

Fabio José Antonio da Silva
Rejane Bonadimann Minuzzi
(Organizadores)

A MULTIPROFISSIONALIDADE NA SAÚDE PÚBLICA





Em sua leitura, desejamos a fruição da empatia, da solidariedade e do esperançar na defesa da vida!

Direção Editorial

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

Organizadores

Fabio José Antonio da Silva
Rejane Bonadimann Minuzzi

Capa

AYA Editora

Revisão

Os Autores

Executiva de Negócios

Ana Lucia Ribeiro Soares

Produção Editorial

AYA Editora

Imagens de Capa

br.freepik.com

Área do Conhecimento

Ciências da Saúde

Conselho Editorial

Prof.º Dr. Aknaton Toczec Souza
Centro Universitário Santa Amélia
Prof.ª Dr.ª Andreia Antunes da Luz
Faculdade Sagrada Família
Prof.º Dr. Carlos López Noriega
Universidade São Judas Tadeu e Lab.
Biomecatrônica - Poli - USP
Prof.º Me. Clécio Danilo Dias da Silva
Centro Universitário FACEX
Prof.ª Dr.ª Daiane Maria De Genaro Chirolí
Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof.ª Dr.ª Déborah Aparecida Souza dos Reis
Universidade do Estado de Minas Gerais
Prof.ª Dr.ª Eliana Leal Ferreira Hellvig
Universidade Federal do Paraná
Prof.º Dr. Gilberto Zammar
Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof.ª Dr.ª Ingridi Vargas Bortolaso
Universidade de Santa Cruz do Sul
Prof.ª Ma. Jaqueline Fonseca Rodrigues
Faculdade Sagrada Família
Prof.º Dr. João Luiz Kovaleski
Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof.º Me. Jorge Soistak
Faculdade Sagrada Família
Prof.º Me. José Henrique de Goes
Centro Universitário Santa Amélia
Prof.ª Dr.ª Leozenir Mendes Betim
Faculdade Sagrada Família e Centro de
Ensino Superior dos Campos Gerais
Prof.ª Ma. Lucimara Glap
Faculdade Santana

Prof.º Dr. Luiz Flávio Arreguy Maia-Filho
Universidade Federal Rural de Pernambuco
Prof.º Me. Luiz Henrique Domingues
Universidade Norte do Paraná
Prof.º Dr. Marcos Pereira dos Santos
Faculdade Rachel de Queiroz
Prof.º Me. Myller Augusto Santos Gomes
Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof.ª Dr.ª Pauline Balabuch
Faculdade Sagrada Família
Prof.º Me. Pedro Fauth Manhães Miranda
Centro Universitário Santa Amélia
Prof.ª Dr.ª Regina Negri Pagani
Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof.º Dr. Ricardo dos Santos Pereira
Instituto Federal do Acre
Prof.ª Ma. Rosângela de França Bail
Centro de Ensino Superior dos Campos
Gerais
Prof.º Dr. Rudy de Barros Ahrens
Faculdade Sagrada Família
Prof.º Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares
Universidade Federal do Piauí
Prof.ª Ma. Silvia Apª Medeiros Rodrigues
Faculdade Sagrada Família
Prof.ª Dr.ª Silvia Gaia
Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof.ª Dr.ª Sueli de Fátima de Oliveira Miranda
Santos
Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof.ª Dr.ª Thaisa Rodrigues
Instituto Federal de Santa Catarina

© 2021 - **AYA Editora** - O conteúdo deste Livro foi enviado pelos autores para publicação de acesso aberto, sob os termos e condições da Licença de Atribuição Creative Commons 4.0 Internacional (**CC BY 4.0**). As ilustrações e demais informações contidas desta obra são integralmente de responsabilidade de seus autores.

M9617 A multiprofissionalidade na saúde pública. / Organizado por Fabio José Antonio da Silva e Rejane Bonadimann Minuzzi. -- Ponta Grossa: Aya, 2021. 218 p. – ISBN 978-65-88580-42-4

Inclui biografia

Inclui índice

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader.

Modo de acesso: World Wide Web.

DOI 10.47573/aya.88580.2.29

1. Exercícios físicos - Aspectos da saúde. 2. Exercícios físicos para idosos. 3 Dança para idosos. 4. Cuidados primários de saúde. 5. Sistema Único de Saúde (Brasil). 6. Infecções por coronavírus. 7. Educação médica. 8. Pessoal da área médica-Treinamento. 9. Serviços de enfermagem-Auditoria. 10. Mulheres-Saúde e higiene. 11 Violência contra as mulhere. 12. Recém-nascidos- Doenças I.Silva, Fabio José Antonio da. II. Minuzzi, Rejane Bonadimann. III. Título

CDD: 610

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Bruna Cristina Bonini - CRB 9/1347

International Scientific Journals Publicações de
Periódicos e Editora EIRELI

AYA Editora©

CNPJ: 36.140.631/0001-53

Fone: +55 42 3086-3131

E-mail: contato@ayaeditora.com.br

Site: <https://ayaeditora.com.br>

Endereço: Rua João Rabello Coutinho, 557
Ponta Grossa - Paraná - Brasil
84.071-150

SUMÁRIO

Apresentação 12

01

**VidAtiva Barueri: um programa de orientação à
exercícios físicos sistematizados e monitoramento da
equipe de saúde na atenção primária de pacientes com
comorbidades no Município de Barueri (SP)..... 13**

Flávio Henrique Corrêa

Patricia Pascon Corrêa

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.1

02

**Práticas Integrativas e Complementares na Atenção
Primária à Saúde: tecendo um retrato do Brasil..... 19**

Magda Ribeiro de Castro

Letícia Gabriele Fonseca Villaça de Oliveira

Vanessa Mota de Sousa

Raphaela Karina Ribeiro de Carvalho

Carolina Falcão Ximenes

Marina Teixeira Galvão

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.2

03

**Tecnologias e inovações desenvolvidas e aplicadas
com ênfase na proteção dos profissionais de saúde no
combate à COVID 19: uma revisão sistemática 34**

Karolina Cristina Gonçalves

Camila Lopes Barros

Caroline Machado Martins

Julia Somenzi de Villa

Tatiana Mussatto

Giovana Grandó Menegon

Priscila de Carvalho

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.3

04

O ensino da bioética na formação médica: prática imprescindível ou irrelevante? 49

Bruno de Queiroz Camargo

Juliana Cavalcanti Andrade Falcão Ferraz

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.4

05

Ensino das práticas integrativas e complementares em saúde nas universidades brasileiras: um olhar para a saúde pública 57

Magda Ribeiro de Castro

Daniela Fernanda Gaudencio Reinoso

Tamiris Rose Sousa Viana

Carolina Falcão Ximenes

Marina Teixeira Galvão

Letícia Gabriele Fonseca Villaça de Oliveira

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.5

06

O papel da auditoria como ferramenta de gestão e seu impacto na qualidade dos serviços de saúde..... 68

Palloma Emanuelle Dornelas de Melo

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.6

07

O projeto “Da Escola ao Tatame”: a percepção dos pais de alunos em vulnerabilidade social 74

Rejane Bonadimann Minuzzi

Jacinta Sidegum Renner

Marcos Antonio De Oliveira

Carolina Antunes

Gabriel Feiten

Gisele Gomes

Emerson Braz Corrales

Maristela Finger

Eduardo Miranda Braz Corrales

Tainara Jaques

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.7

08

Atenção primária em saúde e os desafios da equipe multidisciplinar 83

Júnia Eustáquio Marins

Rogério de Moraes Franco Júnior

Thays Peres Brandão

Lívia Santana Barbosa

Acleverson José dos Santos

Emerson Gomes de Oliveira

Mariana dos Santos Machado Pereira

Magda Helena Peixoto

Carine Ferreira Lopes

Renata de Oliveira

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.8

09

Grau de afiliação das usuárias em relação ao serviço de APS em uma capital do nordeste.....93

Livia Maria Mello Viana

Inez Sampaio Nery

Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha

Iel Marciano de Moraes Filho

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.9

10

Vida Ativa em Casa: um trabalho multiprofissional em tempos de pandemia.....106

Cristiano Souza da Silva

Rejane Bonadimann Minuzzi

André Leonardo da Silva Nessi

Aide Angélica de Oliveira Nessi

Marcos Antonio de Oliveira

Carolina Antunes

Gisele Valério

Letícia Baggio Conti

Jaqueline Beatriz Taborda

Maria Alice Corazza

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.10

11

Principais causas de internação em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão narrativa da literatura.....119

João Paulo Oliveira de Sousa Costa

Bruna Maciel Ribeiro da Silva

Vitor Teles Rodrigues

Nayara Jane Oliveira de Sousa Costa

Priscilla Rodrigues Caminha Carneiro

Vera Gizzelle Menezes Pinheiro

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.11

12

Teste de oximetria de pulso para triagem de cardiopatias congênitas e fatores relacionados...129

Poliana Marques de Brito

Luciana Barbosa Pereira

Patrícia Fernandes do Prado

Patrícia Lopes Morais

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.12

13

Perfil das mulheres que sofreram violência em uma cidade do norte de Minas Gerais.....140

Pâmpera Janaína Ataíde Durães

Luciana Barbosa Pereira

Cristiano Leonardo de Oliveira Dias

Theresa Raquel Bethônico Corrêa Martinez

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.13

14

Intervenção multidisciplinar na saúde mental em uma unidade de atenção primária à saúde.....153

Fernanda Castro Silvestre

Tiago Araújo Monteiro

Eveliny Carneiro de Albuquerque

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.14

15

Projeto Aplicativo: reestruturação do Departamento de Educação e Pesquisa da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana-PR.....161

Fabio José Antonio da Silva

Rejane Bonadimann Minuzzi

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.15

16

A eficácia da fisioterapia aquática na capacidade funcional da marcha em indivíduos com doença de Parkinson: uma revisão sistemática.....182

Yuri Sena Melo

Johrdy Amilton da Costa Braga

Adriano Carvalho de Oliveira

Wesley Anderson de Souza Miranda

Natália Dias Cancio

Carlos Júnior Silva de Souza

Patrick da Costa Santos

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.16

17

Estimulação Precoce: importância da família no trabalho multiprofissional da equipe técnica da APAE de Seberi RS.....197

Larissa Blau

Rejane Bonadimann Minuzzi

Fabio Jose Antonio da Silva

Leonardo Mafalda

Tainá Amorim

Jaqueline Mendonça

Karine Stefanello

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.17

18

A importância da estimulação infantil na primeira infância.....207

Larissa A. Blau

Leonardo Mafalda

Rejane Bonadimann Minuzzi

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.18

Índice Remissivo.....210

Organizadores.....217

Apresentação

É com especial satisfação que apresentamos este livro lembrando que o Sistema Único de Saúde (SUS), é o maior sistema de saúde pública gratuito e universal do mundo, já tem mais de 30 anos e esses são de conquistas, de permanentes desafios e, sobretudo, de orgulho por termos uma política pública solidária, participativa e igualitária, que reflete os anseios de nossa sociedade e é consagrada pela Constituição Federal. O SUS é um patrimônio do Estado e do povo brasileiro e revela a percepção nacional de que a saúde é um direito da população e uma condição necessária ao desenvolvimento sustentável que tanto buscamos, no entanto há muito o que fazer para a melhora deste sistema com trabalho sério e comprometido de todos.

Os capítulos que vocês encontrarão neste livro, são de extrema relevância e com muitas contribuições, das quais destacamos duas: a primeira, aprofundar o conhecimento teórico-conceitual sobre o tema saúde trazida pelos autores; outra contribuição é para possíveis intervenções concretas e colocar esses modelos em prática que deram certo e que foram estudados. A presente obra produz um intenso e criativo diálogo entre estas duas dimensões, contudo, houve uma costura entre os diversos capítulos, e acredito que esta obra vai colaborar, com a formação e atualização dos profissionais que atuam ou atuarão na **MULTIPROFISSIONALIDADE**, sendo o resultado de um trabalho produzido por coletivo(s) que foram se configurando e cada capítulo vai nos revelando que a leitura dessa obra corrobora para que continuemos no esperançar.

Com honra e muito afeto, inspirada nas leituras dos capítulos que relatam sobre exercícios físicos sistematizados, práticas integrativas, tecnologias e inovações, ensino da bioética, um olhar para saúde pública, qualidade dos serviços de saúde, vulnerabilidade social, serviço da atenção primária a saúde, vida ativa em casa, intervenção em unidade de terapia intensiva neonatal, triagem de cardiopatias congênitas, mulheres que sofreram violência, saúde mental, projeto aplicativo, doença de Parkinson, estimulação precoce - importância da família e da estimulação infantil, convido leitoras e leitores se deixarem fruir pelos relatos e cenários de cuidado e vida descritos em cada capítulo. Em sua leitura, desejamos a fruição da empatia, da solidariedade e do esperançar na defesa da vida!

Fabio José Antonio da Silva

Doutor em Educação Física - UEL/PR.

Servidor Público Municipal - Autarquia Municipal de Saúde. Apucarana/PR.

Rejane Bonadimann Minuzzi

Mestre em Diversidade Cultural e Inclusão Social- FEEVALE

Professora de Ed. Física adaptada- APAE- Seberi-RS

Grau de afiliação das usuárias em relação ao serviço de APS em uma capital do nordeste

Degree of affiliation of users in relation to the PHC service in a capital in north-eastern

Lívia Maria Mello Viana

Mestre em Enfermagem. Discente de Bacharelado em Estatística da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Enfermeira da Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Teresina. <http://lattes.cnpq.br/2826299197066478>

Inez Sampaio Nery

Pós-Doutora em Enfermagem. Docente da UFPI. <http://lattes.cnpq.br/5732850194431343>

Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha

Doutora em Saúde Pública. Doutoranda do PPGEnf (UFPI). Docente da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA). <http://lattes.cnpq.br/5461511268392674> pq.br/5461511268392674

Iel Marciano de Moraes Filho

Mestre em Ciências Ambientais e Saúde. Doutorando em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente. Docente da Universidade Paulista (UNIP). <http://lattes.cnpq.br/4540309486777873>

Resumo

Atenção Primária a Saúde (APS) representa o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária. Objetivou-se levantar o grau de afiliação das usuárias em relação ao cuidado prestado na APS e avaliar o grau de extensão para a APS em relação ao atributo derivado Orientação Comunitária. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de corte transversal. A população foi composta por usuárias adultas atendidas pelas equipes de Saúde da Família da zona urbana de Teresina com utilização de amostragem aleatória simples por conglomerado. A moldura da amostragem compôs-se de 146 equipes com um total de 1098 usuárias. As usuárias eram adultos jovens com média de 29,35 anos com baixo nível socioeconômico. Na afiliação destaca-se a não associação desta como referência de assistência à saúde (5,5%); compondo um percentual menor em relação àqueles que referem não possuir e/ou identificar o serviço como referência. Na orientação comunitária observou-se uma significativa dispersão entre os escores alcançados, abaixo do valor central (6,6), determinando um baixo escore médio para APS, apresentando diferença estatística significativa ($p < 0,01$). Faz-se relevante notar que os resultados apontam para a necessidade de melhoria de alguns atributos da prática assistencial. Essa melhoria implica em reformulações de aspectos da estrutura e processo para que futuramente possa ser oferecida uma APS de qualidade.

Palavras-chave: atenção primária à saúde. avaliação de programas e projetos de saúde. satisfação do paciente.

Abstract

Primary Health Care (PHC) represents the first contact in the care network within the health system, characterized mainly by the continuity and comprehensiveness of care, in addition to the coordination of care within the system itself, of family-centered care, of the guidance and community participation. The objective was to survey the degree of affiliation of users in relation to the care provided in the PHC and to assess the degree of extension to the PHC in relation to the attribute derived from Community Guidance. The population consisted of adult users assisted by Family Health teams in the urban area of Teresina, using simple random sampling by conglomerate. The sampling frame consisted of 146 teams with a total of 1098 users. The users were young adults with an average age of 29.35 years with low socioeconomic status. In affiliation, the non-association of this as a reference for health care (5.5%) stands out; composing a lower percentage in relation to those who report not having and/or identifying the service as a reference. In community counseling, a significant dispersion was observed between the scores achieved, below the central value (6.6), determining a low mean score for PHC, with a statistically significant difference ($p < 0.01$). It is important to note that the results point to the need to improve some attributes of care practice. This improvement implies reformulation of aspects of the structure and process so that a quality PHC can be offered in the future.

Keywords: primary health care. program evaluation. patient satisfaction.

INTRODUÇÃO

Em busca do fortalecimento dos princípios do SUS, o Ministério da Saúde (MS) baseou-se nas experiências de países como Inglaterra, Canadá, Espanha e Cuba para implementar mudanças na assistência ambulatorial nacional. Esses países organizaram seus sistemas de saúde dando prioridade à atenção de acesso universal, continuada e integral junto à comunidade, isto é, desenvolveram sistemas orientados para Atenção Primária à Saúde (APS) (OLIVEIRA, 2007).

A APS representa um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população. Na definição já clássica de Starfield (2004), APS representa o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais.

Visando melhorar a qualidade da assistência oferecida, na década de 1990, houve a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (eSF)¹, com o objetivo de contribuir para a construção e a consolidação do SUS, propondo a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (BRASIL, 1998), onde a implantação da eSF vem contribuindo para melhorar os indicadores epidemiológicos em todas as regiões brasileiras, em especial no Norte e Nordeste, onde as condições de vida e saúde são ainda mais precárias (ALVES, 2005).

A eSF, vertente brasileira da APS, caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema de saúde constitucionalmente fundado no direito à saúde e na equidade do cuidado e, além disso, hierarquizado e regionalizado, como é o caso do SUS. A eSF vem provocando, de fato e de direito, um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde em nosso país.

Dessa forma, a eSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, assim como para a relação com as pessoas, as famílias e as comunidades. Assume o compromisso de oferecer uma assistência integral e resolutiva e de humanizar as práticas de saúde, visando sempre a qualidade de vida da população e a saúde como direito de cidadania. Os serviços de Atenção Primária devem responder às necessidades de saúde da população e estar organizados em uma estrutura hierarquizada, de forma que, caso haja necessidade, possa ter garantida a atenção em um nível de maior complexidade (ALVES, 2005).

Portanto, a avaliação da presença dos atributos da atenção primária e do funcionamento da eSF em consonância com os princípios do SUS, deve ser uma atividade a acontecer no âmbito nacional, regional e local, com vistas a fornecer subsídios para as adequações necessárias, principalmente por se tratar de um processo em implantação e com tendência a universalização.

Pensando no contexto local, em que se destaca o fortalecimento da participação comunitária, ressalta-se a relevância de um processo de avaliação voltado para as perspectivas dos próprios usuários, uma vez que estes se caracterizam como importantes parceiros do programa.

1 Atualmente o PSF, ao invés de programa, é definido como estratégia (eSF) visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê tempo para finalizá-la (BRASIL, 2006). Nesse estudo será mantida a nomenclatura original presente em cada referência consultada.

Avaliar os serviços da eSF, tomando por base os usuários, se favorece o conhecimento de aspectos do trabalho que vem sendo desenvolvido e, conseqüentemente, apontam-se possibilidades e caminhos para o seu redirecionamento (MOURA; AGUIAR, 2004).

Para viabilizar o desenvolvimento do estudo, elegeu-se a atenção as usuárias das Unidades Básicas de Saúde de Teresina - PI como condição traçadora da atenção. A opção pela atenção as usuárias baseou-se nos seguintes quesitos: constituem a população adulta que mais procura os serviços de saúde no Brasil; a maioria das políticas públicas implementadas na AB são voltadas ou relacionadas à população feminina; o atendimento adequado a tal grupo requer a existência de um vínculo longitudinal com a equipe de APS.

Assim sendo, o presente estudo tem por objetivos levantar o grau de afiliação das usuárias em relação ao cuidado prestado na atenção primária do município de Teresina - Piauí; e avaliar o grau de extensão para a APS pelas equipes da Estratégia Saúde da Família no município de Teresina - Piauí em relação ao atributo derivado Orientação Comunitária.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza exploratória, descritivo de corte transversal com abordagem quantitativa. Segundo Gil (2010) a fase exploratória da pesquisa objetiva determinar o campo de investigação, as expectativas dos interessados, bem como o tipo de auxílio que estes poderão oferecer ao longo do processo de pesquisa. Para Chizzotti (2017) a pesquisa exploratória realiza descrições precisas da situação e quer descobrir as relações existentes entre os elementos componentes da mesma.

A abordagem quantitativa, para Gil (2010), refere-se ao tipo de pesquisa que requer a análise de dados objetivos, passíveis de quantificação. Pressupõe a previsão de mensuração das variáveis pré-estabelecidas, almejando verificar e explicar sua influência sobre outras variáveis, a partir de uma análise de frequência de certas incidências e de correlações estatísticas que demonstrem o processo de casualidade entre as variáveis.

O estudo foi realizado com as usuárias da eSF do município de Teresina, capital do Estado do Piauí. Teresina possui uma densidade demográfica de 584,95 hab/Km², com população estimada em 2011 de 822.364 pessoas (IBGE, 2011). O município apresenta 229 Equipes da eSF, sob coordenação de três regionais de Saúde: Sul, Leste-Sudeste e Centro-Norte.

A Fundação Municipal de Saúde (FMS), órgão de gestão da Atenção Básica do município de Teresina, possui 73 Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde, em alguns casos, mais de uma equipe funciona em uma mesma Unidade. Foram selecionadas usuárias de forma proporcional às equipes da eSF distribuídas nas três regionais: 294 (26,8%) da Regional Leste-Sudeste, 354 (32,2%) da Sul e 450 (41%) da Centro-Norte.

Utilizou-se amostragem aleatória simples por conglomerado por não se dispor de um cadastro único da população feminina usuária do serviço de saúde e por motivos de ordem prática e econômica, onde se divide uma população em pequenos grupos e sorteia-se um número suficiente desses pequenos grupos (conglomerados), cujos elementos constituirão a amostra (VIEIRA, 2003). A unidade amostral foi cada equipe da eSF do município de Teresina. A unidade elementar 1 ou de análise 1 foi a eSF, e a unidade 2 foi a usuária.

A moldura da amostragem, trouxe a listagem da unidade amostral enumerada segundo a tabela da FMS sobre o Consolidado da População Coberta pela eSF até dezembro de 2009, a qual traz um total de 229 Equipes de Saúde da Família (ESF) na zona urbana. Essa listagem teve a enumeração de 1 a 229 (N) para efeito de sorteio. Foram sorteadas 146 equipes. Este tamanho de amostra (n) permitiu estimar o parâmetro com margem de erro tolerável de 5% e nível de confiança de 95%.

Assim, para efeito de sorteio da unidade amostral foi utilizada a planilha Microsoft Excel para gerar n números aleatórios entre a 1ª e a 229ª equipe da eSF listada na moldura da amostragem. Em cada uma das 146 equipes sorteadas foi previamente levantado o dia da rotina da Unidade em que se fazem as consultas pré-natais e agendou-se a coleta de dados para o mesmo dia, onde participaram da pesquisa todas as gestantes e/ou usuárias adultas atendidas que se fizeram presentes na Unidade de Saúde no momento de realização da coleta, atenderam os critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa, com uma média de 5 usuárias por equipe, com tamanho fixo de 730 usuárias.

Considerando que as usuárias não estavam distribuídas uniformemente nas UBS (conglomerados), adotou-se o sorteio em 2 estágios, com probabilidade proporcional ao tamanho dos conglomerados. No 1º estágio, foram sorteadas as UBS, e, no 2º, foram sorteadas as usuárias, de forma sistemática.

A amostra foi considerada equiprobabilística ou autoponderada, pois manteve-se constante a expressão $f=f_1.f_2$, em que f é a fração amostrada, f_1 , o componente do primeiro estágio, e f_2 , do segundo estágio. Utilizou-se o estimador deff (efeito de delineamento) como estratégia de ajuste para o desenho amostral. Após a correção compôs-se um total de 1098 participantes.

Os dados desse estudo foram coletados por meio de entrevista com utilização do instrumento de avaliação da capacidade e desempenho dos serviços de atenção primária (PCATool) versão Adulto traduzido e validado pelo MS, acrescido de questões referentes ao perfil social, econômico e obstétrico.

O formulário foi aplicado de forma presencial pela própria pesquisadora juntamente com uma equipe de pesquisadores de campo composta por 12 Acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI) com bolsa de Iniciação Científica, as quais foram previamente submetidas a treinamento com carga horária de 10 horas, com conteúdos relacionados à pesquisa propriamente dita e à técnica de abordagem as entrevistadas.

A versão adulto do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária PCATool-Brasil é composta por blocos de perguntas que correspondem aos atributos essenciais, derivados e o grau de afiliação ao serviço de saúde, definido como a força da relação entre o usuário e o serviço/profissional de saúde (STARFIELD, 2004).

As respostas são do tipo Likert, com intervalo de um a quatro para cada atributo. As respostas possíveis para cada um dos itens foram: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei / não lembro” (valor=9). A versão validada do PCATool-Brasil Versão Adulto contém 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS (BRASIL, 2010).

São considerados serviços com Alto Escore de APS aqueles que obtiverem valor maior

ou igual a 6,6 (tercil superior do escore). O escore final de cada um destes atributos é dado pela média das respostas de seus itens.

O instrumento foi submetido a um pré-teste piloto realizado por meio de entrevistas com 35 usuárias de 5 equipes da eSF que não compuseram a amostra. Os dados desse estudo foram coletados no período de maio a julho de 2011 mediante a aplicação do PCATool-Brasil para coleta de dados nas Unidades de Saúde, nos horários de funcionamento das mesmas, de forma a coincidir o dia da coleta dos dados com a rotina de atendimento da unidade.

O primeiro contato com as usuárias foi realizado na sala de espera dos consultórios das UBS onde, considerando os critérios de inclusão, estas eram esclarecidas quanto aos objetivos do estudo e convidadas a participar do mesmo; caso concordassem, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a Resolução 196/96. Todas as entrevistas ocorreram após a realização do atendimento que a usuária procurou na UBS, em uma sala reservada com condições adequadas de conforto e privacidade, de forma espontânea, permitindo-a refletir sobre as questões que eram feitas.

Após a coleta, os dados foram digitados no programa Microsoft Excel e, após as correções, os dados foram exportadas para o Banco de Dados no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 18.0 for Windows. Todos estes procedimentos foram realizados concomitantemente por digitação dupla.

Os dados foram tabulados e consolidados utilizando as técnicas de estatísticas descritivas, onde foram calculados os desvios-padrão, a distribuição de frequências e as médias de algumas variáveis. Utilizou-se o teste t de Student para comparação das médias e o teste Qui-quadrado de Pearson para as proporções com significância estatística definida com um nível de 5%, ou seja, $p \leq 0,05$ foi utilizado para verificar as possíveis associações entre as variáveis.

O projeto foi submetido à autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí - UFPI para apreciação e aprovado obtendo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 0027.0.045.000-11, e à Secretaria Municipal de Saúde do município de Teresina, na qual as Unidades de Saúde a serem estudadas encontram-se inseridas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 1098 mulheres do município de Teresina. O grupo participante tinha idade de 16 a 60 anos, com média de 29,35 anos e desvio padrão de 9,64 anos. Conforme a Tabela 1 percebe-se que 45,4% das usuárias atribuiu a unidade de saúde ou serviço de saúde a busca por assistência à saúde. Os achados relacionados ao perfil sociodemográfico assemelham-se aos encontrados no estudo de Leão, Caldeira e Oliveira (2011) em que os cuidadores das crianças que utilizavam a eSF como fonte regular de atenção sinalizam para uma maior vulnerabilidade social e econômica, onde os estratos mais pobres da população utilizam mais os referidos serviços da ESF como fonte regular de assistência à saúde.

Tabela 1 - Grau de afiliação das usuárias em relação ao serviço de APS. Teresina (PI), maio a julho, 2011 (n=1098).

Grau de Afiliação	f	%
A1 - Há um médico/enfermeira ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?		
Não	96	8,7
Sim, médico	444	40,4
Sim, enfermeira	60	5,5
Sim, unidade de saúde	498	45,4
A2 - Há um médico/enfermeira ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?		
Não	810	73,7
Sim, mesmo médico/enfermeira/serviço de saúde	240	21,9
Sim, médico/enfermeira/serviço de saúde diferente	48	4,4
A3 - Há um médico/enfermeira ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?		
Não	498	45,3
Sim, mesmo que A1 & A2 acima	204	18,6
Sim, mesmo que A1 somente	318	29
Sim, diferente de A1 & A2	78	7,1

* *f* é frequência das variáveis

No entanto, também se observa um alto percentual (40,4%) para a procura pelo profissional médico, o que se justifica pela questão cultural dos usuários vincularem a ideia de assistência médico-curativa à APS, semelhante a Prado (2005).

Destaca-se que, apesar do grande escopo de atividades da profissional enfermeira na APS e grande impacto de sua atuação na melhoria das condições de saúde da população, ocorre a não associação desta como referência de assistência à saúde (5,5%); compondo um percentual menor em relação àqueles que referem não possuir e/ou identificar o serviço como referência. O que pode estar associado ao não reconhecimento pela população da identidade do profissional que veste branco nas Unidades, pela falta do costume de apresentação do profissional durante a consulta e poucas ações que garantam e aumentem a visibilidade da Enfermeira.

O início dessa avaliação é feito com base no reconhecimento, por parte da usuária, do serviço de saúde de referência. No questionário do PCATool-Brasil (BRASIL, 2010) este é avaliado conforme o grau de afiliação do usuário em relação ao serviço, o qual é composto por itens que visam identificar o serviço ou profissional de saúde que serve como referência para os cuidados do adulto entrevistado; e a identificação do serviço de saúde, preferencialmente, ou o profissional de saúde (médico/enfermeiro) sobre o qual versará todo o restante do instrumento.

Ao se aprofundar nesse quesito, percebe-se que as questões tratam do médico/enfermeiro ou serviço que serve como referência principal para o cuidado da saúde do adulto entrevistado; da descrição do relacionamento pessoal do entrevistado com seu médico/enfermeiro/serviço de saúde, identificando o médico/enfermeiro ou serviço que serve como referência principal para o cuidado da saúde do adulto entrevistado; e pelo principal médico/serviço responsável pelo atendimento do entrevistado, caracterizado pelo conhecimento de outros aspectos de vida do entrevistado, além das questões de saúde. Chamando-se atenção para o fato de o objetivo principal do PCATool-Brasil ser avaliar o serviço de saúde identificado, não somente o profissional de saúde de referência (BRASIL, 2010).

Constatou-se que 45,4% das usuárias atribuiu a unidade de saúde a busca por assistência; 40,4% para a procura pelo profissional médico e 5,5% procuravam a Enfermeira. Assemelhando-se ao encontrado em Teresina estão os estudos de Leão, Caldeira e Oliveira (2011), de Ribeiro, Rocha e Ramos-Jorge (2010) e a pesquisa realizada em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, por Harzheim (2004), onde os maiores valores encontrados para os serviços de referência foram em relação a unidade de saúde da família.

Considerando o grau de afiliação ao serviço de saúde/profissional de saúde, ou seja, a frequência na qual reconhece o serviço ou o profissional de saúde como referência para a assistência à saúde percebe-se que, apesar de haver uma grande procura aos serviços, 73,8% das usuárias afirmam não existir um médico/enfermeira ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa, denotando que, apesar da identificação como fonte regular de atenção para o cuidado de saúde, a usuária relata que a procura ao serviço está associada a outras variáveis que não o vínculo com o profissional ou a qualidade da assistência.

Onde pode-se inferir que o hábito de procurar ou não serviços de saúde em casos de necessidades podem estar relacionado tanto aos fatores culturais quanto às dificuldades para o acesso aos serviços (VIEIRA; GAZZINELLI, 2010).

Dessa forma, vários estudos têm avaliado os motivos que levam a população a escolher o local para acompanhamento de saúde, estando entre os mais referidos a proximidade da moradia (LEÃO; CALDEIRA, 2011), por ser um local definido, a procura por este serviço ocorre independentemente de quem vai atender (RIBEIRO; ROCHA, RAMOS-JORGE, 2010), por possuírem cadastros no serviço, além de ser a única opção em serviços de saúde na comunidade (VIEIRA; GAZZINELLI, 2010), sua escolha como o principal serviço utilizado independente da disponibilidade do profissional mais indicado para o atendimento (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

O vínculo aos serviços de saúde tanto pode determinar a utilização - se a pessoa já utilizou os serviços de saúde - como também pode estar determinada pela utilização - se é a primeira vez que utiliza - havendo, portanto, uma relação de causalidade reversa entre vínculo e utilização (MENDONZA-SASSI; BÉRIA, 2001). Assim quando 45,4% das usuárias referem não possuir um médico/enfermeira ou serviço de saúde que seja mais responsável por seu atendimento de saúde pode ser em função de ela já ter utilizado o serviço e não gostar do atendimento ou tê-lo utilizado por vezes não suficiente para considerá-lo como referência.

Segundo Ramos e Lima (2003), que estudou usuários de unidade de saúde na região Sul do país, a satisfação com o atendimento e o bom vínculo com o serviço relacionam-se a fatores pertinentes ao acesso e ao acolhimento. Com relação a esses aspectos, a organização do serviço e a competência técnica da maior parte dos profissionais da ESF foram apontadas como fatores preponderantes para a satisfação, enquanto problemas relacionados às condições de espera e fila para atendimento foram apontados como motivo de insatisfação (PRADO, 2005), o que provavelmente esteja presente na realidade de Teresina.

No estudo de Vieira e Gazzinelli (2010) observa-se que analisando os motivos apontados para a não procura, mesmo tendo reportado necessidade de saúde, o maior problema ao acesso dos usuários foi a oferta de serviços ou a falta de profissionais para o atendimento. Também apareceram como impedimentos as dificuldades de acesso geográfico e financeiras, o horário

de funcionamento dos serviços, a disponibilidade do profissional para o atendimento. Dentre os aspectos organizacionais que afetam a disponibilidade de atendimento no serviço local de APS, pode ser citado a rotatividade dos profissionais de saúde, principalmente de médicos e o número, muitas vezes insuficiente, de profissionais disponíveis no município.

Um dos atributos derivados da APS avaliado foi a Orientação Comunitária que refere-se ao conhecimento do profissional sobre as necessidades da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços (STARFIELD, 2004; STARFIELD; SHI, 2009). Assim observa-se que a APS de Teresina em relação a este atributo, conforme a Tabela 2, apresenta uma classificação por parte das usuárias como de baixo escore (<6,6) apresentando diferença estatística significativa ($p < 0,01$).

Tabela 2 - Distribuição do Atributo Derivado “Orientação Comunitária” classificado como Alto e Baixo Escore Geral de APS segundo a situação gestacional. Teresina (PI), maio a julho, 2011.

Características	Alto Escore da APS ($\geq 6,6$)		Baixo Escore da APS ($< 6,6$)		valor-p*
	f	%	f	%	
IG					<0,01
1º trimestre	12	1,2	123	12	
2º trimestre	42	4,1	131	12,8	
3º trimestre	23	2,2	250	24,4	
Não gestante	54	5,3	390	38	

* teste qui quadrado de Pearson para proporção

A diferença, estatisticamente significativa observada neste estudo também foi confirmada por outros autores (VAN STRALEN *et al.*, 2008; LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011). Dessa forma, percebe-se a ausência ou ineficácia de alguns fatores relacionados com a melhor efetividade da orientação comunitária na eSF, como as ações de visita domiciliar realizadas por todos os profissionais, o que facilita a vigilância à saúde e o acompanhamento das famílias da comunidade (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011).

Quando se analisa os atributos derivados, compostos por orientação familiar e comunitária, observou-se uma significativa dispersão entre os escores alcançados. Todos os escores dos atributos derivados ficaram abaixo do valor central (6,6) determinando um baixo escore médio para APS, onde orientação comunitária apareceu com o segundo menor escore médio e o maior coeficiente de variação.

Em pesquisa realizada por Tavares (2005), a maioria dos familiares relatou ter dificuldades no entendimento das informações prestadas pelo médico da equipe, a vergonha dos pais em perguntar ou dizer que não compreendem o que foi dito pelo profissional de saúde é a principal causa. Esta postura aponta para relações hierarquizadas de forma vertical, o que dificulta o processo de co-construção.

A assistência humanizada deve se dar na combinação dos conhecimentos técnicos de um profissional e de sua capacidade de interação com o outro, que vai desde saber trabalhar em equipe até a forma como interage com quem está sob os seus cuidados. Assim é que a postura profissional torna-se um importante instrumento para a humanização, pois por meio dela pode ocorrer uma maior interação do profissional com o cliente (RIBEIRO; ROCHA; RAMOS-JORGE,

2010).

O atributo orientação comunitária que se refere ao conhecimento do provedor sobre as necessidades da comunidade por meio de dados epidemiológicos, assim como o planejamento e avaliação conjunta dos serviços apresentou o segundo menor escore médio e o maior CV=66,04%, demonstrando grande dispersão de respostas, indicando dificuldades de comunicação entre equipe de saúde e usuário.

Nos estudos de Elias *et al.* (2006) e Ibañez *et al.* (2006) a orientação comunitária foi avaliada por 60% dos profissionais como apenas razoável e ruim para os usuários (40%), portanto este atributo também apresentou pontuações baixas, revelando as mesmas dificuldades do enfoque familiar. Resultados semelhantes são encontrados em um estudo realizado em Porto Alegre (RS), onde Oliveira (2007) identificou grande dispersão de resultados encontrados no que se refere à análise de atributos derivados do PCATool.

Orientação para a comunidade implica o reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser conhecido e tomado em consideração (ALMEIDA *et al.*, 2004).

Corroborando com os dados desta pesquisa, cita-se a comparação entre unidades com e sem Saúde da Família na Região Centro-Oeste do Brasil, na qual o enfoque familiar e à orientação comunitária estão mais presentes nas ESF do que nos centros de saúde e trata-se de uma diferença significativa (VAN STRALEN *et al.*, 2008). Em função dessa realidade, está em curso no Brasil um processo de expansão da Atenção Primária que ampliou o acesso a serviços de APS para mais de metade da população brasileira, despertando interesse internacional. Diante da dimensão deste processo, é essencial compreender suas fragilidades e potencialidades para definir os rumos a serem tomados (FIGUEIREDO, 2011).

Assim, quando se avalia os diferentes aspectos envolvidos na percepção do usuário dos serviços de APS, verifica-se a presença de baixos escores nos componentes do atributo Orientação Comunitária relacionados com a escuta de opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde (5,17; $p < 0,01$), a utilização de pesquisas com os pacientes (3,73; $p < 0,01$) e comunitárias (6,23; $p < 0,01$), participação das organizações comunitárias ou conselhos locais de saúde (1,92; $p < 0,01$) como método para monitorar ou avaliar a efetividade dos serviços ou programas e estimular maior participação social.

Os achados igualam-se aos de Cunha (2006) e indicam a necessidade de construir, nestas equipes, espaços em que o serviço receba feedback da comunidade como forma de fortalecer a APS desempenhada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As usuárias participantes da pesquisa são, em sua maioria, adultos jovens com média de idade de 29,35 anos, casadas, com baixa escolaridade, católicas, se dedicam as atividades domésticas, com uma renda familiar de até dois salários mínimos, e apresentam características sociodemográficas semelhantes à de outros estudos da APS no Brasil.

Um aspecto a se considerar neste estudo se deve ao fato de que os atributos da APS fo-

ram avaliados segundo a percepção das usuárias, e estas tendem a avaliar os serviços de saúde de maneira menos favorável do que quando são avaliados pelos profissionais ou gestores que atuam no serviço; assim sendo é possível que uma abordagem ampliada do processo avaliativo dos atributos da APS registre melhores escores com a inserção de outros atores sociais.

O escore de orientação comunitária ficou bem próximo do esperado para ser considerado como de alto escore pelas usuárias, apresentando uma diferença estatística significativa, refletindo o interesse das equipes em discutir com a população sobre problemas de saúde individuais e da comunidade, no sentido que apontam para uma melhor avaliação dos serviços prestados pela Estratégia Saúde da Família.

A maioria das usuárias atribui a unidade de saúde ou serviço de saúde a busca por assistência à saúde, evidenciando o reconhecimento pela população das unidades de saúde como o principal responsável pela prestação de cuidados. Destaca-se também a pouca expressão do profissional enfermeiro e a não associação deste como referência de assistência à saúde; compondo inclusive um percentual menor em relação àqueles que referem não possuir e/ou identificar o serviço como referência.

Faz-se relevante notar que os resultados deste estudo apontam para a necessidade de melhoria de alguns atributos da prática assistencial. Essa melhoria implica em reformulações de aspectos da estrutura e processo para que futuramente possa ser oferecida uma APS de qualidade.

Com a realização deste estudo, espera-se contribuir para a melhoria da qualidade da assistência aos usuários da APS, pois identificou desvios onde, por meio da avaliação e controle, poder-se-á propor medidas, rever a estrutura e os princípios estabelecidos para qualidade deste modelo de atenção.

Para tal, é preciso assegurar que cada equipe de saúde, independentemente do horário de funcionamento, se responsabilize pelo atendimento de sua população adscrita, mesmo aquelas que funcionam em unidades com mais de uma equipe.

É importante sensibilizar os profissionais de saúde para a garantia da continuidade da assistência oferecida, bem como da importância da presença destes na unidade no dia das consultas.

Estimular ações que aumentem e fortaleçam o vínculo da população adscrita à eSF com a equipe, com o objetivo de as usuárias identificarem o serviço como referência para os cuidados de saúde.

Também sugere-se mudanças na postura da profissional Enfermeira, dentre elas apresentação durante a consulta, para aumentar a associação desta como referência de assistência à saúde, proporcionar o reconhecimento pela população de sua identidade ao vestir branco nas Unidades e a execução de ações que garantam e aumentem sua visibilidade.

Portanto, acredita-se que o PCATool-Brasil constitui-se em uma estratégia válida, pertinente e factível de avaliação e acreditação dos serviços em direção à atenção primária à saúde de qualidade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. M.; *et al.* Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho de serviços de atenção básica do SUS em nível local. Relatório Final. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2004.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v. 9, n.16, p. 39-52, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 80p.
- CHIZZOTTI, A. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2017.
- CUNHA, C. R. H. Percepção da Qualidade da Atenção à Saúde Infantil pelos Médicos e Enfermeiros: Comparação entre o Programa Saúde da Família e o Modelo Tradicional. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2006.
- ELIAS, P. E., *et al.* Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, jul./set. 2006.
- FIGUEIREDO, A. M. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: análise de concordância entre os instrumentos AMQ e PCATool no município de Curitiba, Paraná. 2011. 116 p. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2011.
- GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- HARZHEIM, E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. [tese]. Alicante (Espanha): Universidade de Alicante; 2004.
- IBAÑEZ, N. *et al.* Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Cien Saude Colet*. v.11, n.3, p. 683-703, jul./set., 2006.
- LEAO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. v.16, n.11, p. 4415-23, 2011.
- LEAO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. v.11, n.3, p. 323-334, 2011.
- MENDONZA-SAASI, R.; BÉRIA, J. U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 819-32, jul./ago. 2001.
- MOURA, E. R. F.; AGUIAR, A. C. S. Percepção do usuário sobre a atuação da equipe de saúde da

família de um distrito de Caucaia - CE. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. v. 17, n. 4, p. 163-169, 2004.

OLIVEIRA, M. M. C. Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre: uma análise agregada. 2007. 118 p. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia), Universidade de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, 2007.

PRADO, S. R. L. A. Integralidade: um estudo a partir da atenção básica à saúde da criança em modelos assistenciais distintos [tese]. São Paulo (SP): EEUSP/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2005.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e Acolhimento aos Usuários em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev., 2003.

RIBEIRO, L. C. C.; ROCHA, R. L.; RAMOS-JORGE, M. L. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2316-22, dez., 2010.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO. Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

STARFIELD, B.; SHI, L. *Manual for the Primary Care Assessment Tools*. Baltimore; Johns Hopkins University. 2009.

TAVARES, G. R. Visão sistemática da prematuridade: as interações família e equipe de saúde diante do nascimento de risco [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e Uso de Serviços de Saúde em Idosos Residentes em Áreas Rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 23, v. 10, p. 2490-502, out., 2007.

VAN STRALEN, C. J.; *et al.* Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saude Publica* [online]. v. 24, n. suppl.1, p. s148-s158, 2008.

VIEIRA, S. *Princípios de Estatística*. 1.^a reimpr. da 1.^a ed. São Paulo: Editora Pioneira Thomson Learning, 2003.

VIEIRA, E. W. R.; GAZZINELLI, A. Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais. 2010. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Belo Horizonte, 2010.

AGRADECIMENTOS

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES pela confiança e financiamento desta pesquisa.

Índice Remissivo

A

acadêmico 50, 51, 59, 63, 66, 120, 126
alunos 16, 17, 53, 74, 75, 77, 78, 80, 81, 82, 117, 126, 200
AMS 152, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 170, 171, 172, 174, 176, 177, 178, 179, 180
APAE 117, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204
aplicativo 162
APS 21, 23, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 101, 102, 103
Apucarana 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 170, 171, 172, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181
aquática 182, 183, 184, 185, 187, 192, 193, 194
artes 75, 76, 77, 80, 81, 82
assistencial 31, 51, 63, 66, 71, 94, 95, 103, 104, 159
atenção 13, 14, 20, 23, 27, 29, 31, 32, 37, 39, 52, 53, 69, 73, 75, 80, 84, 85, 86, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 103, 104, 105, 108, 112, 118, 121, 130, 137, 142, 143, 144, 153, 154, 155, 157, 158, 159, 160, 164, 165, 167, 168, 169, 171, 182, 208, 209
atividades 14, 15, 16, 17, 54, 71, 75, 76, 77, 78, 86, 87, 88, 99, 102, 107, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 148, 155, 158, 159, 160, 168, 188, 189, 190, 199, 201, 202, 203, 204
auditor 69, 71, 72
auditoria 68, 69, 70, 71, 72, 73
avaliação 16, 23, 24, 25, 44, 69, 71, 73, 94, 95, 97, 99, 101, 102, 103, 104, 112, 114, 115, 117, 121, 127, 132, 151, 154, 157, 160, 186, 189, 190, 192, 193, 203

B

bem-estar 15, 21, 28, 41, 45, 76, 80, 82, 85, 107, 108, 112, 114, 142
bioética 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 63
Brasil 3, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 31, 32, 34, 36, 37, 40, 45, 46, 47, 51, 54, 56, 59, 61, 63, 71, 72, 73, 85, 90, 91, 92, 96, 97, 98, 99, 102, 103, 104, 105, 108, 109, 117, 123, 124, 125, 127, 131, 136, 138, 139, 142, 143, 152, 168, 169, 172, 196, 215
brasileiras 31, 53, 56, 57, 58, 59, 60, 63, 64, 65, 66, 95

C

cardiopatia 130, 134, 135, 136, 137, 138, 139
cardiopatias 129, 130, 131, 132, 134, 135, 136, 137
causas 17, 109, 119, 120, 122, 123, 125, 147, 155
combate 34, 36, 40, 43, 46, 47, 48, 76, 77, 81, 114, 115
comorbidades 13, 14, 15, 59, 184
complementares 20, 30, 31, 32, 33, 57, 58, 60, 62, 63, 64, 65, 85
comunicação 39, 80, 84, 85, 87, 88, 90, 92, 102, 150, 156, 164,

175, 203, 208, 209
congenitas 129, 130, 131, 132, 135, 136, 137, 138
controle 16, 27, 69, 70, 72, 76, 80, 103, 142, 143, 155,
164, 169, 183, 185, 186, 187, 191, 192, 193
cooperativa 44, 52, 162, 172, 178
coronavírus 35, 36, 37, 38, 44, 46
COVID-19 35, 36, 37, 38, 39, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48,
108, 109, 110, 114, 116, 117
criança 104, 105, 131, 198, 199, 201, 202, 203, 204, 205,
208, 209
crônicas 14, 17, 27, 114, 115

D

dança 17, 59, 107, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 117
desafios 29, 30, 32, 38, 39, 41, 44, 46, 47, 50, 51, 52, 55,
62, 83, 84, 86, 87, 88, 90, 118, 160
desenvolvimento 3, 14, 15, 16, 17, 30, 35, 39, 42, 44, 52,
70, 72, 76, 77, 78, 79, 80, 85, 86, 87, 89, 95, 96, 108,
109, 110, 112, 113, 117, 122, 124, 126, 131, 135,
136, 141, 142, 155, 158, 162, 164, 167, 168, 169,
170, 172, 198, 199, 201, 202, 203, 204, 205, 206,
208
doença 21, 28, 35, 36, 37, 38, 43, 52, 86, 92, 109, 125,
135, 158, 159, 182, 183, 184, 185, 187, 188, 189,
191, 192, 193, 194, 196
doenças 14, 15, 16, 17, 27, 29, 43, 44, 85, 86, 87, 109,
112, 114, 115, 117, 125, 131, 136, 155, 158, 182
doméstica 141, 143, 148

E

educação 15, 29, 30, 31, 53, 54, 60, 63, 64, 65, 71, 72,
75, 78, 82, 89, 104, 110, 113, 116, 154, 162, 164,
165, 167, 168, 169, 170, 172, 173, 174, 175, 176,
177, 178, 179, 180, 181, 198, 200, 202, 203, 206
educadores 202
eficácia 17, 20, 27, 64, 70, 150, 162, 164, 182, 206
ensino 29, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 62,
63, 64, 65, 66, 67, 77, 81, 82, 168, 169, 170, 171,
173, 176, 199, 203
envelhecimento 107, 108, 109, 110, 112, 114, 115, 117,
118, 155
EP 188, 198
equipe 13, 29, 40, 43, 77, 79, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90,
91, 92, 96, 97, 101, 102, 103, 104, 105, 112, 116,
120, 125, 136, 144, 154, 155, 156, 157, 158, 159,
164, 175, 197, 199, 200, 201, 203, 205
escassez 35, 36, 37, 38, 40, 45, 46, 48
especial 38, 44, 46, 53, 91, 95, 111, 121, 142, 148, 150,

198, 200, 202, 203, 206
estimulação 128, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 207
exercícios 13, 14, 15, 16, 17, 78, 113, 115, 116, 158, 190, 191, 192, 194, 202

F

família 36, 53, 76, 77, 86, 89, 91, 92, 94, 95, 100, 105, 154, 155, 157, 159, 197, 198, 200, 201, 202, 203, 204, 205
fatores 28, 41, 71, 87, 91, 100, 101, 108, 109, 113, 120, 121, 122, 126, 129, 130, 131, 132, 133, 136, 137, 143, 162, 164, 184, 202
físicas 14, 15, 17, 77, 78, 80, 81, 88, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 121, 149, 183, 184
físicos 13, 14, 15, 16, 38, 42, 76, 79, 88, 108, 109, 113, 115, 131, 136, 143, 165
fisioterapia 62, 154, 156, 158, 182, 183, 184, 185, 187, 192, 193, 194, 196, 198, 199
formação 15, 17, 29, 30, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 63, 64, 65, 66, 162, 164, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 176, 177, 179, 180, 181, 194, 200
funcional 14, 16, 85, 108, 109, 113, 114, 115, 117, 118, 157, 158, 160, 182, 183, 184, 185, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 205

G

gestão 39, 43, 44, 45, 68, 69, 70, 72, 73, 88, 90, 91, 96, 162, 164, 169, 170, 172, 173, 174, 176, 178, 179, 214

I

indivíduos 14, 20, 28, 78, 85, 108, 114, 182, 183, 184, 185, 188, 189, 193, 194, 195
inovações 34, 35, 36, 38, 43, 44, 46, 47, 52, 107
intensiva 119, 120, 122, 124, 126, 127
internação 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 127

M

marcha 182, 183, 184, 185, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195
marciais 75, 76, 77, 80, 81, 82
médica 16, 43, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 63, 65, 156, 157, 165
medicina 38, 43, 50, 51, 54, 55, 56, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 139, 156
melhoria 15, 16, 39, 70, 76, 77, 86, 90, 94, 99, 103, 110,

113, 115, 136, 137, 162, 164, 167
mental 15, 16, 21, 41, 42, 76, 112, 114, 117, 126, 142,
153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 189
Minas Gerais 2, 25, 30, 63, 72, 105, 117, 130, 131, 140,
141, 144, 145, 146, 147
Ministério da Saúde 18, 31, 32, 38, 65, 66, 86, 90, 91, 95,
104, 105, 110, 125, 126, 138, 139, 156, 160, 162,
164, 169, 172
mulher 141, 142, 143, 144, 148, 149, 150, 151, 152
mulheres 20, 25, 28, 98, 132, 133, 140, 141, 142, 143,
144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 152, 188
multidisciplinar 51, 83, 86, 88, 90, 120, 125, 143, 144,
153, 154, 155, 156, 159, 200, 203
multiprofissional 91, 92, 106, 154, 156, 159, 182, 197,
199, 200
muscular 14, 76, 80, 113, 115, 158, 183, 184, 190, 194

N

neonatal 119, 120, 121, 122, 124, 126, 127, 130, 131,
132, 136, 137, 138
nordeste 93, 124, 125
norte 28, 124, 125, 131, 135, 140, 141, 144, 164

O

ocupacionais 35, 36, 39, 40, 114
OMS 15, 21, 37, 38, 45, 59, 107, 108, 109, 118, 142, 151,
155, 160, 169
oximetria 129, 130, 131, 133, 134, 135, 137, 138

P

paciente 16, 17, 35, 38, 40, 43, 45, 46, 54, 71, 89, 91, 94,
154, 155, 156, 157, 158, 159, 179, 184, 189, 190,
193, 204
pacientes 13, 15, 16, 17, 33, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44,
45, 46, 47, 102, 121, 123, 124, 154, 156, 157, 158,
159, 183, 184, 185, 187, 192, 193, 194, 200, 201
pandemia 35, 36, 37, 38, 40, 41, 43, 44, 47, 48, 106, 107,
108, 109, 110, 116
Parkinson 182, 183, 184, 185, 187, 189, 193, 194, 195,
196
pedagogia 56, 198
permanente 30, 44, 52, 71, 72, 89, 162, 164, 165, 167,
168, 169, 170, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178,
179, 180, 181
prática 14, 15, 16, 17, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 63, 65, 69,
73, 76, 78, 80, 81, 92, 94, 96, 103, 109, 112, 113,
114, 115, 116, 117, 142, 148, 154, 157, 159, 162,
164, 167, 169, 170, 172, 176, 177, 178, 179, 180,

181, 190, 194, 195, 205
precoce 43, 77, 81, 85, 125, 128, 131, 136, 137, 138,
198, 199, 200, 201, 202, 204, 205
primária 13, 14, 20, 32, 83, 84, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 97,
103, 104, 105, 124, 153, 155, 157, 159, 160, 164,
165
processos 71, 84, 86, 88, 150, 162, 164, 167, 168, 169
profissionais 16, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 35, 36, 37, 38,
39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 55, 58, 64, 65, 70,
71, 72, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 95, 100, 101,
102, 103, 105, 112, 118, 120, 121, 124, 126, 132,
137, 138, 141, 150, 155, 156, 157, 158, 160, 164,
165, 167, 168, 169, 171, 175, 176, 177, 180, 198,
199, 200, 201, 202, 203, 205
programas 30, 54, 70, 71, 78, 82, 94, 102, 169, 171, 172,
184, 193, 202, 205
projeto 40, 45, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 98, 107,
109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 145, 155,
160, 162, 168
promoção 15, 17, 20, 21, 28, 29, 32, 33, 66, 71, 85, 86,
87, 91, 109, 112, 114, 115, 136, 143, 155, 157, 158,
160
proteção 15, 34, 35, 36, 40, 41, 42, 45, 46, 48, 85, 91,
141, 150, 151
pública 23, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 44, 57, 58, 65, 66, 69,
70, 72, 73, 131, 138, 141, 142, 146, 149, 160
público 29, 38, 41, 84, 85, 89, 90, 110, 113, 116, 123, 148,
160
pulso 129, 130, 131, 133, 134, 135, 137, 138

Q

qualidade 14, 15, 17, 18, 24, 25, 27, 28, 29, 44, 45, 46,
47, 52, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 77, 84, 86, 88, 89, 90,
94, 95, 100, 103, 104, 107, 108, 110, 112, 113, 114,
117, 118, 120, 126, 131, 136, 137, 138, 144, 150,
158, 162, 164, 167, 171, 177, 183, 184, 186, 192,
193, 194, 199, 204

R

reabilitação 85, 183, 184, 185, 187, 193, 194, 202
recém-nascido 120, 121, 126, 127, 128, 130, 131, 132,
137, 138
recém-nascidos 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127,
130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137

S

satisfação 87, 88, 90, 91, 92, 94, 100, 177

saúde 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 62, 64, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 115, 116, 117, 118, 124, 126, 130, 131, 136, 137, 138, 141, 142, 144, 149, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 162, 164, 165, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 182

saúde pública 23, 31, 35, 36, 37, 44, 57, 58, 65, 66, 70, 72, 73, 142, 149

segurança 27, 35, 36, 37, 38, 41, 43, 45, 46, 47, 59, 66, 89, 91, 107, 108, 110, 112, 115, 141, 159

serviço 15, 16, 23, 25, 27, 29, 30, 32, 38, 43, 44, 64, 65, 87, 88, 89, 93, 94, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 132, 141, 152, 162, 164, 165, 168, 171, 198, 199

sistema 3, 15, 28, 37, 41, 44, 45, 69, 70, 71, 72, 79, 84, 85, 86, 89, 90, 94, 95, 108, 124, 150, 162, 164, 169, 172, 183, 184, 189, 204, 214

social 15, 16, 21, 33, 41, 51, 52, 53, 59, 65, 70, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 89, 97, 98, 102, 104, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 116, 117, 144, 148, 156, 157, 164, 169, 198, 199, 203, 204, 206, 208, 209

T

Tatame 74, 75, 78, 80, 81

técnica 65, 69, 72, 75, 79, 81, 97, 100, 168, 169, 170, 171, 176, 177, 179, 180, 181, 190, 194, 197, 203

tecnológicas 35, 36, 38, 39, 43, 44, 46, 47

terapia 27, 59, 62, 119, 120, 122, 124, 126, 127, 155, 156, 189, 204, 205

terapias 20, 32, 44, 58, 60, 64, 65, 75

trabalho 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 45, 46, 47, 64, 65, 69, 70, 75, 77, 79, 84, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 96, 106, 110, 112, 115, 117, 137, 143, 154, 155, 160, 162, 164, 165, 167, 168, 169, 170, 172, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 197, 199, 200, 201, 203, 206

transmissíveis 14, 17, 27, 142

triagem 129, 130, 131, 132, 136, 138

U

único 69, 84, 85, 96, 116, 159, 189, 193, 203

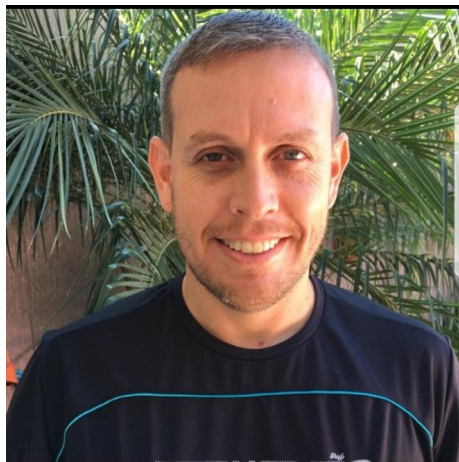
unidade 40, 88, 96, 97, 98, 99, 100, 103, 119, 120, 122, 123, 124, 126, 127, 132, 144, 153, 154, 155, 157, 158, 159

UTI 120, 121, 123, 124, 125, 127
UTIN 120, 121, 122, 124, 125, 132

V

Vida Ativa 106, 107, 109, 110, 112, 113, 114, 116
violência 80, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148,
149, 150, 151, 152
vítimas 35, 36, 143, 144, 145, 148, 150, 151, 152
vulnerabilidade 74, 75, 76, 77, 98, 112, 156, 157, 169, 174

Organizadores



Fabio José Antonio da Silva

Licenciatura Plena em Educação Física - UEL/PR. Mestrado em Educação - UFC/CE. Doutorado em Educação Física - UEL/PR. Servidor Público Municipal. Autarquia Municipal de Saúde. Apucarana/PR. Profissional de Educação Física no SUS.



Rejane Bonadimann Minuzzi

Possui Mestrado em Diversidade Cultural e Inclusão Social- FEEVALE- Novo Hamburgo

Cursou Magistério- I.E.E Madre Tereza- Seberi RS

Graduada em Educação Física- UPF- Campus Palmeira das Missões

Possui sete especializações Pós Graduação nas áreas: Deficiência Intelectual, Práticas Sociais na Terceira Idade, Gestão Educacional, Estimulação Precoce, Práticas da Pedagogia, Ed. Física Escolar, Atendimento Educacional Especializado.

Atualmente é Professora de Ed. Física adaptada na Escola de Educação Especial APAE de Seberi RS e na Universidade Regional Integrada URI- Frederico Westphalen RS

É escritora e poetiza. Já participou de 17 coletâneas nacionais e internacionais, lançou em 2019 o livro ANIGI com uma temática que aborda as deficiências. Ganhou primeiro lugar no projeto Nacional-Literatura Falada II em 2020 com o Conto: A menina da geladeira vermelha.

É acadêmica Imortal na Academia de Artes, Letras e Ciência - A palavra do século 21- cadeira 135

É Acadêmica Imortal Vitalícia da Academia Internacional Mulheres das Letras, cadeira 72

Sócia Efetiva da AJEB-RS (Associação de Jornalistas e Escritores do Brasil, coordenadoria RS).

