UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

KALINE NAYANNE DE SOUZA OLIVEIRA

IntegraESF: DESENVOLVIMENTO DE MATRIZ AVALIATIVA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

CRATO
2022

KALINE NAYANNE DE SOUZA OLIVEIRA

IntegraESF: DESENVOLVIMENTO DE MATRIZ AVALIATIVA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Regional do Cariri – URCA, como requisito para obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Germane Alves Pinto

Coorientadora: Prof.ª Me. Yana Paula Coêlho Correia Sampaio

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

CRATO

2022

Biblioteca Central da Universidade Regional do Cariri - URCA

Oliveira, Kaline Nayanne De Souza

O48i IntegraESF: desenvolvimento de matriz avaliativa da integralidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família / Kaline Nayanne De Souza Oliveira.

Crato-CE, 2022.

111p. il.

Dissertação. Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Regional do Cariri - URCA.

Orientador(a): Prof. Dr. Antonio Germane Alves Pinto

Coorientador(a): Prof. Me. Yana Paula Coêlho Correia Sampaio

1.Integralidade em Saúde, 2.Avaliação em Saúde, 3.Atenção Primária à Saúde; I.Título.

CDD: 614

KALINE NAYANNE DE SOUZA OLIVEIRA

IntegraESF: DESENVOLVIMENTO DE MATRIZ AVALIATIVA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Regional do Cariri – URCA, como requisito para obtenção do título de mestre.

Apresentada em: 30 / 06 / 2022

Conceito obtido: APROVADO

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Antonio Germane Alves Pinto
Universidade Regional do Cariri - URCA
Orientador

Profa. Me. Yana Paula Coêlho Correia Sampaio
Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte - FMJ
Coorientadora

Profa. Dra. Maria Augusta Rocha Bezerra
Universidade Federal do Piauí - UFPI
1º Membro

Profa. Dra. Evanira Rodrigues Maia
Universidade Regional do Cariri - URCA
2º Membro

Profa. Dra. Maria do Socorro Vieira Lopes
Universidade Regional do Cariri - URCA
Membro Suplente

Dedico esse trabalho à Deus, que por sua infinita bondade, concedeu-me os meios necessários para a realização desse sonho, e aos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde, de modo especial, os da enfermagem, que são resistência diária. Mesmo diante de tantas adversidades, seguem firmes no propósito de prestar assistência integral de qualidade aos usuários, familiares e comunidades.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, pelo dom da vida, por todos os desafios que me permitiste enfrentar para a realização desse sonho. Pela sua infinita misericórdia em me acolher e me proteger em cada passo.

À minha Mãe, *Josefa Almino de Souza*, minha fortaleza! A quem eu devo a oportunidade de poder ter trilhado o caminho do conhecimento, por ser meu apoio e referência nos momentos difíceis. E ao meu Pai, *Cezario Batista de Oliveira Filho*, por estar de volta à minha vida, nesse momento tão importante. Eu os amo!

Ao meu esposo, *Joaquim Ferreira Junior*, por todo apoio, companheirismo e amor. Não foi fácil! não sou fácil! Agradecida por me compreender e me apoiar em todos os meus sonhos.

Aos meus irmãos, *Karla Nayalle de Souza Rocha* e *Cezario Batista de Oliveira Neto*, não tenho nem palavras para descrevê-los e agradecê-los apenas pelo simples fato de existirem. Eu os amo e os admiro. Vocês são meu maior orgulho!

Ao meu cunhado, *Leilson Rocha Bezerra*, meu exemplo de pesquisador. E aos meus sobrinhos, *João Pedro Souza Bezerra*, *Levi Souza Bezerra* e *Rafael Souza Bezerra*, que são minha maior alegria.

Ao orientador *Dr. Antônio Germane Alves Pinto*, por ter compartilhado comigo um pouco dos seus conhecimentos e vivências. Agradeço imensamente pelas oportunidades, pela parceria, pelo apoio, mas acima de tudo pelo afeto e confiança que sempre depositou em mim. Gratidão!

À minha coorientadora, *Me. Yana Paula Coêlho Correia Sampaio*, pelas contribuições e por ser exemplo de profissional que tanto faz pela Estratégia Saúde da Família.

A 'todes' os meus *familiares e amigos*, que compartilham comigo a caminhada da vida.

Às professoras *Drª. Evanira Rodrigues Maia*, *Drª. Maria do Socorro Vieira Lopes*, e *Drª. Maria Augusta Rocha Bezerra,* pela disponibilidade em participar da banca e pelas preciosas considerações, desde a concepção desse trabalho.

Aos meus *Colegas de turma do mestrado*, que mesmo com as aulas virtuais, impostas pela pandemia da COVID-19, desenvolvemos laços de amizade que permanecerão para além da pós-graduação.

Às minhas amigas e parceiras do Iguatu, *Cristiane Alves de Araújo, Mona Lisa Horácio Sá e Charmenes Alves Gomes*. Obrigada por estarem sempre presentes e por tornarem mais leves essa loucura que é o mestrado profissional.

Aos *docentes do Mestrado Profissional em Saúde da Família, nucleadora-URCA*, pois sem dúvidas, contribuíram para o meu aperfeiçoamento profissional e, porque não dizer, pessoal.

A ‘*todes’ os profissionais de saúde e trabalhadores da Atenção Primária à Saúde de Iguatu-Ceará* que, com confiança e disposição aceitaram participar dessa pesquisa.

A *todes os que fazem parte da pesquisa “Produção do Cuidado na Estratégia Saúde da Família: práticas, afetos, tecnologias e avaliação”*, pela parceria e auxílio no desenvolvimento desse trabalho.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (*FUNCAP*) pelo financiamento da pesquisa.

Enfim, a todos que me ajudaram, direta ou indiretamente, nessa longa caminhada, a minha mais sincera gratidão!

“Mas também, cair não prejudica demais. A gente levanta, a gente sobe, a gente volta. O correr da vida embrulha tudo. A vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem”

Guimarães Rosa

RESUMO

OLIVEIRA, Kaline Nayanne de Souza. **IntegraESF: DESENVOLVIMENTO DE MATRIZ AVALIATIVA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**. 2022. 111f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Regional do Cariri, Crato, 2022.

A integralidade é um atributo da assistência que transcende as práticas curativas e envolve uma gama de atitudes e ações que buscam atender as necessidades de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. Objetivou-se desenvolver uma matriz autoavaliativa da integralidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família (ESF). Estudo metodológico, com enfoque qualitativo, elaborado a partir de uma revisão integrativa da literatura (RIL), para sintetizar o conhecimento científico sobre a integralidade. As buscas realizadas no mês de março de 2022, no Portal de Periódicos CAPES, nas bases Scopus, Medline/PubMed, CINAHL, LILACS e BDENF; e uma pesquisa exploratória, realizada no município de Iguatu, Ceará, com coordenadores das equipes de Saúde da Família (eSF). Foram utilizados três instrumentos de coleta de dados para auxiliar no diagnóstico situacional: levantamento documental com informações sobre os profissionais e os territórios; formulário, para caracterização sociodemográfica dos participantes e das unidades; e roteiro de entrevista semiestruturada. Após desenvolvida, a matriz foi submetida à aplicação-teste no cenário da pesquisa. Os dados foram consolidados por estatística descritiva simples e, os da entrevista analisados à luz da Hermenêutica Dialética. Da RIL foram selecionados e analisados 11 artigos, todos realizados no Brasil e publicados entre os anos de 2010-2020; e participaram 24 coordenadores das eSF. A aproximação com o contexto evidenciou que as práticas de cuidado ainda estão voltadas para a queixa; que os serviços de saúde estão desarticulados, em sua maioria; e que a gestão participativa não se efetiva, pois, profissionais e usuários não fazem parte do planejamento em saúde. A satisfação do usuário e os indicadores quantitativos atuais foram as formas de avaliação mais citadas pelos coordenadores. A ética no serviço público apareceu como um desafio, entretanto alguns relataram trabalhar essa temática na educação permanente e no gerenciamento das equipes. Os dados provenientes das evidências científicas, das narrativas dos profissionais, permeadas pela experiência da pesquisadora, possibilitaram o desenvolvimento da matriz IntegraESF, a partir da identificação das seis dimensões da integralidade: acesso, acolhimento, vínculo, intersetorialidade, resolutividade e gestão. Em seguida, a IntegraESF foi submetida a aplicação-teste nas eSF, a cerca de 21% dos participantes, para promover a adequação das questões e identificar falhas na aplicação. Foram feitas alterações nas orientações e na redação de algumas questões de modo a ampliar a clareza do instrumento. A IntegraESF foi desenvolvida com o intuito de promover processos reflexivos acerca das ações e serviços das eSF. Isso oportuniza que sejam reconhecidas as potencialidades e dificuldades que auxiliem os profissionais na busca da integralidade do cuidado. Dessa forma, pode ser utilizada no contexto da ESF e no acadêmico. Destaca-se por não estabelecer parâmetros, mas sim fazê-las refletir sobre questões que envolvem a integralidade, com o intuito de identificar falhas e propor melhorias. A IntegraESF seguirá para validação e ampliar-se-á o debate com as eSF e com os gestores.

Palavras Chave: integralidade em saúde; avaliação em saúde; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Kaline Nayanne de Souza. **IntegraESF: DEVELOPMENT OF A MATRIX EVALUATION OF THE INTEGRALITY OF CARE IN THE STRATEGY**. 2022. 111 p. Dissertation (Professional Master's in Family Health) – Center for Biological and Health Sciences, Northeast Network of Training in Family Health, Regional University of Cariri, Crato city, Ceara State, Brazil, 2022.

Integrality is an attribute of care that transcends curative practices and involves a range of attitudes and actions that seek to meet the health needs of individuals, families, and communities. The objective was to develop a self-evaluative matrix of comprehensive care in the Family Health Strategy (FHS). With a qualitative approach, the methodological study was elaborated on an integrative literature review (ILR) to synthesize the scientific knowledge about integrality. The searches were carried out in march 2022, on the capes periodicals portal, in the Scopus, Medline/Pubmed, CINAHL, LILACS, and BDENF databases; and exploratory research, in Iguatu city, Ceara state, Brazil, with coordinators of the FHS. three data collection instruments were used to assist in the situational diagnosis: a documented survey with information about professionals and territories; a form for sociodemographic characterization of participants and units; and a semi-structured interview script. After being developed, the matrix was submitted to test application in the research scenario. Simple descriptive statistics consolidated the data, and the interview was analyzed in the light of Dialectical Hermeneutics. From ILR, 11 articles were selected and analyzed, all carried out in Brazil and published between 2010-2020; Twenty-four FHS coordinators participated. The approach to the context showed that care practices are still focused on the complaint; that health services are primarily disjointed; and that participatory management is ineffective, as professionals and users are not part of health planning. User satisfaction and current quantitative indicators were the coordinators' most cited forms of evaluation. Ethics in the public service appeared as a challenge. However, some reported working on this theme in permanent education and team management. Data from scientific evidence, from professionals' narratives, permeated by the researcher's experience, enabled the development of the IntegraESF matrix, based on identifying the six dimensions of integrality: access, reception, bond, intersectorality, resolution, and management. Then, the IntegraESF was submitted to a test application in the FHS to about 21% of the participants to promote the adequacy of the questions and identify failures in the application. Changes were made to the guidelines and the wording of some questions to increase the instrument's clarity. IntegraESF was developed to promote reflective processes about the actions and services of the FHS. This makes it possible to recognize the potential difficulties that help professionals search for comprehensive care. In this way, it can be used in the context of the FHS and the academic world. It stands out for not establishing parameters but making them reflect on integrality issues to identify flaws and propose improvements. IntegraESF will continue for validation, and the debate with the FHS and managers will be expanded.

Key words: integrality in health; health assessment; primary health care.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Dimensões teóricas da integralidade do cuidado..... 25
FIGURA 2 – Atuação do Programa Saúde da Família em Iguatu, Ceará, Brasil, 1999..... 34
FIGURA 3 – Fluxograma Prisma de revisão integrativa de literatura, 2022..... 44
FIGURA 4 – Consolidação e agrupamento das dimensões e características da integralidade..... 50
FIGURA 5 – Representação gráfica das dimensões da integralidade na Matriz IntegraESF..... 67
FIGURA 6 – Logomarca da Matriz IntegraESF..... 68
FIGURA 7 – Orientações para uso da Matriz IntegraESF Nº 1..... 69
FIGURA 8 – Orientações para uso da Matriz IntegraESF Nº 2..... 70

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Estratégia e descritores da revisão integrativa da literatura..... 30

QUADRO 2 – Expressões de busca nas bases de dados da revisão integrativa da literatura..... 30

QUADRO 3 – Categorias, subcategorias e sub-subcategorias empíricas da pesquisa..... 40

QUADRO 4 – Dimensões e características da integralidade do cuidado..... 47

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Representação gráfica da síntese horizontal e vertical das categorias da pesquisa..... 39
TABELA 2 – Pós-graduação dos coordenadores das unidades de Saúde da Família, Iguatu, Ceará, Brasil (n=24)..... 51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADS	Área Descentralizada de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CINAHL	*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
EPI	Equipamento de Proteção Individual
eSF	Equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
HEMOCE	Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HRI	Hospital Regional de Iguatu
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	*Medical Literature Analysis and Retrievel System Online*
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCATool	*Primary Care Assessment Tool*

PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRISMA	*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*
PSF	Programa Saúde da Família
RIL	Revisão Integrativa da Literatura
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARS-CoV-2	Vírus Coronavirus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
UAI	Unidade de Acolhimento Infantil
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	**16**
1.1	**Implicações com o tema**	**16**
1.2	**Objeto de estudo**	**18**
2	**OBJETIVOS**	**21**
2.1	**Objetivo geral**	**21**
2.2	**Objetivos específicos**	**21**
3	**SUPORTE CONCEITUAL**	**22**
3.1	**Dimensão tema-assunto: integralidade do cuidado em saúde**	**22**
3.2	**Dimensão tecnológica: matriz avaliativa**	**27**
4	**MÉTODO**	**29**
4.1	**Tipo de estudo**	**29**
4.2	**Etapas de desenvolvimento da matriz avaliativa**	**29**
4.2.1	*Revisão integrativa*	**29**
4.2.2	*Diagnóstico situacional: pesquisa exploratória*	*32*
4.2.2.1	Cenário da pesquisa	32
4.2.2.2	Participantes	35
4.2.2.3	Procedimentos	36
4.2.3.4	Análise dos dados	38
4.2.3	*Aplicação-teste no cenário da pesquisa*	*41*
4.3	**Considerações éticas e legais**	**42**
5	**RESULTADOS E DISCUSSÃO**	**44**
5.1	**Síntese da revisão integrativa sobre avaliação da Integralidade na Atenção Primária à Saúde**	**44**
5.2	**Categorias temáticas sobre avaliação em saúde com foco na Integralidade: narrativas dos coordenadores das equipes de Saúde da Família**	**50**
5.2.1	*Concepções teórico-práticas acerca da Integralidade em saúde*	*52*
5.2.2	*Considerações sobre os processos avaliativos da Integralidade no cotidiano das equipes de Saúde da Família*	*55*
5.2.2.1	Do planejamento à Integralidade: gestão participativa como meio de efetivação da assistência integral	55
5.2.2.2	Avaliação em saúde: o papel dos indicadores de qualidade	59

5. 2.2.3 Coordenação do cuidado: princípio de efetivação da integralidade na saúde..... 61
5.2.2.4 Satisfação do usuário como indicador de qualidade em saúde..... 63
5.2.2.5 A influência da ética e das práticas gerenciais na qualificação do serviço de saúde..... 65
5.3 Matriz IntegraESF: construção, aplicabilidade e instruções..... 67
5.4 Matriz IntegraESF..... 72
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 79
REFERÊNCIAS..... 83
APÊNDICES..... 92
Apêndice A – Instrumento para Levantamento Documental..... 93
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 95
Apêndice C – Formulário do *Google Forms*®..... 97
Apêndice D – Roteiro de entrevista semiestruturada..... 101
Apêndice E – Protocolo para a coleta de dados..... 102
ANEXOS..... 105
Anexo 1 – Carta de Anuência Institucional..... 106
Anexo 2 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa..... 107
Anexo 3 – Certificado de Autenticidade da Matriz IntegraESF..... 111

1 INTRODUÇÃO

1.1 Implicações com o tema

O interesse pela Estratégia Saúde da Família surgiu no ano de 2006, quando iniciei o curso de graduação em enfermagem. Nessa imersão, o conhecimento teórico adquirido necessitou ser adaptado às realidades plurais e complexas encontradas. As vulnerabilidades sociais, o sucateamento dos serviços de Atenção Primária à Saúde, as dificuldades de acesso dos usuários, a desarticulação entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde, dentre tantas outras problemáticas foram vivenciadas.

O profissional de saúde inserido na Atenção Primária à Saúde exerce também um papel social e necessita cotidianamente refletir sobre suas práticas. A partir do reconhecimento de que as ações de cuidado integral, pautadas na promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e redução de danos desenvolvidas no território, podem auxiliar na melhoria das condições de saúde e na redução das iniquidades sociais.

Os conhecimentos teórico e prático devem estar alinhados. O profissional precisa conhecer as políticas que norteiam a Atenção Primária, os conceitos e as produções científicas atuais, pois o empoderamento contribui para a compreensão holística do seu trabalho, do indivíduo, das relações de cuidado e dos contextos de inserção.

Essa inquietação pelo conhecimento me acompanha desde tenra idade. Atualmente, sou servidora pública, há nove anos atuo como enfermeira da Estratégia Saúde da Família. Além de prestar cuidados aos usuários, sou coordenadora da equipe e resolvo todas as questões burocráticas pertinentes à essa função.

A assistência integral e de qualidade sempre foi, e é minha principal motivação. Para tanto, necessito estar constantemente avaliando e aprimorando minhas práticas, bem como a dos outros profissionais que atuam no serviço, de modo a desenvolver uma rotina de avaliação e qualificação da Unidade. Essa, deve evitar ser apenas vertical, proposta pela gestão local ou pelo Ministério da Saúde. A própria equipe deve continuamente, se autoavaliar, para o fortalecimento e replicação de ações exitosas, e identificação das dificuldades e/ou fragilidades que necessitam de manejo adequado.

Nesse contexto, enquanto profissional, participei de processos avaliativos, como a avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Então, observei que, muitas vezes, os resultados dos processos avaliativos podem estar distantes da realidade. Um dos motivos que destaco, é que tanto gestores quanto profissionais de saúde viam o Programa apenas pela ótica financeira. Os primeiros, como forma de aumentar os recursos financeiros dos municípios, e os segundos, respectivamente, como complementação do salário defasado. Sem desmerecer a potência que o Programa trouxe de melhoria para os serviços de saúde.

Deve-se atentar também, que todos os envolvidos na avaliação em saúde, necessitam entender o porquê de avaliar, quais os resultados são esperados; e como e quais aspectos esse resultado vai melhorar a sua atuação. A motivação parte do entendimento, do sentimento de pertencimento ao processo.

O PMAQ é extinto no ano de 2019 e o novo programa de monitoramento de indicadores, de avaliação e de controle das ações, é instituído. Atualmente, há estímulo para o aumento da cobertura de Atenção Primária, com base no cadastramento dos usuários. Isso invisibiliza mais ainda aqueles que estão à margem dos serviços de saúde, pois o Sistema Único de Saúde é para todos e não apenas para os cadastrados.

Além disso, o Programa atual segue uma lógica de qualidade em parâmetros quantitativos. Para o ano de 2022 há sete indicadores, nas áreas de saúde da mulher, saúde da criança, odontologia e atenção às doenças crônicas não transmissíveis. O alcance desses serve como base de qualificação das equipes e de financiamento das mesmas.

A Atenção Primária à Saúde é complexa e como tal exige a combinação de métodos objetivos e subjetivos, que possam traduzir verdadeiramente a realidade. A condução de práticas avaliativas simplistas pode comprometer seriamente os resultados.

Compreendo que para oferecer assistência de qualidade e que atenda às necessidades reais da população, muito precisa ser avaliado e discutido. A busca pelo aprimoramento das práticas e dos serviços de saúde pode disparar o entendimento do processo de trabalho vivenciado e propulsionar mudanças positivas que conduzam verdadeiramente à uma atenção integral de qualidade na Estratégia Saúde da Família.

1.2 Objeto de estudo

O objeto de estudo desta pesquisa é o desenvolvimento de uma matriz autoavaliativa da integralidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família. A construção teve como base as evidências científicas e as dimensões empíricas que emergiram do diagnóstico situacional, aliadas à experiência da pesquisadora, enquanto enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Na década de 1990, a ESF antes denominada Programa Saúde da Família (PSF), foi implantada de forma voluntária pelos municípios, mediante incentivos do Governo Federal. Caracteriza-se como modelo que busca aliar a prática do cuidado individual à abordagem populacional, na perspectiva da vigilância em saúde (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

Consolidou-se como principal política da Atenção Primária à Saúde (APS) no país, fortemente alicerçada nos atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural. Tendo como dimensões prioritárias: a participação social, a intersetorialidade e a multidisciplinaridade, alinhadas aos princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2017; GIOVANELLA *et al*., 2021).

Entre os atributos essenciais, a integralidade, é o rol dos serviços que a APS pode prestar ou disponibilizar ao usuário. Representa a essência da APS, e é o eixo central para operacionalização de todos os outros atributos (TOLAZZI; GRENDENE; VINHOLES, 2022).

O termo integralidade é polissêmico. Um primeiro sentido relaciona-se com um movimento que ficou conhecido como medicina integral. O usuário é visto como um ser biopsicossocial, com enfoque para além das queixas relatadas. Em linhas gerais, criticava o fato de os médicos adotarem diante de seus pacientes uma atitude cada vez mais fragmentária. Um segundo, se relaciona com a organização dos serviços e das práticas de saúde, a partir das necessidades da população que atendem. Um terceiro sentido é relativo às configurações de certas políticas específicas. Essas são aquelas especificamente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem um certo grupo populacional (MATTOS, 2009).

Nesse sentido, a Atenção Primária representou a reorientação do sistema de saúde, de uma lógica médico-hospitalocêntrica para uma focada na promoção e na prevenção de doenças e agravos, centrada nas necessidades do trinômio usuário-família-comunidade. Essa mudança de paradigma trouxe muitos desafios e representou alterações substanciais na forma de produzir saúde.

O enfrentamento dos desafios relacionados ao processo de trabalho e aos modos como os profissionais de saúde agem e desenvolvem suas relações na produção do cuidado, contribuiu para o alcance de resultados positivos. Dentre esses, a redução das iniquidades e vulnerabilidades, de internações por condições sensíveis à APS e da mortalidade por doenças preveníveis (CASTRO *et al*., 2019; TASCA *et al*., 2020; MENEZES *et al*., 2020).

A nova forma de produzir saúde amplia o conceito de Cuidado que vai além de um conjunto de recursos, medidas terapêuticas e procedimentos que permitem efetivar a aplicação de um projeto terapêutico. É mais do que isso, demanda a utilização de vários tipos de tecnologias no âmbito dos serviços de saúde, e ao considerar a existência da pessoa no mundo, requer pensar o ambiente, os estressores do cotidiano aos quais o usuário está submetido, as relações de família e a comunidade (FRANCO; HUBNER, 2019).

O cuidado em saúde tem como eixo fundamental a atenção integral. Essa é uma diretriz Constitucional (BRASIL, 1988) que tem sido utilizada correntemente para designar exatamente o termo integralidade.

O cuidado transcende o resultado do processo técnico-científico. Engloba a relação com o outro pautada pela ética e contribui para construção de relações subjetivas e transformadoras. Traduzidas em atitudes, como tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (PINHEIRO, GUIZARDI, 2006; LOPES *et al*., 2020).

Entretanto, apesar dos esforços contínuos e evidentes avanços, ainda se observam lacunas na organização e gestão do SUS. Dentre elas: insuficiente financiamento público, indisponibilidade de equipamentos básicos, variação do perfil dos profissionais, entraves na coordenação da assistência, diferentes modelos de gestão, além de problemas relacionados à infraestrutura, disponibilidade de insumos e qualificação profissional, potencializados pelas diferenças socioeconômicas e desigualdades em saúde (RANZI *et al*., 2021).

O SUS e a APS brasileira têm fragilidades estruturais, devido a enorme heterogeneidade entre os 5.570 municípios, que resulta em diferentes padrões de expansão da ESF e de qualidade de serviços prestados, limitando o desempenho de suas funções essenciais (MASSUDA, 2020).

O crescimento da cobertura da ESF é acompanhado por contradições e tem desafios a serem superados, como os problemas de acesso e de qualidade. Na expectativa de superá-los, o Ministério da Saúde (MS) incentiva a realização de estudos avaliativos atrelados ao repasse de incrementos financeiros (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

O termo avaliação em saúde tem se expandido de maneira progressiva ao longo das últimas décadas. Tanto como disciplina teórico-metodológica, quanto um campo de práticas, racionalmente orientadas, de sujeitos interessados em transformar uma dada situação de saúde na direção de outra mais desejável, considerando um conjunto de princípios e valores ético-políticos (SOUSA, 2018).

Segundo Vieira *et al*. (2021) a avaliação em saúde envolve um processo de conhecimento que busca identificar as falhas e propor meios e estratégias para a busca da qualificação do cuidado.

A partir do reconhecimento da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde; de que uma APS forte produz resultados melhores e mais equitativos; e das dificuldades enfrentadas para ofertar ações e serviços de qualidade (MACINKO; MENDONÇA, 2018). Justifica-se a necessidade da realização de pesquisas avaliativas, não somente para apontar falhas, mas sobretudo contribuir com o avanço na consolidação dessa Política.

Nessa perspectiva, buscou-se a construção de uma matriz autoavaliativa, denominada IntegraESF, que está alicerçada nos valores e princípios representativos da integralidade do cuidado na ESF brasileira. As questões norteadoras da pesquisa foram: quais as dimensões que auxiliam na avaliação da integralidade do cuidado em saúde? Como acontece os processos avaliativos da integralidade no cotidiano das equipes? Como é possível avaliar a integralidade do cuidado a partir de uma matriz autoavaliativa?

A matriz IntegraESF foi desenvolvida com o intuito de desencadear processos reflexivos e autoavaliativos, nas equipes de saúde da família, acerca das práticas e ações desenvolvidas no território, para que assim, possam avançar em direção à integralidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Desenvolver uma matriz autoavaliativa da integralidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família.

2.2 Objetivos específicos

- Sintetizar o conhecimento científico sobre a integralidade do cuidado em saúde;
- Analisar o processo de avaliação da integralidade no cotidiano das equipes de saúde da família;
- Construir uma matriz autoavaliativa da integralidade na Estratégia Saúde da Família.

3 SUPORTE CONCEITUAL

A APS tem sido o foco de um amplo número de pesquisas de avaliação de qualidade e desempenho, no Brasil e no mundo. Entretanto, mesmo com grande volume de pesquisas na área, observam-se lacunas que devem ser exploradas, como a complexidade e o desafio de como avaliar adequadamente, de maneira a apreender as pluralidades desse lócus.

No Brasil, atualmente, a avaliação das equipes de saúde da família é norteada pela política vigente de financiamento. Essa baseia-se no monitoramento de indicadores, na avaliação e no controle das ações estratégicas desenvolvidas pela equipe. Massuda (2020) alerta que essa forma de avaliação pode aumentar a produtividade, pois visa o atingimento de metas pré-estabelecidas, entretanto pode representar pouca ou nenhuma melhoria consistente nos resultados em saúde.

Santos, Mishima e Merhy (2018) afirmam que ao buscar um modelo amparado na integralidade, é preciso transitar pelo território subjetivo do trabalho vivo em ato na saúde. Nesse sentido, pode-se dizer que concordam que a ESF é algo muito complexo para ser traduzida apenas em números de atendimento e de população cadastrada.

3.1 Dimensão tema-assunto: integralidade do cuidado em saúde

No Brasil, o estímulo às práticas de avaliação em saúde remonta do final dos anos 1980 e início dos anos 1990, com a inclusão do tema na agenda sanitária e com a valorização do planejamento em saúde. A organização e estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), foram acompanhadas pela formulação e implantação de políticas que requeriam avaliação dos seus resultados. Nos dias atuais, a APS, mais especificamente a ESF, ainda demonstra certo descompasso entre o ideal e o real.

Destaca-se que a criação do SUS, no final do século passado, reorientou a lógica de atenção à saúde no Brasil, de curativista-hospitalocêntrica para um modelo pautado em ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (DUARTE; SOUZA; ROSSO, 2019).

Durante o processo de construção do SUS, foram incorporadas como pautas, diferentes estratégias de universalização da saúde, entre eles, a APS. Essa,

a princípio, foi idealizada como um conjunto de ações seletivas e com foco em desenvolver orientações ao combate à pobreza, na região Nordeste do Brasil, por meio da criação do Programa de Agentes Comunitários (PACS) em 1991. Adiante, obteve destaque como modelo projetado para restruturação dos serviços de saúde, com a criação do PSF, que posteriormente foi denominado de ESF (SÁ, 2019).

A APS é a porta de entrada preferencial, responsável pela integração e coordenação dos serviços de saúde, capaz de resolver cerca de 85% dos problemas de uma comunidade. Quando organizada na lógica de seus atributos, impacta positivamente na saúde dos indivíduos, com redução na incidência de doenças, de mortalidade, e na proporção de mortes prematuras e internações evitáveis; por intermédio do acesso facilitado, atendimento de qualidade com foco na prevenção, diagnóstico e tratamento precoce e adequado (AUGUSTO *et al*., 2019; SELLERA *et al*., 2020).

A organização da APS, em especial da ESF, é realizada tomando por base os seus atributos essenciais: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado; e derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. Essas dimensões quando colocados em prática proporcionam melhorias nos indicadores de saúde, tratamentos mais efetivos, melhor eficiência do cuidado e do fluxo de usuários dentro do sistema, uso das práticas preventivas, satisfação do usuário, assim como, diminuição das desigualdades de acesso aos serviços de saúde (COSTA *et al*., 2020; SIQUEIRA *et al*., 2021).

Nesse sentido, o eixo prioritário da ESF é a assistência voltada para o estabelecimento de vínculos, o fortalecimento de laços de compromisso e de corresponsabilização entre profissionais e usuários. Privilegia a integralidade e a singularidade do sujeito inserido em um contexto sociocultural e familiar, por meio do rompimento de uma prática de atenção à saúde generalista e descontextualizada. (OLIVEIRA, A. *et al*., 2019).

A integralidade é um atributo da assistência. Diniz *et al*. (2016) diz que pode ter três sentidos. O primeiro, refere-se à capacidade dos profissionais de saúde de responder às necessidades de saúde dos indivíduos com base na sua singularidade, na relação entre profissional-usuário para além de práticas protocolares. O segundo, ligado à horizontalização e maior abrangência dos programas e políticas públicas, à inserção das práticas preventivas e assistenciais por intermédio da articulação entre os serviços. O terceiro, é a construção de políticas públicas de saúde aptas a

responder, de modo ampliado, aos problemas de saúde que afetam determinados grupos de pessoas.

Na APS, a integralidade é definida como um conjunto de ações preventivas e curativas prestadas no âmbito individual e coletivo por uma mesma unidade de saúde em articulação com serviços de outros níveis de atenção (FREITAS *et al*., 2020). Para Pinheiro (2006), pode ser traduzida como uma tecnologia, uma construção coletiva ou ação social, e não somente como objeto de práticas de saúde realizadas em determinado nível de atenção, e sim nos demais níveis de atenção especializada, nos quais a complexidade não seja dada pelo grau de hierarquização dos espaços e procedimentos por ela definidos; mas, sobretudo pelos recursos cognitivos, materiais e financeiros que reúnem.

O cuidado e a integralidade são ideias congêneres em suas vastas ambições, generosas até o limite da utopia, mas, por isso mesmo, imprescindíveis. Dentre os princípios e diretrizes do SUS, talvez o da integralidade seja o que é menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas (MATTOS, 2004). Freitas *et al*. (2020) aponta que do ponto de vista de quem recebe o cuidado há fragilidades em relação a estrutura dos serviços com déficit de orientações fornecida por profissionais de saúde.

A integralidade perpassa todos os princípios do SUS, nesse sentido, para de modo a facilitar a compreensão, no desenvolvimento desse trabalho, na fase inicial de levantamento bibliográfico e escrita do projeto, foram traçadas dimensões analíticas da integralidade, pois partiram da literatura. Foram identificadas seis, são elas: acolhimento, vínculo, acesso, gestão, resolutividade e intersetorialidade (FIGURA 1). Nota-se que as duas primeiras têm características relacionais, que tratam da relação do usuário com o profissional de saúde; e as últimas gerenciais, do gerenciamento do serviço, podendo assim serem classificadas.

A fim de alcançar a integralidade, a ESF deve ser capaz de reconhecer as necessidades mais frequentes relacionadas à saúde da população, e disponibilizar recursos para atendê-las; mediante monitorização das condições de saúde da população (ABRANTES *et al*., 2020). Para isso é imprescindível avaliar, qualificar e consolidar a Rede de Atenção à Saúde para enfrentar as dificuldades encontradas no alcance da integralidade (OLIVEIRA, R. *et al*., 2019).

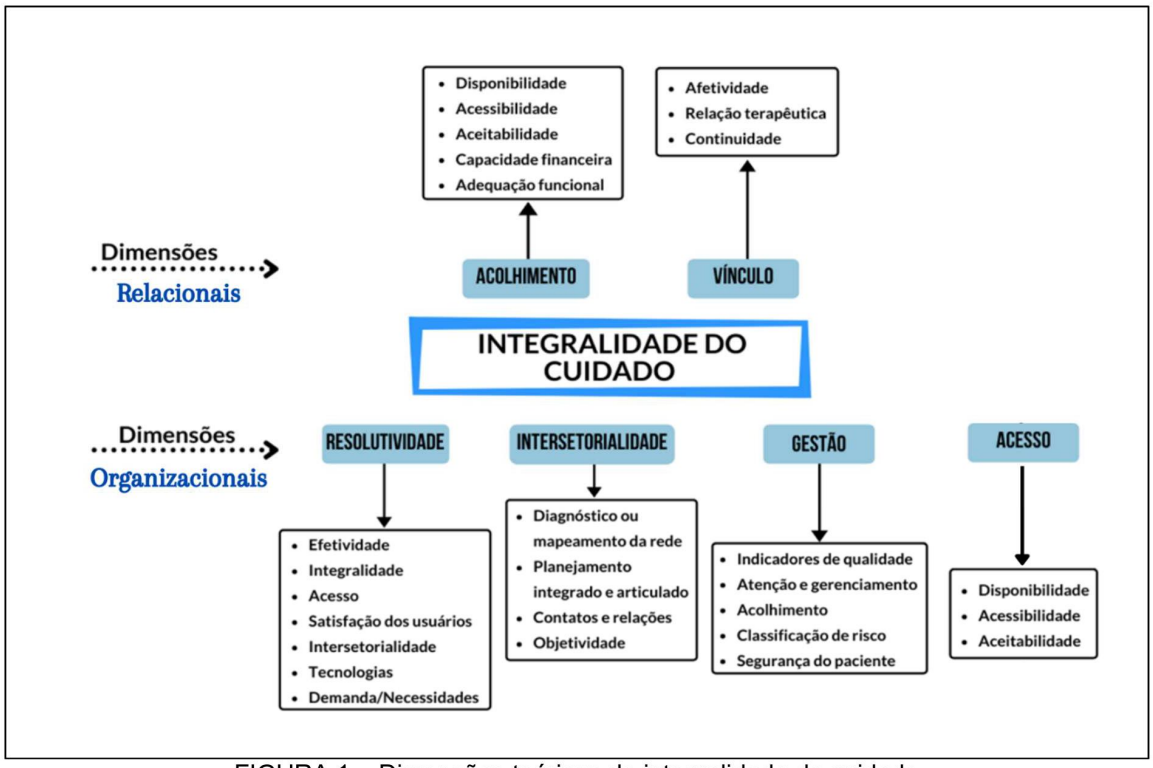

FIGURA 1 – Dimensões teóricas da integralidade do cuidado
Fonte: Elaboração própria (2021).

O processo de remodelação do sistema de saúde é acompanhado de discussões e questionamentos quanto a sua eficiência, resolutividade e capacidade de articulação com outros serviços. No Brasil, a avaliação em saúde é objeto de interesse em várias épocas. Após a declaração de Alma Ata em 1978, com o apoio à gestão nacional de saúde, por meio do lema “Saúde para todos no ano 2000”, as práticas avaliativas são estimuladas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e são reconhecidas como importante componente do processo de gestão (BRASIL, 1996).

A constituição brasileira de 1988 caracterizou-se pela instituição de importantes direitos sociais na educação, saúde, previdência, dentre outros, o que possibilitou o surgimento de novas iniciativas. Especificamente no caso da saúde, criou o SUS, que foi regulamentado em 1990, pela lei orgânica 8.080/90. Sua implementação por meio de novos serviços, programas, modelos de gestão e atenção, foram colocados em discussão e disputas, constituíram então, o início de demandas por estudos avaliativos (BRASIL, 1988; 1990).

Os componentes dos serviços de saúde que orientam a avaliação, como forma de mensurar os fatores envolvidos na qualidade da atenção à saúde são: estrutura-processo-resultado. A estrutura consiste em características que possibilitam

que os serviços sejam ofertados; o processo envolve ações dos profissionais, comunidade e usuários; o resultado, refletido em vários aspectos do estado de saúde (STARFIELD, 2002).

A avaliação em saúde pode auxiliar no esclarecimento das decisões tomadas pela gestão; bem como, contribui para o alcance do princípio da universalidade, de melhor qualidade do cuidado prestado e do gerenciamento adequado de recursos (RIBEIRO; SCATENA, 2019).

Ademais, relaciona-se ao controle de qualidade. É capaz de monitorar continuadamente os serviços ofertados; favorece, de forma precoce, a identificação e correção de fragilidades, além de propiciar o aperfeiçoamento no desempenho (BANDEIRA *et al*., 2020). Além disso, permite identificar a situação real de saúde, viabilizando intervenção local por meio da aplicação de normas e parâmetros bem definidos, e da utilização de instrumentos adequados à realidade (SOUZA *et al*., 2019).

Schraiber (2020) traz uma análise sobre o percurso da temática da avaliação em saúde em direção a perspectivas futuras. Considera que o termo “avaliação”, refere-se aos processos produtivos e engloba temas quanto à articulação das práticas em saúde com o social, avaliação de programas e tecnologias. Entretanto, algumas correntes e estudos tendenciam a caracterizar esses objetos como autônomos em relação aos serviços, ou manifestam, epistemologicamente, os serviços de saúde independentes do social. Dessa maneira, tem dificuldade em retratar o todo e de corresponder aos pilares de fundamentação da saúde coletiva.

Pela grandiosidade, complexidade e diversidade, as práticas avaliativas podem favorecer a identificação do conhecimento produzido, sobre a efetividade dos serviços e as desigualdades existentes. Isso resulta em melhorias na assistência integral da população atendida (SIQUEIRA *et al*., 2021).

A institucionalização da avaliação em saúde nos serviços de saúde do SUS, deveria fazer parte das práticas cotidianas das equipes, entretanto, sabe-se que devido às múltiplas realidades e entraves à sua operacionalização, não se efetiva na realidade. Dessa forma, os trabalhadores e os gestores inseridos nesse contexto, precisam refletir sobre as ações e serviços prestados, sobre as práticas avaliativas, como forma de qualificação, para busca de melhorias de indicadores e alcance da integralidade do cuidado.

3.2 Dimensão tecnológica: matriz avaliativa

As tecnologias no âmbito da saúde, classificam-se em leves, que traduzem relações, como a produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão de processos de trabalho; leve-duras, englobam saberes bem estruturados, que operam no trabalho em saúde, como a clínica médica, a psicanalítica, a epidemiológica; e duras, como no caso de equipamentos tecnológicos, máquinas, normas e estruturas organizacionais (MERHY, 2002).

O uso das tecnologias leves se dá por meio de um diálogo aberto e uma escuta qualificada; as leve-duras, compreendem conhecimentos técnico-científicos específicos, servem de subsídio para o manejo grupal e, também auxiliam na confecção de recursos pedagógicos, como as matrizes; as duras, são permeadas pela utilização das tecnologias no cuidado em saúde (MERHY, 2002).

A matriz avaliativa pode ser considerada uma tecnologia leve-dura, na medida que, consiste em uma ferramenta essencial para planejar e organizar uma avaliação. Ela resume a concepção e *design* da avaliação. Tem o potencial de trazer transparência ao processo e auxiliar na identificação de possíveis lacunas nas evidências científicas (AFONSO, 2015).

O desenho de uma matriz que apresente critérios/indicadores e parâmetros, bem como as respectivas fontes de informação a serem consideradas pode ser utilizada para implementar uma avaliação de programa e/ou ações e serviços de saúde. Os indicadores além de representarem medidas do impacto dos serviços sobre a saúde de populações, precisam considerar a mensuração da adequação, da infraestrutura dos serviços e da efetividade dos processos (MEDINA *et al*., 2005).

Bem como, são ferramentas essenciais para organizar a lógica de uma avaliação. Do ponto de vista de sua utilidade, além de ser um dispositivo utilizado para medição, para o estabelecimento de parâmetros e para avaliação, os indicadores são importantes instrumentos de gestão. Permitem ao administrador operar sobre dimensões-chave de sistemas e de processos, monitorando situações que devem ser mudadas, incentivadas ou potencializadas, desde o início de uma intervenção até o alcance do que foi pretendido e previsto como resultado (MINAYO, 2009).

Nesse sentido, a matriz avaliativa é um instrumento que pode ser utilizado para monitoramento e avaliação nos serviços de saúde. Auxilia na organização do plano ao encadear os diferentes componentes de uma avaliação; facilita a

visualização das relações e da interdependência dos elementos de um estudo; e contribui significativamente para a melhora da comunicação entre os envolvidos (UNIFESP, 2016).

Para a desenvolvimento de uma matriz, deve-se levar em consideração que os atores precisam se apropriar dos processos avaliativos, reduzindo as lacunas entre o teórico e o político; a qualidade das perguntas avaliativas, deve atender às expectativas dos atores envolvidos; e os indicadores precisam dialogar, de maneira explícita, com as demandas e expectativas dos atores, bem como seguirem critérios que os qualifiquem (SILVA, 2012).

Dessa forma, pode ser entendida como forma de expressar a lógica causal de uma intervenção em sua parte e no todo, traduz como seus componentes contribuem na produção dos efeitos, e favorece as sínteses em forma de juízo de valor (ALVES *et al.*, 2010).

Lopes (2014) acrescenta que é ser um instrumento de aprendizado e desenvolvimento pessoal/profissional que facilita o movimento de reflexão-ação na reorientação das práticas de cuidado, e permite maior autonomia aos profissionais.

Para que a matriz avaliativa desempenhe papel satisfatório, ela deve ter algumas características, como: ser flexível e dinâmica o suficiente para incorporar mudanças que permitam, a cada realidade identificar suas potências e dificuldades, expô-las e debatê-las abertamente. Deve ser flexível suficientemente para acolher e valorizar novos dados e variáveis e que estes possam provocar a construção de novos sentidos sobre a saúde e a vida que se desenvolve nos seus territórios (BAVA *et al.*, 2016).

Oliveira *et al.* (2017) demonstrou que a matriz de avaliação tem potencial para impulsionar a gestão de qualidade e favorecer a internalização das boas práticas de gestão pública e a melhoria contínua dos processos de trabalho, visando o enfrentamento das situações de exclusão e iniquidades, a partir da identificação dos determinantes do processo saúde-doença.

Assim, a sua escolha como instrumento nos processos avaliativos realizados no âmbito da Estratégia Saúde da Família, pode representar um disparador de aprendizado e negociação entre as partes - gestores, profissionais de saúde e usuários; bem como, os resultados advindos de sua aplicação, podem auxiliar na reorganização das ações e serviços de saúde, com vistas à integralidade do cuidado.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Estudo metodológico com enfoque qualitativo. Esse tipo de pesquisa trata do desenvolvimento e da avaliação e da validação de instrumentos, técnicas ou métodos de pesquisa ou de prática; cujo objetivo basilar é obter resultados sólidos e confiáveis por meio de procedimentos sofisticados de obtenção de dados da pesquisa (POLIT; BECK, 2018).

4.2 Etapas do desenvolvimento da matriz avaliativa

O desenvolvimento da matriz IntegraESF se deu por meio da conjugação das dimensões identificadas nas evidências científicas, na revisão integrativa; bem como, das dimensões empíricas advindas do diagnóstico situacional, realizado no cenário da pesquisa, conforme as etapas a seguir.

4.2.1 Revisão Integrativa

Foi desenvolvida uma revisão integrativa para sintetizar o conhecimento científico produzido acerca das dimensões da integralidade. Seguiu as recomendações do PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* com a realização de três etapas: identificação, triagem e inclusão (PAGE *et al*., 2021).

No mês de março de 2022 houve a identificação dos manuscritos no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), nas bases: Elsevier (Scopus), MEDLINE/PubMed (*Medical Literature Analysis and Retrievel System Online*), CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*); e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) – BDENF (Base de Dados de Enfermagem) e LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

Esse método de pesquisa, foi empregado para elucidar a questão: Quais as dimensões que auxiliam os gestores e profissionais na avaliação da integralidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família?

A elaboração da pergunta norteadora baseou-se nos critérios do acrônimo FINER. Portanto, teve características como: factibilidade, quando se analisou o tempo, os recursos e a experiência da pesquisadora; ser interessante; nova, pois produziu ou sumarizou o conhecimento produzido; ser pautada em preceitos éticos; e por fim foi relevante, porquanto intentou contribuir com os avanços científico e tecnológico da área de estudo (CUMMINGS; BROWNER; HULLEY, 2008).

Para a busca na literatura, a estratégia utilizada foi a PICo: População (P) Fenômeno de interesse (I); Contexto (Co). Para as buscas nas bases de dados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH) (QUADRO 1).

QUADRO 1: Estratégia e descritores da revisão integrativa da literatura.

Estratégia	Componentes	Descritores	Descritores não controlados
P – População	Gestores e profissionais de saúde	“gestor de saúde” "health personnel" “pessoal de saúde” "health manager"	
I – Fenômeno de Interesse	Integralidade em saúde	“integralidade em saúde” "comprehensive health care"	"assistência integral à saúde" "cuidado integral" "integralidade do cuidado"
Co - Contexto	Estratégia Saúde da Família	“estratégia saúde da família” “primary health care”	"family health strategy”

Fonte: Elaboração própria a partir da revisão integrativa da literatura, 2022.

Para manter a coerência e evitar possíveis vieses, os descritores controlados e não controlados foram combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, respeitando as características de cada base de dados (QUADRO 2).

QUADRO 2: Expressões de busca de revisão integrativa da literatura.

Base de dados	Expressões de busca				
LILACS **BDENF**	"pessoal de saúde" OR "gestor de saúde"	AND	"integralidade em saúde" OR "assistência integral à saúde" OR "cuidado integral" OR "integralidade do cuidado"	AND	"estratégia saúde da família" OR "atenção primária à saúde"
MEDLINE/ PubMed **Scopus** **CINAHL**	"health personnel" OR "health manager"	AND	"comprehensive health care" OR "Integrality in Health"	AND	"primary health care" OR "family health strategy".

Fonte: Elaboração própria a partir da revisão integrativa da literatura, 2022.

Os manuscritos foram avaliados com base nos critérios de inclusão: apresentar as dimensões da integralidade do cuidado; abordar processos avaliativos ou concepções da integralidade na Estratégia Saúde da Família; e serem artigos originais. Logo foram excluídos os artigos de revisão, textos, cartas, editoriais, dissertações, teses e livros.

Os resultados foram agrupados e foi realizado unificação dos termos com semelhança semântica, para facilitar o entendimento e a aplicação. Algumas evidências, pela sua amplitude, foram classificadas como dimensão da integralidade e, outras, como características dessa. Essas decisões levaram em consideração todo o aprofundamento advindo do suporte conceitual, da própria revisão integrativa e da experiência profissional da pesquisadora.

Em relação ao suporte conceitual que alicerçou a pesquisa, a integralidade é constituída por seis dimensões:

O *acesso é* conjunto de circunstâncias diversas, que viabiliza a entrada de cada usuário, ou paciente, na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade, e envolve disponibilidade, aceitabilidade, cuidado, segurança e recursos disponíveis.

O *acolhimento* é o ato ou efeito de acolher, por meio de escuta qualificada, corresponsabilização, trabalho em equipe, mediação no uso de tecnologias e organização do processo de trabalho; *vínculo:* construção de relação terapêutica entre profissionais e usuários, pautada na afetividade e continuidade.

A *intersetorialidade* é a articulação de saberes e experiências entre setores, por meio do trabalho em rede e o planejamento integrado.

A *resolutividade* é o ato de solucionar que envolve a satisfação dos usuários, coordenação do cuidado, noção de cobertura dos serviços e equidade; e por fim.

A *gestão* é uma ferramenta importante para o gerenciamento dos serviços e que os auxilia no alcance dos indicadores de qualidade. Pode ser favorecida quando utiliza uma abordagem participativa e tem responsabilidade clínica, social e sanitária pelo seu território.

O conhecimento acerca desses conceitos embasadores auxiliaram a análise das evidências identificadas. Essas foram apresentadas em forma de quadro, com identificação dos autores e ano de publicação.

4.2.2 Diagnóstico situacional: pesquisa exploratória

A pesquisa exploratória tem por objetivo proporcionar familiaridade com o campo de estudo (GIL, 2022). Constituiu etapa essencial nesse estudo, para pudesse ser obtido uma visão ampliada acerca da integralidade no cotidiano dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

O levantamento de dados ocorreu por meio de análise documental, de análises teóricas, da realização de entrevistas semiestruturadas, da aplicação de formulário e incluiu fatos e fenômenos responsáveis pela construção da realidade social. Isto posto, levou também em consideração características relevantes da pesquisa qualitativa.

O enfoque qualitativo partiu do entendimento da complexidade do objeto de estudo, e de que a sua quantificação não supriria sua análise. Ou seja, buscou-se os significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que conferiu mais profundidade às relações, aos processos e aos fenômenos que não puderam ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2016a).

O diagnóstico situacional realizado, também se utilizou de metodologias participativas, ao dar voz aos profissionais envolvidos, para o desenvolvimento da matriz. Esse tipo de metodologia desperta novos desafios para a seara das pesquisas avaliativas, pois pressupõe aprendizado, formação de consensos e tomada de decisões conjuntamente. Deve-se, portanto, ultrapassar as descrições e o aprimoramento metodológico e contribuir para a solução de problemas e melhoria da qualidade. A ideia de aliar a forma como se garante que os atores se apropriem dos processos avaliativos, reduz as lacunas entre o técnico e o político. Ao passo que se pode inferir que construir matrizes avaliativas, com debate e esse tipo de aprofundamento é crucial para assegurar a sua utilidade dentro dos serviços de saúde (BEZERRA *et al.,* 2018).

4.2.2.1 Cenário da pesquisa

A pesquisa exploratória foi desenvolvida no município de Iguatu, Ceará, Brasil. Esse está à margem direita do rio Jaguaribe e ao redor de sete lagoas, na região Centro-Sul do estado, a uma distância de 377 km da capital Fortaleza. Tem

como limites as cidades de Acopiara e Quixelô, ao norte; Orós e Icó, a leste; Cedro e Cariús, ao sul; e Jucás e Acopiara, a oeste (IGUATU, 2022).

É uma cidade de médio porte, configura-se como polo econômico e de saúde para a região. Tem população estimada em 103.633 habitantes, ocupa o 1º lugar no Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* de sua região geográfica imediata e o 11º no estado do Ceará (IBGE, 2010).

O índice de desenvolvimento humano (IDH) era de 0,667 em 2010, representando em vinte anos, um aumento de aproximadamente 71,8%. Esse dado é importante pois mede o progresso a partir de três dimensões: renda, saúde e educação (PNUD, 2013).

No tocante a saúde, o Ceará é dividido em cinco regiões de saúde: Fortaleza, Sobral, Cariri, Sertão Central e Litoral Leste/Jaguaribe; e vinte e duas Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS). Iguatu faz parte da Superintendência do Cariri e é a sede da 18ª ADS, responsável por mais nove municípios: Acopiara, Cariús, Catarina, Irapuan Pinheiro, Jucás, Mombaça, Piquet Carneiro, Quixelô e Saboeiro.

A implantação do SUS em Iguatu tem como marco inicial o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1988, uma iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde durante a gestão do Dr. Carlile Lavor. No ano anterior ao início do Programa, a mortalidade infantil no Ceará era de 102 óbitos por mil nascidos vivos, o dobro do registrado para o país. Cinco anos depois, diminui para 65 e em 2019 para 8,77 óbitos (GARCIA FILHO, 2016; DATASUS, 2019).

O processo de descentralização e reorganização dos serviços de saúde no município, teve início em 1989, com a municipalização da saúde. Vale destacar que foi pioneiro no método de territorialização em 1987. Trabalho realizado em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e serviu de base para a implantação do Programa Estadual de Agentes Comunitários de Saúde (FRANKLIN, 1999).

Outro ponto de destaque para a cidade foi a implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Nordeste, ainda no ano de 1991. Posteriormente, é complementado pelo CAPS Infantil (CAPSi), pelo CAPS AD para usuários de álcool e outras drogas, por uma residência terapêutica e por uma Unidade de Acolhimento Infantil (UAI). Sinalizando, portanto, avanço na Reforma Psiquiátrica (FRANKLIN, 1999; GARCIA FILHO, 2016).

Dando continuidade à estruturação da assistência, em 1994, estava entre os primeiros municípios do Ceará a ter o PSF (FIGURA 2). Naquele ano haviam sete equipes atuantes na zona rural do município. Anos depois (1998), atingiu a gestão plena e ampliou esse programa para toda a cidade (FRANKLIN, 1999).

FIGURA 2 – Atuação do Programa Saúde da Família em Iguatu, Ceará, Brasil, 1999.
Fonte: Revista Brasileira de Saúde da Família (1999).

Atualmente, são trinta e seis equipes de saúde da família, sendo vinte e quatro na zona urbana e doze na zona rural, responsáveis pela cobertura de 100% da população. A cobertura municipal é maior que a do Brasil (63.62%), do estado do Ceará (83,88%) e da 18ª ADS Iguatu (95,73%) (BRASIL, 2020).

Destaca-se também, que mais de 91% (n=33) de suas unidades de saúde já foram homologadas pelo Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS. Além de informatizar, busca a qualificação dos dados gerados, facilitando a gestão dos serviços de saúde e a melhoria da clínica (BRASIL, 2021a).

Para a atuação na ESF, levando em consideração a equipe mínima exigida, Iguatu conta com o quantitativo de: 38 enfermeiras/os, 36 médicas/os, 43 técnicas/os em enfermagem, 253 agentes comunitárias/os de saúde (ACS); 32 dentistas, com número correspondente de auxiliares/técnicas/os em saúde bucal (IGUATU, 2022).

O município tem outros serviços disponíveis na rede de atenção à saúde, pode-se citar: a Clínica de Hemodiálise (2005); o Centro de Especialidades

Odontológicas - CEO (2006); a Policlínica (2012); o Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará – HEMOCE (1993); a Unidade de Pronto Atendimento – UPA e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), ambos inaugurados em 2014.

Ademais, tem o Hospital Regional de Iguatu (HRI), inaugurado em 1994, caracterizado como geral e atende aos dez municípios da 18ª ADS. Presta serviços ambulatorial no nível da atenção básica e de média complexidade, atendimento ambulatorial e hospitalar. No ano de 2021, na primeira onda da pandemia causada pelo SARS-CoV-2, foi contemplado com dez leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) adulto do tipo II. A cidade depois recebeu mais vinte leitos, dez no Hospital e Maternidade Agenor Araújo, que é filantrópico e, dez em hospital particular, que tem disponível esses leitos pelo SUS (CNES, 2022).

A história da saúde pública de Iguatu é entrelaçada por marcos de relevância estadual e nacional. Destaque se faz à ESF, que tem como um de seus princípios norteadores, a integralidade do cuidado. Nesse contexto, um município com 100% de cobertura é o loco ideal para a condução dessa pesquisa. Somado a isso, é o local de residência e atuação da pesquisadora.

4.2.2.2 Participantes

Os participantes foram os coordenadores das equipes de saúde da família (eSF), que no período da coleta de dados eram 38 que estavam ativos. Esses profissionais têm o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações da equipe, conforme a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2017).

No cenário da pesquisa os coordenadores também realizam todo o planejamento e programação das equipes. Na supervisão mensal eles avaliam os indicadores e os profissionais sob sua supervisão, quanto ao alcance das metas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, com base nos parâmetros nacionais.

Por reconhecer a importância desses profissionais nos processos avaliativos, foram convidados a participar do estudo conforme os critérios de inclusão: exercer cargo de coordenação/gerência de eSF há pelo menos seis meses e ter nível superior de escolaridade. Foram excluídos os que estavam afastados por motivos de

saúde (quatro profissionais), por existir conflito de interesse com a pesquisa (duas), por extrapolar o máximo de cinco tentativas de contato para agendamento da entrevista (oito). Então, a amostra final foi composta por vinte e quatro participantes.

Esclarece-se que o conflito de interesse considerado foi que duas pessoas participavam da pesquisa “Produção do Cuidado na Estratégia Saúde da Família: práticas, afetos, tecnologias e avaliação”, a qual essa dissertação faz parte. Dessa forma, optou-se pela não inclusão das mesmas.

Foi necessário estabelecer um máximo de tentativas de busca dos profissionais para a participação na pesquisa, visto que alguns aceitaram, entretanto houve muitas tentativas de agendamento das entrevistas, sem sucesso. Então, para dar o devido andamento à pesquisa, adotou-se o máximo de cinco oportunidades de contato.

4.2.2.3 Procedimentos

Em maio de 2021, após a anuência da Escola de Saúde Pública de Iguatu (ANEXO 1), a pesquisadora solicitou à coordenação da Atenção Básica do município, dados sobre a composição das equipes de saúde da família, como o quantitativo das categorias profissionais, contatos, especialidades e carga-horária; e sobre o território, condições de saúde e morbidade. O instrumento de levantamento documental (APÊNDICE A) contém vinte e uma questões; e as informações advindas dele não foram utilizadas totalmente nos resultados dessa pesquisa, mas serviram de base para embasamento e reconhecimento do contexto de estudo.

A Secretaria de Saúde também forneceu lista com nome, lotação e contato telefônico dos coordenadores das equipes. Dessa forma, a pesquisadora enviou mensagem de texto pelo aplicativo *WhatsApp*® para todos, contendo: apresentação pessoal, da pesquisa, os objetivos, os procedimentos, os riscos e benefícios, bem como outros aspectos éticos e legais. Foram informados que caso aceitassem participar, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) foi enviado virtualmente através de link, que dava acesso também a um formulário produzido no *Google Forms*® (APÊNDICE C), que foi respondido entre os meses de agosto a novembro de 2021.

No mesmo contato, foram agendadas as entrevistas semiestruturadas, que aconteceram no período de agosto a dezembro de 2021. Dezenove optaram pela forma presencial, agendadas previamente.

As entrevistas presenciais foram realizadas tanto nas Unidades de Saúde como na Secretaria Municipal de Saúde, e em ambos os casos se deu em sala reservada, na presença apenas da pesquisadora e do/a participante, de modo a evitar ruídos que pudessem prejudicar a comunicação entre as partes ou que comprometessem o sigilo.

Os participantes tiveram acesso as perguntas antes do início para que as possíveis dúvidas fossem sanadas, e foram informados sobre a gravação das falas. Essa foi feita com smartphone, pelo aplicativo Gravador de Voz Fácil®, disponível para download de forma gratuita na loja *Play Store*®.

Apenas cinco participantes optaram pelo modo virtual. Utilizou-se a tecnologia de comunicação oferecida pelo *Google Meet*®, que possibilitou a realização e a gravação da reunião síncrona de forma fácil e gratuita. No dia e horário marcados, a pesquisadora criava a sala e enviava o código para acesso da/o participante.

A entrevista semiestruturada (APÊNDICE D) era composta de seis itens e mais três subitens direcionadores do diálogo. O conteúdo buscou a reflexão do coordenador de equipe, sobre as práticas de cuidado no seu território e como a integralidade se apresenta, quais as dimensões, como se deve avaliar, dentre outros aspectos subjetivos pertinentes ao estudo.

A duração média tanto da entrevista presencial quanto virtual foi de vinte a trinta minutos, previamente informada aos participantes.

Os contatos presenciais, respeitaram as recomendações do protocolo municipal vigente no período e, para maior proteção, foi elaborado um específico para a coleta de dados (APÊNCIDE E). Em virtude da pandemia provocada pelo Coronavírus (SARS-CoV-2) fez-se necessário o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), o distanciamento seguro e a correta e frequente higienização das mãos com álcool em gel a 70%.

Todos esses instrumentos de coleta de dados e o protocolo foram desenvolvidos, conjuntamente, com os pesquisadores da pesquisa “Produção do Cuidado na Estratégia Saúde da Família: práticas, afetos, tecnologias e avaliação”, da qual a pesquisadora é membro.

4.2.2.4 Análise dos dados

Os dados provenientes da revisão integrativa da literatura, do levantamento documental e da caracterização dos participantes foram consolidados, organizados em tabelas e quadros e submetidos à análise estatística descritiva.

A análise e interpretação do conteúdo das entrevistas se deu à luz da hermenêutica dialética e ocorreu entre os meses de fevereiro a abril de 2022. Segundo Minayo (2016b), a práxis interpretativa busca alcançar o sentido do texto construída historicamente pela tradição, no outro, no diferente; e a dialética enfatiza a diferença, o contraste, a dissensão e a ruptura deste sentido.

A inserção da pesquisadora no cotidiano dos sujeitos, possibilitada pela experiência profissional e pelo uso das técnicas de coleta de dados adequadas, permitiu aproximação da realidade empírica. Dessa forma, o processo analítico das entrevistas seguiu as seguintes etapas: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final. Essa divisão é apenas operacional, pois essas são dinâmicas e se complementam entre si.

A *ordenação dos dados* consistiu na identificação do material coletado, englobou tanto as entrevistas como os dados documentais e observacionais. Incluiu: a transcrição das entrevistas; a releitura do material; a organização dos relatos em determinada ordem, e organização dos dados da observação, de acordo com proposta analítica (MINAYO, 2016b).

As narrativas foram transcritas, digitadas em notebook da pesquisadora, impressas e lidas várias vezes para evitar erros e perdas de dados. Foram também destacados com marca-texto os trechos-chave dos discursos e agrupados em blocos com sentidos semelhantes, que facilitaram a classificação.

A *classificação de dados* possibilitou a construção dos dados empíricos a partir dos pressupostos teóricos da pesquisa (MINAYO, 2016b). Em primeiro momento foi realizada a leitura horizontal e exaustiva do material, para identificar as ideias centrais que estavam ligadas ao objeto de estudo, a integralidade do cuidado. Permitiu a partir disso, o reconhecimento das unidades de sentido.

Iniciou-se assim o processo de interpretação e categorização para a classificação das narrativas. A operacionalização da hermenêutica-dialética buscou conexões, semelhanças e diferenças no processo de análise. Dessa forma, as falas foram classificadas a partir das categorias analíticas ou teóricas, aquelas definidas

previamente: acesso, acolhimento, vínculo, resolutividade, intersetorialidade e gestão. Contudo, algumas unidades de sentido exigiram a criação de novas categorias, as categorias emergentes: valorização profissional, educação permanente, satisfação do usuário, escuta, integralidade, experiência profissional, trabalho em equipe, instrumentos e estratégias.

As categorias foram representadas por um envelope colorido e previamente identificado. Em seguida, as narrativas foram guardadas nos envelopes, ou pode-se chamar 'gavetas', de acordo com Minayo (2016b) (TABELA 1).

TABELA 1 – Representação gráfica da síntese horizontal e vertical das categorias da pesquisa.

Unidades analíticas	E1	E2	E3	...	E21	E22	E23	E24	Síntese horizontal
Acesso									
Acolhimento									
Vínculo									
Intersetorialidade									
Resolutividade									
Gestão									
Síntese Vertical									

Fonte: Elaboração própria a partir de Minayo (2016b).

Os dados empíricos foram confrontados a partir da síntese horizontal de cada núcleo de sentido e também da síntese vertical. A síntese horizontal possibilita identificar convergências, divergências, complementaridades e diferenças das falas de cada entrevistado, além das impressões da observação sistemática e dos documentos selecionados. Já a síntese vertical possibilita uma ideia geral de cada entrevistado sobre os núcleos de sentido (MINAYO, 2016b).

A síntese foi operacionalizada por meio da reabertura dos envelopes para que houvesse um refinamento da classificação inicial, com redução das unidades de sentido. Em termo práticos, foi aberto um envelope por vez, as narrativas foram coladas em uma folha A4, agrupadas de acordo com a convergência das falas.

Essa leitura transversal foi contextualizada com a experiência dos participantes e da pesquisadora, o que permitiu a construção das sínteses horizontais. Já a síntese vertical permitiu visualizar uma ideia geral do participante e compunha um entendimento sobre suas relações cotidianas e subjetivas.

A última etapa é a *análise final*, que permitiu a identificação da lógica interna das narrativas. Nessa etapa, houve a possibilidade da união entre o cotidiano dos participantes da pesquisa, as evidências científicas e permeados também do vivido da pesquisadora, ambos com suas condições sócio-históricas e culturais.

Esse processo de investigação social, culminou com a configuração analítica do objeto de estudo com a formulação das categorias empíricas representadas no Quadro 3.

QUADRO 3 – Categorias, subcategorias e sub-subcategorias empíricas da pesquisa.

Categoria	Subcategorias	Sub-Subcategorias
5.2 Categorias Temáticas sobre avaliação em saúde com foco na integralidade: narrativas dos coordenadores das equipes de Saúde da Família	5.2.1 Concepções teórico-práticas acerca da Integralidade em saúde	
	5.2.2 Considerações sobre os processos avaliativos da Integralidade no cotidiano das equipes de Saúde da Família	5.1.2.1 Do planejamento à Integralidade: gestão participativa como meio de efetivação da assistência integral
		5.1.2.2 Avaliação em saúde: o papel dos indicadores de qualidade
		5.1.2.3 Coordenação do cuidado: princípio de efetivação da integralidade na saúde
		5.1.2.4 Satisfação do usuário como indicador de qualidade em saúde
		5.1.2.5 A influência da ética e das práticas gerenciais na qualificação do serviço de saúde

Fonte: Elaboração própria a partir da análise dos dados (2022).

Os outros dados coletados foram consolidados em banco de dados no Excel, versão 2204, e submetidos a análise descritiva, apenas das variáveis de relevância para a pesquisa. Os resultados foram consolidados, apresentados em tabelas de frequências e analisados à luz da literatura.

4.2.3 Aplicação-teste no cenário da pesquisa

O instrumento IntegraESF foi submetido ao que foi denominado pela pesquisadora de aplicação-teste, ou como denominada por Marconi e Lakatos (2021), pesquisa piloto uma espécie de pré-teste. Esse foi empregado para identificar ambiguidade nas questões, existência de perguntas supérfluas, para promover a adequação ou não da ordem de apresentação das questões, para avaliar se eram numerosas ou se necessitavam ser complementadas.

Essa etapa aconteceu em maio de 2022 e consistiu na aplicação da matriz pelas equipes de saúde da família. A aplicação-teste foi aplicada em uma amostra reduzida, cinco equipes, ou seja, cerca de 21% dos participantes. Como o objetivo principal da pesquisa era o desenvolvimento da matriz e não a sua aplicação, qualquer um dos participantes poderia participar e não representaria uma 'contaminação' da amostra final (MARCONI; LAKATOS, 2021).

A escolha das equipes não foi intencional, todas foram contactadas, entretanto, as cinco foram as que manifestaram interesse e condições, de dentro do cronograma da equipe, agendar reunião e assim aplicar a Matriz IntegraESF, pois o prazo dado foi de uma semana. Dessa maneira, solicitou-se que fossem feitas anotações e sugestões, se houvessem, no próprio instrumento, que foi recebido pela pesquisadora. Bem como, foram acolhidas as considerações feitas verbalmente.

Para que a aplicação-teste ou pré-teste fosse eficaz, foi necessário que os participantes selecionados aceitassem dedicar maior tempo que os respondentes definitivos. Isto porque, depois de aplicarem com suas equipes, foram submetidos a uma conversa com perguntas acerca da matriz, a fim de se obter informações sobre as dificuldades encontradas (GIL, 2019).

A aplicação-teste emergiu da necessidade da avaliação por parte dos profissionais de saúde, pois serão eles que utilizarão a Matriz. Mas também, para que pudessem avaliar a forma, os termos, os critérios e a metodologia proposta. Porquanto, valorizar a experiência dos participantes sempre esteve no entremeio desde a concepção dessa pesquisa. Marconi e Lakatos (2021) afirmam que uma vez constatadas as possíveis falhas, é possível reformular o instrumento, conservando, modificando, ampliando, desdobrando ou alterando itens; explicitando melhor algumas questões ou modificando a redação de outras.

Após a aplicação-teste, a versão preliminar, foi modificada em alguns de seus critérios, pois não se adequavam à forma de avaliação proposta pela matriz; foram reescritas as orientações, de modo a deixar o texto mais claro e conciso.

4.3 Considerações éticas e legais

A pesquisa obteve aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri (URCA), pela Plataforma Brasil, integrada ao Sistema do Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), com o parecer nº 4.498.440 (ANEXO 1).

Os participantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), que assinaram, quando aceitaram participar, atendendo aos princípios éticos, conforme Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Em se tratando dos aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos: “toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade” (BRASIL, 2012). Quanto aos riscos, foram mínimos e puderam se caracterizar através de desconforto ou constrangimento, que eventualmente pode ocorrer, de maneira subjetiva, no que diz respeito à reflexão sobre o tema em estudo. Concernente aos benefícios, acredita-se que o estudo contribuiu com as pesquisas avaliativas no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

A pesquisa também obedeceu a Carta Circular nº 1/2021, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). O convite para participação na pesquisa foi feito individualmente por contato presencial ou telefônico, sem compartilhamento de dados; os participantes antes de responder as perguntas em ambiente virtual (formulário), tiveram acesso ao TCLE para a sua anuência e, foram orientados a guardar em seus arquivos uma cópia do documento eletrônico; tiveram o direito de não responder qualquer questão, sem a necessidade de explicação ou justificativa para tal, podendo também se retirar da pesquisa a qualquer momento; tiveram garantido o direito de acesso ao teor do conteúdo dos instrumentos antes de respondê-los, e só tiveram acesso às perguntas depois do seu consentimento. O armazenamento adequado, a confidencialidade e o sigilo foram de inteira responsabilidade da pesquisadora (BRASIL, 2021b).

De modo a não identificar os participantes, esses foram tratados no texto como: E1, E2, e assim sucessivamente, até E24.

Para garantir maior segurança, a matriz IntegraESF foi depositada na plataforma InspireIP – Propriedade Intelectual, no dia 10 de maio de 2022, com certificado: 4fd9f23631b429ccedf333d77dd7673aa9d37d40b905dd9a359ebd304c9c80cb (ANEXO 3)

Essa dissertação compôs a pesquisa Produção do Cuidado na Estratégia Saúde da Família: práticas, afetos, tecnologias e avaliação, aprovada no edital Nº 02/2020 do Programa de Bolsa de Produtividade Em Pesquisa, Estímulo à Interiorização e Inovação Tecnológica - BPI da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico - FUNCAP, sob processo Nº Bp4-0172-00041.01.00/20.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Síntese da revisão integrativa sobre avaliação da Integralidade na Atenção Primária à Saúde

Foram identificados 314 artigos após a realização das buscas com as estratégias estabelecidas. A partir dos critérios estabelecidos 11 manuscritos comporam o resultado dessa revisão.

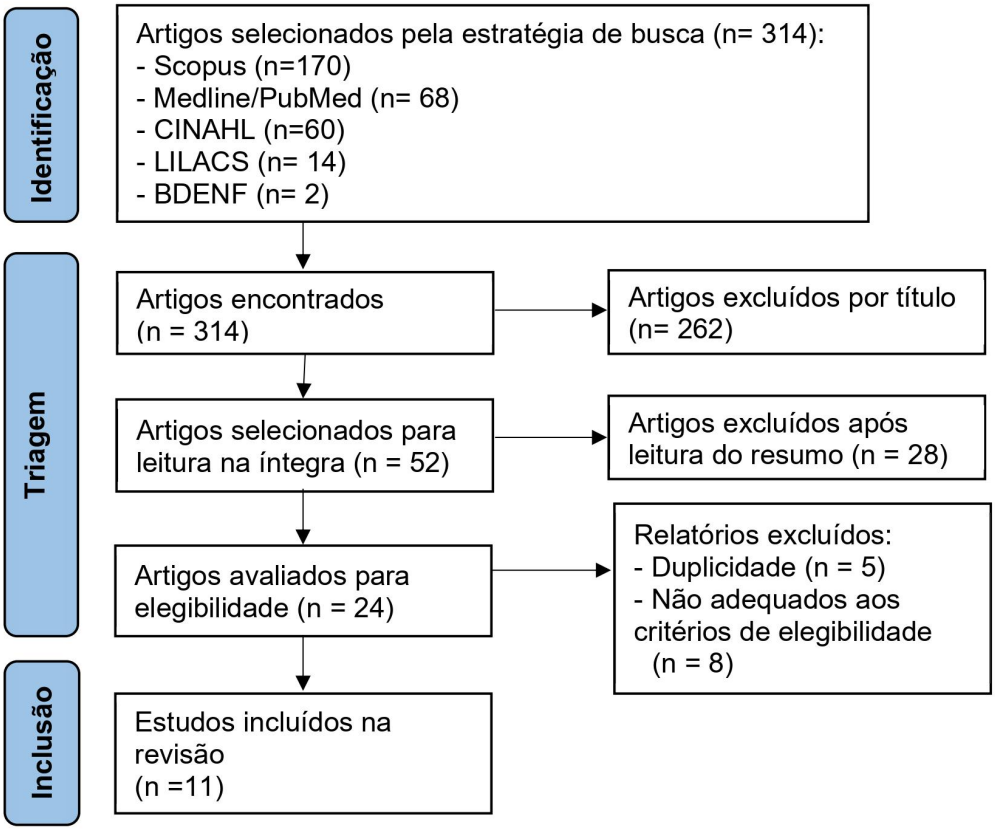

FIGURA 3 – Fluxograma PRISMA da revisão integrativa da literatura, 2022.
Fonte: Adaptado de PAGE *et al*., 2021.

Todas as pesquisas analisadas foram realizadas no Brasil, nos estados de São Paulo (COSTA, CIOSAK, 2010; FRACOLLI *et al*., 2011; LIMA *et al*., 2011), Minas Gerais (VIEGAS, PENNA, 2012; 2013; 2015; MATTOS *et al*., 2014), Rio Grande do Sul (DUARTE *et al*., 2017; OLIVEIRA, R *et al*., 2019; PUCCI *et al*., 2019) e Rondônia (FREITAS *et al*., 2020).

Quanto às instituições vinculadas, três publicações foram da Universidade de São Paulo (COSTA, CIOSAK, 2010; FRACOLLI *et al*., 2011; LIMA *et al*., 2011),

quatro da Universidade Federal de Minas Gerais e duas dessas em parceria com a Universidade Federal de São João Del Rei (VIEGAS, PENNA, 2012; 2013; 2015; MATTOS *et al*., 2014), uma da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (DUARTE *et al*., 2017), duas da Universidade Federal de Santa Maria (OLIVEIRA, R. *et al*., 2019; PUCCI *et al*., 2019) e uma da Universidade Federal de Rondônia (FREITAS *et al*., 2020).

Observou-se que a maior parte das pesquisas foram desenvolvidas na região Sudeste do país, nos estados de São Paulo e Minas Gerais. Corroborando com Sousa *et al.* (2022), que identificou em seu estudo que a produção cientifica no Brasil é fortemente concentrada nessa região.

As publicações aconteceram no período entre 2010 a 2020, entretanto a realização das pesquisas foi anterior, em: 2003 (COSTA, CIOSAK, 2010), 2005 (FRACOLLI *et al*., 2011), 2009 (LIMA *et al*., 2011), 2010 (VIEGAS, PENNA, 2012; 2013), 2012 (MATTOS *et al*., 2014), 2014 (OLIVEIRA, R. *et al*., 2019), 2015 (PUCCI *et al*., 2019), 2016 (DUARTE *et al*., 2017), 2017 (FREITAS *et al*., 2020).

Vê-se que nos últimos cinco anos, considerando a data da última coleta realizada, que foi em julho de 2017, apenas um trabalho teve como objeto de estudo avaliar a integralidade. Entretanto, quando se considera o ano da publicação, nos últimos cinco anos, foram quatro publicações. Tal fato, demonstra a escassez de pesquisas científicas sobre essa temática tão complexa, mas de fundamental importância para a consolidação do Sistema Único de Saúde e da Estratégia Saúde da Família.

Ao que se refere às questões de autoria, a maioria dos artigos encontrados, foram produzidos por dois ou mais autores. Desses, 45,23% (n=19) eram doutores, 16,7% pós-doutores (n=7), 14,3% (n=6) mestres, 9,5% especialistas (n=4), 7,1% (n=3) estudantes de doutorado e 7,1% (n=3) especialistas em suas áreas de atuação. Cerca de 76% dos pesquisadores envolvidos eram enfermeiros, exceto seis odontólogos, uma nutricionista, uma fonoaudióloga, uma fisioterapeuta e um matemático.

As publicações quanto ao Qualis Capes foram: 1 na International Journal of Environmental Research and Public Health (A2); 3 na Revista da Escola de Enfermagem da USP (A3); 1 na Revista de enfermagem da UERJ (A4); 1 na Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste e 1 na Inverstigación y Educación em Enfermería (ambas B1); 1 na Revista de Enfermagem Referência (B2); 2 na Revista da Atenção Primária à Saúde (B3); e 1 na Revista Enfermagem Brasil (B4).

Quanto ao desenho metodológico, sete manuscritos utilizaram abordagem qualitativa (COSTA, CIOSAK, 2010; FRACOLLI *et al*., 2011; LIMA *et al*., 2011; VIEGAS, PENNA, 2012; 2013; 2015; DUARTE *et al*., 2017). E para avaliar a integralidade, apenas três trabalhos utilizaram como instrumento de coleta, o *Primary Care Assessment Tool* – PCATool (OLIVEIRA, R *et al*., 2019; PUCCI *et al*., 2019; FREITAS *et al*., 2020), que mede a presença e a extensão da integralidade, por meio da identificação dos serviços prestados e disponíveis.

Oliveira, R *et al*. (2019) buscou avaliar o atributo integralidade com foco em crianças e adolescentes vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), na experiência de profissionais. Para isso, comparou unidades com modelos tradicional e com ESF. Identificou que é necessário superar o modelo tradicional da APS, estimular a qualificação profissional, bem como a manutenção do vínculo empregatício.

Pucci *et al.* (2019) objetivou medir a presença e a extensão do atributo da integralidade pela ótica dos profissionais e sugeriu que fossem realizados estudos que priorizassem também o usuário, que é quem utiliza o serviço. Trazendo a perspectiva das avaliações participativas, onde os atores envolvidos fossem ouvidos.

Já Freitas *et al*. (2020) avaliou outra perspectiva da integralidade, a do cuidador da criança. Destacou a fragmentação da integralidade, identificando a necessidade que os serviços revejam as prioridades nos cuidados à criança junto ao familiar/cuidador.

Sete dos artigos optaram por compreender as concepções e as práticas da integralidade pela percepção dos profissionais, trabalhadores de saúde e gestores. Pode-se identificar que é um princípio de difícil efetivação, que se faz necessário o compromisso de todos na busca de melhorias nos serviços de saúde. Há uma maior necessidade de interação entre profissionais-usuários e vice-versa, para potencializar as ações do cotidiano em saúde, com vistas à atenção integral. Os autores destacam que exige, para além de competências técnicas, a gestão das ações. Portanto, compreende a gerência das práticas, de recursos humanos, de materiais, uso de novas tecnologias, da organização do trabalho, da criação de espaços para discussões de caso, do monitoramento das ações e da articulação em rede (COSTA, CIOSAK, 2010; LIMA *et al*., 2012; FRACOLLI *et al*., 2011; VIEGAS, PENNA, 2012, 2013, 2015; DUARTE *et al*., 2017).

A ideia de quantificar a percepção de integralidade, esteve presente. Nesse caso, para a maioria dos itens (79,0%), a percepção dos profissionais foi, predominantemente, positiva (MATTOS *et al*., 2014). Contudo, é incomum encontrar pesquisas desse tipo.

Esses manuscritos após leitura exaustiva para compilação dos resultados encontrados, pode-se identificar palavras, conceitos, características e dimensões da integralidade. Assim, esses termos foram organizados de maneira a sumarizar o conhecimento, conforme apresentado no QUADRO 4. Onde os artigos estão organizados por colunas identificados por: autor/ano, revista/local/tipo de estudo e dimensões e características da integralidade.

QUADRO 4 – Dimensões e características da integralidade do cuidado.

Autor/ano	Revista/local/tipo de estudo	Dimensões e características da integralidade
Costa, Ciosak, 2010	Revista da Escola de Enfermagem da USP (Santos-SP); abordagem qualitativa	• Intersetorialidade e comunicação (referência e contrarreferência); • Trabalho multiprofissional e interdisciplinar; • Tecnologia; • Capacitação e formação profissional; • Acesso; • Acolhimento, escuta qualificada e observação do contexto; • Vínculo (usuário-profissional); • Autonomia do usuário.
Fracolli *et al*., 2011	Revista da Escola de Enfermagem da USP (Santos/Marília/São Paulo - SP); abordagem qualitativa	• Articulação de práticas cuidativa e curativas; • Intersetorialidade; • Acesso; • Cobertura de ações e cuidados em saúde; • Expansão, organização e articulação das redes de atenção à saúde; • Resolutividade interna e na articulação com os demais pontos da rede; • Referência e Contrarreferência.
Lima *et al*., 2012	Revista da Escola de Enfermagem da USP (Guaianases-SP); abordagem qualitativa	• Humanização; • Olhar ampliado; • Escuta qualificada • Postura acolhedora e respeitosa; • Vínculo e disponibilidade; • Atenção centrada no usuário; • Formação, capacitação para desenvolvimento de competências e habilidades técnico-científicas; • Diálogos entre profissionais; • Ações coletivas e multiprofissionais;

		• Participação dos usuários. • Integração entre os níveis de atenção.
Viegas, Penna, 2012	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste; Vale do Jequitinhonha-MG; abordagem qualitativa, Estudo de Casos Múltiplos Holísticos.	• Trabalho em equipe • Vínculo; • Acolhimento; • Autonomia; • Coparticipação; • Fixação profissional/baixa rotatividade; • Corresponsabilização; • Atendimento interdisciplinar e multidisciplinar.
Viegas, Penna, 2013	Revista de Enfermagem Referência / Vale do Jequitinhonha-MG; abordagem qualitativa, Estudo de Casos Múltiplos Holísticos.	• Trabalho em equipe / multiprofissional; • Ações interdisciplinares (interação entre profissionais, equipe de apoio e intersetorialidade); • Compromisso da gestão pública; • Acolhimento; • Socialização das informações; • Equipe de referência / apoio matricial / autonomia dos indivíduos; • Corresponsabilização; • Cooperação; • Olhar multidimensional / trabalho em redes / visão ampliada; • Integração entre os profissionais e entre os outros serviços; • Recursos físicos e materiais / recursos tecnológicos e apoio diagnóstico / Acesso aos serviços especializados / Oferta – Demanda / Referência – Contrarreferência.
Mattos *et al*., 2014	International Journal of Environmental Research and Public Health; Belo Horizonte-MG	• Acolhimento; • Acesso organizacional e geográfico; • Vínculo; • Afetividade; • Continuidade; • Relação terapêutica; • Qualidade do cuidado; • Relação profissional/paciente (satisfação do paciente, expectativas, ajuste/flexibilidade, satisfação profissional).
Viegas, Penna, 2015	Investigación y Educación em Enfermería; Vale do Jequitinhonha-MG; abordagem qualitativa, Estudo de Casos Múltiplos Holísticos.	• Acesso; • Resolutividade; • Equidade; • Cuidado usuário centrado; • Atendimento igualitário; • Oferta/disponibilidade; • Responsabilidade clínica e sanitária do profissional; • Acolhimento

Duarte *et al.*, 2017	Revista Enfermagem Brasil; Porto Alegre-RS; estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa	• Atenção interdisciplinar e transdisciplinar; • Corresponsabilização; • Cuidado em rede; • Competência técnica; • Escuta qualificada e acolhedora; • Autocuidado apoiado.
Oliveira, R *et al.*, 2019	Revista da Atenção Primária à Saúde; Rio Grande do Sul-RS; estudo transversal e quantitativo.	• Serviços; • Capacitação / formação profissional; • Vínculo empregatício.
Pucci *et al.*, 2019	Revista da Atenção Primária à Saúde; Rio Grande do Sul-RS; estudo com abordagem quantitativa, observacional, descritivo e transversal.	• Estabilidade do profissional; • Trabalho multidisciplinar, transdisciplinar e em equipe; • Vínculo profissionais-usuários; • Formação e capacitação profissional com foco na Atenção Básica; • Resolutividade; • Comunicação entre a Rede de Atenção à Saúde; • Equidade.
Freitas *et al.*, 2020	Revista de enfermagem da UERJ (Porto Velho-Rondônia); estudo avaliativo, transversal com abordagem quantitativa	• Qualificação do profissional; • Resolutividade; • Práticas assistenciais voltadas para as necessidades de saúde; • Oferta de serviços adequados ao contexto, aos problemas comuns da comunidade; • Dialogicidade; • Corresponsabilização; • Autonomia do usuário; • Continuidade do cuidado com segurança e qualidade.

Fonte: Elaboração própria a partir da revisão integrativa (2022).

Sumarizado as dimensões e características da integralidade, foi necessário unifica-las, pois algumas se repetiam e outras apesar de escritas diferentes traduziam a mesma ideia no texto do artigo. Dessa forma, procede-se um trabalho de agrupamento para facilitar a compreensão e visualização o conteúdo obtido da revisão integrativa da literatura.

Foram criadas seis categorias principais, pois eram as ideias ou palavras que mais se repetiram nos manuscritos, são elas: acolhimento, vínculo, intersetorialidade, acesso, resolutividade interna e compromisso da gestão pública. Observou-se que os outros termos identificados estavam relacionados a essas,

explicando-as ou caracterizando-as. A partir daí, foram alocadas, de acordo com o seu sentido, conforme está representada na FIGURA 4.

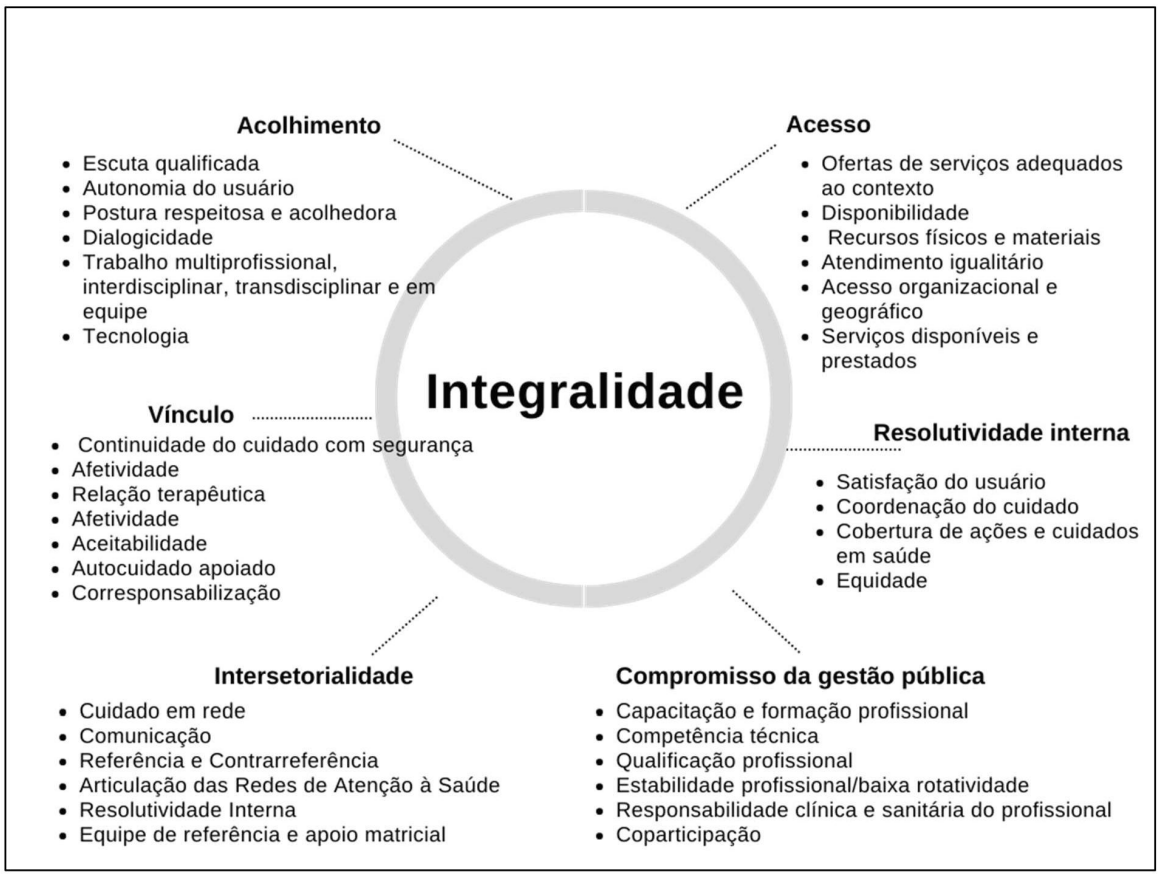

FIGURA 4 – Consolidação e agrupamento das dimensões e características da integralidade.
Fonte: Elaboração própria a partir da revisão integrativa (2022).

As dimensões e características da integralidade identificadas na revisão integrativa foram imprescindíveis para o prosseguimento dessa pesquisa, ao passo que permitiu, juntamente, com as evidências do cotidiano dos participantes, que a matriz IntegraESF fosse desenvolvida.

5.2 Categorias temáticas sobre avaliação em saúde com foco na Integralidade: narrativas dos coordenadores das equipes de Saúde da Família

Todos os vinte e quatro coordenadores das equipes de saúde da família do município de Iguatu, eram enfermeiras/os, com predominância do sexo feminino (87,5%), casadas/os (62,5%) e com idade entre 25-45 anos de idade (66,6%).

Essa feminilização também foi encontrada em outros estudos. Os serviços de saúde têm forte vocação feminina, associadas a elevação dos níveis escolares e redução das taxas de fecundidade (PUCCI *et al*., 2019; OLIVEIRA, R. *et al*., 2019). Dados da pesquisa sobre o Perfil da Enfermagem no Brasil, realizada no ano de 2013 pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), demonstraram que 86,2% dos enfermeiros são do sexo feminino. Dados da mesma pesquisa corroboram no quesito faixa etária, de 25 a 45 anos, algo em torno de 61% (COFEN, 2013).

Quanto ao tempo de graduação, 58,3% tinham de 10 a 20 anos de formação. Esse dado diverge do perfil traçado pelo COFEN, no qual a força de trabalho da enfermagem é mais jovem, com apenas 2 a 5 anos de formação (33,3%). E na realidade do município tem profissional com 40 anos de profissão, isso de maneira geral, representa 4,8% da categoria (COFEN, 2013).

A maturidade pode revelar um profissional capaz de tomar decisões assertivas, com maior autonomia, além de desenvolver vínculo e longitudinalidade, demonstrando longa e estreita relação com a comunidade, com consequente desenvolvimento de um cuidado integral (LOPES *et al*., 2020).

Sobre a formação complementar, 95,8% tinham pós-graduação *Lato sensu*, desses, 75% era em Saúde da Família (TABELA 2), corroborando com Barbosa *et al*. (2019) os enfermeiros buscam aperfeiçoamento da prática profissional, em áreas do conhecimento importantes para implementação e consolidação da proposta da ESF.

TABELA 2 – Pós-graduação dos coordenadores das Unidades de Saúde da Família, Iguatu, Ceará, Brasil (n=24).

Especialização *(Lato sensu)*	**n**	**%**
Saúde da Família	18	75
Saúde Pública	3	12,5
Saúde Coletiva	1	4,2
Gestão Pública	1	4,2
Enfermagem do trabalho	3	12,5
Urgência e Emergência	2	8,3
Ginecologia e Obstetrícia	4	16,6
Unidade de Terapia Intensiva	2	8,3
Docência	2	8,3
Saúde do Idoso	1	4,2
Auditoria	1	4,2

Fonte: Elaboração própria (2022).

Dos participantes, dezesseis trabalhavam em Unidades na zona urbana e oito na zona rural. Quanto ao tempo de atuação no serviço atual, 33,3% (n=8) tinham de 5 a 10 anos; 20,8% (n=5) de 1 a 5 anos; 16,7% (n=4) de 15 a 20 anos; 12,5% (n=3) de10 a 15 anos e o mesmo valor para mais de 20 anos. Esses dados demonstram que no município há baixa rotatividade de profissionais no serviço, com apenas um atuando há menos de um ano. Esse pode ser um fator importante para o indicador de vínculo e demonstra a continuidade da relação profissional-usuário.

Tal fato está diretamente relacionado ao concurso municipal realizado no ano de 2012 e cerca de 65% dos 38 enfermeiros da Atenção Primária são concursados. Isso dá estabilidade profissional e reduz a rotatividade no serviço.

Em relação a estrutura das Unidades de saúde pesquisadas, pode-se verificar que todas tinham sala de imunização, farmácia, consultórios médico e de enfermagem. 66,7% (n=16) têm banheiros adaptados para usuários com deficiência, mas apenas 29,2% (n=7) têm para funcionários. Em 79,2% (n=19) há sinalização interna das salas e um dado preocupante é que apenas um enfermeiro informou que havia sinalização horizontal para usuários com deficiência visual. Já as rampas de acesso, foram referidas em 91,2% (n=22).

É de fundamental importância que haja o planejamento de construções ou reformas nas unidades de saúde de acordo com as normas de acessibilidade para todos os usuários, sejam eles portadores de deficiência, idosos com limitações ou analfabetos, visto que qualquer barreira no acesso aos serviços de saúde, se constituem como fator que põe em risco a saúde universal e integral.

5.2.1 Concepções teórico-práticas acerca da Integralidade em saúde

No campo da saúde, a integralidade assume diferentes sentidos e os encontrados nessa pesquisa se aproximam do estabelecido por Mattos (2009). Há clara aproximação do termo com a visão da medicina integral. O indivíduo é visto como um todo, sem fragmentação por sistemas ou queixas.

> *"A integralidade é atender o paciente como um todo, né?! Eu acho que a assistência voltada pro paciente [...]." (E21)*

Para a medicina integral, a integralidade teria a ver com a 'boa medicina', uma atitude médica desejável, se caracterizaria pela recusa em reduzir o paciente ao

aparelho ou sistema biológico, que supostamente produz o sofrimento e, portanto, a sua queixa. Surgiu como crítica a atenção cada vez mais fragmentada e reducionista (MATTOS, 2009). Entretanto, reconhece que na prática, ainda é difícil essa efetivação.

> *"A gente não tá trabalhando muito essa questão da integralidade, atendemos só a queixa do paciente, na maioria das vezes a nossa realidade é essa." (E21)*

A atitude reducionista de atender a queixa do usuário, impossibilita que o profissional amplie seu olhar e compreenda as necessidades mais abrangentes, para além do sistema biológico, o psicológico e o social que também estão implicados no aparecimento das doenças.

Emergiu também como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, pela busca em ampliar as possibilidades de apreensão, por meio do diálogo entre os envolvidos, das necessidades de saúde de um grupo populacional (MATTOS, 2009).

A integralidade nesse sentido, deve ser pensada como forma de organizar a demanda dos serviços, e isso implica em refletir sobre modificações na forma de se produzir saúde, desde a relação que se estabelece com os usuários, a composição e o gerenciamento das equipes, até a gestão. Esta deve ser mais participativa e escutar os envolvidos na produção do cuidado em saúde.

A perspectiva da integralidade de organização das práticas e dos serviços se aproxima da intersetorialidade e deve nortear a organização do processo de trabalho, das ações e serviços de saúde, por meio da articulação entre os mais diversos setores: saúde, cultura, economia, educação e a assistência social, dentre outros.

> *"Integralidade é muito complexa porque ela não envolve apenas a nossa assistência à saúde, ela envolve digamos, assistência social, envolve condições econômicas do paciente, condições culturais, também educacionais, porque, às vezes, você tem uma boa equipe, uma boa estrutura, mas as pessoas não tem aquela compreensão exata do que é saúde, do que deve ser o autocuidado. Então, é uma questão muito mais complexa que não é só saúde, envolve muitas coisas e muitas variantes." (E9)*

A prática intersetorial é de extrema relevância no campo da saúde, dada a magnitude dos determinantes sociais, o que torna difícil para uma instituição resolver os problemas em um único setor. A união entre instituições governamentais, não governamentais e comunidade favorece o atendimento integral, a efetivação do SUS, além da inclusão social, o que nos leva à apreensão dos processos de colaboração intersetorial para avançar a outras formas de integração de organização das políticas públicas (MENDONÇA; LANZA, 2021).

Ademais, a integralidade pode assumir o sentido de prática cuidativa, ou seja, prestação de assistência ao usuário. Envolve ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos, nos diferentes níveis de complexidade. Entretanto, essa articulação não se efetiva no cotidiano e os profissionais reconhecem que ainda há muito o que melhorar.

> *"O cuidado que a gente presta com o paciente eu acho falho, precisa melhorar bastante." (E21)*

Como vê-se, a integralidade não apenas como um princípio, mas como direito de saúde, encontra entraves à sua efetivação no SUS, devido a sua complexidade. Porquanto extrapola a organização do processo de trabalho da unidade para uma visão macro, de princípio norteador da organização e constituição das redes de atenção à saúde.

> *"É uma questão muito subjetiva. Não consigo dizer o que é importante." (E22)*

Lazcano e Toneli (2021) afirmam que embora a integralidade constitua um dos pilares básicos do cuidado dentro do SUS, nos últimos tempos o termo parece ter ganhado uma conotação politicamente correta ou de modismo, com esvaziamento de sentido, o que acaba por atribuir uma ideia de complexidade e qualidade ao que é imputado a ela. Consequentemente, o termo acaba encobrindo uma polissemia de sentidos e, em alguns casos, uma certa imprecisão, diluindo-se em intenções que não se materializam em ações específicas.

As narrativas dos participantes demonstraram o quanto faz-se importante falar sobre esse tema, e acima de tudo, envolver os profissionais, gestores e usuários, para que juntos possam repensar e propor estratégias que possam auxiliar no alcance da integralidade do cuidado no SUS, mais especificamente, na ESF.

Compreender a integralidade em saúde implica em entender as diferentes concepções existentes, pois ainda não há consenso quanto a sua conceituação. No entanto, pode-se afirmar que ela é considerada como um dos maiores desafios para a operacionalização do SUS.

5.2.2 Considerações sobre os processos avaliativos da Integralidade no cotidiano das equipes de Saúde da Família

As entrevistas com os coordenadores permitiram analisar os processos avaliativos da integralidade na ESF. Foram elencados cinco elementos destacados pelos participantes como importantes para a assistência integral, como: gestão participativa, coordenação do cuidado, satisfação do usuário, ética no serviço e práticas gerenciais.

5.2.2.1 Do planejamento à integralidade: gestão participativa como meio para a efetivação da assistência integral

Os participantes dessa pesquisa exerciam atividades assistenciais e gerenciais dentro da equipe de saúde, e relataram a dificuldade de planejar. Trouxeram justificativas, como: a alta demanda dos serviços, a concentração de muitas funções em apenas um profissional, o que acaba por interferir no atendimento, nas ações e nos serviços prestados.

O planejamento é muito importante, pois permite a realização do diagnóstico local e, consequentemente, a readequação do processo de trabalho à realidade, considerando as necessidades, dificuldades e possibilidades na APS. Bem como, permite organizar e qualificar o trabalho, no sentido de compartilhar objetivos e compromissos (FERNANDES *et al.*, 2019).

A gestão participativa, envolve a coparticipação de todos os atores nos processos de gestão e decisão, no caso, profissionais, trabalhadores e usuários do SUS. O planejamento realizado de baixo para cima reconhece a experiência de quem está inserido no contexto, para a tomada de decisões sobre questões de saúde no território que contribuam para a desfragmentação do cuidado.

> *"(...) eu acho que a gente tinha que ter um planejamento, partindo da gestão participativa. A equipe recebe as normatizações, mas não participa de decisões e é assim também na equipe. Às vezes, tem muita atividade burocrática, temos que resolver muito problema que não era da nossa competência, então acabamos correndo contra o tempo resolvendo trabalhos burocráticos e correndo no atendimento do paciente e acaba sentando pouco com a equipe para planejar, para executar(...)." (E13)*

Nota-se que a gestão segue em uma lógica centralizada, desde às instâncias superiores até o serviço de saúde, o que acaba por influenciar negativamente o trabalho da equipe. Bem como, o usuário não é citado como parte da gestão. Para que se efetive a gestão participativa, é necessário que haja a coparticipação e corresponsabilização de todos os envolvidos. Os formuladores de política devem ouvir os profissionais e valorizar a participação social, para identificar as demandas e necessidades de saúde, e assim, nortear as políticas de saúde.

Clemente, Pinto e Martins (2021) reconheceram os entraves existentes em unir gestores, profissionais e usuários, dentre eles, as dificuldades em conciliar as agendas de trabalho, os interesses políticos e pessoais, além da não compreensão do papel social de defender os princípios do SUS. O estudo evidenciou também, o despreparo dos coletivos para atuarem de maneira participativa na gestão do cuidado; e que a transferência de responsabilidades nos processos de cogestão é a grande problemática. Dessa forma, é necessário estimular a ressignificação de práticas e atitudes.

O planejamento é também parte imprescindível dos processos avaliativos. Entretanto, a sistematização com a identificação dos problemas, metas, ações a serem desenvolvidas, os responsáveis e o tempo necessário, são frágeis. Há a fragmentação das ações na equipe quando o planejamento é realizado por categoria profissional.

> *"(...) sentar para fazer planejamento, a gente senta com médico, com as agentes de saúde, e com toda a equipe, para ver o que é que tá andando na equipe e o que é que não tá. [...], mas quando eu falo no planejamento, eu acho que é um planejamento mais profundo, que você avaliasse dado por dado, e que você estabelecesse metas, ações, e isso não é feito." (E13)*

Uma pesquisa realizada no Acre com trabalhadores do SUS, identificou um desafio atual seria alinhar os instrumentos que deveriam ser utilizados para

planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações. Essa compreensão reforça a ideia de que esse alinhamento daria à avaliação planos realistas que permitiriam criar estratégias adequadas e correspondentes à realidade da saúde (TESTON *et al*., 2021).

Nesse sentido, um elemento que auxilia na avaliação e no planejamento em saúde, que proporciona a padronização e o compartilhamento de informações, é o prontuário eletrônico. Seja ele privado ou ofertado pelo Ministério da Saúde, o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Que é um sistema de registro de informações do usuário, dos atendimentos e procedimentos realizados. Por ser online pode ser visto por profissionais da atenção básica em qualquer lugar do Brasil. Bem como, auxilia a equipe por meio de relatórios que podem embasar e nortear o planejamento.

> *"Simplesmente a gente faz reuniões, além de planejamento. Por conta do PEC a gente senta para deliberar as ações, e como aqui nós somos uma unidade com três {Unidade física que comporta três equipes de Saúde da Família}, nós nos reunimos também os três juntos para avaliar realmente como está sendo feito. Os três sentam juntos, mas diariamente, de segunda à sexta, eu sento com as minhas agentes de saúde e com a atendente no início do expediente e durante a supervisão mensal." (E22)*

Uma revisão sistemática sobre a implementação do prontuário eletrônico do paciente, identificou que esse pode ser uma ferramenta de gerenciamento das unidades de saúdes, pois permite uma visão administrativa e sanitária, abrangente. Os autores enfatizaram o seu papel para o planejamento e tomada de decisão, visto que engloba a maioria das ações de saúde realizadas no âmbito dos equipamentos de saúde. A partir dos registros de atendimentos e atividades, o sistema compila todas as informações necessárias para a composição do prontuário clínico dos usuários, bem como todas as informações necessárias aos gestores (TOLEDO *et al*., 2021).

A frequência do planejamento e de ações avaliativas pode ser diária, por meio da escuta das demandas de sua equipe; ou mensal, durante a supervisão e reunião. A supervisão no cenário da pesquisa, é a consolidação dos atendimentos do mês, o balanço e os pedidos de materiais e insumos.

> *"A gente realiza nas ações de planejamento, de supervisão. Fazemos uma reflexão sobre o mês que passou, quais foram as principais questões que a gente poderia estar melhorando no mês seguinte para que a partir dessas*

> *falhas, podemos citar assim, ou dessas necessidades a gente possa vir melhorando a cada mês, a cada dia… como equipe." (E6)*

> *"No dia a dia né, no atendimento, a gente ver como está seguindo o fluxo e faz anotações das partes negativas, das falhas que poderão ter ocorrido. (...). Escuta cada membro da equipe, opinião, algumas ideias que poderão melhorar o fluxo." (E10)*

Contudo, uma reunião mensal não é suficiente, muitas vezes. Pode ser necessária que seja realizada quinzenal ou semanal, com o objetivo de avaliar, planejar e resolver os problemas em equipe. Nesse sentido, a pandemia da COVID-19 impactou diretamente sobre a organização e práticas dos serviços de saúde, impossibilitando as equipes de se reunirem presencialmente entre si e com a população.

> *"Assim, até que a gente faz reunião mensal, mas não é suficiente, até porque a gente tá fechando dados, talvez se fosse feita em outro período, em menor intervalo de tempo, tipo quinzenal, que eu acho que semanal a gente também não consegue pra voltar só para esse tema. Acredito que poderia melhorar." (E15).*

> *"Eu poderia tá me reunindo mais com a equipe pra gente tá avaliando é... vendo os resultados alcançados, vendo... colocar estratégias, tentar colocar em prática e, me reunir frequentemente para avaliar os resultados, com a pandemia a gente parou até de se reunir com a equipe, aí a gente perdeu um pouco esse hábito e agora que estamos tentando voltar ao normal." (E21)*

As reuniões podem ser consideradas como dispositivos para a construção do planejamento. Voltolini *et al*. (2019) apresentam que, muitas vezes, além das reuniões gerais mensais e semanais de equipe, é necessário encontros de menor duração, em geral no fim do expediente, com grupos específicos de profissionais para a resolução de problemas pontuais. Essas, nem sempre têm horário e data preestabelecida para acontecerem. Dependem do tempo disponível de cada profissional e da urgência para a resolução do problema.

Quanto às mudanças no processo de trabalho causadas pela pandemia da COVID-19, uma revisão integrativa realizada em 2021 ressaltou a necessidade de reorganizar as agendas dos profissionais com a finalidade de qualificar o atendimento e da reorganização do fluxo do trabalho (GERALDO; FARIAS; SOUSA, 2021).

Para além da pandemia, os profissionais reconhecem que há uma dificuldade em reunir todos da equipe, principalmente, o médico, nas reuniões de planejamento e avaliação das ações e serviços.

> *"(...) a gente faz uma reunião mensal e se tivesse um tempinho para fazer pelo menos umas quinzenais, eu acho que seria melhor, [...] para discussão de casos, cronograma, às vezes tem dificuldade com o médico que não vem para reuniões [...] tem um pouquinho de dificuldade em juntar todos os profissionais da equipe." (E17)*

Os processos de trabalho na ESF precisam ser repensados e discutidos, para que avance no sentido da atenção integral, intersetorial, interprofissional e à real qualificação. Para isso é necessário o envolvimento de todos, e que reconheçam seus direitos e deveres, e não haja a sobrecarga de um setor ou categoria profissional. Ademais, é necessário que os profissionais e gestores reconheçam a importância da participação e do controle social na gestão do SUS, e para avaliação da integralidade do cuidado em saúde.

5.2.2.2 Avaliação em saúde: o papel dos indicadores de qualidade

A avaliação está presente desde o princípio da história, mas somente após a Segunda Guerra Mundial o conceito de avaliação de políticas e programas no setor público emergiu. Isto se deve, em grande parte, à necessidade de se comprovar o sucesso ou o malogro dos programas implantados, na intenção de verificar os atributos de eficácia, eficiência e efetividade no uso de recursos pelo Estado (TESTON *et al*., 2021). Para tanto, os setores de saúde desenvolvem ferramentas que avaliam a qualidade desses serviços.

> *"Talvez a melhor forma e a mais viável, para nós da saúde, seria a que temos em mãos, as outras variantes não temos controle, como as condições sociais. Então, nós temos os nossos indicadores [...], o que foge a isso é mais complicado." (E9)*

Dada a complexidade do trabalho no âmbito da Saúde da Família, é necessário que instrumentos desenvolvidos, com finalidade de avaliação nesse

contexto, possuam uma interface rápida, fácil e efetiva. Inclusive, na escolha do método, esses podem ser critérios considerados.

> *"(...) muitas vezes que a gente fica trabalhando, atendendo um quantitativo altíssimo e não tá buscando ou dando assistência a quem realmente está necessitando [...]. Então acho que se existisse um instrumento que pudesse consultar rapidinho e ter logo esses dados para que a gente pudesse ser mais efetivo na nossa assistência, acho que iria ajudar bastante." (E5)*

A avaliação e o monitoramento na APS enfrentam desafios pelo amplo escopo de seu objeto, entretanto em 2019 o Ministério da Saúde de maneira contraditória, estabeleceu um elenco reduzido de indicadores que, além de seu escopo limitado, impõe uma questão fundamental para a gestão, estimar a cobertura em cada equipe, usando a população cadastrada como denominador de metas, ao invés do censo populacional (TOMASI; NEDEL; BARSOSA, 2021). Tal fato pode passar a falsa ideia de integralidade quando na verdade põe em risco o princípio da universalidade e, consequentemente, da integralidade no SUS.

> *"Eu acredito que seja essa de sentar e avaliar os indicadores, através deles ver se tem bons resultados ou se há falha. Por que eu acredito que existe algumas falhas, mas o registro, o PEC, ajuda muito na elucidação de todas as informações e aí é mais fácil estar junto com esses pacientes e deliberar essa ação integral." (E22)*

Justifica-se a avaliação da Atenção Primária por meio de instrumentos que incentivem mudanças no processo de trabalho, que melhorem a assistência, pela capacidade de construção de novas práticas, que produza uma consciência avaliativa e que incentivem os atores a repensar. É necessário formular parâmetros e indicadores que sejam possíveis de serem alcançados e condizentes com a realidade local (BARROS; CAMPOS, 2021).

Indicadores de saúde baseados apenas em variáveis quantitativas, podem se caracterizar como resultado palpável e de mais fácil análise e constatação pelos gestores e profissionais, mas podem não conseguir explicitar a complexidade que envolve a integralidade em saúde.

> *"Gestor, talvez, melhor de pessoas do que de número, mas às vezes a gente tem que ser as duas coisas." (E9)*

Outro ponto importante, que interfere no alcance dos indicadores, é o trabalho da equipe de saúde, que é influenciado pelo relacionamento entre os profissionais. Demonstrando, que as questões subjetivas que envolvem os usuários e os profissionais da saúde na produção do cuidado precisam ser consideradas.

> *"(...) se não tiver uma boa relação com a equipe, isso vai influenciar lá na própria atenção. Se a gente sabe que cada um tem suas particularidades, uns são mais cuidadosos. Então enquanto gestor, tem que tentar um equilíbrio, entre o que você cobra e o que aquela pessoa pode entregar, sendo que ela tem que entregar pelo menos o mínimo." (E9)*

As estratégias de avaliação da integralidade que se utilizam de indicadores, devem considerar o contexto, as condições de trabalho, as variações do sistema de saúde e as capacidades pessoais, técnicas e científicas dos profissionais, gestores e dos usuários envolvidos no cotidiano da ESF; caso contrário não é possível se falar em Atenção Integral.

5.2.2.3 Coordenação do cuidado: princípio de efetivação da Integralidade na saúde

A Estratégia Saúde da Família, como porta de entrada e ordenadora das redes de atenção à saúde, deve estimular e fortalecer a comunicação entre os serviços e os profissionais. Frisa-se a importância do registro adequado, da utilização da referência e contrarreferência nas práticas de cuidado.

> *"Tenho colegas brincam que deixo colorido demais as coisas, mas é até uma forma de chamar atenção, pois as vezes o profissional da referência não tem tempo de ler, má vontade ou excesso de trabalho, então a questão de registrar, por responsabilidade, e o profissional tem que se resguardar e documentar tudo. [...] Então essa questão de atender com seriedade e acolhimento, das referências, de ah isso não é obrigação sua, mas não é questão de obrigação, é sobre você nadar, nadar e morrer na praia." (E19)*

O estudo de Mendes e Almeida (2020) conclui que o conjunto de atribuições da APS vem aumentando ao longo do tempo, com sucessiva incorporação de atenção descentralizada de ações e programas, além de aumento da pressão assistencial, atribuída, entre outros fatores, à insuficiência de recursos humanos e

excesso de usuários por equipe. Problemas relacionados à insuficiente oferta de serviços na Rede de Atenção à Saúde também desestimulam e dificultam o uso de mecanismos de padronização. Nesse cenário, parece consensual que atividades de coordenação não surgirão espontaneamente, sem garantia de condições de trabalho adequadas como tempo suficiente, pagamento por performance para atividades de coordenação e vínculos trabalhistas estáveis que permitam aos profissionais desenvolvê-las, assim como processos formativos voltados ao trabalho em rede e reconhecimento do papel da APS.

Com a expansão da ESF, o atributo da coordenação do cuidado vem ocupando lugar central na organização do SUS e da APS, frente à necessidade de provisão de cuidados integrais e integrados (MENDES *et al*., 2021). Para tanto, é necessário ter o apoio da gestão para a efetivação da comunicação entre os serviços.

> *"Ter mais o apoio da gestão, além da questão da referência e contrarreferência, ter uma resposta de como está sendo feito o atendimento ao paciente em outros setores." (E14)*

Uma rede de atenção à saúde fortalecida, que compartilha práticas e saberes com o objetivo comum de promover, prevenir, tratar e restabelecer a saúde da população, é mais resolutiva. O acesso e a resolutividade são efetivados e pode-se ofertar na medida e no tempo certo, o cuidado e os serviços necessários aos usuários. Assim, evita-se gastos desnecessários com exames e consultas.

> *"O fortalecimento da rede de atenção à saúde, melhora a oferta dos serviços, melhora o acesso dos usuários aos outros pontos da rede, capacidade de resolutividade em todos os níveis de atenção, dentre outros." (E24)*

As parcerias com a comunidade, os setores sociais, políticos e econômicos são fundamentais para a efetivação da intersetorialidade. A saúde dentro de sua complexidade exige a participação de todos os atores envolvidos e os profissionais devem estar atentos e reconhecer as necessidades dos usuários.

> *"(...) uma das coisas é o registro, é avaliar os percalços desse paciente, quando ele sai da Atenção Primária, é referenciado e eu não sei mais notícia dele. [...] Tem que referenciar tudo e cobrar contrarreferências, buscar parcerias." (E19)*

O fato de referenciar e de receber a contrarreferência é uma importante estratégia de organização dos fluxos e encaminhamentos na rede de saúde, que proporciona a coordenação do cuidado em rede a partir das demandas, trânsitos e resolutividade (SANTOS *et al*., 2021).

> *"O prontuário eletrônico, por exemplo, era pra ser maravilhoso, porque eu vejo o que o médico da referência passou, mas o que a gente percebe na realidade, é que as pessoas não registram. Se a gente conseguisse fazer isso de forma integrada teríamos como trabalhar de maneira integrada." (E19)*

O registro, completo e fidedigno, do cuidado prestado no PEC, também foi identificado como ferramenta facilitadora da comunicação entre os serviços. Essa é imprescindível para o alcance da integralidade do cuidado, bem como, para oferta de oportunidades de acesso nos diferentes níveis de atenção à saúde

5.2.2.4 Satisfação do usuário como indicador de qualidade em saúde

Um dos mais citados indicadores de qualidade na avaliação dos serviços de saúde foi a satisfação do usuário. Por isso, foi dado tópico de destaque, pois a avaliação, nesses casos, foi baseada na resolução de problemas e na noção de eficácia.

> *"O próprio atendimento ao paciente né, a gente busca está escutando. Nas reuniões de equipe, procura elencar os pontos que não está conseguindo é... chegar à meta deles e a gente procura a resolução desses problemas, para que possamos avaliar se o atendimento tá sendo eficaz ou não." (E16)*

Vieira *et al.* (2021) consideram ser fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento prestado a eles para repensar as práticas profissionais e a forma de organização dos serviços. Analisar essa satisfação potencializa a participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação dos serviços de saúde. Esse protagonismo dos usuários no processo de avaliação fortalece seus direitos como cidadãos e os envolvem também na corresponsabilização da produção do cuidado à saúde, podendo influenciar o modo da oferta dos cuidados e possibilitar uma maior qualidade e resolubilidade.

Destaca-se também a noção de qualidade atrelada à consulta. O serviço de saúde é bem avaliado quando presta assistência a todos os que procuram, quando flexibiliza horários e facilita o acesso aos usuários, para a satisfação de suas necessidades.

> *"Principalmente a gente procura seguir o cronograma, é uma das estratégias que a gente usa, ter a flexibilidade de atender também outras demandas, atender até mesmo fora dos horários que normalmente se estabelece. Se não der para fazer o atendimento, mas pelo menos orientá-lo de certa forma para que ele saia satisfeito e volte no dia que seja possível." (E11)*

Genericamente a satisfação está ligada à qualidade do produto ou serviço ofertado percebida por quem o recebe (TOMASI; NEDEL; BARBOSA, 2021). As consultas individuais também são consideradas formas de avaliação do serviço.

> *"A gente observa consultas, a gente avalia o desenvolvimento das ações de vacinação, do desempenho dos servidores, a avaliação através da própria consulta né... do que o paciente verbaliza" (E22).*

Ademais, destaca-se a utilização das caixinhas de sugestões e/ou críticas, bem como a Ouvidoria como instrumentos de qualificação na saúde. A ouvidoria em saúde é um meio de participação social e também tem como função o fornecimento de informações sobre as ações e serviços de saúde. Entretanto, tem seu papel desvirtuado e algumas vezes tem funcionado para o registro de denúncias.

> *"Eu acho que se as pessoas utilizassem a caixinha de sugestões, que fica disponível na unidade, a própria ouvidoria do município para saber das nossas possíveis falhas, também para a questão dos elogios, que seriam muito bons para os profissionais, pra poder a gente saber como anda o cuidado integral aos nossos usuários." (E23)*

> *"A gente já tentou aquela caixinha das sugestões/críticas, mas não conseguimos evoluir com isso. Eu acho aquilo ali uma boa pra comunidade nos avaliar, mas a gente não conseguiu sucesso e não sei como poderia melhorar não." (E2)*

A participação social na saúde deve ser estimulada. Ouvir as demandas dos usuários e dos profissionais de saúde pode nortear o desenvolvimento das pesquisas avaliativas.

> *"Acredito que através de algum instrumento específico, ouvindo os usuários, profissionais e gestores." (E24)*

Embora, a satisfação continue sendo usada como sinônimo de qualidade do serviço, alguns estudos problematizam essa conexão, e estudos recentes mostram que o conceito de satisfação é multidimensional, subjetivo e que nem sempre mede a qualidade do cuidado, o que corresponde a uma importante contribuição à compreensão dessa temática (ESPERIDIÃO; VIEIRA-DA-SILVA, 2018).

Dessa forma, a avaliação que utiliza apenas a satisfação como indicador, por si só pode ser contraditória, por não refletir fielmente a qualidade do serviço, devido à subjetividade envolvida nesse conceito. Por outro lado, é importante ouvir o que os usuários tem a dizer, e estimular a participação social é fundamental para a defesa dos SUS.

5.2.2.5 A influência da ética e das práticas gerenciais na qualificação do serviço de saúde

A ética dentro dos serviços de saúde, para alguns participantes, envolve o zelo pelo bem público e deve ser trabalhada dentro da equipe como um indicador de qualidade do serviço.

> *"(...) existe uma diferença muito grande em você ser coordenador e ser chefe né?! Quando a gente tá liderando, tá coordenando, chama todo mundo para ajudar. Se você vai com aquele jeito autoritário, que as pessoas acham que a gente não tem, que não é obrigação da gente ter zelo com o que é público. Que é chegar aqui quebrar e ir embora, e na verdade não é assim. [...] cada funcionário tem sua responsabilidade (...)" (E18).*

> *"(...) a gente procura sempre temas para estar em debate, recentemente fizemos um momento com os agentes comunitários de saúde sobre ética dentro da unidade" (E16).*

Um estudo cujo objetivo foi aprofundar as dimensões ético-políticas, culturais, sociais e técnicas da avaliação em APS, afirmou que avaliação deve se interessar por temas como a ética, a justiça, a liberdade e a democracia, para produzir saberes que proporcionem uma mediação entre interesses potencialmente muito diferentes de vários indivíduos, respeitando as diferenças, mas ao mesmo tempo possibilitando uma mediação entre indivíduos e coletivo (NICOLI *et al*., 2016).

Nesse sentido, a gerência ou liderança do enfermeiro tem que direcionar todas as situações em que a equipe está sujeita. O 'pulso forte' e a conduta ideal são importantes para o profissional que ocupa essa função.

> *"Interfere sim, pois quando não se tem o pulso forte para solicitar alguma coisa para ser feito em tempo hábil, acaba deixando a Deus dará, e as pessoas não realizam as coisas essenciais para um bom cuidado" (E3).*

Mateus *et al*. (2021) constataram que um dos desafios para o gerenciamento de enfermagem na ESF, é exatamente, a questão do relacionamento interpessoal dos profissionais da equipe, que muitas vezes está enfraquecido e embasado em condutas de negociação e acordos, para que os trabalhadores realizem o seu próprio trabalho.

> *"Em tudo, em tudo porque tudo dentro de uma unidade de saúde vem para o enfermeiro resolver. Então, se você não tiver uma conduta ideal ou um direcionamento que seja ideal para toda e qualquer situação, a unidade perde" (E17).*

Diante do exposto, torna-se evidente que os enfermeiros coordenadores, que assumem atividades assistenciais e também gerenciais, assumam também o papel de articuladores e orientadores de suas equipes dentro das redes de atenção à saúde. E que estejam preparados para promover um bom relacionamento, com espaço para o diálogo e o planejamento participativo.

> *"Creio que causa uma problemática por que as vezes deixo de fazer a função assistencial para resolver problemas burocráticos da unidade e interfere negativamente" (E14).*

O papel de exercer duas funções importantes na Unidade, assistencial e gerencial, acaba por sobrecarregar o profissional enfermeiro, causando desgaste

físico, emocional e dificuldades na prestação do cuidado de qualidade e integral. Ademais, destaca-se a necessidade da efetivação da política de educação permanente e da formação para o serviço, que precisam preparar o profissional para atuar nessas realidades.

5.3 Matriz IntegraESF: construção, aplicabilidade e instruções

A construção da matriz exigiu a síntese do material proveniente da revisão integrativa e das entrevistas. Foram identificadas as ideias centrais e analisadas uma a uma; aquelas que apresentavam semelhança semântica foram agrupadas, frases ou palavras interrelacionadas, conectavam-se entre si, e uma caracterizava a outra. As características emergiram desse processo minucioso de consolidação.

De modo a facilitar a visualização dessa análise, desenvolveu-se a FIGURA 5, para a representação gráfica das dimensões, mais amplas, e suas características, termos relacionados, que a caracterizavam

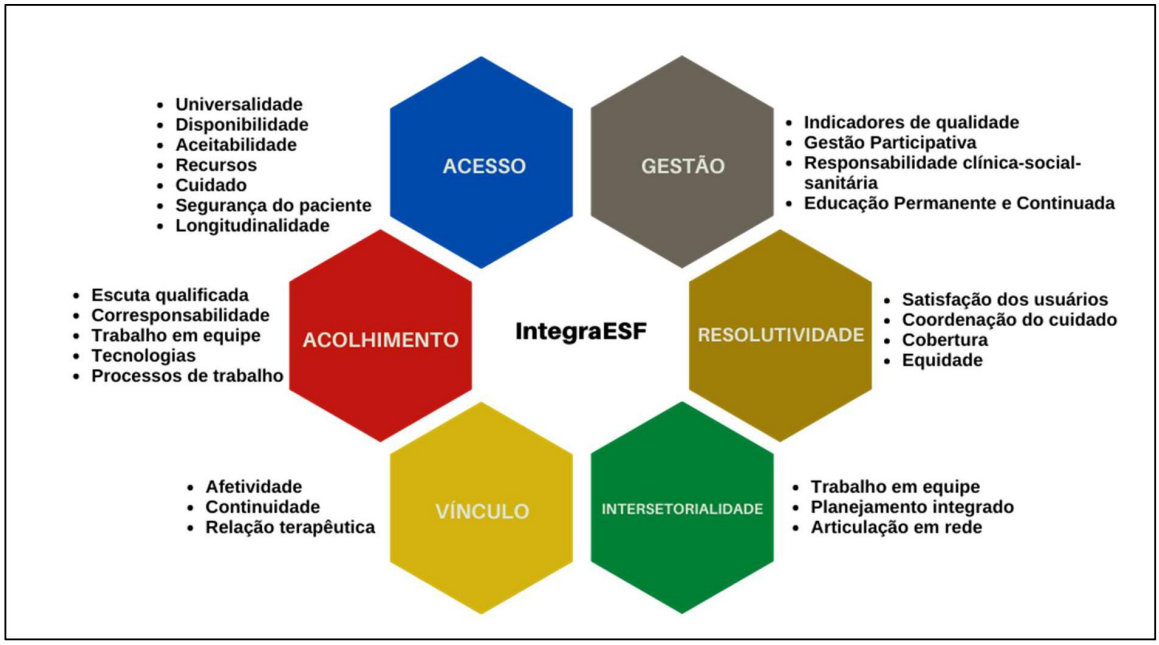

FIGURA 5 – Representação gráfica das dimensões da integralidade da matriz IntegraESF
Fonte: Elaboração própria a partir da síntese: revisão integrativa e diagnóstico situacional, Iguatu, Ceará, Brasil (2022).

Houve a união das dimensões da revisão integrativa da literatura: acesso, acolhimento, vínculo, intersetorialidade, compromisso da gestão pública e resolutividade interna; com as ideias provenientes das narrativas dos coordenadores

das unidades de saúde da família, que versavam sobre o planejamento e gestão participativa, avaliação em saúde e indicadores de qualidade, coordenação do cuidado e intersetorialidade, satisfação do usuário, e a ética nas práticas gerenciais e na qualificação do serviço de saúde; entremeada pelo vivido da pesquisadora enquanto profissional de saúde atuante na Estratégia Saúde da Família, estudiosa sobre a temática e usuária das ações e serviços do Sistema Único de Saúde.

Identificadas as dimensões foi necessário escolher uma forma, um protótipo gráfico para a matriz, algo que fosse significativo. Então escolheu-se a flor Dália, que em muitos países é símbolo de união, comprometimento e esperança. Esse é o sentido principal que se quis atribuir à matriz. A união e o comprometimento da equipe de saúde da família em prol da integralidade do cuidado (FIGURA 6).

FIGURA 6: Logomarca da Matriz IntegraESF, 2022.

A cada uma das dimensões foi designada uma cor. Foram utilizadas as cores da logomarca da pesquisa 'Produção do Cuidado na Estratégia Saúde da Família', à qual essa faz parte. Não se estabeleceu nenhum padrão ou significação específica, a ideia era apenas caracterizá-las. Bem como, foi elaborado um infográfico com orientações para o uso (FIGURAS 7 e 8).

Quanto ao objetivo prático, buscou desencadear nas equipes de saúde processos reflexivos de autoavaliação acerca das práticas e das ações desenvolvidas no território, como forma de identificar as potencialidades e as fragilidades no

cotidiano da Estratégia Saúde da Família; e de disparar mudanças que possam representar avanços em busca da integralidade do cuidado.

Após a construção, a matriz IntegraESF foi entregue a cinco equipes de Saúde da Família para que fosse submetida ao que se chamou de aplicação-teste. A amostra foi de cerca de 21% (n=5) dos participantes da pesquisa, não foi intencional. Foi apresentada a proposta a todos os coordenadores participantes da pesquisa, aqueles que se disponibilizaram, receberam os instrumentos e todas as orientações necessárias.

FIGURA 7 – Orientações para uso da matriz IntegraESF Nº 1.

Desse momento de aplicação-teste foi solicitado aos coordenadores que identificassem os pontos que necessitavam ser melhorados, trocados ou retirados, quanto à estrutura, texto e metodologia. O prazo de uma semana foi dado, para que entregassem a matriz com as considerações da equipe.

As sugestões foram: deixar as orientações mais claras, pois três dos profissionais tiveram dúvidas sobre como aplicar, mesmo após a leitura; e no quesito autoavaliação foi sugerido rever algumas perguntas que não poderiam ser respondidas com as carinhas (satisfatória, neutra ou insatisfatória).

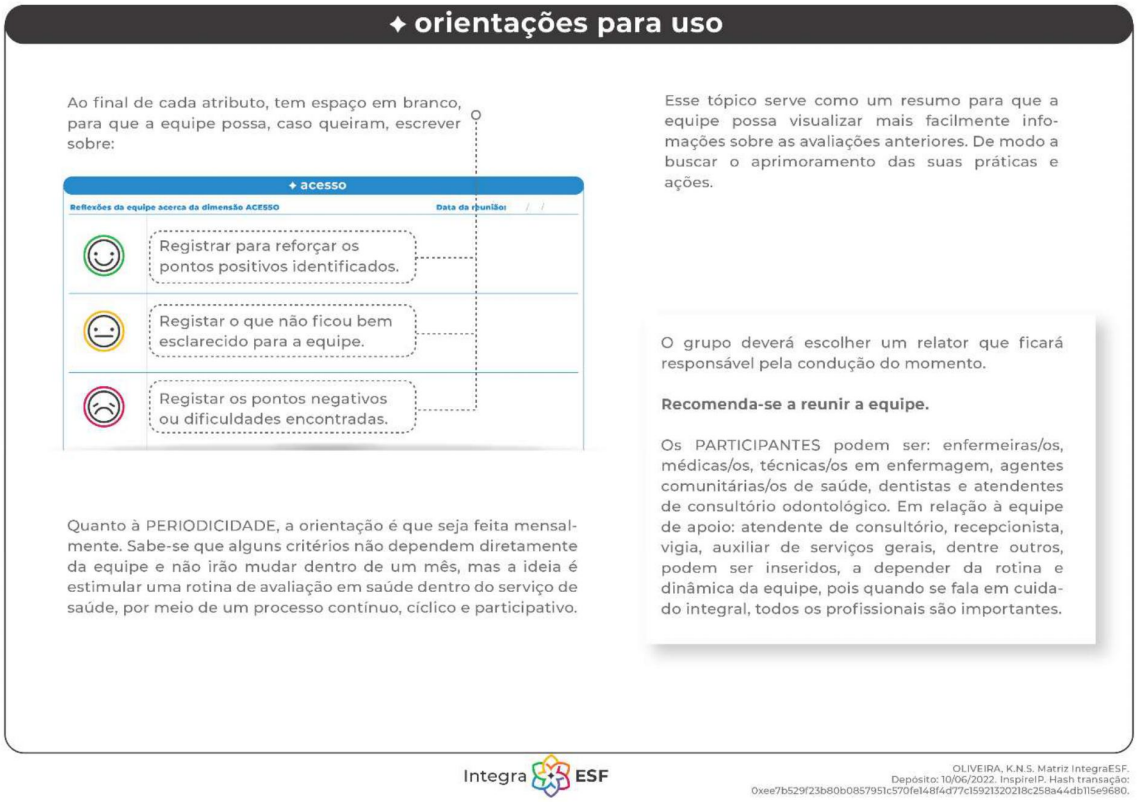

FIGURA 8 – Orientações para uso da matriz IntegraESF Nº 2.

Algumas palavras ou termos necessitaram ser adaptados para maior compreensão da equipe. No item: característica ‘tecnologias’, da dimensão ‘acolhimento’, cuja definição trazia: ‘modo de agenciamento de tecnologias leve, leve-duras e duras’, foi preciso esclarecer a definição, de acordo com Merhy (2002).

A necessidade da aplicação em periodicidade mensal precisa ser melhor discutida, não houve consenso durante a aplicação. Enquanto três não questionaram, as outras sugeriram que fosse quadrimestral, pois há critérios que dependem indiretamente da equipe e não se alterariam em intervalos mais curtos. Apesar disso, relara que o momento em equipe foi produtivo, na medida em que desencadeou discussões e reflexões sobre as práticas desenvolvidas; e houve a identificação de algumas fragilidades e potencialidades da atenção integral.

As considerações recebidas foram acolhidas e a matriz foi adaptada a partir do olhar e das necessidades das equipes de saúde da família. Entretanto, a orientação de aplicação mensal foi mantida, porquanto entendeu-se que a prática avaliativa-reflexiva deve virar rotina nos serviços. Contudo, devido a pluralidade de contextos, essa periodicidade não é rígida, pode ser adaptada a depender da realidade.

A aplicação-teste foi de fundamental importância para a adequação da matriz IntegraESF. Dar voz aos atores envolvidos, desde a formulação dos instrumentos avaliativos, é dar autonomia e contextualizar os processos; cria um sentimento de responsabilidade, comprometimento e motivação compartilhada, de transformar e qualificar a atenção integral à saúde. Ademais, destaca-se que a matriz IntegraESF deverá ser submetida a um processo de validação por especialistas, bem como ser aplicada a mais equipes de saúde da família, razão de ser desse instrumento.

No tópico a seguir, seguem imagens da Matriz IntegraESF completa. Com as suas seis dimensões.

5.4 Matriz IntegraESF

✦ acesso

Características	Definição	Critérios	Autoavaliação
Universalidade	Acesso a todos os usuários sem qualquer distinção.	✓ *O Serviço atende os usuários e comunidades que necessitam e/ou buscam?*	☺ 😐 ☹
Disponibilidade	Existência ou não do serviço de saúde no local apropriado e no momento necessário.	✓ *A Unidade Básica de Saúde está em local de fácil acesso para a população?* ✓ *Os usuários esperam muito tempo por uma consulta ou atendimento?* ✓ *O horário de funcionamento da Unidade supre a demanda?* ✓ *A sua equipe tem telefone ou redes sociais disponíveis para facilitar a comunicação, agendamento de consultas ou retornos, aconselhamentos e orientações?* ✓ *Considera a estrutura física adequada às atividades desenvolvidas?*	☺ 😐 ☹
Aceitabilidade	Natureza dos serviços prestados e o modo como são percebidos pelos indivíduos e comunidades. É influenciada por aspectos culturais e educacionais, sendo a dimensão menos tangível do acesso.	✓ *Você acredita que a sua Unidade atende às expectativas dos usuários do território?* ✓ *Como você avalia a relação da equipe com os usuários e com a comunidade?* ✓ *Como você avalia a adesão dos usuários às orientações e aos tratamentos prescritos?* ✓ *A sua Unidade atende as suas expectativas enquanto profissional?*	☺ 😐 ☹
Recursos	Ter acesso a todos os recursos materiais, físicos, tecnológicos e de apoio diagnóstico, necessários para satisfazer suas necessidades de saúde.	✓ *Existe a manutenção periódica da estrutura física da Unidade Básica de Saúde (UBS)?* ✓ *Você tem os equipamentos necessários para a prestação de cuidados?* ✓ *Dispõe de materiais e de equipamentos para o primeiro atendimento de urgência e emergência?* ✓ *De modo geral, os medicamentos que recebe, atendem as necessidades?* ✓ *Dispõe de equipamentos de proteção individual de forma regular e suficiente?*	☺ 😐 ☹

Integra ESF

OLIVEIRA, K.N.S. Matriz IntegraESF.
Depósito: 10/06/2022. InspireIP. Hash transação:
0xee7b529f23b80b0857951c570fe148f4d77c15921320218c258a44db115e9680.

✦ acesso

Características	Definição	Critérios	Autoavaliação
Recursos	Ter acesso a todos os recursos materiais, físicos, tecnológicos e de apoio diagnóstico, necessários para satisfazer suas necessidades de saúde.	✓ *Quanto aos exames e consultas com especialistas, as vagas disponíveis condizem com as necessidades de saúde do território?* ✓ *A UBS está adequada para atendimento de pessoas com deficiência?*	☺ 😐 ☹
Cuidado	Cuidado individualizado na unidade, no domicílio, na comunidade e educação em saúde.	✓ *A equipe de Atenção Básica utiliza estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos?* ✓ *Realiza visita domiciliar de maneira sistemática, programada, permanente e oportuna?* ✓ *A equipe realiza o primeiro atendimento às urgências?* ✓ *Promove ações de educação em saúde de acordo com a necessidade da população que assiste?*	☺ 😐 ☹
Segurança do paciente	Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário, associado ao cuidado de saúde.	✓ *Você conhece os protocolos básicos de segurança do paciente?* *(Ex: Identificação do paciente; higiene das mãos; segurança cirúrgica; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; prevenção de quedas dos pacientes; prevenção de úlceras por pressão).* ✓ *Tem algum desses protocolos na sua Unidade? Já participou de algum treinamento/capacitação sobre esses protocolos?* ✓ *Sua equipe utiliza os protocolos de segurança do paciente?* ✓ *Utilizam algum instrumento de avaliação de risco e de monitoramento de segurança do paciente?*	☺ 😐 ☹
Longitudinalidade	Continuidade do cuidado com segurança e qualidade, com garantia de referência e contrarreferência.	✓ *Você conhece o território onde atua (diagnóstico situacional)?* ✓ *Consegue ter acesso às informações sobre a história clínica, o uso de medicamentos e o contexto familiar dos seus usuários?*	☺ 😐 ☹

Integra ESF

OLIVEIRA, K.N.S. Matriz IntegraESF.
Depósito: 10/06/2022. InspireIP. Hash transação:
0xee7b529f23b80b0857951c570fe148f4d77c15921320218c258a44db115e9680.

✦ acesso

Reflexões da equipe acerca da dimensão ACESSO **Data da reunião:** / /

Integra ESF

OLIVEIRA, K.N.S. Matriz IntegraESF. Depósito: 10/06/2022. InspireIP. Hash transação: 0xee7b529f23b80b0857951c570fe148f4d77c15921320218c258a44db115e9680.

✦ acolhimento

Características	Definição	Critérios	Autoavaliação
Escuta qualificada	Valoriza a vivência, a proximidade, as interações, o conhecimento das histórias de vida e a maneira de viver dos usuários. Bem como a autonomia do sujeito na relação usuário-profissional.	✓ *Existe um protocolo de acolhimento na unidade?* ✓ *Avalie o acolhimento na sua Unidade.*	
Corresponsabilização	Responsabilidades compartilhadas entre os entes envolvidos.	✓ *Você convida e estimula a participação dos usuários, famílias e comunidades nos processos de saúde?* ✓ *Você alia o saber popular ao cuidado prestado?* ✓ *A equipe compartilha com a comunidade os problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde?*	
Trabalho em equipe	Forma de trabalho coletivo que permite um olhar integral e estimula a articulação das ações nas diversas áreas profissionais para alcançar objetivos comuns.	✓ *Avalie o trabalho em equipe na sua unidade.* ✓ *A organização da agenda da equipe é discutida em grupo?* ✓ *A equipe ferramentas para auxiliar na gestão do cuidado de casos complexos?* ✓ *A equipe coordena o cuidado dos usuários do seu território?*	
Tecnologias	Modo de agenciamento de tecnologias leves *(vínculo, relações, autonomização, acolhimento, gestão de processos de trabalho); leve-duras (saberes bem estruturados, que operam no trabalho em saúde, como a clínica médica, a psicanalítica, etc); e duras (equipamentos tecnológicos, normas, estruturas organizacionais.*	✓ *Você media as necessidades das diferentes tecnologias (leves, leve-duras, duras) no acolhimento?*	
Processos de trabalho	Prática dos trabalhadores e profissionais de saúde inseridos no cotidiano dos serviços de saúde.	✓ *O fluxo de acolhimento da demanda espontânea na sua equipe está bem estabelecido?* ✓ *Na sua opinião, os trabalhadores e os profissionais de saúde da sua equipe compreendem e aplicam o fluxo estabelecido?*	

Integra ESF

OLIVEIRA, K.N.S. Matriz IntegraESF. Depósito: 10/06/2022. InspireIP. Hash transação: 0xee7b529f23b80b0857951c570fe148f4d77c15921320218c258a44db115e9680.

✦ acolhimento

Reflexões da equipe acerca da dimensão ACOLHIMENTO **Data da reunião:** / /

Integra ESF

OLIVEIRA, K.N.S. Matriz IntegraESF. Depósito: 10/06/2022. InspireIP. Hash transação: 0xee7b529f23b80b0857951c570fe148f4d77c15921320218c258a44db115e9680.

✦ vínculo

Características	Definição	Critérios	Autoavaliação
Afetividade	Consiste no gosto do profissional pela profissão, no cuidado usuário centrado e no vínculo estabelecido entre profissionais e usuários.	✓ *Sente-se realizado profissionalmente?* ✓ *Como avalia a sua relação com os usuários?*	
Continuidade	Baseia-se nas expectativas e percepções do paciente. Contribui para aumento da adesão ao tratamento.	✓ *Quando o usuário é encaminhado para acompanhamento em outro serviço, você e sua equipe ainda conseguem manter o vínculo com ele?* ✓ *O histórico de saúde dos usuários do seu território pode ser acessado facilmente pelos profissionais que o assistem?* ✓ *O usuário tem acesso a consultas especializadas e exames quando necessário?*	
Relação terapêutica	Relação estabelecida entre o profissional e o usuário que se baseia na eficácia do tratamento, onde o usuário é o sujeito. Há o estabelecimento da confiança por meio da atitude de cuidado, o que culmina na redução de abandono.	✓ *Avalie o seu diálogo com os usuários.* ✓ *Certifica-se de que as expectativas do usuário foram atendidas?* ✓ *A cultura e saber popular dos usuários são valorizadas no cuidado?*	

Integra ESF

OLIVEIRA, K.N.S. Matriz IntegraESF. Depósito: 10/06/2022. InspireIP. Hash transação: 0xee7b529f23b80b0857951c570fe148f4d77c15921320218c258a44db115e9680.

✦ vínculo

Reflexões da equipe acerca da dimensão VÍNCULO **Data da reunião:** / /

Integra ESF

OLIVEIRA, K.N.S. Matriz IntegraESF.
Depósito: 10/06/2022. InspireIP. Hash transação:
0xee7b529f23b80b0857951c570fe148f4d77c15921320218c258a44db115e9680.

✦ intersetorialidade

Características	Definição	Critérios	Autoavaliação
Trabalho em rede	Permite atender as necessidades de saúde da população em todos os seus níveis de complexidade, garantindo assim a integralidade do cuidado. Os Sistemas de Informações e prontuários eletrônicos facilitam a comunicação e a cooperação entre os serviços.	✓ *Há reuniões de aproximação, estudos de caso, ou encontros com os diversos pontos da Redes de Atenção à Saúde(RAS)* ✓ *Como avalia a comunicação entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde(RAS) quando o usuário é encaminhado?* ✓ *Utiliza os Sistemas de Informações e prontuários eletrônicos para coletar dados e histórico de saúde dos usuários?* ✓ *A equipe faz o registro completo e o monitoramento dos atendimentos, das solicitações de exames, encaminhamentos às especialidades, bem como os retornos?*	☺ 😐 ☹
Planejamento integrado	Planejamento articulado com negociação permanente dos papéis entre os atores: gestor / trabalhador / usuário, para busca de novas soluções para os problemas.	✓ *Sua equipe realiza reuniões de planejamento com a participação da comunidade?* ✓ *As necessidades de saúde da comunidade são discutidas coletivamente para a busca de soluções?*	☺ 😐 ☹
Articulação em rede	Articulação de saberes e experiências com diversos setores para o enfrentamento de problemas complexos.	✓ *A equipe de saúde conhece e se articula com os setores governamentais (educação, desenvolvimento social, trabalho e emprego, habitação, transporte, cultura e outros) e não governamentais (organizações da sociedade civil e/ou movimentos sociais) para enfrentamento dos problemas de saúde da comunidade?* ✓ *Encontra apoio da equipe e da gestão para colocar em prática essa articulação?*	☺ 😐 ☹

Integra ESF

OLIVEIRA, K.N.S. Matriz IntegraESF.
Depósito: 10/06/2022. InspireIP. Hash transação:
0xee7b529f23b80b0857951c570fe148f4d77c15921320218c258a44db115e9680.

✦ intersetorialidade

Reflexões da equipe acerca da dimensão INTERSETORIALIDADE **Data da reunião:** / /

Integra ESF

OLIVEIRA, K.N.S. Matriz IntegraESF. Depósito: 10/06/2022. InspireIP. Hash transação: 0xee7b529f23b80b0857951c570fe14f4d77c15921320218c258a44db115e9680.

✦ resolutividade

Características	Definição	Critérios	Autoavaliação
Satisfação dos usuários	Percepção e avaliação do usuário sobre os serviços de saúde e suas particularidades.	✓ *Existem canais de comunicação que os usuários podem utilizar para manifestar suas sugestões/críticas?* ✓ *A satisfação do usuário é levada em consideração no planejamento das ações da equipe?*	☺ 😐 ☹
Coordenação do cuidado	Acompanhamento do usuário nos diversos pontos da rede de atenção à saúde. Dessa forma, evita o uso desnecessário de tecnologias duras e leve-duras.	✓ *Há um protocolo que oriente o encaminhamento da demanda para o serviço especializado?* ✓ *Você tem conhecimentos dos usuários que são encaminhados para outros serviços ou especialistas?* ✓ *Quando você identifica a necessidade de encaminhar o usuário, você fornece as informações sobre o histórico?* ✓ *Você recebe alguma informação do usuário, quando ele é atendido em outro serviço?* ✓ *Na sua equipe ou no seu município há ficha padrão para o encaminhamento com espaço para referência e contrarreferência?* ✓ *Os usuários são informados sobre os serviços e os profissionais disponíveis na referência?* ✓ *As ofertas de vagas para consultas e exames são calculadas de acordo com as necessidades do território?*	☺ 😐 ☹
Cobertura	Possibilidade de obter cuidado.	✓ *A equipe de saúde está completa?* ✓ *Como você avalia a cobertura da sua equipe no território?* ✓ *A dispensação dos medicamentos básicos é adequada à demanda?*	☺ 😐 ☹
Equidade	Atendimento de acordo com as necessidades de saúde dos usuários.	✓ *Como você avalia as ações de educação em saúde realizadas pela equipe?* ✓ *A equipe consegue trabalhar temas transversais a partir das necessidades de saúde sem preconceitos e estigmas?*	

Integra ESF

OLIVEIRA, K.N.S. Matriz IntegraESF. Depósito: 10/06/2022. InspireIP. Hash transação: 0xee7b529f23b80b0857951c570fe14f4d77c15921320218c258a44db115e9680.

✦ resolutividade

Reflexões da equipe acerca da dimensão RESOLUTIVIDADE **Data da reunião:** / /

Integra ESF

OLIVEIRA, K.N.S. Matriz IntegraESF. Depósito: 10/06/2022. InspireIP. Hash transação: 0xee7b529f23b80b0857951c570fe148f4d77c15921320218c258a44db115e9680.

✦ gestão

Características	Definição	Critérios	Autoavaliação
Indicadores de qualidade	São ferramentas utilizadas para medir e acompanhar o desempenho das equipes de saúde.	✓ *A sua equipe atinge satisfatoriamente os indicadores de qualidade adotados pela gestão municipal?* ✓ *Na sua opinião, esses indicadores refletem a qualidade do trabalho desenvolvido pela sua equipe?*	
Gestão participativa	Diálogos entre profissionais, gestores e usuários, com abordagens compreensivas e metodologias participativas.	✓ *Você participa de reuniões e das decisões sobre Saúde do Conselho Local ou Municipal de Saúde?* ✓ *Os usuários participam do planejamento das ações desenvolvidas na sua Unidade?* ✓ *Compreende como se organiza as Redes de Atenção à Saúde no seu município?* ✓ *Você é convidado a participar e sugerir alterações nas reuniões da gestão que tratam sobre ampliação e organização das Redes de Atenção à Saúde?* ✓ *Na sua opinião a gestão considera critérios de risco e de vulnerabilidade para a implantação das Unidades Básicas de Saúde?* ✓ *No seu município há incentivo para fixação do profissional no território?* ✓ *Levando em consideração o quantitativo de pessoas e a vulnerabilidade do território, a quantidade de profissionais é suficiente para a prestação do cuidado?*	
Responsabilidade clínica-social-sanitária	Os profissionais possuem responsabilidade clínica e sanitária pela comunidade.	✓ *Você promove com regularidade ações coletivas com foco na promoção da saúde?* ✓ *Na sua atuação, você se sente responsável pela saúde da das pessoas?* ✓ *A equipe planeja suas ações com base no diagnóstico situacional de seu território e envolve a comunidade, no planejamento das ações?*	

Integra ESF

OLIVEIRA, K.N.S. Matriz IntegraESF. Depósito: 10/06/2022. InspireIP. Hash transação: 0xee7b529f23b80b0857951c570fe148f4d77c15921320218c258a44db115e9680.

✦ gestão

Características	Definição	Critérios	Autoavaliação
Educação Permanente e Continuada	Formação e capacitação dos profissionais de saúde para desenvolvimento de competências e habilidades técnico-científicas, com foco na Atenção Básica.	✓ *Você tem especialização, residência, mestrado profissional ou outra formação complementar com foco na Atenção Primária?* ✓ *Participa de curso de atualização/aperfeiçoamento com temas referentes à atenção básica?* ✓ *Promove ou estimula a realização atividades de Educação Permanente nos serviços de saúde?* ✓ *A gestão municipal estimula e promove a qualificação dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família?* ✓ *Na sua opinião, os preceitos éticos e o zelo pelo bem público permeiam as formações e as capacitações na saúde?* ✓ *As equipes utilizam dispositivos de educação e apoio matricial presencial ou à distância para a qualificação do cuidado prestado aos usuários?*	

OLIVEIRA, K.N.S. Matriz IntegraESF. Depósito: 10/06/2022. InspireIP. Hash transação: 0xee7b529f23b80b0857951c570fe148f4d77c15921320218c258a44db115e9680.

✦ gestão

Reflexões da equipe acerca da dimensão GESTÃO **Data da reunião:** / /

OLIVEIRA, K.N.S. Matriz IntegraESF. Depósito: 10/06/2022. InspireIP. Hash transação: 0xee7b529f23b80b0857951c570fe148f4d77c15921320218c258a44db115e9680.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da revisão integrativa da literatura, do levantamento documental e das narrativas dos coordenadores das equipes de Saúde da Família, foi possível sintetizar as dimensões e analisar como se dão os processos avaliativos da integralidade no cotidiano dos serviços. Esse material, aliado ao vivido e à experiência profissional da pesquisadora, compuseram o conteúdo da matriz autoavaliativa IntegraESF.

A matriz foi dita como autoavaliativa, pois foi desenvolvida para que as equipes avaliem suas próprias ações e serviços, por meio de processos reflexivos acerca da integralidade do cuidado. Dessa forma, a avaliação proposta é qualitativa, sem estabelecer critérios numéricos e de classificação em mais ou menos integrais. O intuito é que as equipes reconheçam suas fragilidades e busquem meios de prestar, cada vez mais, uma atenção integral de qualidade aos seus usuários. Bem como, que possam fortalecer ainda mais suas potencialidades.

A IntegraESF é dividida por dimensões ou sentidos, devido à complexidade da integralidade, para facilitar a compreensão e reflexão das equipes no processo autoavaliativo. Emergiram dessa pesquisa seis dimensões: acesso, acolhimento, vínculo, intersetorialidade, resolutividade e gestão.

Contatou-se escassez de pesquisas sobre a integralidade, com a publicação de apenas quatro artigos nos últimos cinco anos. E que os profissionais a atribuem três sentidos: aproximação com a medicina integral, princípio de organização dos processos de trabalho dos serviços de saúde e como prática cuidativa, que envolve os diferentes níveis de complexidade. Entretanto, houve o reconhecimento da dificuldade de efetivação no cotidiano, que ainda tem práticas reducionistas e serviços desarticulados.

Identificou-se dificuldades no planejamento das equipes, justificadas pela alta demanda de atendimentos e pelo acúmulo de funções assistenciais e gerenciais em um único profissional.

O planejamento é o primeiro passo para o diagnóstico local e, quando realizado de baixo para cima é fundamental para a gestão participativa. Essa foi reconhecida como meio para a integralidade, entretanto encontra seus entraves na mediação de interesses, reconhecimento de papéis e responsabilidades entre

gestores e profissionais. Os usuários não citados pelas narrativas dos profissionais dessa pesquisa, devem ser valorizados pois suas demandas e necessidades de saúde são balizadores das políticas de saúde.

Diante da complexidade da ESF, a comunicação entre os serviços de saúde facilitada pelo uso do PEC foi elencada como elemento que contribui para a efetivação da integralidade do cuidado. Faz-se necessário o fortalecimento da articulação entre os pontos das redes de atenção, por meio de uma gestão participativa, que dê voz aos profissionais e usuários, para que se possa identificar as reais demandas. Reconhece-se a dificuldade que há nessa mobilização, entretanto o estímulo à criticidade, onde todos se sintam corresponsáveis pelo processo de produção do cuidado, pode ser potente.

Os instrumentos desenvolvidos para avaliar a qualidade da ESF, necessitam ter uma interface adequada ao contexto, seus indicadores precisam refletir a realidade objetiva e subjetiva do trabalho e da produção do cuidado em saúde. Um dos mais citados indicadores foi a satisfação do usuário, entretanto, apesar de estimular a participação social, pode não refletir a qualidade de um serviço devido à sua parcialidade.

Os indicadores de saúde, atualmente, seguem uma lógica quantitativa, atrelada ao atingimento de metas para a qualificação e o financiamento das equipes. Percebe-se então, que a noção de qualidade para os profissionais está diretamente ligada a eles. Alguns pontos precisam ser observados, os princípios do SUS, como universalidade, integralidade e equidade estão em risco, ao passo que ficam secundários às metas.

A ética é vista como um desafio e tem sido trabalhada por alguns coordenadores, na educação permanente, no gerenciamento de suas equipes, para mediação de interesses e conflitos, para promover o diálogo entre os profissionais.

A integralidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família emerge como atenção integral, como princípio de organização dos processos de trabalho dos serviços de saúde e como prática cuidativa que envolve os diferentes níveis de

complexidade. É de difícil efetivação no cotidiano, que ainda tem práticas de cuidado focalizadas, reducionistas e serviços desarticulados. Ademais,

Nesse sentido, torna-se relevante discutir sobre a esse tema, a partir das seis dimensões da integralidade identificadas, nessa pesquisa: acesso, acolhimento, vínculo, intersetorialidade, resolutividade e gestão.

A análise dos processos avaliativos da integralidade na ESF a partir das narrativas dos coordenadores das equipes, os enfermeiros, identificou que havia dificuldades no planejamento das equipes, justificadas pela alta demanda de atendimentos e pelo acúmulo de funções assistenciais e gerenciais em um único profissional.

O planejamento é o primeiro passo para o diagnóstico local e, quando realizado de baixo para cima é fundamental para a gestão participativa. Essa foi reconhecida como meio para a integralidade, entretanto encontra seus entraves na mediação de interesses, reconhecimento de papéis e responsabilidades entre gestores e profissionais. Os usuários não citados pelas narrativas dos profissionais dessa pesquisa, devem ser valorizados pois suas demandas e necessidades de saúde são balizadores das políticas de saúde.

Diante da complexidade da ESF, a comunicação entre os serviços de saúde facilitada pelo uso do PEC foi elencada como elemento que contribui para a efetivação da integralidade do cuidado. Faz-se necessário o fortalecimento da articulação entre os pontos das redes de atenção, por meio de uma gestão participativa, que dê voz aos profissionais e usuários, para que se possa identificar as reais demandas. Reconhece-se a dificuldade que há nessa mobilização, entretanto o estímulo à criticidade, onde todos se sintam corresponsáveis pelo processo de produção do cuidado, pode ser potente.

Os instrumentos desenvolvidos para avaliar a qualidade da ESF, necessitam ter uma interface adequada ao contexto, seus indicadores precisam refletir a realidade objetiva e subjetiva do trabalho e da produção do cuidado em saúde. Um dos mais citados indicadores foi a satisfação do usuário, entretanto, apesar de estimular a participação social, pode não refletir a qualidade de um serviço devido à sua parcialidade.

Os indicadores de saúde, atualmente, seguem uma lógica quantitativa, atrelada ao atingimento de metas para a qualificação e o financiamento das equipes. Percebe-se então, que a noção de qualidade para os profissionais está diretamente

ligada a eles. Alguns pontos precisam ser observados, os princípios do SUS, como universalidade, integralidade e equidade estão em risco, ao passo que ficam secundários às metas.

A ética é vista como um desafio e tem sido trabalhada por alguns coordenadores, na educação permanente, no gerenciamento de suas equipes, para mediação de interesses e conflitos, para promover o diálogo entre os profissionais.

A matriz IntegraESF foi desenvolvida a partir do conhecimento científico e do cotidiano, entremeados pela experiência da pesquisadora, com o intuito de promover processos reflexivos das ações e serviços prestados pela equipe de saúde da família. Para que os profissionais resgatem os princípios e a relevância de um serviço que esteja próximo das famílias, que desenvolva ações de promoção, prevenção, reabilitação, tratamento, pautado em ações de vigilância em saúde, que seja a porta de entrada da rede de atenção e que esteja articulada a todos os outros pontos da rede.

A IntegraESF é um instrumento que pode ser utilizado em pesquisas científicas, pela gestão da APS, pois valoriza e envolve o profissional na busca pela qualificação dos serviços de saúde. Bem como, pode nortear as equipes no planejamento e na condução dos processos avaliativos.

A identificação das seis dimensões da integralidade também contribuirá com o ensino na saúde, ao passo que auxiliará os estudantes, profissionais e gestores a compreenderem de maneira mais prática esse princípio, que no instrumento está expresso por meio de características que representam a sua complexidade.

Entretanto, como limite, destaca-se que a matriz ainda não foi validada e necessita que seja ampliado o debate com mais equipes de saúde da família, é que passe pelo olhar dos gestores, para a adequação e melhoramento, pois a sua construção é prioritariamente, participativa e contínua.

REFERÊNCIAS

ABRANTES, R. S. *et al*. Avaliação do atributo integralidade por enfermeiros da atenção primária do município de Campina Grande, Paraíba. **Rev Bras Enferm**, n.73, n. Suppl 5, e20200128, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-0128.

AFONSO, M. M. Camões Instituto da Cooperação e da língua, Portugal. Nota Técnica Nº 1: **Matriz de avaliação**. 2015. Disponível em: <https://www.instituto-camoes.pt/images/cooperacao/notatec1_matriz.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2021.

ALVES, C. K. A. *et al*. Interpretação e Análise das Informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: SAMICO, I. *et al*. **Avaliação em Saúde**: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: medBook, 2010.

AUGUSTO, D. K. *et al*. Factors associated with the evaluation of quality of primary health care by older adults living in the Metropolitan Region of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, 2010. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 28, n. 1, e2018128, 2019. DOI: 10.5123/S1679-49742019000100017.

BANDEIRA, D. *et al*. Avaliação da coordenação da atenção por usuários dos serviços de Atenção Primária à Saúde. **REME – Rev Min Enferm**, v. 24, e-1278, 2020. DOI: 10.5935/1415-2762.20200007.

BARBOSA, L. G. *et al*. Human Resources and Family Health Strategy in the North of Minas Gerais: advances and challenges. **Cad. Saúde Colet**., v. 27, n. 3, p. 287-294, 2019. DOI: 10.1590/1414-462x201900030084.

BARROS, R. C.; CAMPOS, C. E. A. Indicadores de desempenho na estratégia saúde da família. família. **Rev enferm UFPE online**, v. 15, e:245495, 2021. DOI: 10.5205/19818963.2021245495.

BAVA, M. C. G. C. *et al*. PMAQ: Considerações críticas para transformá-lo em um dispositivo para a produção de mudanças no rumo da melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. In: AKERMAN, M.; FURTADO, J. P (Orgs). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil**: diálogos. 1ª ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/praticas-de-avaliacao-em-saude-no-brasil-dialogos-pdf>. Acesso em: 10 fev. 2022.

BEZERRA, I. C. *et al.* Avaliação construtivista na saúde: aspectos históricos e conceituais. In: **Estudos qualitativos**: enfoque teóricos e técnicas de coleta de informações. SILVA, R. M. *et al.* (Orgs). Sobral: Edições UVA. 2018. Disponível em: < https://portais.univasf.edu.br/medicina-pa/pesquisa/producao-cientifica/experiencias-qualitativas-ebook>. Acesso: 15 mai. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 02 jun. 2021.

_____. **Lei Nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília: 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 02 jun. 2021.

_____. **Promoção da saúde**: carta de Ottawa, declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: 1996. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2021.

_____. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: 2012, p. 59, Seção 1.

_____. **Portaria Nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 03 jun. 2021.

_____. **Relatório Histórico de Cobertura**. Informação e Gestão da Atenção Básica - e-Gestor. 2020. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>. Acesso em: 03 jun. 2021.

_____. **Informatiza APS** - Relatório de Gestão. 2021a. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/informatizaaps/dashboard>. Acesso em 03 de junho 2021.

_____. **Carta Circular nº 1/2021**. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. 2021b. Disponível em: <https://www.unirv.edu.br/conteudos/fckfiles/files/Carta_Circular_01_2021(1).pdf>. Acesso em: 11 ago. 2021.

CASTRO, M. C. *et al*. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **Lancet**, 2019; 394:345-56. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)31243-7

CLEMENTE, M. P.; PINTO, A. G. A.; MARTINS, A. K. L. Gestão participativa na Estratégia Saúde da Família: reorientação da demanda à luz do Método Paideia. **Saúde Debate**, v. 45, n. 129, p. 315-326, 2021. DOI: 0.1590/0103-1104202112905.

CNES. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Indicadores de Serviços Especializados.** 2022. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades_Listar.asp?VTipo=110&VListar=1&VEstado=23&VMun=&VComp=201502&VTerc=&VServico=&VClassificacao=&VAmbu=&VAmbuSUS=&VHosp=&VHospSus=>. Acesso em: 02 set. 2021.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Perfil da enfermagem no** Brasil. 2013. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html>. Acesso em: 12 mai. 2022.

COSTA, M. A. *et al*. Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil. **Interface**, v.24, p. 1-14, 2020. DOI: 10.1590/Interface.190628.

COSTA, M. F. B. N. A.; CIOSAK, S. I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 437-44, 2010. DOI: 10.1590/S0080-62342010000200028.

CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W.; HULLEY, S. B. Elaborando a Questão de Pesquisa. In: HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica, 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DATASUS. **Mortalidade Infantil.** Ministério da Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf10ce.def>. Acesso em: 10 ago. 2021.

DINIZ, S. G. M. *et al*. Avaliação do atributo integralidade na atenção à saúde da criança. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v. 37, n. 4, p. 1-8, 2016. DOI:10.1590/1983-1447.2016.04.57067.

DUARTE, E. R. M. *et al.* Concepções multiprofissionais sobre a integralidade no cuidado à pessoa com lesão de pele. **Enfermagem Brasil**, v, 16, n. 5, p. 259-266, 2017.

DUARTE, L. V. S. C.; SOUZA, M. R.; ROSSO, C. F. W. A gestão do cuidado e seus desafios no Estado de Goiás: registro do território e integração entre os níveis assistenciais, 2013-2014. **APS em revista**, v. 1, n. 2, p. 121-131, 2019. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/782>. Acesso em: 03 mar. 2022.

ESPERIDIÃO, M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A satisfação do usuário na avaliação de serviços de saúde: ensaio sobre a imposição de problemática. Ensaio. **Saúde debate**, v.42, n. especial 2, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S223.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Debate**, v. 42, n. especial 1, p. 208-223, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S114

FERNANDES, J. C. *et al.* Necessary skills for the Family Health Units manager: a clipping of the nurse's practice. **Saúde Debate**, v. 43, n. especial 6, p. 22-35, 2019. DOI: 10.1590/0103-11042019S602.

FRACOLLI, L. A. *et al*. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 5, p. 1135-41, 2011. DOI: 10.1590/S0080-62342011000500015.

FRANKLIN, A. Água grande, muita água, água boa. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, n. esp., p. 22-29, 1999. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saudefamilia/rbsf_1199b.pdf>. Acesso em: 05 set. 2021.

FRANCO, T. B.; HUBNER, L.C. M. Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando? **Saúde Debate**, v. 43, n. especial 6, p. 93-103, 2019. DOI: 10.1590/0103-11042019S608.

FREITAS, J. L. G. *et al*. Avaliação da integralidade na atenção primária à saúde da criança na perspectiva dos cuidadores. **Rev enferm UERJ**, v.28, p. 1-8, 2020. DOI: 10.12957/reuerj.2020.52548.

GARCIA FILHO, C. **Articulação entre políticas de saúde e epidemiologia: pesquisa-ação participante sobre planejamento municipal em saúde**. Tese (doutorado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa De Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Fortaleza, 2016. 286f. Disponível em: < https://siduece.uece.br/siduece/trabalhoAcademicoPublico.jsf?id=83815>. Acesso em: 02 jun. 2021.

GERALDO, S. M.; FARIAS, S. J. M.; SOUSA, F. O. S. The role of Primary Care in the context of the COVID-19 pandemic in Brazil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, e42010817359, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i8.17359.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 7ª edição. São Paulo: Atlas, 2022.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 7ª edição. São Paulo: Atlas, 2019.

GIOVANELLA, L. *et al*. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, Supl. 1, p. 2543-2556, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232020254.0184202.

_____.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p.1475-1481, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020254.01842020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – **Censos Demográficos e Contagem Populacional para os anos intercensitários. 2010.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acesso em: 01 jun. 2021.

IGUATU. **Dados dos territórios**. Secretaria Municipal de Saúde. 2022.

IGUATU. **A cidade**. Prefeitura de Iguatu. 2022. Disponível em: <https://iguatu.ce.gov.br/a-cidade/>. Acesso: 01 mai. 2022.

LAZCANO, C.; TONELI, M. J. F. Producción de sentidos sobre la integralidad en la asistencia en salud a personas trans. **Revista Estudos Feministas**, v. 29, n. 3, e66168, 2021. DOI: 10.1590/1806-9584-2021v29n366168.

LIMA, I. F. S. *et al*. Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 4, p. 944-52, 2012. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/cWJ6MNjzX7XhJffNZzZwHmN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 mar. 2022.

LOPES, A. L. M. **Aspectos teóricos e práticos envolvidos na elaboração de matriz avaliativa de um serviço de tratamento do tabagismo**. Tese (doutorado): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo: 2014. 284f. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-05112014-105716/publico/Lopes_ALM_2014_CORRIGIDO_PDF.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2022.

LOPES, O. C. A. *et al.* Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. **Esc. Anna. Nery**, n. 24, v. 2, 2020. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0145.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate**, v. 42, n. especial 1, p. 18-37, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S102.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 25, v. 4, p.1181-1188, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020254.01022020.

MATTOS, G. C. M. *et al*. A Survey of the Perception of Comprehensiveness among Dentists in a Large Brazilian City. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 11, p. 4249-4261, 2014. DOI:10.3390/ijerph110404249.

MATTOS, R. A. Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000500037.

_____. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; _____. (org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2009. p.43-68. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/os-sentidos-da-integralidade-na-atencao-e-no-cuidado-saude/4604>. Acesso em: 02 mai. 2022.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 9ª edição. São Paulo: Atlas, 2021.

MATEUS, L. C. *et al*. Management in the Family Health Strategy: nurses' perceptions. **Rev enferm UERJ**, v. 29:e57262, 2021. DOI: 10.12957/reuerj.2021.57262.

MEDINA, M.G. *et al*. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: _____., SILVA, L. M. V. orgs. **Avaliação em saúde:** dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p. 41-63. ISBN: 978-85-7541-516-0. DOI: 10.7476/9788575415160.

MENDES, L. S.; ALMEIDA, P. F. Médicos da atenção primária e especializada conhecem e utilizam mecanismos de coordenação? **Rev Saude Publica**, v. 54, n. 121, 2020. DOI: 10.11606/s1518-8787.2020054002475.

MENDES, L. S. *et al*. Experience with coordination of care between primary care physicians and specialists and related Factors. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 5, e00149520, 2021. DOI: 10.1590/0102-311X00149520.

MENDONÇA, E. M.; LANZA, F. M. Conceito de Saúde e Intersetorialidade: Implicações no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 13, n. 2, P. 155-164, 2021. DOI:10.20435/pssa.v13i2.1090.

MENEZES, E. L. C. *et al*. Modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso - análise de orientações federais para o trabalho das equipes da APS no Brasil. **Ciênc. saúde colet**., Rio de Janeiro, n. 25, v. 5, p. 1751-1763, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020255.33462019.

MERHY, E. E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. Construção de Indicadores Qualitativos para a Avaliação de Mudanças. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 1 supl. 1, p. 83-91, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/36mvLQPqTjRTp8kLXbs3b5Q/?format=pdf>. Acesso em: 26 ago. 2021.

_____. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 1 ed. Petrópolis: Vozes, 2016a.

_____. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M. C. S. & DESLANDES, S. F. (Orgs). **Caminhos do Pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016b.

NICOLI, M. A. *et al.* It is not only a “user satisfaction problem”. Considerations about users’ participation in primary health care evaluation. **Saúde em Redes**, v. 2, n. 1, p. 23-42, 2016. DOI: 10.18310/2446-4813.2016v2n1p23-42.

OLIVEIRA, A. M. A. *et al*. Avaliação da estratégia saúde da família a partir da crença dos seus profissionais: uma revisão de literatura. **Temas em saúde**, v. 19, n. 5, p.131-141, 2019.

OLIVEIRA, R. S. *et al.* Avaliação da integralidade da Atenção Primária à Saúde de crianças e adolescentes com HIV: experiência dos profissionais. **Revista APS**, v.22, n.2, p. 264-280, 2019. DOI: 10.34019/1809-8363.2019.v22.16752.

OLIVEIRA, R. T. Q. *et al.* Evaluation matrix for health promotion programs in socially vulnerable territories. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 3915-3932, 2017. DOI: 10.1590/1413-812320172212.24912017.

PAGE, M. J. *et al*. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v. 372, n. 71, 2021. DOI: 10.1136/bmj.n71.

PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. In: _____.; MATTOS,

R. A. (org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 184p. ISBN 978-85-89737-52-4. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/os-sentidos-da-integralidade-na-atencao-e-no-cuidado-saude/4604>. Acesso: 06 mai. 2021.

_____.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano. In:_____.; MATTOS, R. A. (org). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS ABRASCO, 2006. 320p. Disponível em: < https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/livro-do-cuidado-3A-EDICAO.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2021.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013** (Com dados dos Censos 1991, 2000 e 2010). 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/>. Acesso em: 05 SET. 2021.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: Avaliação de evidências para prática de enfermagem. 8. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2018.

PUCCI, V. R. *et al.* Profissionais de saúde em serviços de Atenção Primária à Saúde: integralidade na saúde. **Rev. APS**, v. 22, n. 3, p. 660-681, 2019. DOI: 10.34019/1809-8363.2019.v22.16774.

RANZI, D. V. M. *et al*. Laboratório de inovação na Atenção Primária à Saúde: implementação e desdobramentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 1999-2011, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021266.02922021.

RIBEIRO, L. A.; SCATENA, J. H. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. **Saúde Soc**, v.28, n. 2, p. 95-110, 2019.DOI: 10.1590/S0104-12902019180884.

SÁ, L. Y. B. A. A Avaliação da Atenção Primária: um olhar preliminar através do PCATool em Manaus, Amazonas. **APS em revista,** v. 1, n.2, p. 98-111, 2019. DOI: 10.14295/aps.v1i2.27.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M. MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 23, v. 3, p. 861-870, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018233.03102016.

SANTOS, R. C. *et al.* Reference and counter-reference in Unified Health Ssytem: challenges for Integrality. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 19, n. 69, p. 51-65, 2021. DOI: 10.13037/ras.vol19n69.7614.

SCHRAIBER, L. B. Desenvolvimento da avaliação em saúde: percursos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 36, n. 9, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00163820.

SELLERA, P. E. G. *et al*. Monitoring and evaluation of Primary Health Care attributes at the national level: new challenges. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p.1401-1411, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020254.36942019

SILVA, R. R. Para fazer avaliações relevantes. In: FUNDAÇÃO ITAÚ SOCIAL *et al*. (Org.). **A relevância da avaliação para o investimento social privado**. São Paulo: Fundação Santillana, 2012. Disponível em: < https://fundacao-itau-social-producao.s3.amazonaws.com/files/s3fs-public/biblioteca/documentos/livro_inv_privado.pdf?Rsp8AJq2Iq24cZILMIp7HXmaENUbcWpj>. Acesso em: 05 mai. 2021.

SIQUEIRA, V. C. A. *et al.* Avaliação do processo de trabalho na estratégia saúde da família: uma revisão da literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n.1, p. 2830-2852, 2021. DOI:10.34119/bjhrv4n1-228.

SOUSA, A. N. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. **Saúde Debate**, v. 42, n. especial 1, p. 289-301. 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S119.

SOUSA, F. C. A. *et al.* Profile of scientific researchers from the northeast and southeast regions of Brazil. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, e16611326334, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i3.26334.

SOUZA, B. R.; *et al*. Avaliação da Atenção Primária à Saúde em uma estratégia saúde da família no interior do Pará: Utilização do PCATool-versão Brasil. **APS em revista,** v.1, n.2, p. 112-120, 2019. DOI: 10.14295/aps.v1i2.24.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. Disponível: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2021.

TASCA, R. *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Rev Panam Salud** Publica, v. 44, e4, 2020. DOI: 10.26633/RPSP.2020.4.

TESTON, L. M. *et al.* Desafios da avaliação em saúde no SUS na percepção dos trabalhadores do estado do Acre. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, e310127, 2021. DOI: 10.1590/S0103-73312021310127.

TOLAZZI, J. R.; GRENDENE, G. M.; VINHOLES, D. B. Avaliação da integralidade na atenção primária à saúde através da Primary Care Assessment Tool: revisão sistemática. **Rev Panam Salud Publica**, v. 46, 2022. DOI: 10.26633/RPSP.2022.2

TOLEDO, P. P. S. *et al*. Electronic Health Record: a systematic review of the implementation under the National Humanization Policy guidelines. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p:2131-2140, 2021. DOI: 10.1590/1413-1232021266.39872020.

TOMASI, E.; NEDEL, F. B.; BARBOSA, A. C. Q. Avaliação, Monitoramento e Melhoria da Qualidade na APS. **APS em Revista**, v. 3, n. 2, p. 131-143, 2021. DOI: 10.14295/aps.v3i2.208.

UNIFESP. Universidade Federal de São Paulo. **Usos da avaliação**: aprendizagens e escolhas. 2016. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/IAS_2020_3/unidade4.html>. Acesso: 29 mai. 2022.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na estratégia saúde da família. **Rev Rene**., n. 13, v. 2, p. 375-85, 2012. Disponível em: < http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3930/3117>. Acesso em: 02 mar. 2022.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. Práticas integrais na estratégia saúde da família no Brasil: o quotidiano do trabalho em equipa. **Revista de Enfermagem Referência**, III Série – n. 10, p. 99-108, 2013. DOI:10.12707/RIII1279.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. Integralidade: princípio de vida e de direito à saúde. **Invest. Educ. Enferm.**, v. 33, n. 2, 2015. DOI:10.17533/udea.iee.v33n2a06.

VIEIRA, N. F. C. *et al*. Fatores presentes na satisfação dos usuários na Atenção Básica. **Interface (Botucatu)**. v. 25, e200516. 2021. DOI: 10.1590/interface.200516.

VOLTOLINI, B. C. *et al.* Reuniões da estratégia saúde da família: um dispositivo indispensável para o planejamento local. **Texto Contexto Enferm [Internet]**, v. 28, :e20170477, 2019. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2017-0477.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de Levantamento Documental

UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI - URCA
PESQUISA - PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PRÁTICAS, AFETOS, TECNOLOGIAS E AVALIAÇÃO

LEVANTAMENTO DOCUMENTAL

Fonte: Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Iguatu-CE

COMPOSIÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE				
Função	**Especialidade**	**Quantitativo**	**Carga horária**	**Tipo de equipe**
Gerente de Unidade				
Enfermeiro/a				
Médico/a				
Técnico/a em Enfermagem				
Agente Comunitário de Saúde	-			
Dentista				
Auxiliar/Técnico em Saúde Bucal	-			
Administrativos	-			
Auxiliar de serviços gerais	-			
Vigia	-			
Psicólogo/a				
Farmacêutico/a				
Fisioterapeuta				
Educador/a físico/a				
Nutricionista				

Edital Nº 02/2020 do Programa de Bolsa de Produtividade Em Pesquisa, Estímulo à Interiorização e Inovação Tecnológica - BPI da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico - FUNCAP, sob processo Nº Bp4-0172-

DADOS DO TERRITÓRIO	
Informações	**Quantitativo**
População Adscrita	
Beneficiários de programas assistenciais (Qual?)	
Quantidade de microáreas abrangidas pela unidade	
Idosos (Maior que 60 anos)	
Crianças (Com idade de 0 a 5 anos)	
Número de adolescentes grávidas (menor de 20 anos)	
Mulheres em idade fértil (Com idade de 15 a 49 anos)	
Gestantes	
Risco habitual	
Alto Risco	
Pessoas que possuem algum tipo de deficiência	
Pessoas com HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica)	
Pessoas com DM (Diabetes Mellitus)	
Insulinodependente	
Não Insulinodependente	
Pessoas com Tuberculose em acompanhamento	
Pessoas com Hanseníase em acompanhamento	
Pessoas com o Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (Centro de Referência)	

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA - SECITECE
UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI – URCA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Antonio Germane Alves Pinto, RG: 96002233902, estou realizando a pesquisa intitulada, IntegraESF: desenvolvimento de matriz avaliativa da integralidade do cuidado na estratégia saúde da família. Por essa razão, o Sr./a está sendo convidado/a a participar. Os dados informados serão mantidos em sigilo e utilizados somente para fins de pesquisa. Ressalto que a participação do Sr./a é livre e que não receberá nenhum pagamento. Informo que a pesquisa apresenta riscos mínimos, que podem se caracterizar através de desconforto e constrangimento, que eventualmente possa ocorrer, de maneira subjetiva, no que diz respeito à reflexão sobre o tema em estudo. Para minimizar os riscos, a pesquisa e os instrumentos foram elaborados de forma a facilitar a compreensão das perguntas. Nos casos em que os procedimentos utilizados no estudo tragam algum desconforto, o Sr./a tem total autonomia para desistir da pesquisa, sem causar qualquer tipo de prejuízo/ou danos. Para garantir a fidedignidade dos registros das falas dos entrevistados e facilitar a análise dos dados, os depoimentos serão registrados por meio de gravações de áudio. O uso da plataforma digital Google Forms será utilizado na impossibilidade das entrevistas presenciais.

Concernente aos benefícios, acredita-se que a pesquisa poderá contribuir com a melhoria da qualidade da assistência à saúde na Estratégia Saúde da Família. Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar Antonio Germane Alves Pinto, na Universidade Regional do Cariri – Campus Pimenta, Crato, Departamento de Enfermagem, nos seguintes horários: 08 as 11 horas. Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, da Universidade Regional do Cariri, localizado à Rua Coronel Antonio Luiz, 1161, 1º andar, Bairro Pimenta, CEP 63.105-000, telefone (88)3102.1212 ramal 2424, Crato CE. Se o(a) Sr./a estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr./a _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

_____, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura do participante

_____

ou Representante legal

Impressão dactiloscópica

_____

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE C - Formulário do *Google Forms*®

UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI - URCA
PESQUISA - PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PRÁTICAS, AFETOS, TECNOLOGIAS E AVALIAÇÃO

FORMULÁRIO DO *GOOGLE FORMS*® - texto do formulário

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri – URCA, sob o parecer de nº 4.729.243.

Pesquisadores:
Antonio Germane Alves Pinto - E-mail: germane.pinto@urca.br
Kaline Nayanne de Souza Oliveira - E-mail: kaline.oliveira@urca.br
Mona Lisa Horário Sá Caldas - E-mail: monalisa.caldas@urca.br
Rauana dos Santos Faustino - E-mail: rauana.faustino@urca.br

Gostaria de convidá-lo(a) a participar de forma voluntária da pesquisa, que tem como objetivo analisar a produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família com ênfase na qualidade da atenção pré-natal, tecnologias assistenciais e práticas avaliativas em saúde. Essa etapa conta com a participação de enfermeiros(as) da ESF do município de Iguatu - Ceará. Refere-se a busca de informações sobre aspectos estruturais, funcionamento e trabalho cotidiano. Caso aceite, é preciso manifestar concordância em participar desta pesquisa por meio dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), clicando na opção de aceite disponível abaixo.

Você pode fazer o download de uma cópia dos TCLE, clicando nesse link:https://drive.google.com/drive/folders/1vX3g3CfAMGqPpHb0TaN-0yjMl68bQZsE?usp=sharing

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*

☐ Diante dos esclarecimentos prestados, concordo voluntariamente em participar deste estudo. Declaro ainda que recebi uma cópia do TCLE.

☐ Não concordo em participar desta pesquisa.

Olá, vamos conversar?

Para iniciarmos precisamos de algumas informações profissionais, caso haja dúvidas você pode contactar os pesquisadores desse estudo, pelo e-mail disponibilizado na seção anterior.

1. Sexo: *(obrigatório)

☐ Feminino

☐ Masculino

☐ Outro

2. Data de Nascimento: _____/____/____

3. Situação Conjugal:

☐ Solteiro/a

☐ Casado/a

☐ Divorciado/a

☐ Viúvo/a

4. Ano de Formação:

5. Maior titulação?

☐ Graduação

☐ Especialização

☐ Mestrado

☐ Doutorado

☐ Residência

Outros:

6. Área de maior titulação:

7. Tempo de atuação profissional?

8. Tempo de atuação no atual serviço:

9. Atua em outro serviço?

☐ Sim

☐ Não

9.1. Se sim, em qual/quais?

ESTRUTURA, FUNCIONAMENTO E TRABALHO COTIDIANO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

10. Identificação da Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família: *

11. Data de início de funcionamento da unidade: ____/____/____

12. Procedência do Prédio da unidade:*

- ☐ Alugado
- ☐ Próprio
- ☐ Cedido
- Outro:

13. Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

13.1. Se sim, em qual período ocorreu?

- ☐ Últimos 5 anos
- ☐ Últimos 10 anos
- ☐ Últimos 15 anos
- ☐ Últimos 20 anos ou mais

14. Localização da unidade: *

- ☐ Zona Urbana
- ☐ Zona Rural

14.1. Se zona rural, possui quantos pontos de apoio?

15. Em relação aos pontos de apoio, quais as facilidades e dificuldades para o acesso? *

16. Qual o quantitativo de microáreas abrangidas pela Unidade de Saúde? *

17. Existem microáreas descobertas? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

17.1. Se sim, quantas? ☐

18. **Selecione as opções correspondentes aos componentes da Unidade de Saúde:** * (responda com SIM ou NÃO)

Componentes da Unidade de Saúde	***SIM***	***NÃO***
Recepção		
Almoxarifado		
Consultório médico		
Consultório de enfermagem		
Consultório odontológico		
Sala de prontuários		
Sala de procedimentos		
Sala de curativos		
Sala de nebulização		
Sala de observação		
Sala comum para procedimentos/curativo/nebulização		
Sala de vacina		
Sala da recepção, lavagem e descontaminação de material		
Sala de esterilização		
Sala de administração/gerência		
Sala de reunião/ atividade coletiva		
Farmácia		
Sanitário adaptado para usuários com deficiência		
Sanitários adaptado para funcionários com deficiência		
Sanitários não adaptados para deficientes		
Sinalização horizontal para deficientes visuais		
Sinalização interna das salas		
Rampas de acesso à unidade		
Depósito de material de limpeza		
Abrigo de resíduos sólidos/expurgo		
Abrigo de compressor (odontológico)		
Sala para Agentes Comunitários de Saúde (ACS)		
Copa/cozinha		

19. Quantidade de equipes de ESF atuantes na unidade:* _____

APÊNDICE D – Roteiro de Entrevista Semiestruturada

UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI - URCA
PESQUISA - PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PRÁTICAS, AFETOS, TECNOLOGIAS E AVALIAÇÃO

Roteiro de entrevista semiestruturada: Avaliação da integralidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família

1. Como alcançar a integralidade do cuidado? Comente sua resposta.
2. No seu dia a dia, como o cuidado é avaliado na Estratégia Saúde da Família?
3. Na sua equipe, quais são as estratégias utilizadas para avaliação do cuidado?
4. Na sua opinião, qual a melhor forma de avaliar a integralidade do cuidado?
5. Você é coordenador/líder da sua unidade?

    5.1 Se sim, recebeu algum treinamento para esta função? Conte um pouco sobre sua experiência.

    5.2 Você se considera uma gestora? Comente sua resposta.

    5.3 Como a liderança do/a coordenador/a interfere na qualidade do cuidado em saúde?

6. O que poderia colaborar com o seu trabalho para avaliar a integralidade do cuidado em sua equipe? Comente sua escolha.

APÊNDICE E – Protocolo para a Coleta de Dados

UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI - URCA
PESQUISA - PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PRÁTICAS, AFETOS, TECNOLOGIAS E AVALIAÇÃO

PROTOCOLO PARA A COLETA DE DADOS

COLETA DE DADOS – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

IDENTIFICAÇÃO

Local: Unidades Básicas de Saúde

Responsável pela atividade: Kaline Nayanne de Souza Oliveira

Procedimento: Entrevista semiestruturada – virtual ou presencial

Data de realização do procedimento

Código para Identificação: No. Entrevista – Local/UBS – Iniciais Participante. Exemplo: Ent001_VilaMoura_MLHSC.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Proteção individual:

- Álcool em gel ou líquido 70%
- Protetor solar FPS 30
- Máscara N95 ou similar
- Viseira Face Shield

Expediente:

- Caneta esferográfica
- Marcador de texto
- Prancheta
- Folha de papel A4

- Bloco de Notas adesivas
- Pasta colecionador com elástico
- Grampeador
- Grampos para grampeador
- Clipes
- *Smartphone* com aplicativo para gravação de áudio
- Carregador de bateria
- Impressos: TCLE URCA, Parecer de Aprovação URCA, Autorização ESPI e Roteiro de Entrevista (02 cópias/Reposição, se necessário).

Deslocamento:

- Condução adequada e segura para o local da coleta

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Antes:

- Levantamento sobre os participantes - Quadro amostral por Unidade Básica de Saúde e Equipe da Estratégia Saúde da Família;

Zona	UBS	Equipe/CNES	Amostra	Google Forms preenchido?	Observação

- Definição dos responsáveis pela entrevista;
- Checar se o participante já respondeu o instrumento virtual (*Google Forms*®);
- Agendamento prévio de data, local e horário (a critério do participante);
- Checagem do material e deslocamento;

Durante:

- Chegar com antecedência aproximada de 15 minutos do horário agendado;
- Identificar-se e apresentar-se formal e cordialmente;
- Realizar entrevista em local livre de ruídos e interferência externa, mantendo a privacidade do procedimento, de livre escolha do participante;

- Manter distanciamento mínimo de 1,5m e utilizar os Equipamentos de Proteção Individual;
- Explicar os procedimentos: objetivo da pesquisa, respeito aos preceitos éticos, livre e esclarecidos; gravação pelo celular apenas para registro do áudio; pautas principais da entrevista;
- Testar a gravação do áudio e após confirmar adequação, aplicar a pauta da entrevista;
- Caso ocorra alguma interrupção por ruído sonoro ou necessidade do participante, pausar a gravação e/ou repetir o trecho;
- Ao finalizar, conferir se a gravação foi salva adequadamente e codificar o arquivo de áudio;
- Agradecer a participação e se dispor para eventuais esclarecimentos, quando necessário

Depois:

- Armazenar com segurança (backup) os arquivos de áudio, planilha e texto de cada entrevista;
- Realizar a transcrição do áudio de cada entrevista, salvaguardando o texto juntamente com os demais arquivos;
- Elaborar banco de dados da etapa realizada e encaminhar para descrição e análise.

ORIENTAÇÕES GERAIS

- Não publicizar o procedimento de coleta e/ou participantes;
- Em caso de dúvida sobre o procedimento, manter contato com a equipe de pesquisa (telefone, e-mail e/ou *WhatsApp®)*

ANEXOS

ANEXO 1 – Carta de Anuência Institucional

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGUATU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE IGUATU
CNPJ: 13.673.723/0001-01

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA Nº 56/2020

A Escola de Saúde Pública de Iguatu - ESPI, na condição de instituição responsável pela articulação da Educação Permanente em Iguatu, aprova a proposta de realização, no Município de Iguatu – CE, do projeto de pesquisa **"PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PRÁTICAS, AFETOS, TECNOLOGIAS E AVALIAÇÃO"**, cujo pesquisador responsável é, Antonio Germane Alves Pinto, inscrito sob o número de RG: 96002233902 SSP/CE e CPF: 558.751.733-00, pesquisador do Programa de Bolsas de Produtividade em Pesquisa, Estímulo à Interiorização e Inovação Tecnológica – BPI pela Secretaria da Ciência e Tecnologia e Educação Superior - SECITECE e Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP, Crato – CE.

Após avaliação do projeto, a ESPI autoriza a realização da pesquisa no município de Iguatu – CE, por meio de um estudo do tipo pesquisa-ação, de natureza qualitativa na dimensão da hermenêutica e dialética, através do desenvolvimento e aplicação de quatro etapas integradas e complementares para pesquisa-ação (1ª etapa: Identificação das evidências científicas para resolubilidade do cuidado em saúde da família; 2º etapa: Mapeamento das experiências e práticas de cuidado em saúde; 3ª etapa: Análise situacional e estratégica para integralidade do cuidado e participação social; 4ª etapa: Avaliação da qualidade do cuidado, fatores associados e tecnologias de gestão e atenção em saúde), no qual, para a construção da pesquisa, serão utilizados documentos, entrevista semiestruturada, observação sistemática e grupo focal. A amostra do estudo será composta por profissionais de saúde das equipes da Estratégia Saúde da Família, usuários e gestores de saúde. Salienta-se que o risco para os participantes da pesquisa é mínimo e que estes poderão se recusar a participar do estudo a qualquer momento. A pesquisa será realizada no período de dezembro de 2020 à dezembro de 2022.

Salienta-se que essa autorização está condicionada à aprovação prévia dessa pesquisa por um Comitê de Ética em Pesquisa e à observação a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde-CNS/MS por parte dos pesquisadores. O descumprimento dessas condições assegura ao município o direito de cancelar essa autorização.

Iguatu - CE, 30 de novembro de 2020.

ESCOLA DE FORM. E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO MUNICÍPIO
IGUATU-CE - EFETI
CNPJ: 13.673.723/0001-01

Maria do Livramento Alencar de Holanda
Coordenação de Formação e Educação Permanente em Saúde
Escola de Saúde Pública de Iguatu – ESPI

ANEXO 2 – Parecer Consubstanciado do CEP/Plataforma Brasil

UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI - URCA

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família: práticas, afetos, tecnologias e avaliação

Pesquisador: Antonio Germane Alves Pinto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40574920.0.0000.5055

Instituição Proponente: Universidade Regional do Cariri - URCA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.498.440

Apresentação do Projeto:

Estudo de natureza qualitativa na dimensão da hermenêutica e dialética. Para a compreensão plena e a proposta de intervenção participativa no

cotidiano, as etapas da pesquisa se adequam à proposição metodológica da pesquisa-ação. A pesquisa será realizada no Município de Iguatu, região Centro-Sul do Estado do Ceará. Os participantes da pesquisa serão os profissionais de saúde das equipes da Estratégia Saúde da Família, usuários e gestores de saúde. A pesquisa proposta está dividida em quatro etapas: 1. Identificação das evidências científicas para resolubilidade do

cuidado em saúde da família; 2. Mapeamento das experiências e práticas de cuidado em saúde; 3. Análise situacional e estratégica para integralidade do cuidado e participação social; e, 4. Avaliação da qualidade do cuidado, fatores associados e tecnologias de gestão e atenção em saúde. As etapas são integradas pela temática central e pautadas na compreensão de problemas, situações prioritárias no cotidiano, afetos, práticas

exitosas e avaliação participativa em saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar a produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família com ênfase na qualidade da

atenção pré-natal, tecnologias assistenciais e práticas
avaliativas em saúde.
Objetivo Secundário:
- Identificar as evidências científicas para resolubilidade do cuidado na atenção pré-natal e nas práticas avaliativas em saúde da família;
- Mapear as experiências de acolhimento, vínculo e corresponsabilização nas práticas de cuidado em saúde entre equipes e usuários;
- Descrever as demandas, fragilidades e potencialidades das ações voltadas para integralidade e participação social na gestão do cuidado em
saúde;
- Avaliar os atributos essenciais para qualidade do cuidado, os fatores associados e as tecnologias de gestão e atenção em saúde no território

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos:
A pesquisa apresenta riscos mínimos, que podem se caracterizar através de desconforto e constrangimento, que eventualmente possa ocorrer, de
maneira subjetiva, no que diz respeito à reflexão sobre o tema em estudo. Para minimizar os riscos, o questionário foi elaborado de forma a facilitar a
compreensão das perguntas.
Benefícios:
Concernente aos benefícios, acredita-se que a pesquisa poderá contribuir com a melhoria da qualidade da assistência à saúde na Estratégia Saúde
da Família.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Ética e relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Vide campo de conclusões.

Recomendações:
Vide campo de conclusões.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Sem pendências. Enviar o relatório final para a Plataforma Brasil após a conclusão da pesquisa.

UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI - URCA

Plataforma Brasil

atenção pré-natal, tecnologias assistenciais e práticas
avaliativas em saúde.

Objetivo Secundário:

- Identificar as evidências científicas para resolubilidade do cuidado na atenção pré-natal e nas práticas avaliativas em saúde da família;
- Mapear as experiências de acolhimento, vínculo e corresponsabilização nas práticas de cuidado em saúde entre equipes e usuários;
- Descrever as demandas, fragilidades e potencialidades das ações voltadas para integralidade e participação social na gestão do cuidado em
saúde;
- Avaliar os atributos essenciais para qualidade do cuidado, os fatores associados e as tecnologias de gestão e atenção em saúde no território

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa apresenta riscos mínimos, que podem se caracterizar através de desconforto e constrangimento, que eventualmente possa ocorrer, de
maneira subjetiva, no que diz respeito à reflexão sobre o tema em estudo. Para minimizar os riscos, o questionário foi elaborado de forma a facilitar a
compreensão das perguntas.

Benefícios:

Concernente aos benefícios, acredita-se que a pesquisa poderá contribuir com a melhoria da qualidade da assistência à saúde na Estratégia Saúde
da Família.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ética e relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo de conclusões.

Recomendações:

Vide campo de conclusões.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências. Enviar o relatório final para a Plataforma Brasil após a conclusão da pesquisa.

UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI - URCA

Continuação do Parecer: 4.498.440

CRATO, 14 de Janeiro de 2021

Assinado por:
cleide correia de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161
Bairro: Pimenta CEP: 63.105-000
UF: CE Município: CRATO
Telefone: (88)3102-1212 Fax: (88)3102-1291 E-mail: cep@urca.br

ANEXO 3 – Certificado de Autenticidade da Matriz IntegraESF

CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE

O resumo deste documento foi incorporado com sucesso na rede Blockchain. Agora ele está permanentemente certificado e autenticado desde a confirmação da transação.

Título do documento: Matriz IntegraESF r03.pdf

Autor: KALINE NAYANNE DE SOUZA OLIVEIRA

Time stamp: 2022-06-10 13:19:15

Blockchain: ETH

Fingerprint: 4fd9f23631b429ccedf333d77dd7673aa9d37d40b905dd9a359ebd304c9c80cb

Hash da transação: 0xee7b529f23b80b0857951c570fe148f4d77c15921320218c258a44db115e9680

InspireIP