em 1978, durante realização da Conferência de Alma-Ata na URSS, diversos autores propuseram definições sobre a Atenção Primária à Saúde (APS), conceituando-a como um conjunto de valores, que ajustam o direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade; que contém um conjunto de princípios, possuindo responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social, entre outros; além de ser entendida como um aglomerado indissociável de elementos estruturantes, que são divididos em atributos do sistema de serviços de saúde (BRASIL, 2010).

A atenção primária integra um processo permanente de assistência sanitária, que inclui prevenção, promoção, cura e reabilitação, envolvendo outros setores para promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes da saúde, reorientando o modelo assistencial de forma que garanta uma atenção integral, expressando dessa maneira, o valor da integralidade enquanto eixo central deste nível de atenção (ARCE; SOUSA, 2013).

Neste âmbito, a importância da integralidade é ressaltada na Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, promulgada na Portaria nº 2.207 de 14 de setembro de 2011, emitida pelo Ministério da Saúde, que afirma ser esse princípio um dos fundamentos da Atenção Básica, considerando a integralidade em diversos aspectos, como a integração de ações programáticas

e demanda espontânea; articulação das ações de promoção, prevenção, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; trabalho interdisciplinar e em equipe; e coordenação do cuidado na rede de serviços (BRASIL, 2006).

A integralidade como princípio básico do SUS, pode ser conceituada como sendo um conjunto de serviços disponíveis e prestados pela atenção primária, compondo 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 reabilitações adequadas ao contexto da APS, incluindo, caso seja necessário, os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, e serviços terciários para tratamento definitivo de problemas específicos, ou para serviços de suporte fundamentais, tais como internação domiciliar e outros serviços comunitários (BRASIL, 2010). Nesse sentido, Starfield (2002) afirma que a integralidade sugere que as unidades de atenção primária devam fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, destacando-se então, ações de educação em saúde como estratégia articulada entre a concepção da realidade do contexto de saúde e a busca de possibilidades de atitudes geradoras de mudanças a partir de cada profissional de saúde, do trabalho em equipe e dos diversos serviços que procuram uma transformação no quadro da saúde da população (MACHADO *et. al.*, 2007).

Doravante, a integralidade surge então, como um caminho a ser almejado persistentemente, já que pode apresentar números sentidos e representações que, de certo modo, se associam às precisões sentidas e faladas pelos usuários/famílias, interligando-se ao compromisso dos trabalhadores de saúde na condução de suas práticas, buscando à resolubilidade das questões apresentadas pela clientela, mediante o cuidado integral (PIRES; RODRIGUES; NASCIMENTO, 2010).

Souza *et al.* (2013) alega que o princípio da integralidade representa o direito que a população tem de ser atendida em suas necessidades, devendo o Estado disponibilizar serviços de saúde organizados para atender à população de forma integral, relacionando a concepção de saúde e doença, onde o SUS deve atender as necessidades de qualquer nível de complexidade, superando a dicotomia entre ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, ofertando serviços através de articulação entre os vários profissionais que compõem a equipe de saúde e entre os distintos níveis de hierarquização tecnológica da assistência.

Starfield (2002) ressalta que a avaliação da integralidade na atenção primária, pode ser orientada tanto para o nível do sistema/população como para o nível de unidades de saúde/usuário, porém, no nível populacional, as necessidades da comunidade definem a

variedade de serviços que deveriam ser oferecidos, enquanto a integralidade é medida pela penetração destes serviços na comunidade; já no nível institucional, a variedade de serviços é estabelecida, geralmente, de acordo com diretrizes profissionais como programas de imunização ou recomendações para procedimentos. Desta forma, Fracolli *et. al.* (2011) destaca que integralidade surge como princípio de organização continuada do processo de trabalho nos serviços de saúde, que amplia as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional.

No âmbito da avaliação em saúde, destaca-se que esta possui um reconhecimento pautado na existência de distintas iniciativas voltadas para sua prática nas várias dimensões do SUS, tendo como pressuposto a avaliação da eficiência, efetividade e eficácia das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca da resolubilidade e qualidade (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde do Brasil recomenda que a avaliação em saúde realize-se em situação que os processos ainda são principiantes, pouco agrupados às práticas e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão. Ademais, os instrumentos existentes ainda não se constituem ferramentas de suporte ao processo decisório nem de formação das pessoas nele envolvidas (BRASIL, 2003).

Nessa perspectiva, desde 2003, processos avaliativos vem sendo instituídos no Brasil pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, como o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), denominado a partir de 2004/2005 como Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), cuja finalidade é avaliar os serviços do SUS nas dimensões de estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos (BRASIL, 2005; BRASIL, 2007b) e o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQAB), que tem por objetivo melhorar a qualidade da atenção básica; ampliar o acesso; garantir o padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, além de promover a transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica (BRASIL, 2011).

Embora esses processos avaliativos possuam instrumentos próprios de coleta de dados, o Ministério da Saúde cria outros instrumentos de avaliação considerando as especificidades de cada programa, dentre eles o PCATool, que é utilizado para avaliação da APS, mensurando a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados já citados anteriormente, sendo realizado no Brasil devido a falta de ferramentas para medir essas interações no contexto da APS em nosso país (BRASIL, 2010).

Além disso, este instrumento consente, por meio de entrevistas domiciliares ou em serviços de saúde, identificar e avaliar estrutura, processo e resultado dos serviços de saúde em nível de Atenção Básica, tratando-se de um modelo de avaliação que possibilita a produção rigorosa de conhecimento sobre a real efetividade da APS.

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Este estudo é parte integrante do projeto intitulado “Avaliação dos Serviços de Atenção Primária à Saúde na Estratégia de Saúde da Família em Campina Grande – PB”, aprovado no Edital 01/2012 - PRPGP/UEPB do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica (PIBIC) Cota 2012-2013, operacionalizado junto ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba.

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

Campina Grande-PB está localizada a cerca de 131 Km da Capital João Pessoa e caracteriza-se como sendo o segundo município mais populoso do Estado da Paraíba. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), a cidade apresenta aproximadamente 402.000 habitantes, contando com uma rede de serviços de saúde de APS organizada em seis Distritos Sanitários, com 95 equipes de saúde da família distribuídas em 69 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) (BRASIL, 2014).

Para operacionalização desta pesquisa, selecionou-se 12 UBSF mediante sorteio, sendo duas unidades por cada Distrito Sanitário. O universo da amostra compreendeu uma população na faixa etária de 20 a 59 anos, correspondendo a 55,8% da população total, obtendo-se uma 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.

A coleta dos dados foi efetuada por um grupo de pesquisadores treinados, sendo realizadas as entrevistas com 29 usuários por cada duas UBSF nos Distritos Sanitários, sorteadas de forma não probabilística, totalizando 348 usuários, distribuídos nas 12 UBSF.

Para mensurar a qualidade da atenção à saúde foi utilizado o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Brasil) aplicável aos usuários adultos, que contém 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. Contudo, neste trabalho analisou-se apenas o atributo da integralidade, que está relacionado aos seguintes componentes: Integralidade – Serviços Disponíveis (G), constituído por 22 itens (G1 a G22); Integralidade – Serviços Prestados (H), constituído por 13 itens para mulheres (H1 a H13) e 11 itens para homens (H1 a H11) (BRASIL, 2010, p. 44).

O PCATool mede a presença e a extensão de cada atributo da APS através da Escala de Likert com cinco pontos (“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. Todavia, para processamento e análise dos dados na tabela de entrada do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS Inc, Chicago, Estados Unidos, versão livre), e para armazenamento do conteúdo obtido através dos questionários, as respostas dos entrevistados foram mensuradas com utilização dessa escala. Ainda nesta etapa, foram construídos escores para os atributos essenciais e derivados obtidos através das médias de respostas dos quatro atributos essenciais: acesso de primeiro contato; longitudinalidade; integralidade e; coordenação, sendo importante ressaltar que os escores para cada um dos atributos ou seus componentes foram calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente (BRASIL, 2010).

Já para obtenção das frequências das respostas, realizaram-se as seguintes adaptações: sim ("com certeza, sim" e "provavelmente sim"), não ("com certeza, não" e "provavelmente não") e não sei/não lembro.

De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996), vigente na época, o protocolo desta 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.

4 DADOS E ANÁLISE DA PESQUISA

Neste estudo foram realizadas entrevistas com 348 usuários adultos, sendo a maioria (92.6%) do sexo feminino, fato justificado em função das mulheres estarem mais presentes nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), e os poucos homens presentes, geralmente, estarem acompanhando suas mulheres no atendimento.

Na tabela 1 apresentam-se os escores do atributo essencial da integralidade (Serviços Disponíveis e Serviços Prestados) avaliados por Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF),

selecionadas como *locus* para realização das entrevistas da pesquisa. Desta forma, pode-se visualizar e comparar os escores medidos por UBSF, identificando onde, de acordo com a percepção dos usuários destes serviços, esse atributo é menos ou mais presente.

Tabela 1: Distribuição de escores para o atributo Integralidade (Serviços Disponíveis - G e Serviços Prestados - H) da Atenção Primária à Saúde, por Unidades Básicas de Saúde da Família de Campina Grande – PB, 2013.

UBSF	INTEGRALIDADE (Serviços Disponíveis)	INTEGRALIDADE (Serviços Prestados)
	G	H
UBSF WESLEY CARIRI TARGINO	2.31	1.57
UBSF PLÍNIO LEMOS	2.53	1.49
UBSF ADALBERTO CESAR I e II	2.48	2.50
UBSF MUTIRÃO I	2.60	2.29
UBSF JARDIM CONTINENTAL	2.85	2.41
UBSF JEREMIAS	2.52	2.15
UBSF TAMBOR I	2.56	2.23
UBSF JOSÉ ARINO BARROS	2.84	2.68
UBSF CATOLÉ DO ZÉ FERREIRA	2.45	1.76
UBSF VELAME II	2.29	1.29
UBSF HINDENBURGO NUNES	2.44	1.78
UBSF MALVINAS III	2.28	1.73
ESCORE MÉDIO	2.51	1.99

Legenda: UBSF Wesley Cariri Targino e UBSF Plínio Lemos (Distrito I), UBSF Adalberto Cesar I e II e Mutirão I (Distrito II), UBSF Jardim Continental e UBSF Jeremias (Distrito III), UBSF Tambor I e UBSF José Arino Barros (Distrito IV), UBSF Catolé de Zé Ferreira e Velame II (Distrito V) e UBSF Hindenburgo Nunes de Figueiredo e UBSF Malvinas II (Distrito VI).

A partir da tabela 1 observou-se que no atributo da integralidade, no que diz respeito aos serviços disponíveis (variedade de atividades com as quais a Unidade de APS é capaz de lidar), o menor escore (n=2.28) foi da UBSF Malvinas III, localizada no Distrito Sanitário VI; e o maior escore (n=2.85) foi na UBSF Jardim Continental, localizada no Distrito Sanitário III, sendo considerados valores razoavelmente bons, uma vez que estão próximos da média na Escala de Likert (2,5). Entretanto, pode-se destacar que estes itens avaliados dizem respeito a toda experiência do entrevistado com o serviço de saúde avaliado, não sendo preciso obrigatoriamente, o usuário ter recebido estes serviços, mas o mesmo deve saber ou não sobre sua disponibilidade (BRASIL, 2010).

Em relação ao atributo da integralidade que trata dos serviços prestados (desempenho de atividades pelo profissional), verificou-se a UBSF Velame II (Distrito V) com menor

escore (n=1.29), e a UBSF José Arino Barros (Distrito IV) com maior escore (n=2.68), valores não muito significativos, já que a primeira obteve um valor muito abaixo da média e a última um valor pouco acima dessa média, porém, quando comparados às demais unidades, essa diferença não foi considerável, tendo em vista que as outras unidades alcançaram valores próximos aos destas UBSF, como apresentados ainda na tabela 1.

O PCATool Brasil Adulto designa 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). Dessa forma, quando analisados os escores gerais da integralidade – serviço disponível obteve-se um valor n=2.51, enquanto que para serviços prestados o valor foi de n=1.99. Embora os valores obtidos tenham sido próximos a média, vale salientar que se verificaram várias vezes queixas entre os próprios usuários quantos aos serviços disponíveis e prestados, que não foram certamente apresentados por eles durante as entrevistas. No entanto, tais resultados também são justificados por Starfield (2002) ao relatar que, embora haja deficiência do atendimento nas unidades, os usuários buscam os serviços de saúde sempre que necessitam de consulta de revisão ou rotina, quando apresentam algum novo problema de saúde ou quando precisam ser encaminhados para um especialista.

Tabela 2: Distribuição de escores do atributo essencial da Integralidade (Serviços Disponíveis - G e Serviços Prestados - H) da Atenção Primária à Saúde, por Distritos Sanitários de Campina Grande, Paraíba, 2013.

DISTRITOS SANITÁRIOS	INTEGRALIDADE (Serviços Disponíveis)	INTEGRALIDADE (Serviços Prestados)	TOTAL
	G	H	
I	2.42	1.53	1.97
II	2.54	2.39	2.46
III	2.68	2.28	2.48
IV	2.7	2.45	2.57
V	2.37	1.52	1.94
VI	2.36	1.75	2.05
ESCORE MÉDIO	2.51	1.98	2.24

Legenda: Distrito I (UBSF Wesley Cariri Targino e UBSF Plínio Lemos), Distrito II (UBSF Adalberto Cesar I e II e Mutirão I), Distrito III (UBSF Jardim Continental e UBSF Jeremias), Distrito IV (UBSF Tambor I e UBSF José Arino Barros), Distrito V (UBSF Catolé de Zé Ferreira e Velame II) e Distrito VI (UBSF Hindenburgo Nunes de Figueiredo e UBSF Malvinas II).

Para os escores calculados por cada Distrito Sanitário, verificou-se na tabela 2 que o maior valor obtido para o atributo integralidade, corresponde ao Distrito IV(UBSF Tambor I e UBSF José Arino Barros-Pedreira) com n=2.57, enquanto que o menor valor registrado correspondeu a n=1.94 do Distrito V(UBSF Catolé de Zé Ferreira e UBSF Velame II). No

entanto, quando analisados separadamente, os serviços prestados e os serviços disponíveis para o mesmo atributo, o Distrito IV manteve-se como aquele que apresentou maiores escores, ou seja, $n=2.7$ e $n=2.45$ para serviços disponíveis e prestados, respectivamente. Já o Distrito VI (UBSF Hindenburgo Nunes de Figueiredo e UBSF Malvinas II) passou a ter menor valor de escore para serviços disponíveis ($n=2.36$) e o Distrito V como de menor escore ($n=2.36$) para serviços prestados. Tais resultados podem estar associados a maior efetividade das diferentes equipes de profissionais de saúde presentes, a maior frequência na realização de procedimentos, bem como, a acessibilidade da população a estas unidades.

Os valores obtidos positivamente podem estar ligados a fatores que dizem respeito à atenção, cuidado e acolhimento profissional-usuário, atenção médica no relato do caso e não rotatividade destes profissionais, como também foi apresentado por França (2008) em estudo sobre este município. Já os atributos avaliados negativamente, tais como, localização da unidade, equipamentos, serviços e materiais disponíveis na estrutura física da UBSF foram descritos semelhantemente àqueles apresentados por Abrahão-Curvo (2010), em sua pesquisa.

É importante ressaltar, segundo Linard *et. al.* (2011), que ações sejam implementação para satisfazer as demandas e necessidades da população, nos diferentes níveis de atenção a saúde, promovendo medidas e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, necessários para cada caso, em todos os níveis de complexidade.

Nessa perspectiva, a integralidade do cuidado pode ser adquirida a partir do reconhecimento da multidimensionalidade envolvida nos processos de cuidado no âmbito da Saúde da Família, devendo ser solidificada no cotidiano do trabalho dos profissionais da saúde com os usuários (ARCE; SOUSA, 2013).

A tabela 3 mostra a frequência afirmativa que corresponde à frequência dos usuários que responderam “Com certeza sim” e “Provavelmente sim” de cada componente relacionado ao atributo da Integralidade (Serviços Disponíveis - G e Serviços Prestados – H).

Tabela 3: Distribuição da frequência de respostas afirmativas utilizando o PCATool Brasil Adulto na avaliação da Integralidade (Serviços Disponíveis - G e Serviços Prestados – H) na Estratégia Saúde da Família em Campina Grande-PB, 2013.

UBSF	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	TOTAL
ITENS do PCATool													
G1	11	13	3	16	19	9	15	18	15	9	9	8	155
G2	21	17	8	16	17	9	17	14	16	19	16	9	179
G3	9	7	19	14	14	7	16	21	7	11	4	4	133
G4	29	28	29	28	29	27	28	29	29	28	28	29	340
G5	28	28	5	25	25	27	29	27	28	29	27	28	306
G6	28	28	5	25	25	27	29	27	27	29	26	28	304
G7	23	22	19	24	25	20	25	25	22	26	24	21	276
G8	6	5	10	14	12	8	5	16	8	9	8	5	106
G9	2	26	11	17	11	11	16	16	8	11	13	7	149
G10	0	2	17	9	16	15	4	8	1	0	2	5	79
G11	1	0	16	19	22	16	15	25	2	4	6	11	137
G12	0	0	10	11	9	6	5	11	0	0	1	2	55
G13	0	2	11	11	9	6	5	11	0	1	3	4	63
G14	2	1	11	4	11	4	4	8	0	0	4	3	52
G15	0	0	6	1	7	1	0	5	0	0	2	1	23
G16	26	24	25	26	26	27	28	28	26	26	20	21	303
G17	15	14	10	10	15	11	9	18	15	17	20	6	160
G18	28	27	28	28	29	28	28	29	28	28	27	27	335
G19	0	1	5	2	7	5	1	5	0	1	2	3	32
G20	11	13	9	2	8	2	3	12	12	5	13	6	96
G21	15	17	13	15	18	7	13	15	15	7	13	10	158
G22	14	17	12	14	14	12	13	18	15	2	10	6	147
H1	5	5	18	18	20	12	17	25	10	1	9	8	148
H2	0	0	18	16	18	14	15	16	6	0	8	5	116
H3	1	0	10	8	8	4	6	7	0	0	4	1	49
H4	5	3	7	9	5	2	7	12	8	2	6	4	70
H5	15	15	19	15	11	14	24	22	16	10	14	12	187
H6	6	8	25	20	24	24	20	28	7	5	10	18	195
H7	15	13	21	19	20	14	16	22	18	7	10	17	192
H8:	11	5	14	12	16	14	13	15	8	0	5	4	117
H9	0	0	1	0	2	1	0	3	0	0	1	0	8
H10	2	2	11	12	10	10	10	14	2	1	8	5	87
H11	2	2	11	12	10	9	10	14	4	1	5	6	86
H12	6	4	13	8	12	10	9	14	5	5	5	7	98
H13	6	4	15	15	20	11	16	22	10	6	12	8	145

Legenda: UBSF1- Wesley Cariri Targino (Nova Brasília),UBSF 2- Plínio Lemos (Jose Pinheiro), UBSF 3- Adalberto Cesar I e II (Pedregal), UBSF 4- Mutirão I, UBSF 5-Jardim Continental, UBSF 6- Jeremias, UBSF 7-Tambor, UBSF 8- José Arino Barros (Pedreira), UBSF 9-Catolé de Zé Ferreira, UBSF 10-Velame II, UBSF 11- Hindenburgo Nunes de Figueiredo (Ramadinha),UBSF 12- Malvinas.G1:Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta; G2:Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais;G3:Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos); G4:Vacinas (imunizações);G5:Avaliação da saúde bucal(Exame dentário); G6:Tratamento dentário;G7:Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais;G8:Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir);G9:Aconselhamento para problemas de saúde mental;G10:Sutura de um corte que necessita de pontos;G11:Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV;G12:Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar);G13:Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais(para enxergar);G14:Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido);G15:Remoção de verrugas;G16:Exame preventivo para câncer de colo de útero (Papanicolau);G17:Aconselhamento sobre como parar de fumar;G18:Cuidados pré-natais;G19:Remoção de unha encravada;G20:Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair);G21:Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama;G22: Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde(ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma).H1:Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormirsuficientemente.H2:Segurança no lar, como guardar

medicamentos em segurança; H3:Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro;H4:Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando;H5:Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você;H6:Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol;H7:Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando;H8:Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança;H9:Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança;H10:Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias);H11:Como prevenir quedas;H12:**Só para mulheres:** como prevenir osteoporose ou ossos frágeis;H13:**Só para mulheres:** o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa.
O valor possível máximo para os entrevistados que responderam “sim” aos itens é de 29; para o total o valor máximo é de 348.

Em estudos realizados pelo Ministério da Saúde do Brasil observou-se que a integralidade da atenção depende das condições de acesso, cobertura assistencial, integração do PSF à rede e organização do trabalho das ESF, incidindo na resolutividade dos problemas de saúde (BRASIL, 2005). Neste estudo, foi possível verificar na tabela 3, que em relação a integralidade dos serviços disponíveis, entre as 12 UBSF, aquela que apresentou maior frequência afirmativa para o componente “G1 (respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta)” foi a UBSF 5 (Jardim Continental), no Distrito Sanitário III, com o valor 19 (65.5%) das respostas positivas, enquanto a UBSF 12 (Malvinas), unidade do Distrito Sanitário VI, obteve a menor frequência 8 (27.5%). Para o componente “G2(verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais)” apenas 179 (51.4%) entrevistados, afirmaram terem sido perguntados se poderiam participar de algum programa de assistência social e no que se refere ao componente “G3(programa de suplementação nutricional)” a UBSF 11 Hindenburgo Nunes de Figueiredo (Ramadinha) e a UBSF 12, ambas no Distrito Sanitário VI, apresentaram menor frequência afirmativa igual a 4 (13.7%), já a UBSF 8 (José Arino Barros - Pedreira), no Distrito Sanitário IV obteve o valor 21 (72.4%) das resposta positivas, confirmando ter recebido acesso ao programa de suplementação nutricional.

Essas baixas frequências afirmativas podem ser justificadas com o estudo realizado por Linard, Castro e Cruz (2011), onde já destacavam que dentre os princípios e diretrizes do SUS, o da integralidade pode ser o menos aplicável na trajetória do Sistema Único de Saúde e de suas práticas, porém, a análise da integralidade da atenção deve aparecer como sendo necessário para o processo de consolidação do sistema de saúde no Brasil, desafiando gestores, profissionais de saúde, professores e sociedade civil a questionar sobre integralidade na perspectiva de um principio que acolha a transversalidade com os demais princípios do SUS e com reflexo concretos na qualidade da assistência.

Observou-se ainda nessa mesma tabela, que todas as unidades apresentaram uma elevada frequência afirmativa para os aspectos “vacinas (imunização) (G4)” com 340(97.7%), semelhante ao que é descrito por Fernandes (2013) demonstrando a efetividade das ações de

vigilância epidemiológica e campanhas de vacinação das unidades; “avaliação da saúde bucal (exame dentário) (G5)” com 306(87.9%); “tratamento dentário (G6)” com 304(87.3%); “planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais (G7)” com 276(79.3%); “exame preventivo para câncer de colo de útero (teste Papanicolau) (G16)” com 303(87.06%); e “cuidados pré-natais (G18)” com 335(96.2%). Neste contexto, Arce; Sousa (2013) enfatiza que o cuidado está relacionado com a noção de integralidade das ações de saúde, no que se refere à prevenção, promoção e tratamento, informando o que é sugerido enquanto princípio do SUS. Desta maneira, a garantia do princípio da integralidade, em suma, implica-se em adotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, seja ao processo de cuidar, ou ao relacionamento do profissional de saúde com os pacientes (CAMPOS, 2003).

Em relação ao “aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (G8)” a UBSF 8 apresentou maior frequência afirmativa com 16(55.1%), enquanto as UBSF 2 Plínio Lemos (José Pinheiro) no Distrito I, UBSF 7 (Tambor I) no Distrito IV, e Malvinas, obtiveram menor frequência afirmativa, todas com 5(17.2%); para “aconselhamento para problemas de saúde mental (G9)” a UBSF 2 conseguiu a maior frequência afirmativa com valor 26(89.6%), e a UBSF 1 Wesley Cariri Targino (Nova Brasília) no Distrito Sanitário I, alcançou a menor frequência com 2(68%); em relação ao “aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV (G11)” pode-se realçar que apenas 137(39.3%) de todos os entrevistados afirmaram ter recebido este tipo aconselhamento. Em estudos dessa natureza, realizados por Oliveira (2012) com criança no estado do Paraná, também foram registrados valores reduzidos para os atributos G8 e G11. A ESF é formulada para garantir a integralidade pela conformação de uma nova visão do processo saúde/doença, em que o foco das ações deixa de ser a doença e passa a ser o indivíduo, dessa forma, a integralidade exige que a atenção primária reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las (STARFIELD, 2002; ASSIS *et al.*, 2010).

Para as variáveis que correspondem a “sutura de um corte que necessite de pontos (G10)”, “identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar) (G12)”, “identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar) (G13)”, “colocação de tala (ex: para tornozelo torcido) (G14)”, “remoção de verrugas (G15)”, “remoção de unha encravada (G19)”, “aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair) (G20)”, respectivamente, atingiram as menores frequências totais afirmativas dentre todas as unidades nas quais foram

realizada a pesquisa, sendo “G10= 79(22.7%)”, “G12= 55(15.8%)”, “G13= 63(18.1%)”, “G14=52 (14.9%)”, “G15=23 (6.6%)”, “G19=32 (9.1%)”, “G20=96 (27.5)”. A partir desses dados notou-se que vários serviços, considerados como simples pelos usuários, muitas vezes não são disponibilizados nessas UBSF para a população, mostrando, assim, que a integralidade da atenção à saúde, em determinados momentos, não promove resolubilidade em sua totalidade, especialmente, no que tange as especificidades da ESF quanto à prestação de serviços de menor complexidade, porém, é preciso entender que integralidade das ações é o direito que o usuário possui de ser atendido em todas as suas necessidades, desde a realização de consulta, acesso a exames, consumo de medicamentos, até a realização de procedimentos, (ASSIS *et al.*, 2010; MARQUES; LIMA, 2007).

Para a variável G17, que se refere ao “aconselhamento sobre como parar de fumar”, percebeu-se que a unidade UBSF 12 apresentou menor frequência afirmativa com valor 6(20,6%), e a UBSF 11 maior frequência afirmativa com 20 (68.9%). Em relação a “orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama (G21)”, duas unidades, a UBSF 6 (Jeremias) no Distrito Sanitário III e a UBSF 10 (Velame II) no Distrito Sanitário V, tiveram as menores frequências afirmativas com 7 (24.1%) e UBSF 5 a maior frequência com valor igual a 18 (62.06%); e ao que se refere à variável G22, sobre “orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma)” a frequência total afirmativa foi de 147 (42.2%).

Fica claro que, embora algumas unidades tenham apresentados valores positivos para os serviços disponíveis mencionados, há necessidade da intersetorialidade, atribuindo à integralidade um caráter transversal como Brito *et al.*(2013) fala, já que tais orientações acabam não acontecendo no contato inicial do usuário com o sistema ou com a equipe de saúde.

Quanto aos serviços prestados, a UBSF 8, apresentou maior frequência afirmativa com 25 (86.2%) para “conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente (H1)” e a UBSF 10 menor frequência com 1(3.4%). Ainda na tabela 3, verificou-se que no componente “H2”, os usuários de três UBSF negaram ter recebido qualquer tipo de orientação de como realizar a “segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança”, resultado semelhante aos obtidos por Oliveira (2012), enquanto que as UBSF 3 (Adalberto Cesar I e II) no Distrito Sanitário II e UBSF 5 apresentaram a maior frequência afirmativa com 18

(62.06%) para esse mesmo dado. Logo, pode-se dizer que a prática de atenção à família, ainda precisa ser unificada na produção em saúde.

Dentre as unidades que participaram da pesquisa, a maioria apresentou uma baixa frequência de respostas afirmativas para os itens “aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro (H3)” com 49(14.08%); “maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando (H4)” com 70 (20.1%); “perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança (H9)” com 8(2.2%); “como prevenir queimaduras (H10)” com 87(25%); e “como prevenir quedas (H11)” com 86 (24.7%), essa baixa frequência pode ser ocasionada, segundo os usuários, pela falta do diálogo entre os profissionais de saúde com os próprios usuários, portanto, de acordo com um estudo de Assis *et al.* (2010),o trabalho em equipe no PSF deve ser cada vez mais presente junto aos seus usuários , já que dessa forma aumenta a oferta de serviço, amplia as possibilidades do cuidado (ações e saberes) e compete para maior integralidade no processo de trabalho.

Durante as entrevistas notou-se que a maioria dos participantes afirmou ter recebido “conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você (H5)” com 187 (53.7%); realizado “testes de sangue para verificar os níveis de colesterol (H6)” com 195 (56.03%); “verificado e discutido os medicamentos que você está tomando (H7)” com 192 (55.1%); e orientações para “possíveis exposições a substâncias perigosas, no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança (H8)” com 117 (33.6%), o que justifica, segundo Lavras (2011), a integralidade designar a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que devem ser oferecidos às necessidades mais frequentes da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que podem favorecer ao aparecimento de diversos tipos de doenças.

Nas variáveis H12 e H13, que apenas foram respondidas pelas mulheres que participaram da pesquisa, observou-se que a maior frequência afirmativa foi na UBSF 8 com 14 (48.2%), para “como prevenir osteoporose ou ossos frágeis (H12) e 22 (75.8%) para o “cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa (H13)”, enquanto a UBSF 2 ficou com a menor frequência afirmativa, com 4(13.7%) nas variáveis H12 e H13.

Desse modo, destaca-se que a Integralidade pode ser exercida por qualquer profissional de saúde, desde que apresente preocupações e realize ações que irão além de um problema específico que é apresentado (PIRES *et. al.*, 2007), compreendendo que a partir do princípio de integralidade, todos os profissionais que trabalham com seres humanos

necessitam aprimorar seu entendimento holístico-ecológico, seja na produção do conhecimento ou na prestação de serviços, resgatando a importância da participação nos contextos onde se constrói a vida de cada cidadão (MACHADO *et. al.*, 2007).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da avaliação da integralidade na atenção primária à saúde em Campina Grande identificaram-se limitações correspondentes à: estrutura física das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF); disponibilidade e prestação de serviços; e às relações existentes entre equipes de saúde da família e comunidade. Para tanto, se faz necessário o desenvolvimento de ações de planejamento e programação da gestão municipal dos serviços de saúde nas UBSF garantindo que os usuários tenham a integralidade dos tipos de atendimento da rede de serviços do Sistema Único de Saúde, independente de mudanças da gestão municipal relacionadas ao processo de transição política. Percebem-se que, neste contexto, tal fato tem ocasionado alterações e comprometimentos sobre a estrutura, processo e resultados dos serviços disponíveis e prestados para atendimento dos usuários da Estratégia Saúde da Família.

No que tange a avaliação dos serviços de saúde da atenção primária, tornar-se imprescindível destacar sua relevância no âmbito das pesquisas, já que APS deve ser o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, priorizando a qualidade necessária para a continuidade da assistência desse usuário. Sendo assim, é importante difundir métodos de avaliação constantemente, a exemplo do PCATool, na tentativa de buscar resolutividade para os problemas existentes nas UBSF, porém, é importante ressaltar e empregar a subjetividade nos questionários, permitindo a descrição das posições pessoais de cada usuário quanto a satisfação e utilização dos serviços disponíveis e prestados.

Por fim, incentivos a outras pesquisas com intuito de avaliar os serviços de APS deste município devem acontecer utilizando outras versões do PCATool, para clientes cuidadores de crianças e profissionais, levando-se em consideração a tríade proposta por Donabedian: estrutura, processo e resultados. Além disso, é possível destacar que durante a coleta de dados deste estudo, simultaneamente a atenção primária à saúde deste município, participava do primeiro ciclo de avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com intuito de planejar, monitorar e avaliar a estratégia saúde da família, fortalecendo diretamente a atenção básica na cidade, deve acontecer de forma mais intensa.

ABSTRACT

This is an evaluative study of transversal approach conducted with users of the Family Health Strategy, in the period between April and June 2013. The objective was to evaluate the essential attribute Integrality of Primary Health in Campina Grande - Paraíba. For both, were randomly selected by lot 12 Basic Units of Family Health, two by each Health District, to interview 348 users aged between 20 and 59 years who lacked health supplement Health plan. used the Primary Care Assessment Tool (PCATool - Brazil) Adult version containing 87 items divided in 10 components and seven attributes, of these, evaluated: Integrality-Services Available (G) containing 22 items and Integrality - Services Provided (H), containing 13 items. On data analysis and processing used the Statistical Package for Social Sciences (SPSS Inc, Chicago, United States, free version) for storing the contents of the responses obtained and had the instrument validation Likert scale with five values. The components related were: Integrality - Services Available (2.51), and Integrality - Services Provided (1.99). There are limitations perceived about: physical structure of UBSF; availability /services offer; and relation health team family / community, being, necessary actions of planning and scheduling of municipal management of health to ensure Integrality of the types of atendiments the network of the Unified Health System services. However, the use of methods and health assessment tools become indispensable to solving problems related to the structure, processes and outcomes of health services.

KEY-WORDS: Program Evaluation; Primary Health Care; Integrality.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO-CURVO, P. **Avaliação da atenção básica em saúde destacando satisfação e insatisfação na perspectiva dos usuários, com ênfase na integralidade da atenção.** 2010. 154f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.
- ALMEIDA, P. F, GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 24, n. 8, pp. 1727-1742, ago. 2008.
- ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F. de. Integralidade do Cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. **Rev. Saúde Soc.** São Paulo, vol. 22, n.1, pp.109-123, 2013.
- ASSIS, M. M. A., *et al.* (Orgs.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários** [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p. ISBN 978-85-232-0669-7.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996. **Cadernos de Ética em Pesquisa**. Vol. 1, n.1, p. 34-42, jul. 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde, 4ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados**. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. CNESNet. **DATASUS**. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Brasília, 2014. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=02&VListar=1&VEstado=25&VMun=250400&VSubUni=&VComp=>. Acesso em: 26/11/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool PCATool-Brasil*** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da PNH: acolhimento com classificação de risco**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, v. 0, n. 0, Seção I, p. 71, mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Programa Nacional de avaliação dos Serviços: Resultado do processo avaliativo 2004 –2006**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados /** Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; [elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna]. – 2ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 210 p.: il. color.– (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica / Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. (2003). **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Produto do trabalho da Comissão instituída pela Portaria Nº 676 GM/MS de 03 de junho de 2003, publicada no DOU em 04 de junho de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 382, de 10 de março de 2005**. Institui o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – 8-PNASS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 11 de março de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 1654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da União**. Brasília, 20 de julho de 2011.

BRITO, M. J. M.; ANDRADE, A. M; CAÇADOR, B. S; FREITAS, L. F. C.; PENNA, C. M. M. Atenção Domiciliar na Estruturação da Rede de Atenção à Saúde: Trilhando os Caminhos da Integralidade. **Esc Anna Nery (impr.)**. Belo Horizonte (MG), vol. 17, n.4, pp.603 – 610, 2013.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 14-21, 2004.

CAMPOS, C. E. A. O Desafio da Integralidade Segundo as Perspectivas da Vigilância da Saúde e da Saúde da família. **Revista Ciênc. Saúde coletiva [online]**. Rio de Janeiro (RJ), vol.8, n.2, pp. 569-584, 2003.

CASTRO, R. C. L. de.; KNAUTH, D. R; HARZHEIM, E.; HAUSER, L.; DUNCAN, B. B. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 28, n. 9, pp. 1772-1784, Set. 2012.

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**. São Luiz (MA), pp.1-10, 2007.

CRUZ, M. M. **Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate**. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde, pp.181-199, 2011.

FERNANDES, J. L. M. **Avaliação da satisfação do usuário com os serviços de atenção básica do Distrito de Saúde Sul da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas/SP, no ano de 2011**. 2013. 16 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

FRANÇA, I. S. X. de; MARINHO, D. D. T.; BATISTA, R. S. Assistência de Saúde Humanizada: Conquista e Desafios em Campina Grande-PB. **Rev. Rene**. Fortaleza, vol. 9, pp. 15-23, out/dez, 2008.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. P.; GRANJA, G. F.; ERMEL, R. C. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev. Esc. Enferm USP**. São Paulo, vol. 45, n. 5, pp. 1135-41, 2011.

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), vol. 22, n. 8, pp.1649-1659, Ago. 2006.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php>>. Acesso em: 26 de novembro de 2014.

KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. R.; PEREIRA, D. B.; COIMBRA, V. C. C.; OLIVEIRA, M. M. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha Enferm** [online]. Porto Alegre (RS), vol. 30, n.4, pp.594-601, 2009.

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

LINARD, A. G.; CHAVES, E. S.; ROLIM, I. L. T. P.; AGUIAR, M. I. F. de. PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: compreensão dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre (RS), Vol. 32, n. 1, pp.114-20, mar. 2011.

LINARD, A. G.; CASTRO, M. M. de.; CRUZ, A. K. L. da. Integralidade da Assistência na Compreensão dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre (RS), vol. 32, n. 3, pp.546-53, 2011.

MACHADO, M.F.A.S. *et al.* Integralidade, Formação de Saúde, Educação em Saúde e as Propostas do SUS: Uma Revisão Conceitual. **Revista Ciênc. saúde coletiva** [online]. Fortaleza (CE), vol.12, n.2, pp. 335-342, 2007.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de Usuários a um Serviço de Pronto Atendimento e seu Acolhimento ao Sistema de Saúde. **Rev Latino-am Enfermagem** [online]. Porto Alegre (RS), vol. 15, n. 1, 2007.

OLIVEIRA, V. B. C. A. de. **Avaliação da atenção primária à saúde da criança no município de Colombo – Paraná**. 2012. 124f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2012.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Documento de Posicionamento da Organização Pan–Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington. 48 f. 2007.

PIRES, A. C. *et. al.* Estudos Integradores sobre Tecnologias Avaliativas de Integralidade e Saúde Suplementar. **Relatório Técnico Modelos Tecnoassistenciais na Saúde Suplementar, com base nas Linhas de Cuidado**. Grupo de Pesquisa do CNPq, 2007.

PIRES, V. M. M. M.; RODRIGUES, V. P; NASCIMENTO, M. A. A. Sentidos da Integralidade do Cuidado na Saúde da Família. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, vol. 18, n. 4, pp. 622-7, 2010.

SAMICO, I. *et. al.* **Avaliação em Saúde:** bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Científica Ltda, 2010. 196 p.

SANTOS, P. F. B. B. **O enfermeiro na implantação e desenvolvimento do Programa Saúde da Família na cidade de Campina Grande/PB à luz da história oral temática.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2004.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. 726p.

SOUSA, M. F. **Agentes Comunitários de Saúde:** choque de povo! São Paulo: Hucitec, 2001. 158p.

SOUZA, M. H. N.; PAZ, E. P. A.; FARIAS, S. N. P.; GHELMAN, L. G.; MATTOS, C. X.; BARROS, R. R. Integralidade como uma Dimensão da Prática Assistencial do Enfermeiro no Acolhimento Mãe-Bebê. **Esc Anna Nery (impr.)**. Vol. 17, n.4, pp.677- 682, 2013.

SUMAR, N.; FAUSTO, M. C. R. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. **J Manag Prim Health Care**. Vol. 5, n. 2, pp.202-212, 2014.