



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

**MARIA BEATRIZ BANDEIRA LOURENÇO**

**AVALIAÇÃO DA LONGITUDINALIDADE E COORDENAÇÃO  
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM CAMPINA GRANDE-PB.**

**CAMPINA GRANDE – PB  
2014**

**MARIA BEATRIZ BANDEIRA LOURENÇO**

**AVALIAÇÃO DA LONGITUDINALIDADE E COORDENAÇÃO  
DA 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: 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.

L892a Lourenço, Maria Beatriz Bandeira.  
Avaliação da longitudinalidade e coordenação da atenção primária à saúde em Campina Grande-PB [manuscrito] / Maria Beatriz Bandeira Lourenço. - 2014.  
24 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. Enfermagem comunitária. 3. Políticas públicas de saúde. I. Título.

21. ed. CDD 610.734

**MARIA BEATRIZ BANDEIRA LOURENÇO**

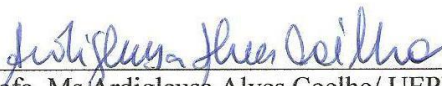
**AVALIAÇÃO DA LONGITUDINALIDADE E COORDENAÇÃO  
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM CAMPINA GRANDE-PB.**

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.

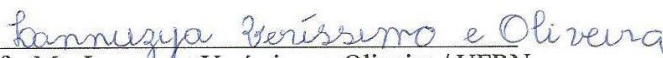
Aprovada em 18 de julho de 2014.



Prof. Ms. Valdecir Carneiro da Silva / UEPB  
Orientador



Prof. Ms. Ardigleusa Alves Coelho / UEPB  
Examinadora



Prof. Ms. Lannuzya Veríssimo e Oliveira / UFRN  
Examinadora

## **AVALIAÇÃO DA LONGITUDINALIDADE E COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM CAMPINA GRANDE-PB.**

LOURENÇO, Maria Beatriz Bandeira<sup>1</sup>; SILVA, Valdecir Carneiro da<sup>2</sup>

### **RESUMO**

Trata-se de estudo avaliativo de caráter transversal, parte integrante do projeto “Avaliação dos Serviços de Atenção Primária à Saúde na Estratégia Saúde da Família em Campina Grande-PB” do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica (PIBIC) cota 2012-2013, desenvolvido junto ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba. O objetivo foi avaliar os atributos essenciais longitudinalidade e coordenação da atenção primária à saúde na Estratégia Saúde da Família em Campina Grande-PB. Entre abril e junho de 2013 foram entrevistados 348 usuários da Estratégia Saúde da Família com idade entre 20 e 59 de anos, que não possuam plano de saúde suplementar. O instrumento de avaliação foi o Primary Care Assessment Tool (PCATool)-Brasil versão Adulto contendo 87 itens divididos em 10 componentes e sete atributos, destes, avaliamos: Longitudinalidade, constituída por 14 itens ; e Coordenação –Integração de Cuidados, constituído por 8 itens e; Coordenação – Sistema de Informações, constituído por 3 itens. No processamento e análise dos dados utilizamos 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: Longitudinalidade (D=2.87); Coordenação-Integração de Cuidados (E=2.79)e; Coordenação– Sistema de Informações (F=2.88).A avaliação nos permite identificar os déficits de atenção primária para subsidiar o planejamento e programação em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Avaliação de Programas. Atenção Primária á Saúde. Políticas Públicas de saúde.

### **1 INTRODUÇÃO**

A atenção primária à saúde (APS) que, no Brasil corresponde à atenção básica de saúde (AB), ainda propicia acompanhamento e cuidado integral de usuários com problemas, conhecimento do usuário, das famílias e da comunidade, permitindo ao profissional antecipar e ajustar os cuidados a serem adotados, e uma melhor relação entre equipe de saúde e a comunidade, facilitando o estabelecimento de laços de confiança, melhor acesso ao cuidado e, além disso, é um elo entre a comunidade e os serviços de alta complexidade (MELO *et al.*, 2008). A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2007, p.4) define APS:

---

<sup>1</sup>Aluna concluinte de Graduação em Enfermagem na Universidade Estadual da Paraíba. Correspondência: bia\_bandeirinha@hotmail.com

<sup>2</sup>Professor mestre do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba.

refere-se à porta de entrada do sistema de saúde e ao local de cuidados contínuos de saúde para a maioria das pessoas, na maior parte do tempo. Trata-se da concepção mais comum dos cuidados primários de saúde em países da Europa e em outros países industrializados. Em sua definição mais estreita, a abordagem é diretamente relacionada à disponibilidade de médicos atuantes com especialização em clínica geral ou medicina familiar.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) complementa que a atenção primária é caracterizada pelo conjunto de ações de saúde tanto individualmente como na coletividade, e abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, bem como, considera o sujeito a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. (BRASIL, 2007)

A atenção primária orienta-se por eixos estruturais que recebem o nome de atributos essenciais: atenção de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação e os atributos derivados que são: orientação familiar e comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002). Doravante, focalizaremos o estudo para: a longitudinalidade que representa uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os usuários em suas unidades de saúde, devendo a esse vínculo da população com sua fonte de atenção refletir na cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde (STARFIELD, 2002); e coordenação, definida da seguinte forma por Oliveira e Pereira (2013, p.161)

A coordenação entre níveis assistenciais pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do local onde sejam prestados. Objetiva ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam a suas necessidades de saúde de forma integrada, por meio de diferentes pontos da rede de atenção a saúde.

Atendendo aos preceitos do SUS, a saber: 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 é criado o Programa Saúde da Família. Contudo, foi a partir de 1998 que o programa consolidou-se como estratégia estruturante de um modelo de atenção à saúde que prioriza ações pautadas nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006).

Com a consolidação do SUS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) promoveu a mudança de uma assistência centralista, com foco no modelo assistencial curativista e hospitalocêntrico para um modelo que focaliza a prevenção de doenças, controle de agravos e a promoção da saúde (BRASIL, 1997). Essas ações são realizadas por uma equipe multidisciplinar e priorizam a participação comunitária.

No Município de Campina Grande-PB, que acumula uma trajetória de mais de 20 anos de implantação do PSF, percebe-se a necessidade deste estudo avaliativo de acordo com

Samico *et. al.*, (2010) como forma de agrupar informação para verificar o funcionamento do serviço, a qualidade da atenção prestada, efetividade e satisfação dos usuários, desta maneira cada vez mais se é utilizada a avaliação desses serviços.

Destarte, a avaliação dos programas torna-se processo indispensável para o seu aprimoramento e funcionamento. Para tanto, o Ministério da Saúde do Brasil nos traz a seguinte definição:

“A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece” (BRASIL, 2005, p 18).

Neste sentido, “a avaliação tem potencial de mobilização interna, no sentido da coordenação de esforços de todos os participantes e também externa, destinada a conquistar espaços de visibilidade e credibilidade para as ações (SAMICO, 2010, p. 57)”.

Essa avaliação e o monitoramento da ESF permite a identificação de dificuldades e problemas, como também o desempenho e a organização do sistema que produzam impacto sobre a saúde da população (ALMEIDA; MACINKO, 2006). A ação de avaliar pode ser também um exercício sistemático que pertence ao campo da pesquisa. (BROUSSELLE, 2011)

Um dos meios de se realizar a avaliação da ESF é a utilização do instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool), fazendo-se assim um escore dos atributos, seguindo o referencial de Starfield. Além disto, “esses atributos podem ser avaliados separadamente, apesar de se apresentarem intimamente inter-relacionados na prática clínica.” (HARZHEIN *et al.*, 2006). Este instrumento, entre diversas coisas, nos “permite identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade no planejamento e execução das ações.” (HARZHEIN *et al.*, 2006, p. 1650)

Este estudo é parte integrante do projeto de pesquisa “Avaliação dos Serviços de Atenção Primária à Saúde na Estratégia 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 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).

Destarte, o objetivo específico do nosso plano trabalho, foi avaliar os atributos essenciais longitudinalidade e coordenação da atenção primária à saúde na Estratégia Saúde da Família em Campina Grande-PB.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para fundamentação deste estudo que aborda os atributos essenciais longitudinalidade e coordenação da atenção primária à saúde é importante entender seus conceitos, definições, modelos, objetivos e operacionalização nos programas e serviços da atenção primária à saúde.

No âmbito da atenção primária à saúde, Bulgarelli *et al.* (2012) complementa a definição de longitudinalidade quando afirma que esse atributo na ESF “[...] assume o papel de articulação entre usuário e profissional, criando espaços conversacionais para a consolidação de uma corresponsabilidade, e para a construção de novos conhecimentos que atuem de maneira direta em um cuidado longitudinal”.

Neste aspecto, há uma grande importância da criação do vínculo no encontro entre o profissional e usuário, pois é nele que é estimulado ao usuário a identificação de necessidade quanto a sua autonomia em relação a sua própria saúde. (MAMUTO *et al.*, 2001)

Essas interações entre profissionais e usuários contribuem para o estabelecimento de relações de longa duração, facilitando assim a efetividade e a promoção de saúde na atenção primária. Nesta concepção, a partir desse maior contato, os profissionais de saúde, aprendem a respeito de muitos, se não da maioria dos problemas dos pacientes e da comunidade em geral, contribuindo assim para ações de prevenção de doenças e agravos à saúde. Além disso, os usuários permanecendo sempre em contato com a equipe entendem e assim participam melhor nos cuidados de sua atenção (STARFIELD, 2002).

Esse vínculo também é importante para que o profissional “se baseie na promoção da saúde e na percepção desse indivíduo como um ser biopsicossocial – que necessita ser escutado e compreendido em suas necessidades físicas, emocionais e sociais.” (EULÁLIO *et al.*, 2009)

No caso específico do atributo essencial coordenação da atenção primária, Starfield (2002, p.63) destaca que este, “requer alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além de reconhecimento de problemas” da comunidade.

De acordo com Witt (1992, *apud* SILVA, 2010) para a coordenação da atenção primária atender as necessidades da comunidade deve existir um sistema de referência e contrarreferência eficaz.

No Brasil, essa prática de referência e contrarreferência é operacionalizada como diretriz pactuada de serviço ou como um dos focos de gestão, para assegurar a continuidade



do cuidado, entretanto, para seu desenvolvimento, é necessário capacitação e educação permanente na ampliação da clínica e no domínio das técnicas da relação (ASSIS *et al.* 2012).

De acordo com Frantini (2008) as definições de referência e contrarreferência ainda estão pouco desenvolvidas, tanto no que se refere a seu aspecto teórico, quanto à efetivação e divulgação de experiências. Este autor complementa que (p. 67),

Referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas. Já a contrarreferência diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples.

Ou seja, o usuário é contrarreferenciado quando necessita de um atendimento mais simples, sendo este encaminhado para uma unidade básica de saúde a qual seja cadastrado.

Além do sistema de referência e contrarreferência, observa-se o apoio matricial que é definido por Jorge *et al.* (2013, p.739)

Como um arranjo organizacional que surge com o objetivo de ampliar a capacidade de resolubilidade das ações de saúde, ao propor uma reformulação no modo de organização dos serviços e relações horizontais entre as especialidades que passam a oferecer apoio técnico horizontal as equipes interdisciplinares de atenção primaria, favorecendo assim a conexão em rede.

Este matriciamento funciona como uma rede, onde deve haver um compartilhamento entre a referência e o apoio na construção do serviço, personalizando a referência e contrarreferência. Se torna pois, responsável pela condução do caso com a equipe de referência, buscando elaborar juntos protocolos a fim de reduzir filas de espera. (ARONA, 2009).

Neste aspecto Starfield (2002) nos aponta que é possível haver coordenação sem longitudinalidade, quando os usuários não tem uma fonte única de atenção que alcance a longitudinalidade e ainda alcance a coordenação, ou pode-se haver longitudinalidade sem coordenação, quando o usuário tem uma fonte habitual de atenção, na qual a longitudinalidade é bem alcançada, mas, ainda assim, falta a continuidade para os eventos que ocorrem em sequência. Esta autora destaca ainda que, “sem a coordenação, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial, a integralidade seria dificultada e a função de primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa” (STARFIELD, 2002, p. 365).

### **3 REFERENCIAL METODOLÓGICO**

Trata-se de estudo avaliativo, de caráter transversal, realizado com usuários da Estratégia Saúde da Família 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) onde a cobertura de atendimento atingiu 78,8% da população.

Foram selecionadas aleatoriamente por meio de sorteio 12 UBSF, sendo duas por cada 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  $n = \frac{\pi \cdot (1 - \pi) \cdot z^2}{D^2}$ , 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 por cada duas UBSF nos Distritos Sanitários, sorteadas de forma não probabilística, totalizando 348 usuários distribuídos em 12 UBSF. Os dados foram coletados pelo 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. Entretanto, nesta pesquisa vamos analisar apenas dois desses atributos, a longitudinalidade e a coordenação, que estão relacionados aos seguintes componentes:

Longitudinalidade (D). Constituída por 14 itens (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13 e D14);

Coordenação –Integração de Cuidados (E). Constituído por 8 itens (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E9);.

Coordenação –Sistema de Informações (F). Constituído por 3 itens (F1, F2 e F3);

O PCATool mede a presença e a extensão de cada atributo da APS através da Escala de 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) - Versão livre para armazenamento do conteúdo obtido através dos questionários, as respostas dos entrevistados foram validadas com utilização da Escala 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 de respostas dos quatro atributos essenciais: acesso de primeiro contato; longitudinalidade; integralidade e; coordenação. “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)”.

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.

#### 4 DADOS E ANÁLISE DA PESQUISA

Para este estudo foram entrevistados 348 usuários adultos, sendo a maioria (92.6%) do sexo feminino, devido ao fato das mulheres, estarem mais presentes nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). Entretanto, os poucos homens presentes geralmente estavam acompanhando suas mulheres no atendimento.

Na tabela 1 apresentam-se os escores de cada atributo essencial avaliado por Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) onde foram realizadas as entrevistas. Desta maneira, podemos visualizar e comparar os escores medidos por UBSF, podendo identificar onde, de acordo com a percepção dos usuários destes serviços, esses atributos são menos ou mais presentes.

**Tabela 1:** Distribuição de escores dos atributos Longitudinalidade e Coordenação da Atenção Primária à Saúde na Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, 2013.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	LONGITUDINALIDADE	COORDENAÇÃO	
	D	E	F
UBSF WESLEY CARIRI TARGINO	3.09	2.61	3.01
UBSF PLÍNIO LEMOS	3.03	2.97	2.98
UBSF ADALBERTO CESAR I e II	2.61	2.88	3.03
UBSF MUTIRÃO I	2.72	2.66	2.6
UBSF JARDIM CONTINENTAL	2.83	2.88	3.05
UBSF JEREMIAS	2.8	2.76	2.6
UBSF TAMBOR I	2.7	2.82	2.9
UBSF JOSÉ ARINO BARROS	2.96	2.88	2.91

UBSF CATOLÉ DO ZÉ FERREIRA	3.07	3.11	3
UBSF VELAME II	3	2.43	2.73
UBSF HINDENBURGO N. DE FIGUEIREDO	2.86	2.83	2.83
UBSF MALVINAS III	2.82	2.69	2.93
<b>TOTAL</b>	<b>2.87</b>	<b>2.79</b>	<b>2.88</b>

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 percebemos que no atributo da longitudinalidade o menor escore (n=2.61) foi da UBSF Adalberto Cesar I e II, localizada no Distrito II; e o maior escore (n=3.09) foi na UBSF Wesley Cariri Targino, localizada no Distrito I, o que é uma nota boa no que se refere a uma fonte regular de atenção.

No componente E, que diz respeito ao atributo da “Coordenação – Integração de Cuidados”, damos destaque a UBSF Velame II, localizada no Distrito V, com o menor escore (n= 2.43). No componente F, que está relacionado com o atributo “Coordenação - Sistema de Informações”, observamos os menores escores nas UBSF Jeremias e Mutirão I, localizadas no Distrito III e II respectivamente, ambas com os mesmos escores (n=2.6). Em um estudo realizado por Castro *et al* (2012) a ESF apresentou Escores significativamente maiores do que os atribuídos às UBS, bem como, em todos os atributos.

**Tabela 2:** Distribuição de escores dos atributos essenciais Longitudinalidade e Coordenação da Atenção Primária à Saúde nos Distritos Sanitários de Campina Grande, Paraíba, 2013.

DISTRITOS SANITÁRIOS	LONGITUDINALIDADE	COORDENAÇÃO	
	D	E	F
DISTRITO I	3.06	2.79	2.99
DISTRITO II	2.66	2.77	2.81
DISTRITO III	2.82	2.82	2.86
DISTRITO IV	2.84	2.85	2.91
DISTRITO V	3.03	2.77	2.86
DISTRITO VI	2.84	2.76	2.88
<b>MÉDIA TOTAL</b>	<b>2.87</b>	<b>2.79</b>	<b>2.88</b>

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)

Os escores da tabela 2 são de acordo com cada Distrito Sanitário do município, onde no atributo da longitudinalidade observamos a menor nota no Distrito II com (n = 2.66), na coordenação– integração de cuidados o menor escore consta no Distrito VI com (n = 2.76)

como também observamos no Distrito Sanitário II o menor escore na coordenação - sistema de informações, com o escore de (n=2.81).

É importante ressaltar que de acordo com o estudo a longitudinalidade é considerada a característica central e exclusiva da APS (BARETIERI; MARCON, 2010) enquanto a coordenação tem o objetivo de ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam a suas necessidades de saúde de forma integrada, por meio de diferentes pontos da rede de atenção a saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Deste modo observamos que todos os escores analisados estão na média (2.5) ou acima dela, o que não condiz verdadeiramente com o visualizado no campo da pesquisa, onde durante as entrevistas escutamos diversas reclamações. Assim, na análise das frequências das respostas afirmativas percebemos melhor essas deficiências. Desta maneira a tabela 3 nos apresenta a frequência afirmativa, que corresponde a frequência dos usuários que responderam “Com certeza sim” e “Provavelmente sim” de cada componente relacionado aos atributos de longitudinalidade e coordenação.

**Tabela 3:** Distribuição da frequência de respostas afirmativas utilizando o PCATool Brasil Adulto na avaliação da longitudinalidade da Estratégia Saúde da Família em Campina Grande-PB, 2013

UBSF	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	TOTAL
<b>ITENS do PCATool</b>													
D1- É o mesmo médico que atende todas as vezes?	29	25	18	22	18	27	20	26	26	21	24	21	<b>277</b>
D2-Você acha que seu médico entende o que você pergunta?	28	28	28	23	25	26	28	28	28	25	26	26	<b>319</b>
D3-O seu médico responde as perguntas de maneira que você entenda?	29	26	27	26	24	26	29	28	28	26	26	29	<b>324</b>
D4-Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico que melhor conhece você?	0	3	5	4	22	4	6	6	6	6	2	7	<b>71</b>
D5-O seu médico lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	28	28	23	24	22	25	22	25	28	27	27	22	<b>301</b>
D6-Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu médico?	28	28	24	22	23	24	28	26	28	27	28	24	<b>310</b>

D7-O seu médico conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	16	23	15	15	20	18	10	19	13	10	10	18	<b>187</b>
D8-O seu médico sabe quem mora com você?	15	18	13	16	20	14	23	23	17	18	13	9	<b>199</b>
D9-O seu médico são quais são os problemas mais importantes para você?	12	16	9	10	15	10	14	18	14	15	15	11	<b>159</b>
D10-O seu médico conhece a sua história clínica completa?	26	19	12	20	22	19	15	19	24	25	21	20	<b>242</b>
D11-O seu médico sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	13	17	5	6	23	7	4	11	17	22	11	8	<b>144</b>
D12-O seu médico saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	17	16	10	11	12	10	12	15	16	15	16	9	<b>159</b>
D13-O seu médico sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	23	16	14	26	23	19	20	21	21	19	18	22	<b>242</b>
D14-Você mudaria de serviço para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	18	12	14	15	12	24	14	9	16	14	17	22	<b>187</b>

**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.

No atributo da longitudinalidade observamos que há relação da equipe de saúde e os usuários adscritos, isso pressupõe uma existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, ou seja, o ideal é que sempre a mesma equipe seja responsável pela atenção a determinada população. (STARFIELD, 2002) Ao analisar a tabela 3 vemos que, entre as 12 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), a que teve maior frequência afirmativa no que se refere ao componente “é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você? (D1)” foi a UBSF1 Wesley Cariri Targino, no Distrito Sanitário I, com 100% das respostas positivas, enquanto que, no mesmo distrito, a UBSF 3 Adalberto Cesar I e II e a UBSF 5 Jardim Continental no Distrito Sanitário III, obtiveram as menores frequências, ambas com 18.

Vale ressaltar que a ocorrência da longitudinalidade não depende somente do profissional, é de grande importância que os usuários estejam abertos à coparticipação, seja

por meio de ações de promoção, prevenção ou recuperação da saúde (BARATIERI; MARCON *et al.*, 2011).

No componente D2 analisamos a distribuição das frequências afirmativas sobre o entendimento do médico ou enfermeiro a respeito do que o usuário diz ou pergunta, sabendo que uma boa comunicação favorece a continuidade da assistência, como também sua efetividade, o que favorece uma melhor implementação de ações de promoção e de prevenção à saúde. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013)

Observamos na tabela, que todas as unidades apresentam uma elevada frequência afirmativa, aspecto “o seu médico/ enfermeiro responde suas perguntas de maneira que você entenda? (D3)”. Neste contexto, vemos que é de extrema importância que os usuários entendam o que os profissionais falam para que possam atuar seguindo suas orientações e o planejamento do serviço, é preciso que eles tenham um entendimento efetivo sobre o conhecimento compartilhado a fim de compreender a finalidade das ações. (ROECKER, *et al.*,2012). As evidências complementam que a maneira como as informações são transmitidas aos usuários e o envolvimento deles no processo saúde-doença, têm um impacto poderoso sobre o que pensam, como se sentem e como reagem às orientações médicas (STARFIELD, 2002).

Com relação ao usuário poder telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor o conhece, só observamos uma frequência boa, na UBSF 5 Jardim Continental, localizada no Distrito Sanitário III, onde as demais estão entre zero e sete, a menor destas, é encontrada na UBSF 1 Wesley Cariri Targino, localizada no Distrito Sanitário I.

Às perguntas “o seu médico/enfermeiro lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?” (D5) observamos também uma alta prevalência de frequências afirmativa, destacando as unidades de saúde as que apresentaram as menores frequências, a UBSF 5 Jardim Continental, a UBSF 7 Tambor I e a UBSF 12 Malvinas III, todas com 22, observamos também um ponto positivo no componente que se refere a “Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu médico/enfermeiro?” (D6), onde as frequências afirmativa também se encontram elevadas. Desta maneira, é importante ressaltar que no contato entre o profissional e o usuário deve prevalecer sempre a preocupação de fazer o melhor acompanhamento e a melhor escuta possível das necessidades trazidas pelo usuário. (COSTA; LOPES 2012)

Assim, percebemos que a comunicação é um fator primordial em todo o processo do cuidado, pois permite acessibilidade através do compartilhamento de sentimentos, opiniões, experiências e informações, que além de estabelecer uma relação de confiança e amizade,

também é um poderoso instrumento de promoção de saúde do idoso (ARAÚJO; BARBOSA, 2010).

Na seguinte pergunta “o seu médico/enfermeiro conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?” (D7) percebemos uma diferença entre as frequências, onde se destacam a UBSF 7 Tambor I, UBSF 10 Velame I e a UBSF 11 Hindenburgo Nunes de Figueiredo que obtiveram as frequências mais baixas, ou seja, na opinião dos usuários, os profissionais de saúde veem eles apenas como uma pessoa com algum problema de saúde a ser resolvido e não com uma percepção biopsicossocial, que necessita ser escutado e compreendido em suas necessidades físicas, emocionais e sociais. (EULÁLIO *et al.*, 2009)

É possível ver na tabela 3 que, nos componentes que estão relacionados ao saber do profissional a respeito de quem mora com o usuário (D8) e do seu trabalho ou emprego (D11), percebemos que a frequência afirmativa nestes quesitos diminui em todas as unidades, ou seja, o meio em que o usuário vive, parece não ser visto como o ponto de grande importância na saúde do usuário. Embora sabemos que, a saúde é fortemente influenciada pelo contexto em que as pessoas vivem e trabalham, desta maneira o esperado seria que esta influencia fosse um componente importante nas interações entre a equipe e o usuário (STARFIELD, 2002).

Ainda neste aspecto destacamos também a quantidade de pessoas que disseram que o médico sabia do seu trabalho ou emprego (D11), das 12 UBSFs que participaram da entrevista, cinco apresentaram uma frequência afirmativa entre 4 e 8, ou seja, numa amostra de 29 usuários esse número se torna muito baixo.

Para solucionar muitos problemas de saúde como também preveni-los é necessário saber dos problemas importantes na vida dos usuários, ou seja, têm de levar em consideração o contexto em que o usuário vive adaptando assim a assistência oferecida a esse usuário (ROECKER, 2012). Na pesquisa vemos que em algumas unidades como a UBSF 3 Adalberto Cesar I e II e a UBSF 4 Mutirão que poucos usuários responderam que o médico ou enfermeiro sabe quais são os problemas mais importantes pra ele (D9) como também a pergunta se o médico ou enfermeiro saberia de alguma forma se ele tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você está tomando (D12). O que nos revela a falta de interesse dos profissionais sobre o contexto dos usuários.

Analisando do que se trata do conhecimento do profissional a respeito da história clínica completa (D10) e dos medicamentos que o usuário faz uso (D13), obtivemos respostas relativamente boas, onde a menor frequência afirmativa é 12 vista na UBSF 3 Adalberto Cesar I e II .





ajudou-o a marcar esta consulta?	5	8	14	13	13	9	13	12	14	3	3	7	<b>114</b>
E6- O seu médico escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?	6	11	9	10	11	8	13	9	9	5	5	9	<b>105</b>
E7- O médico sabe quais foram os resultados desta consulta?	7	12	11	9	13	7	12	11	12	7	6	9	<b>116</b>
E8- Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu médico conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	5	12	9	7	10	6	9	8	12	6	4	9	<b>97</b>
E9- O seu médico pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado?	4	9	10	6	13	6	9	7	6	5	2	8	<b>85</b>
F1- Quando você vai no serviço de saúde você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado?	18	21	21	9	19	16	18	18	21	16	18	22	<b>217</b>
F2- Quando você vai ao serviço de saúde o seu prontuário está sempre disponível na consulta?	26	23	24	27	25	26	25	27	27	25	27	25	<b>307</b>
F3- Você poderia ler o seu prontuário se quisesse no serviço de saúde?	14	10	11	10	15	3	9	11	5	7	4	3	<b>102</b>

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.

A tabela 3, nos mostra, na linha E1, quantos usuários entrevistados já foram encaminhadas nas respectivas unidades e a partir destes seguimos o questionário neste atributo.

Foi perguntado a quem havia sido encaminhado se foi médico ou enfermeiro do serviço que o encaminhou (E2), a grande maioria respondeu positivamente, como também responderam se o profissional da unidade sabia que ele fez consultas com o especialista (E3). Vemos assim, o interesse do profissional na continuidade da assistência, sabendo que, a coordenação da atenção é uma ferramenta capaz de influenciar o alcance da integralidade, da equidade e da efetivação das ações de saúde (SANTOS; FERREIRA, 2012)

Cerca de metade das pessoas que foram encaminhadas responderam que o médico ou enfermeiro discutiu com ele os diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este o seu problema de saúde (E4). No aspecto da marcação dessas consultas nenhuma das unidades tiveram 100% das frequências afirmativas, ou seja, o serviço de saúde não ajudou a marcar a

consulta para o usuário (E5), o que nos mostra a falta de compromisso com a continuidade e integralidade da assistência.

O atributo da coordenação requer um meio de transferência de informações, seja pelo prontuário, seja por alguma informação escrita para o especialista. Um importante estudo realizado nos Estados Unidos confirmou a importância das informações escritas, ele diz que se estas informações escritas tivessem sido dadas a um usuário pelo profissional da atenção primária, a probabilidade deste voltar ao serviço é muito maior do que se as informações tivessem sido fornecidas verbalmente. Desta forma, dar informações escritas ao usuário pode ser muito importante (STARFIELD, 2002). Percebemos que, a frequência de resposta afirmativa neste aspecto, foi relativamente boa, onde mais da metade responderam que o profissional escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo da consulta (E6).

Para que a coordenação seja estruturada e efetiva é necessário que exista um mecanismo que deixe o profissional ciente dos problemas sempre que ocorrerem, de forma que facilite o manejo e detecção das relações. Desta maneira a coordenação só ocorrerá de forma completa se os próprios usuários atuarem como condutores, e fizerem a transferência de informações ou por meio do prontuário médico compartilhado (STARFIELD, 2002). Neste aspecto analisamos, se o médico sabe quais foram os resultados da consulta (E7), onde destacamos a UBSF Hindenburgo Nunes de Figueiredo, que as pessoas entrevistadas que já receberam encaminhamento responderam que o profissional do serviço de saúde sabia quais foram os resultados da consulta. Em contrapartida esta mesma unidade de saúde não obteve uma boa frequência no que diz respeito à se ele foi bem ou mal atendido na consulta com especialista (E9). Sobre o interesse do profissional a respeito do que aconteceu durante a consulta (E8), espera-se melhores frequências, já que esta informação é imprescindível para a continuidade da assistência.

No que se refere à coordenação e o sistema de informações, ressaltamos que “os resultados de todos os exames diagnósticos (exceto para infecções sexualmente transmissíveis) deveriam ser recebidos pelo médico da atenção básica do usuário dentro de dois dias úteis” (STARFIELD, 2002). Nesse sentido, destacamos a UBSF 4 Mutirão, que de 29 usuários entrevistados, apenas nove que levam algum registro de saúde ou boletins de atendimento que recebeu no passado (F1), um aspecto que é de fundamental importância para a coordenação.

Na ESF, um documento de grande importância como fonte de informação para a equipe de saúde é o prontuário, este deve ser empregado como um instrumento de trabalho,

garantindo o registro das informações e permitindo um melhor atendimento da equipe de saúde (SANTOS; FERREIRA, 2012).

“O prontuário pode ser de qualidade da atenção ofertada, assim como uma ferramenta para avaliar a necessidade...” da população (PEREIRA *et al.*, 2008, p. 124). A partir disto observamos que, das 348 entrevistadas, 307 responderam que o seu prontuário está sempre disponível na consulta (F2), mas, do outro lado, observamos também o baixíssimo número de pessoas que responderam que poderiam ler o seu prontuário se quisesse (F3) tirando como exemplo a UBSF 6 Jeremias e a UBSF 12 Malvinas I, que apenas 3 usuários entrevistados responderam que poderiam ter acesso a leitura do seu prontuário.

## CONCLUSÕES

Na avaliação observa-se que para a efetivação dos atributos coordenação e longitudinalidade, além da necessidade de uma capacitação profissional, é necessário uma boa estrutura da unidade de saúde bem como a aceitação do usuário. Essa estrutura física não foi encontrada em algumas das unidades pesquisadas, influenciando assim de forma negativa todos os atributos.

Percebemos que o PCATool instrumento norte da pesquisa, abordou de forma integral cada atributo, se detendo a cada aspecto destes e nos possibilitando o alcance do objetivo. Entretanto o instrumento não nos permitiu perceber, que cada atributo deste, além de depender dos profissionais da atenção primária, depende também dos usuários e da estrutura física da Unidade Básica de Saúde da Família.

Outro ponto percebido na operacionalização dos atributos é o elevado números de famílias atendidas por cada equipe de saúde da família, o que gera filas enormes e estresse para os usuários que muitas vezes chegam muito cedo à Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) e não conseguem atendimento. Destarte, um dos motivos tem sido a expansão imobiliária da Zona Urbana com crescentes investimentos de conjuntos habitacionais e ou condomínios e a não adequação ao planejamento e programação em saúde local. Esse contexto vem nos mostrar que apesar do contínuo avanço da ESF, a coordenação e a longitudinalidade desses serviços ainda é frágil.

Quanto à operacionalização da referência e contrarreferência a maioria dos usuários se mostra insatisfeitos como demora na marcação e o tempo longo de espera para estas consultas, que muitas vezes chega a ser meses, como também os resultados de exames que demoram muito a chegar, o que dificulta muito a coordenação. Tal fato deve-se a não descentralização dos serviços de média complexidade, concentrados no Serviço Municipal de

Saúde, localizado apenas no Distrito Sanitário I; e ao déficit de Policlínicas nos Distritos Sanitários.

De toda forma ainda percebe-se usuários satisfeitos como atendimento que lhes é prestado, referindo bom acolhimento por parte dos profissionais e uma consulta mais humanizada. Destarte, ainda é um desafio para a saúde o avanço na efetivação desses atributos na atenção primária à saúde, para tornar o atendimento igualitário e integral.

### ABSTRACT

“Evaluation of the primary health care services in the strategy of the Family’s health in Campina Grande- PB” from the Institutional Programme of scientific initiation (PIBIC) quota 2012-2013, developed in the Nursing department of Universidade Estadual da Paraíba. The aim was to evaluate the essential attributes: longitudinality and coordination of the primary health care of the Family’s health strategy in Campina Grande-PB. Between April and June of 2013 there were interviewed 348 users of the Family’s health strategy aged between 20 and 59 years, who didn’t have the supplement health plan. The evaluation tool was the Primary Care Assessment Tool (PCA Tool) –Brazil adult version containing 87 items divided into 10 components and seven attributes, from those, we assessed: Longitudinality composed of 14 items; and Coordination – Integration of Care constituted of 8 items; and Coordination – Information System constituted of 3 items. In the processing and data analysis it was used the *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) – Free version for the storage of the contents gotten from the answers and had as its validation tool the Likert scale, with five values. The results related to the components were the following: Longitudinality (D=2.87); Coordination – Integration of Care (E=2.79) and; Coordination – Information System (F=2.88). The evaluation allows us to identify the deficit of primary care to support the planning and programming in health.

**KEY WORDS:** Programme evaluation; Primary Health Care; Longitudinality; Coordination.

### REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, F.M. **Avaliação das ações de controle do tratamento da tuberculose nos serviços públicos de saúde do município de Campina Grande/PB. 2010.** 51 f. (Trabalho de Conclusão de Curso). Graduação em Enfermagem. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2010.
- ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local.** Série Técnica – Desenvolvimento de Sistema e Serviços de Saúde – 10, Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2006.

ARAÚJO, M.A.S; BARBOSA, M.A. Relação entre o profissional de saúde da família e o idoso. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, p.819-824, dez. 2010.

ARONA, E.C.; Implantação do Matriciamento nos Serviços de Saúde de Capivari. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, p.26-36, 2009.

ASSIS, E.G. *et al.* A coordenação da assistência no controle da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, p.111-118,2012.

BARATIERI T., MARCON S. S., Identificando facilidades no trabalho do enfermeiro para o desenvolvimento da longitudinalidade do cuidado. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, abri/jun 2011.

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. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Secretaria de Atenção à Saúde 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. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade (MS). Brasília. Ministério da Saúde; 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

BROUSSELLE, A. **Avaliação: conceitos e métodos**. 22 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 292 p.

BULGARELLI, A. F. *et al.* Atenção primária à saúde e a construção de sentidos para a saúde bucal: leitura construcionista social sobre discursos de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, p.2053-2062. 2012.

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

COSTA, M.C.; LOPES, M.J.M. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46,p.1088-1095, 2012.

EULÁLIO, M.C.; SANTOS, E.R.F.; ALBUQUERQUE, T.P. Representações sociais da relação auxiliar de enfermagem-usuário no contexto do programa Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, p.708-715, dez. 2009.

FAN V.S., BURMAN M., MCDONELL M. B., FIHN S. D. **Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care.** JGIM. 2005. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br>

FRATINI, J. R.G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 7, p.65-72, 2008.

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, v. 22, p.1649-1659, ago. 2006.

KOLLING, J.H.G. **Orientação à atenção primária à saúde das equipes de Saúde da Família nos municípios do projeto Telessaúde RS:** Estudo de linha de base. 2008. 144 f. Tese Mestrado) - Curso de Medicina, , Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2008.

JORGE,M.S.B.; SOUSA, F.S.P.; FRANCO,T. B.; Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, n. 5, p.738-744, 2013.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; PINTO, I.C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17,p.233-241, jan. 2001.

MEDEIROS, H.A.. **Enfoque na família:** avaliando o desempenho das unidades de saúde da família no controle da tuberculose no município de Campina Grande/PB. Trabalho de Conclusão de Curso. Graduação em Enfermagem. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande - PB 2010.

MELO, E.M. *et al.* A organização da Atenção Básica em municípios integrantes do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família em Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p.529-541, 2008.

MENDONÇA, A. V. M.,SOUSA, M. F. Dez anos do PSF em Campina Grande: o sentir e o fazer – suas vozes. **Centro Brasileiro de estudos de saúde (CEBES)**. Rio de Janeiro. (2004).

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, p.158-164,2013.

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.

PEREIRA, A.T.S. *et al.* O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 24, p. 123-133, 2008.

PINTO, A.G.A. *et al.* Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, p.653-660, 2012.

ROECKER, S.; BUDÓ, M.L.D; MARCON, S.S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, p.641-649, 2012.

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

SANTOS, D. C.; FERREIRA, J.B.B. O prontuário da família na perspectiva da coordenação da atenção à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, p.1121-1137, 2012.

SILVA, E.M. *et al.* Coordenação dos serviços de atenção primária em saúde no controle da tuberculose em um município da Bahia, Brasil. **Rev Baiana Saude Publica**, Bahia, v. 34, n. 2, p.227-239, jun. 2010.

SILVA, V.C. **Avaliação dos Serviços de Atenção Primária à Saúde na Estratégia Saúde da Família em Campina Grande- PB** [Projeto de Pesquisa]. Programa Institucional de Bolsas 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. Brasília: Unesco, 2002. 726 p.