

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Kauana Flores da Silva

**PCATool-BRASIL VERSÃO PROFISSIONAIS: AVALIAÇÃO DO
ATRIBUTO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DO INTERIOR DO RIO
GRANDE DO SUL**

Santa Maria, RS
2017

Kauana Flores da Silva

**PCATool-BRASIL VERSÃO PROFISSIONAIS: AVALIAÇÃO DO ATRIBUTO
ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM
MUNICÍPIOS DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração em Gestão em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção de grau de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Prof^a Dr^a Teresinha Heck Weiller

Santa Maria, RS
2017

[FICHA CARTOGRÁFICA]

Kauana Flores da Silva

**PCATool-BRASIL VERSÃO PROFISSIONAIS: AVALIAÇÃO DO ATRIBUTO
ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM
MUNICÍPIOS DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração em Gestão em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção de grau de **Mestre em Enfermagem**.

Aprovado em 20 de fevereiro de 2017:

Teresinha Heck Weiller, Dr^a. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Jessye Melgarejo do Amaral Giordani, Dr. (UFSM)
(Coorientador)

Luis Felipe Dias Lopes, Dr. (UFSM)

Pedro Fredemir Palha, Dr. (USP)

Santa Maria, RS
2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente à Deus que me permitiu concluir essa etapa da minha vida. Além das demais entidades e forças que me acompanharam durante esse percurso, me mantendo firme até o final.

Agradeço a minha família pelo alicerce e ao apoio dos demais parceiros dessa caminhada.

Obrigada a todos!

*“Dai-me Senhor, a perseverança das ondas do
mar, que fazem de cada recuo um ponto de
partida para um novo avançar”.*

(Gabriela Mistral)

RESUMO

PCATool-BRASIL VERSÃO PROFISSIONAIS: AVALIAÇÃO DO ATRIBUTO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

AUTOR: Kauana Flores da Silva

ORIENTADOR: Teresinha Heck Weiller

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde, fundamentando-se na realização de ações individuais e coletivas, apresentando como um dos princípios fundamentais o acesso universal e equânime da população a essas ações. Para que esse nível de atenção se fortaleça, garantindo o acesso, a avaliação é essencial, pois permite potencializar os recursos disponíveis conforme as demandas locais. Assim, considerando a importância da Atenção Primária à Saúde como ordenadora do sistema de saúde, tendo o acesso como um indispensável atributo e a avaliação como uma ferramenta para mudar as realidades, o presente estudo tem como objetivo avaliar o acesso em serviços de APS dos municípios integrantes da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde na perspectiva dos profissionais de saúde. Trata-se de estudo com abordagem quantitativa, transversal, realizado nos serviços de Atenção Primária à Saúde da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, composta pelas Regiões de Saúde Entre Rios e Verdes Campos. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de fevereiro e julho de 2015, de maneira informatizada por meio do *software Epi Info® 7.0*, utilizando tabletes, com aplicação do instrumento *Primary Care Assessment Tool-Brasil* versão profissionais. Compuseram a amostra 207 profissionais de saúde de nível superior. Para a análise dos dados foi utilizado o *Statistical Analysis System (SAS)* versão 9.0. O escore foi dicotomizado em baixo escore, se $<6,6$ ou alto escore, se $\geq 6,6$. A normalidade das variáveis foi avaliada pelo Teste de *Shapiro Wilk*. Utilizou-se a Correlação de *Pearson* para verificar o grau de relacionamento entre os itens do Acesso de Primeiro Contato e o escore, e a Regressão de *Poisson* para identificar a dependência entre o escore e o seu contexto sócio-espacial. Os preceitos éticos respeitaram a Resolução 466/2012. O artigo 1, estudo descritivo em que o atributo Acesso de Primeiro Contato obteve-se um baixo escore (4,68), sendo as questões relativas ao horário e dia de funcionamento da unidade de saúde, as que mais contribuíram para esse resultado. O artigo 2, estudo multinível, com variáveis contextuais e individuais encontrou baixo escore Acesso de Primeiro Contato na maioria dos municípios pesquisados (83,6%), apresentando nível de significância apenas na variável porte populacional, em que os municípios com até cinco mil habitantes obtiveram maior prevalência do atributo. O artigo 3, estudo de tendências acerca do acesso do idoso na Atenção Primária à Saúde, mostra que o acesso não prevalece como objeto de pesquisa, vindo relacionado à qualidade de vida e integralidade da atenção dos idosos, além de barreiras organizacionais e burocráticas. O artigo 4, revisão integrativa sobre o acesso do idoso nesse nível de atenção, evidenciou a Saúde da Família como facilitadora do acesso, e os processos de trabalho e a infraestrutura como barreiras reais ao acesso do idoso. Dessa forma percebe-se que ainda há barreiras no acesso, principalmente referentes à estrutura dos serviços de Atenção Primária à Saúde. Espera-se que este estudo possa auxiliar na ampliação e qualidade do acesso da população esse nível de atenção.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Acesso Universal aos Serviços de Saúde. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde.

ABSTRAT

PCATool-BRASIL PROFESSIONAL VERSION: ASSESSMENT OF THE ATTRIBUTE ACCESS OF FIRST CONTACT IN THE PRIMARY HEALTH CARE IN MUNICIPALITIES OF THE INTERIOR OF RIO GRANDE DO SUL

AUTHOR: Kauana Flores da Silva

ADVISOR: Teresinha Heck Weiller

In Brazil, Primary Health Care is the gateway of users into the health system, based on individual and collective actions, presenting as one of the fundamental principles the universal and equitable access of the population to these actions. In order for this level of attention to be strengthened, guaranteeing access, evaluation is essential, as it allows to leverage available resources according to local demands. Thus, considering the importance of Primary Health Care as a health care provider, with access as an indispensable attribute and evaluation as a tool to change realities, the present study to evaluate the access in APS services of the municipalities that are part of the 4th Regional Health Coordination from the perspective of health professionals. It is a study with a quantitative, transversal approach, carried out in the Primary Health Care services of the 4th Regional Health Coordination of Rio Grande do Sul, composed of the Entre Rios and Verdes Campos Health Regions. Data collection took place between February and July 2015, using computerized Epi Info® 7.0 software, using tablets, with application of the Primary Care Assessment Tool-Brazil professional version. The sample comprised 207 higher-level health professionals. Statistical Analysis System (SAS) version 9.0 was used to analyze the data. The score was dichotomized at low score, if <6.6 or high score, if ≥ 6.6 . The normality of the variables was evaluated by the Shapiro Wilk test. Pearson's Correlation was used to verify the degree of relationship between First Contact Access items and the score, and Poisson Regression to identify the dependence between the score and its socio-spatial context. The ethical precepts respected Resolution 466/2012. The article 1, a descriptive study in which the attribute First Contact Access obtained a low score (4.68), being the issues related to the time and day of operation of the health unit, the ones that most influenced this result. Article 2, a multilevel study, with contextual and individual variables found low First Contact Access score in most of the municipalities surveyed (83.6%), presenting a level of significance only in the variable population size, in which municipalities with up to five thousand inhabitants Higher prevalence of the attribute. Article 3, a study of trends about access of the elderly in Primary Health Care, shows that access does not prevail as an object of research, related to quality of life and integral care of the elderly, as well as organizational and bureaucratic barriers. Article 4, integrative review on the access of the elderly in this level of attention, showed the Family Health as a facilitator of access, work processes and infrastructure as real barriers to elderly access. In this way, it can be seen that there are still barriers in access, mainly referring to the structure of primary health care services. This study is expected to help in the expansion and quality of the population's access to this level of care.

Keywords: Primary Health Care. Health Evaluation. Health Services Accessibility. Universal Access to Health Care Services. Health Care Quality, Access, and Evaluation.

LISTA DE FIGURAS

APRESENTAÇÃO

Figura 1 - Descrição do instrumento PCATool–Brasil..... 49

Figura 2 - Mapa da 4ª CRS/RS: Regiões de Saúde e municípios..... 53

ARTIGO 2

Figura 1 - Modelo teórico do acesso aos serviços de APS de acordo com características individuais e contextuais..... 96

Figura 2 - Fluxograma do percurso amostral..... 97

ARTIGO 3

Figura 1 - Ficha documental dos estudos selecionados..... 117

Figura 2 - Ficha de extração dos dados..... 117

ARTIGO 4

Figura 1 - Fluxograma da seleção dos estudos..... 135

LISTA DE TABELAS

APRESENTAÇÃO

Tabela 1 -	Relação dos municípios da 4ª CRS/RS, profissionais de saúde cadastrados no CNES e as amostras.....	54
------------	--	----

ARTIGO 1

Tabela 1 -	Escore do atributo Acesso de Primeiro Contato das Regiões de Saúde Verdes Campos e Entre Rios, pertencentes à 4ª CRS do Estado do RS.....	68
Tabela 2 -	Frequência e proporção (%) de respostas afirmativas (“com certeza sim”) e negativas (“com certeza não”) dos profissionais de saúde da APS, acerca dos itens do instrumento referentes ao atributo Acesso de Primeiro Contato – componente Acessibilidade nos municípios da 4ª CRS do Estado do RS...	69
Tabela 3 -	Correlação entre os itens do componente Acessibilidade e o escore do atributo Acesso de Primeiro Contato da APS.....	70

ARTIGO 2

Tabela 1 -	Descrição da amostra, prevalência de acesso e Razões de Prevalência bruta e ajustada para as variáveis contextuais.....	98
Tabela 2 -	Descrição da amostra, prevalência de acesso e Razões de Prevalência bruta e ajustada para as variáveis individuais.....	99

LISTA DE QUADROS

APRESENTAÇÃO

Quadro 1 - Municípios das regiões de saúde integrantes da 4ª CRS/RS e unidades de saúde correspondentes..... 53

ARTIGO 4

Quadro 1 - Ficha documental dos estudos selecionados..... 136

LISTA DE SIGLAS

ABEn -	Associação Brasileira de Enfermagem
ABS -	Atenção Básica à Saúde
APS -	Atenção Primária à Saúde
ABVD -	Atividades Básicas de Vida Diária
BVS -	Biblioteca Virtual em Saúde
CRS -	Coordenadoria Regional de Saúde
CAPES -	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEPEn -	Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem
CEP -	Comitê de Ética em Pesquisa
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CNES -	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRS -	Coordenadoria Regional de Saúde
CAAE -	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CIR -	Comissão de Intergestores Regional
CNPq -	Conselho Nacional de Pesquisa Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DECS -	Descritores em Ciências da Saúde
DCNT -	Doença Crônica Não Transmissível
DP -	Desvio Padrão
ESF -	Estratégia de Saúde da Família
HD -	Hard Disk
ICSAB -	Índice de Condições Sensíveis à Atenção Básica
LILACS -	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS -	Ministério da Saúde
MeSH -	Medical Subject Headings
NE -	Nível de Evidência
OMS -	Organização Mundial da Saúde
PCATool -	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PNSPI -	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PNAB -	Política Nacional da Atenção Básica
PBE -	Prática Baseada em Evidências
PUBMED -	US National Library of Medicine
PPGenf -	Programa de Pós Graduação em Enfermagem
RAS -	Rede de Atenção à Saúde
RS -	Rio Grande do Sul
RP -	Razão de Prevalência
SUS -	Sistema Único de Saúde
TC -	Termo de Confidencialidade
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UFSM -	Universidade Federal de Santa Maria

LISTA DE APÊNDICES

APRESENTAÇÃO

Apêndice A - Questionário Sociodemográfico.....	166
Apêndice B - Termo de Confidencialidade.....	167

ARTIGO 4

Apêndice A - Ficha de extração dos dados do estudo de evidências.....	147
---	-----

LISTA DE ANEXOS

APRESENTAÇÃO

Anexo A - Itens do atributo acesso de primeiro contato versão profissionais.....	168
Anexo B - Carta de apresentação ao Comitê de Ética em Pesquisa.....	169
Anexo C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	173

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	27
1.1 OBJETIVOS.....	31
1.1.1 Objetivo geral.....	31
1.1.2 Objetivos específicos.....	31
2 REVISÃO DE LITERATURA	32
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	32
2.2 ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	34
2.3 TERRITÓRIO.....	38
2.3.1 Território na saúde.....	40
2.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	44
2.5 PCATool-BRASIL.....	47
2.5.1 Atributo Acesso de Primeiro Contato no PACTool-Brasil e sua versão para profissionais.....	49
3 DESCRIÇÃO METODOLÓGICA	51
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	51
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DO ESTUDO E DA POPULAÇÃO.....	52
3.2.1 Cenário.....	52
3.2.2 População.....	54
3.2.2.1 Amostragem e amostra.....	54
3.2.2.2 Critérios de inclusão e exclusão.....	56
3.3 COLETAS DOS DADOS.....	56
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	57
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	59
3.6 REVISÕES NARRATIVA E INTEGRATIVA.....	61
4 RESULTADOS	62
4.1 ARTIGO 1 - A presença do atributo Acesso de Primeiro Contato na Atenção Primária à Saúde em municípios do Rio Grande do Sul: visão dos profissionais de saúde.....	62
4.2 ARTIGO 2 – O atributo Acesso de Primeiro Contato na Atenção Primária à Saúde do interior do Rio Grande do Sul: um estudo multinível.....	90
4.3 ARTIGO 3 - O acesso do idoso na Atenção Primária à Saúde: estudo de tendências em teses e dissertações brasileiras.....	112
4.4 ARTIGO 4 - O acesso do idoso na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa.....	127
5 DISCUSSÃO	150
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	153
REFERÊNCIAS	155
APÊNDICES	166
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	166
APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	167
ANEXOS	168
ANEXO A - ITENS DO ATRIBUTO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO VERSÃO PROFISSIONAIS	168
ANEXO B - CARTA DE APRESENTAÇÃO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	169
ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	173

1 INTRODUÇÃO

Desde a década de 1960 a Atenção Primária à Saúde (APS) tem se configurado em um modelo adotado por vários países com o intuito de ampliar e efetivar o acesso da população ao sistema de saúde e tentar transformar o enfoque individual, hospitalar e curativo, tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde nacionais, em um modelo coletivo, preventivo, territorializado e democrático (FAUSTO e MATTA, 2007).

No Brasil, a partir da abertura política dos anos 80, o movimento da Reforma Sanitária expande os espaços de interlocução sobre saúde, nos quais o direito ao acesso aos serviços de saúde passa a ser defendido como elemento constituidor da cidadania (WEILLER, 2008). Assim, a atenção à saúde sofreu e vem sofrendo um processo de ressignificações com o intuito de garantir o direito universal à saúde, o qual se consolidou, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, cabendo ao Estado e à população sua completa realização (ARAÚJO; BRITO e BARBOSA, 2008). Portanto, dava-se início ao Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo (PONTES et al., 2010).

Na conjuntura do SUS, definiu-se um conceito ampliado de saúde o qual passa a considerar os diferentes determinantes e condicionantes do processo de saúde/doença, estabelecendo que a atenção à saúde seja orientada pelos princípios da universalidade do acesso, equidade, integralidade da assistência, descentralização, hierarquização e participação social, com ênfase na APS (MARIN; MORACVICK e MARCHIOLI, 2014; BRASIL, 1990).

A APS foi reconhecida como a base da reforma do sistema de saúde até então vigente e, por meio da sua expansão e fortalecimento, na busca da garantia do acesso, culminou no modelo organizacional atual, a Estratégia Saúde da Família (ESF) (ALMEIDA, 2014). Ademais, a construção do SUS vem avançando de maneira substantiva nos últimos anos, acompanhada das evidências que reafirmam a importância da APS nesse processo, uma vez que tê-la como ordenadora dos sistemas é fundamental para um bom desempenho destes (BRASIL, 2011).

Considerando essa política de saúde então conquistada, o Brasil opta por utilizar a designação Atenção Básica com o intuito de contrapor-se a proposta político-ideológica da atenção primária seletiva destinada às populações pobres, e busca resgatar o caráter universalista da Declaração de Alma-Ata, enfatizando o papel de reorientação do modelo assistencial para um sistema universal e integrado de atenção à saúde, ou seja, o SUS (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013). Contudo, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, nas atuais concepções, como

equivalentes (BRASIL, 2012). Ressalta-se que no presente estudo será utilizada a expressão Atenção Primária à Saúde (APS), pois é um termo conhecido mundialmente, referência fundamental para as reformas sanitárias, particularmente após a realização da já citada, I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata no ano de 1978 (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

Sabe-se que a APS é a chave do sistema de saúde o qual a maioria da população utiliza. Caracteriza-se por um conjunto de ações individuais e coletivas com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, com ações democráticas e participativas (REIS et al., 2013; BRASIL, 2012). Além de determinar o trabalho dos demais níveis de atenção (STARFIELD, 2002).

A APS não é o único, porém é o elemento essencial para se alcançar a cobertura universal com qualidade, pois, para se estruturar um sistema de saúde eficiente, efetivo e com equidade é necessário uma APS forte, sem isso, não se tem universalidade. Essa cobertura universal em saúde direcionada a uma APS qualificada significa oferecer acesso às ações e serviços de saúde aos indivíduos, família e comunidade, sem distinções. Isto é, proporcionar o acesso à atenção integral com ações coordenadas conforme a demanda da população em todas as fases da vida. É esta a razão de ser de um sistema de saúde (ANDERSON; ARMADILLO e FUENTES, 2016).

O acesso universal e contínuo da população aos serviços de saúde efetivos e de qualidade é uma das solidez da APS, uma vez que é a porta de entrada aberta e preferencial da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com território adscrito a fim de possibilitar o planejamento descentralizado e em consonância com o princípio da equidade (BRASIL, 2012; BRASIL, 2011). A dinâmica da APS com a ESF exige a delimitação dos territórios de abrangência, buscando facilitar a acessibilidade das comunidades aos serviços de saúde (PEREROSKEY; ANGELIS e FONZAR, 2015). Atualmente é possível observar a atuação de diversos territórios, tendo alterações de territorialidades no tempo. Esse reconhecimento auxilia na definição dos limites territoriais que englobe a realidade de cada local, permitindo diminuir as barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde (PEREROSKEY e BENADUCE, 2007). Portanto, o acesso é o componente-chave da APS, caracterizado como o serviço de saúde que o indivíduo procura para o primeiro contato quando há uma necessidade de saúde, devendo este ser acessível (STARFIELD, 2002).

Os benefícios do acesso de primeiro contato na APS refletem-se na redução da morbimortalidade, no tempo de resolução do problema de saúde, no número de consultas aos

especialistas e na procura pelos serviços de urgência e emergência. Como também auxilia na diminuição de encaminhamentos desnecessários e nos gastos do sistema. O acesso facilita o alcance de melhores resultados nas ações em saúde e viabiliza o seguimento do cuidado aos demais níveis de atenção (STARFIELD, 2002; CORRÊA et al., 2011).

Ao considerar os preceitos constitucionais que afirmam o direito à assistência à saúde para todos os cidadãos de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, o acesso aos serviços de saúde representa um marco de referência amplo para o estudo das dificuldades e avanços desse sistema, podendo ser apontado como o passo inicial na busca da efetividade no atendimento às necessidades de saúde da população (MARIN; MORACVICK e MARCHIOLI, 2014).

Nesse contexto e destacando a atual e acentuada expansão da APS nas Américas, particularmente no Brasil, torna-se imprescindível uma rigorosa produção de conhecimento que proporcione avaliar a qualidade dos cuidados primários oferecidos à população, principalmente com relação à estrutura, processo de atenção e resultados em saúde (SCHMIDT et al., 2011). Assim, a avaliação da APS surge como um objeto de gestão em saúde, que busca auxiliar a identificação de problemas nas ações desenvolvidas, avaliar a implantação de novas práticas e mensurar o resultado das políticas e programas de saúde no contexto da APS e da comunidade. Ela revela se as atividades desenvolvidas são adequadas e compatíveis com as reais necessidades locais e se causam impacto sobre o nível de saúde da população (BRASIL, 2005; PIRES, 2012).

Para a gestão em saúde, a avaliação da APS tem como finalidade melhorar as ações em saúde desenvolvidas e a prestação de contas, bem como, produzir o conhecimento essencial e eficaz para se praticar uma saúde de qualidade na visão dos atores envolvidos, articulando os diferentes indicadores sociais, de saúde e dos serviços, a fim de proporcionar mudanças permanentes das práticas, incorporando a micropolítica, a ética, a subjetividade e os conflitos às ações locais (CRUZ, 2015). O processo de avaliação deve ser construído de forma a prever a inclusão dos indivíduos fora do sistema, identificando possíveis focos de exclusão e compensando diferenças existentes, garantindo o retorno para as equipes de saúde, gestores, políticos e comunidade por meio de ações e intervenções efetivas (PIRES, 2012).

Para se efetivar uma avaliação de qualidade, o instrumento *Primary Care Assesment Tool* (PCATool-Brasil) surge como uma possibilidade de se identificar aspectos da estrutura e do processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade, tanto para o planejamento, como para a execução das ações de APS (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2010).

Diante do exposto, torna-se imprescindível consolidar os processos de avaliação deste nível de atenção, principalmente no que tange o acesso do usuário nesses serviços, buscando a efetividade do sistema de saúde, para assim, garantir a qualidade em saúde da população. Somado a isto, partilhando da observação de que a avaliação é essencial para a qualidade do sistema de saúde, têm-se as mudanças no padrão de morbimortalidade da população mundial, com um significativo crescimento no número de idosos, que impõe novos desafios à organização dos serviços de saúde, em que a APS ocupa o centro de diálogo para oferta de ações efetivas, possuindo um papel fundamental no envelhecimento saudável (REICHENHEIM et al., 2011; MENDES, 2011; BRASIL, 2006; OLIVEIRA et al., 2013).

Assim, em duas revisões de literatura, uma de tendências e outra de evidências, acerca do acesso do idoso na APS foram encontrados desafios a serem superados. Neste sentido, justifica-se a avaliação do atributo Acesso de Primeiro Contato de uma maneira ampliada a toda população usuária da APS, sob a ótica do profissional de saúde que encontra-se presente no dia a dia desses serviços, no intuito de desvelar a presença desse atributo nos serviços. Acredita-se que estes resultados contribuirão para conhecer e aprimorar o acesso à APS, com vistas à melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população.

Acredita-se na importância dos atores envolvidos na dimensão das ações de atenção à saúde, em aprimorar os conhecimentos acerca da APS e dos processos de gestão que envolvem esse nível de atenção, principalmente na perspectiva da avaliação, devido ser um tema que permite o monitoramento constante, contribuindo para a compreensão da real efetividade desse nível de atenção, fornecendo subsídios para o alcance de melhores resultados em saúde da população. Ademais, torna-se oportuno o enfermeiro adentrar à área da avaliação dos serviços em saúde, uma vez que ela favorece sua inserção no processo de gestão de sistemas de saúde, com condições de decidir e propor melhorias na assistência (CHAVES e TANAKA, 2012).

Portanto, este estudo pretende fomentar questões teóricas e práticas que envolvem o acesso da população aos serviços e a avaliação em saúde no cenário da APS nos municípios integrantes da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Rio Grande do Sul (RS), apresentando como **questão de pesquisa**: Como é avaliado, por profissionais de saúde, o acesso nos serviços de APS dos municípios integrantes da 4ª CRS/RS? Tendo em vista as considerações anteriormente tecidas, tem-se como **objetivo geral** avaliar o acesso em serviços de APS dos municípios integrantes da 4ª CRS/RS na perspectiva dos profissionais de saúde.

O presente estudo encontra-se vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM (PPGenf/UFSM), na Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde, com projeto de pesquisa pertencente ao Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Faz parte de um projeto matricial intitulado “PCATool (Primary Care Assessment Tool): Avaliação da Atenção Primária na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS/BR)”.

Os resultados desse estudo serão apresentados no modelo de artigos, sendo que o artigo 1 apresenta os resultados voltados à avaliação da presença do atributo Acesso de Primeiro Contato na APS. O artigo 2 apresenta os resultados referentes a prevalência do Acesso de Primeiro Contato face aos seus contextos sócio-espaciais. Os artigos 3 e 4 são, respectivamente, estudos de tendências e evidências acerca do acesso do idoso na APS e estão estruturados de acordo com a formatação de um periódico científico, no qual encontram-se em avaliação.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Avaliar o acesso em serviços de APS dos municípios integrantes da 4ª CRS/RS na perspectiva dos profissionais de saúde.

1.1.2 Objetivos específicos

- Medir a presença do atributo Acesso de Primeiro Contato na APS, por profissionais de saúde, em municípios integrantes da 4ª CRS/RS (Artigo 1);
- Analisar a prevalência e os fatores associados à presença do atributo Acesso de Primeiro Contato em serviços de APS nos municípios pertencentes à 4ª CRS/RS (Artigo 2);
- Analisar as contribuições do conhecimento científico produzido, em teses e dissertações brasileiras, sobre o acesso dos idosos na APS (Artigo 3);
- Analisar as evidências científicas acerca do acesso dos idosos na APS (Artigo 4).

2 REVISÃO DE LITERATURA

Em decorrência da estruturação que a temática - avaliação do acesso da população à APS apresenta, a revisão de literatura contempla um breve apanhado sobre APS, acesso na APS, território e avaliação em saúde seguida da descrição do instrumento PCATool-Brasil, com consequente direcionamento para o atributo Acesso de Primeiro Contato na versão para profissionais.

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No cenário internacional, desde o início do século XX, os sistemas de saúde têm sido organizados por meio de serviços classificados em diferentes níveis de atenção, conforme a complexidade tecnológica e as atribuições. O texto oficial *Lord Dawson of Penn*, divulgado na Inglaterra em 1920, propôs um sistema de saúde organizado em três níveis de atenção: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola, servindo como fundamentos de reorganização dos serviços de saúde em vários países e possibilitando uma atenção primária identificável e em funcionamento (STARFIELD, 2002).

Destarte, com o passar do tempo, várias ações de impacto para o desenvolvimento mundial da atenção primária foram realizadas. Em 1978, ocorreu a Conferência Internacional sobre APS, realizada na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, onde ficou definido seu conceito, convertendo-a de uma atenção convencional para uma integral. Desta forma, expressa o direito fundamental do ser humano à saúde, a importância da participação popular no planejamento e nas ações em saúde, além de destacar ações elementares e prioritárias para guiar os países e enfatizar o caráter peculiar das necessidades em saúde de cada país, tornando as ações desse nível de atenção flexíveis. Ao aumentar a orientação dos serviços da APS em direção às necessidades individuais e coletivas da população, a atenção convencional se aproxima dessa nova proposta (STARFIELD, 2002).

Todo sistema de saúde apresenta dois objetivos fundamentais. O primeiro é garantir a saúde da população por meio de novos conhecimentos e tecnologias. O segundo é acabar com as inequidades sociais e de saúde, potencializando o acesso aos serviços de saúde efetivos. Assim, reconhecendo essa dificuldade em proporcionar à população a equidade da atenção à saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reafirmou, em 1996 com a Carta de Lubliana, os princípios que constituem a sustentação da APS, entre eles, a cobertura universal e o acesso equitativo, direcionados para a atenção primária (STARFIELD, 2002).

No Brasil, o século passado foi marcado por diversos movimentos na tentativa de reestruturar o sistema de saúde para combater as epidemias e efetivar uma atenção à saúde integral. A incorporação dos novos conhecimentos às práticas de proteção da saúde individual e coletiva impulsionou os governos republicanos a elaborar planos de combate às enfermidades que reduziavam a vida produtiva da população. A contínua intervenção do Estado nas questões relativas à saúde desponta para a criação de uma política de saúde (BRASIL, 2011a).

Na segunda metade dos anos 70, se localiza a origem das discussões em torno do Movimento da Reforma Sanitária brasileira. Este movimento teve como estratégia a ocupação de todos os espaços de discussão possíveis, articulado com as lideranças políticas do país, promoveu encontros cuja finalidade não se resumia a planejar políticas para a área de saúde, mas influenciar na sua adoção, propondo um modelo público, democrático, com participação popular e serviços universais e descentralizados (PAIVA e TEIXEIRA, 2014; BRASIL 2011a).

Posteriormente, houve a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), reconhecida como o movimento mais relevante no processo de construção de uma saúde democratizada. Dela emergiu o conceito de saúde como sendo o resultado das diversas condições que garantam qualidade de vida à população, dentre as quais, o acesso aos serviços de saúde. Portanto, foi nessa conferência que se admitiu a criação de um único sistema de saúde que representasse um novo arcabouço institucional (BRASIL, 2011a). Assim, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do SUS, reconhecendo a saúde como um direito de todo indivíduo, cabendo ao Estado garanti-la, fundamentando-se nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, além de promover sua organização de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação popular, sendo regulamentado pelas Leis 8.080 e 8.142 de 1990 (BRASIL, 2011a).

Nos últimos anos, a construção do SUS vem avançando e fortalecendo evidências da importância da APS nesse processo, em que cada vez mais as três esferas administrativas compreendem que a mesma é o alicerce para que se concretize um sistema de saúde de qualidade. Desta forma, ela vem influenciando nos indicadores de saúde, apresentando um grande potencial regulador da utilização dos recursos de elevada densidade tecnológica, garantindo o acesso universal aos serviços que tragam reais benefícios à saúde da população, tendo como principal estratégia à Saúde da Família (BRASIL, 2011).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 com o objetivo de reorientar o modelo assistencial ainda biomédico, a partir da APS, garantindo os princípios do SUS.

Atualmente, o PSF é reestruturado na modalidade de Estratégia Saúde da Família (ESF), visto que o termo programa é restritivo, apontando para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. Já, a ESF constitui-se em uma estratégia de reorganização da atenção primária que não prevê um tempo para finalizar (COSTA; TRINDADE e PEREIRA, 2010).

Salienta-se que, para o presente estudo, será utilizado o conceito de APS desenvolvido por Barbara Starfield (2002), estudiosa da APS e referência adotada pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil. A autora conceitua a APS como o nível de atenção de um sistema de saúde pelo qual se entra e se tem acesso a todas as novas necessidades e problemas, com atenção integral sobre a pessoa no decorrer do tempo para as enfermidades e necessidades não raras, coordenando e integrando a atenção fornecida em outro lugar ou por outros profissionais (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2010).

2.2 ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Na essência da sociedade capitalista a universalidade constitui-se como um princípio que objetiva assegurar, a todos os indivíduos, o acesso a serviços e ações reconhecidos como básicos, como educação e saúde. As discussões sobre a universalidade ganham corpo com o aprofundamento da desigualdade social, base do capitalismo, e com o aprofundamento e disseminação da pobreza na classe trabalhadora (SILVA et al., 2013).

No Brasil, a narrativa da saúde sempre foi mediada por interesses políticos e econômicos, em que, a cada época vivenciada, foi emergindo necessidades e interesses que causaram, gradativamente, diversas mudanças até chegar a consolidação do sistema de saúde atual, ou seja, SUS (PONTES et al., 2010).

A estrutura do SUS foi instituída com base nas necessidades em saúde advindas da Reforma Sanitária Brasileira, que culminaram na definição dos princípios doutrinários e preceitos constitucionais que norteiam as ações desse sistema (GONDIM et al., 2008). São eles: a universalidade, representando o acesso da população a qualquer serviço de saúde; a equidade, ou seja, a garantia de acesso em igualdade de condições aos diferentes níveis de complexidade do sistema; e a integralidade assegurando ações integrais, não mais fragmentadas (SOUSA, 2008).

Destaca-se o princípio da universalidade, uma vez que, por meio dele, foi garantido, na Constituição de 1988, o direito a saúde a todo o cidadão brasileiro (PONTES et al., 2010). No seu artigo 196 a mesma é garantida mediante políticas sociais e econômicas que objetivem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e

serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Ademais, a legislação brasileira traz a saúde como resultado das condições de educação, renda, meio ambiente, habitação, trabalho, lazer, acesso aos serviços de saúde, entre outras, pertencendo ao Estado à garantia das condições necessárias para alcançá-la (BRASIL, 1990). Assim, com a efetivação do direito à saúde tem-se o direito ao acesso às ações e serviços de saúde (PONTES et al., 2010).

Para a organização dos serviços do SUS é necessário a existência de uma RAS articulada que proporcione o acesso universal, equânime, integral e o mais próximo possível do usuário (SILVA, L. et al., 2011). Essa acessibilidade não é uma característica apenas da APS, pois todos os níveis de atenção devem estar acessíveis, satisfazendo as necessidades dos usuários no tocante à saúde (STARFIELD, 2002).

Neste cenário, tem-se o Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, e define que o acesso universal, ordenado e igualitário às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2011b). Nesse sentido, a APS deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das RAS, sendo elas: ser a base, ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes (BRASIL, 2012).

Os princípios organizacionais da hierarquização e da regionalização das ações do SUS caracterizam-se pela distribuição de ações e serviços de saúde em todas as regiões, em diferentes níveis de complexidade tecnológica, atendendo assim às necessidades de toda a população, garantindo as formas de acesso e a continuidade da assistência dentro da rede (PONTES et al., 2010). Ou seja, a hierarquização refere-se a organização dos serviços por níveis de atenção de diferentes complexidades tecnológicas, garantindo as formas de acesso e os serviços necessários à complexidade exigida. Na regionalização, tem-se uma delimitação territorial para a organização do sistema de saúde por meio de estratégias regionais entre municípios vizinhos. Assim, buscando direcionar as ações para proporcionar à população acesso as ações e serviços de saúde em qualquer nível de atenção do sistema, o mais perto possível do usuário (TEIXEIRA, 2011; BRASIL, 2009; PONTES et al., 2010).

Somados a estes, tem-se o princípio da descentralização, constituído pela transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal para os estados e municípios (TEIXEIRA, 2011). Esse princípio coloca em prática, especialmente, o movimento da municipalização, ou seja, a transferência de responsabilidades e recursos para a esfera municipal. Esse movimento estimula novas competências dos gestores locais, além de meios adequados à gestão de redes assistenciais de caráter regional e macrorregional, permitindo o

acesso, a integralidade da atenção e a racionalização, além de constituir-se no eixo orientador das políticas públicas locais (BRASIL, 2009; WEILLER, 2008).

Assim, a ampliação e garantia do acesso à saúde da população local fica sob a responsabilidade do município, principalmente no que tange as ações de APS, pois é prioritária na atenção à saúde já que possibilita melhor organização e funcionamento de todo o sistema (WEILLER, 2008; BRASIL, 2009). Isso porque quando funciona adequadamente, a população consegue resolver com qualidade a maioria dos seus problemas de saúde. Ademais, diminui a demanda para os demais níveis, potencializa a satisfação dos usuários e racionaliza a utilização de recursos (BRASIL, 2009).

Pensar que existe um ponto de entrada cada vez que um novo atendimento em saúde é necessário e saber que este ponto deve ser de fácil acesso é intrínseco à organização dos serviços de saúde por nível de atenção. Ou seja, este ponto de primeiro contato do usuário com o serviço de saúde é conhecido como porta de entrada (STARFIELD, 2002).

No Brasil, o acesso à RAS deve acontecer por meio dessas portas de entrada, isso significa que, para que as ações de saúde aconteçam, é necessário estabelecer um primeiro contato entre os profissionais de saúde e o usuário. Esse encontro deve acontecer principalmente na APS, pois é a porta preferencial do sistema de saúde (SILVA, L. et al., 2011; BRASIL, 2012). Tal organização é considerada o caminho para a consolidação do SUS, tornando-se determinante para sua organização. Porém, para que se concretize é preciso garantir acessibilidade e acesso aos serviços de saúde desse nível de atenção, pois o principal sentido da porta de entrada é o acesso integral ao sistema de saúde (SILVA, L. et al., 2011; WHO, 2008; AZEVEDO e COSTA, 2010).

O SUS ampliou o acesso da APS, a partir de 1994, quando foi criada o PSF, transformada em ESF em 1996, que desde então vem se expandindo sensivelmente, pois, sua população adscrita logo deve coincidir com toda a população mais necessitada do Brasil. (AZEVEDO e COSTA, 2010). Essa expansão se tornou essencial na garantia do acesso a partir da APS (BRASIL, 2012).

Além disso, diversos documentos do Ministério da Saúde abordam a questão da melhoria da qualidade do acesso da população aos serviços de saúde, como a Norma Operacional de Assistência à Saúde 2001 (NOAS-SUS), criando estratégias com o intuito de, entre outras, garantir a ampliação do acesso e da qualidade da APS. Há também a Política Nacional de Humanização (2004) que tem como uma das prioridades, reduzir as filas e o

tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004).

Sabe-se que a acessibilidade pode ser uma linha de análise significativa para a operacionalização de processos avaliativos, pois facilita a compreensão da relação entre as necessidades e desejos da população no que concerne às ações em saúde e a oferta de recursos para atendê-las (FEKETE, 1996). A abordagem do acesso não considera o todo pela soma das partes, pois é multidimensional e indissociável, sendo reconstruído no cotidiano das experiências humanas. Portanto, o conceito de acesso aos serviços de saúde deve considerar a relação existente entre os indivíduos e o sistema de saúde, em um enlace de necessidades e respostas, geralmente frágil (AZEVEDO e COSTA, 2010).

É nessa linha de pensamento que Donabedian, avança na amplitude do conceito de acesso para além da entrada nos serviços, pois, para ele, tem-se a acessibilidade, que implica também no grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e da população, mergulhados em um processo de busca e obtenção de atenção à saúde (AZEVEDO e COSTA, 2010; TRAVASSOS e MARTINS, 2004; DONABEDIAN, 1973). Ou seja, perpassa a simples disponibilidade de recursos em determinado tempo e espaço, é a oferta de serviços que respondam as demandas da população (SANCHEZ e CICONELLI, 2012). Nessa mesma perspectiva, Starfield (2002) traz a acessibilidade como elemento estrutural necessário para que a APS se concretize como porta de entrada do sistema de saúde.

Percebe-se que o conceito de acesso é complexo, diversas vezes empregado de forma imprecisa em sua relação com o uso de serviços de saúde. É um conceito que varia entre autores e que muda ao longo de tempo e de acordo com o contexto. A terminologia empregada também é variável, sendo utilizado o substantivo acessibilidade, acesso ou ambos (TRAVASSOS e MARITINS, 2004).

Vale destacar que para o presente estudo, considera-se a perspectiva trazida por Barbara Starfield, que considera que os termos acesso e acessibilidade são usados de forma intercalada e, comumente, imprecisa. Visto que, para ela, a acessibilidade possibilita aos usuários chegarem aos serviços, ou seja, é um aspecto estrutural imperioso do sistema ou serviço de saúde para atingir a atenção de primeiro contato. Já o acesso é a forma como o usuário experimenta esta característica do serviço de saúde (STARFIELD, 2002).

O acesso impacta positivamente na redução da morbimortalidade, e tê-lo como o primeiro recurso a ser procurado pelo usuário possibilita uma atenção mais adequada, com melhores resultados de saúde, bem como redução de custos ao sistema (STARFIELD, 2002).

Para oferecer acessibilidade o serviço de saúde precisa ser disponível e facilmente acessível. Ressalta-se que existem diversos tipos de acessibilidade (STARFIELD, 2002). Essa variedade de dimensões que englobam o acesso e/ou acessibilidade dependerá da perspectiva e objetivo dos diversos autores que pesquisaram o tema, entre eles: Sousa (2008); Albuquerque et al. (2014); Assis e Jesus (2012); Fekete (1996); Azevedo e Costa, (2010); Siqueira et al. (2009); Starfield (2002); Cunha e Silva (2010).

No que concerne essa variedade de dimensões acerca do acesso e/ou acessibilidade de diversos autores, tem-se as dimensões sugeridas por Donabedian. Em suas obras de 1973 e 1988 apresenta as dimensões do acesso/acessibilidade sócio-organizacional e a do acesso/acessibilidade geográfica. O primeiro engloba as características e recursos que dificultam ou facilitam a tentativa das pessoas em obter o atendimento, ou seja, são todos os aspectos de funcionamento dos serviços, focalizado na utilização dos mesmos, que interferem na sua relação com o usuário. Já o segundo envolve as características relacionadas ao tempo e a distância percorrida para chegarem até o serviço, ou seja, a distribuição espacial dos recursos, a localização das unidades e a existência de transporte (STARFIELD, 2002; CUNHA e SILVA, 2010).

Portanto, a acessibilidade refere-se à possibilidade do usuário chegar ao serviço de saúde, diretamente relacionada à estrutura desses serviços, possibilitando o primeiro contato (WEILLER, 2008). O que configura o acesso de primeiro contato um dos atributos essenciais para se alcançar a qualidade dos serviços de saúde (STARFIELD, 2002). Ademais, sabe-se que o mesmo se materializa por meio de uma base territorial organizada de acordo com as particularidades de sua população, o que emerge a necessidade de compreender a organização do sistema de saúde por meio da definição de um território.

2.3 TERRITÓRIO

Desperta-se o contexto do território inicialmente trazendo o conceito de espaço, uma vez que, é a amplitude em que se dão os territórios. Espaço é o conjunto de territórios, produzidos socialmente, onde os acontecimentos ocorrem simultaneamente, sendo que suas repercussões são experimentadas de maneiras diferentes, conforme a organização sócio-espacial, política, econômica e cultural da população que compõe cada território. A variedade de territórios modifica a percepção dos indivíduos sobre os riscos distribuídos no espaço, ou seja, estão relacionados à condição de vida individual e coletiva, como também a vulnerabilidade em que estão expostos diariamente (GONDIM et al., 2008). Assim, o

território se apresenta como um recorte do espaço qualificado por seu sujeito (FARIA e BORTOLOZZI, 2009).

Território é um espaço que está em permanente construção, produto da dinâmica social onde os sujeitos sociais se tencionam na arena política (MENDES, 1993). Também caracteriza-se por ser um espaço singularizado, em que se realiza pressões econômicas e políticas sobre a sociedade, criando condições diferenciadas de sua utilização por cada ator social. Sempre apresenta limites, em seu interior é relativamente homogêneo, sua identidade depende da história que o construiu e é detentor de poder, tanto do Estado como dos cidadãos. Essa é a característica que o torna importante para as políticas sociais públicas na consolidação de ações que auxiliam na superação das necessidades da população que o compõe (GONDIM et al., 2008). É construído e reconstruído pelas relações de poder que envolvem diversos atores que territorializam suas ações no cotidiano, podendo sua delimitação ser imprecisa, irregular e mutável historicamente (SAQUET e SILVA, 2008). São as relações de poder que criam as condições políticas, culturais e sociais que demonstram naturalmente os perfis e os limites dos territórios (FARIA, 2013).

No momento em que se tem um território, tem-se territorialização e territorialidade, ou seja, o processo (prática) de formação de territórios e as relações de poder (estratégias) para sua concretização (FARIA, 2013). O primeiro é o processo de territorialização, um movimento determinado historicamente pela expansão do modo de produção capitalista e os diversos contextos culturais, sendo um dos produtos sócio-espacial das contradições sociais entre economia, política e cultura que determina as diferentes territorialidades no tempo e o espaço. Caracteriza-se como o processo de formação do território pelo qual as articulações estruturais e conjunturais a que os indivíduos estão submetidos em um determinado tempo histórico se materializam, intimamente correlacionados ao modo de produção vigente. Já o segundo é quando coexistem, em um mesmo espaço, várias relações de poder, de modo que uma área com várias territorialidades é considerada com vários territórios. Ela resulta das relações políticas, econômicas e culturais, criando heterogeneidades espacial, paisagística e cultural - é uma expressão geográfica do exercício do poder no território (GONDIM e MONKEN, 2008). Assim, as diversas dimensões próprias das relações sociais, seus fluxos e usos diferenciados produzem territórios e territorialidades variadas (FARIA e BORTOLOZZI, 2009).

Ao compreender a dinamicidade das relações que corroboram para diferentes usos do espaço, torna-se possível definir um território para implementação das ações em saúde, estabelecendo as relações entre os territórios em diferentes escalas. Portanto, pode-se transitar

entre as escalas territoriais locais, que incluem o acesso aos serviços, a moradia, a qualidade de vida, entre outros. Como também globais, entre as quais, políticas públicas, infraestrutura e economia, possibilitando estabelecer as relações com os processos sociais como saúde, educação, entre outros. Os diferentes usos e as funções que cada território apresenta podem revelar as condições de acesso aos serviços de saúde, a exclusão sócio-espacial, os fatores de risco, entre outros determinantes das situações de saúde da população pertencente à ele (FARIA e BORTOLOZZI, 2009).

2.3.1 Território na saúde

A partir do momento em que o espaço é compreendido no contexto do desenvolvimento técnico-científico-informacional, o setor saúde começa a compreender a doença como o resultado da dinâmica social complexa, não mais apenas na perspectiva unicausal (FARIA e BORTOLOZZI, 2009).

Reconhecer o território como o resultado de um acervo de situações históricas, sociais, ambientais que incrementam as condições singulares para o surgimento de doenças é a base que possibilita caracterizar a população pertencente a ele e seus problemas de saúde. Ademais, auxilia na avaliação dos serviços de saúde, no seu impacto na qualidade de vida e nos níveis de saúde da população, possibilitando a abertura de espaços para o desenvolvimento de ações de saúde a nível local, ou seja, voltadas para o lugar da vida cotidiana das pessoas (GONDIM et al., 2008; SANTOS e RIGOTTO, 2011).

O território perpassa o espaço político-operacional do sistema de saúde, pois é o local onde uma população específica vivencia tempo e espaço singulares, com necessidades de saúde definidas e que interagem com os gestores e profissionais das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. É mais do que a uma extensão geométrica representada apenas pelo solo, ele considera toda dinamicidade das relações e perfis que acabam culminando em uma realidade de saúde nunca finalizada, ou seja, sempre em movimento, em um processo de constante construção e reconstrução (MENDES, 1993). Para operacionalizar suas ações, o SUS utiliza uma gama de divisões territoriais de atuação administrativa, gerencial, econômica ou política que se estruturam no espaço e criam territórios próprios, dotados de poder (GONDIM et al., 2008).

A estrutura territorial do SUS é uma técnica de gestão e uma política de Estado de caráter prático. É utilizada para se delimitar as áreas e população de atuação das unidades de APS, sendo uma proposta do governo para a organização desse nível de atenção em todo o

país. Auxilia na aplicação equitativa dos recursos e define o modo de inscrição espacial dos serviços e as formas de acesso (FARIA, 2013). Assim, a APS consegue ser a porta de entrada para o SUS, uma vez que, um território definido indica a porta, ou seja, o serviço e a população a passar por ela. Portanto, os atributos essenciais da APS, definidos por Starfield, não se concretizam se não houver um território definido para atuação dos serviços (BRASIL, 2010; FARIA, 2013).

O ponto inicial para a reorganização do sistema local de saúde foi redesenhar as bases territoriais na tentativa de garantir os princípios doutrinários do SUS. Destarte, a territorialização em saúde emergiu como uma metodologia capaz de realizar as mudanças do modelo assistencial e nas práticas em saúde. Ela possibilitou a formação de novos arranjos loco-regionais por meio do reconhecimento do território como resultado das dinâmicas das relações e contextos de vida da população, sua situação de saúde e acesso aos serviços e ações de saúde (TEIXEIRA; PAIM e VILLASBÔAS, 1998).

A saúde como direito é o que determina o principal princípio do SUS, a universalidade da atenção. Essa característica impôs ao Estado um arranjo territorial para a organização dos serviços, uma vez que, um serviço só é acessível a todos quando se tem acesso. Por sua vez, o acesso depende da existência de serviços nos territórios. Assim, foi implementada a política de descentralização da saúde no Brasil, na tentativa de ofertar serviços nos territórios, tornando o sistema acessível. Nessa perspectiva, o direito a saúde está atrelado ao território e a maneira como os serviços estão distribuídos territorialmente. Bem como o princípio da universalidade está vinculado ao da equidade da atenção, ou seja, o da justiça que se traduz na efetivação do direito à saúde (FARIA, 2013).

Ao considerar todas as dimensões envolvidas no direito à saúde, tem-se também o direito ao território, uma vez que, o conceito ampliado de saúde perpassa a questão médica, adquirindo um contexto social. Portanto, esse direito não se efetiva sem a efetivação do direito à vida, ou seja, direito à cidadania. Dessa forma, não existe equidade social sem que haja equidade territorial (FARIA, 2013). O mesmo autor justifica essa observação dizendo que:

“[...] O caráter sistêmico do SUS faz todo sentido, ou seja, a necessidade de que suas ações e serviços sejam arranjos integrados. Do contrário, não seria um sistema de saúde, nem mesmo universal (único) e dificilmente equitativo [...]. Portanto a expressão “a saúde é direito de todos” carrega consigo os três princípios doutrinários SUS - universalidade, equidade e integralidade - e encaminha para a necessidade do arranjo territorial (integrado, sistêmico, equitativo) dos serviços e das ações” (FARIA, 2013, p. 2; grifo do autor).

Ou seja, as ações do SUS podem ser compreendidas como práticas territoriais, pois devem englobar os direitos ao território, entre os quais inclui o direito à saúde (FARIA e BORTOLOZZI, 2009). Inicia-se um processo de territorialização que inclui construção da integralidade, da qualidade na atenção e gestão em saúde, além da humanização. Um sistema acolhedor, responsável e efetivo nas práticas, assegurando a determinação dos sujeitos para direcionar a vida com saúde. Essa territorialização perpassa a dimensão técnico-científica e do trabalho, amplia a reorientação dos saberes e práticas na saúde (CECCIM, 2005).

No que tange as diretrizes, a regionalização surge como uma estratégia de organização dos serviços segundo níveis de complexidade tecnológica (primário, secundário e terciário). Apresenta área delimitada e população definida, buscando oferecer atendimento integral em todos os níveis de atenção do sistema por meio de um polo assistencial que articula a rede de serviços de saúde para proporcionar cobertura à população delimitada. Destaque para o nível primário, ou seja, APS que, diferente dos demais níveis, deve operar em uma base territorial definida (FARIA, 2013). A regionalização organiza a assistência por meio de sua unidade territorial, a região de saúde (GONDIM et al, 2008).

Região de saúde é um espaço geográfico contínuo composto por um grupo de municípios limítrofes, delimitado por identidades sociais, econômicas, culturais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011). Ela deve possibilitar a organização da rede de serviços e ações de saúde que garanta os princípios da universalidade do acesso, equidade e integralidade da atenção (GONDIM et al., 2008).

Nessa perspectiva, a municipalização emerge com a necessidade de delimitar uma base territorial de abrangência populacional para cada sistema local de saúde. Objetiva responder as necessidades de saúde de cada área delimitada, além de incentivar a autonomia municipal. A articulação entre regionalização e municipalização se dá por meio da descentralização e centralização das ações, sendo os serviços municipais os principais responsáveis pelo atendimento à população. Pressupõe que os serviços sejam organizados em rede orientados pelas égides da regionalização e hierarquização. Essa organização amplia o acesso aos serviços de saúde com menor custo e maior qualidade, com integralidade das ações, integração entre os serviços e modernização para atender ao princípio da descentralização. Atualmente a apropriação dessas concepções e sua utilização na organização dos sistemas locais de saúde estão a critério dos profissionais, instituições e gestores de saúde (GONDIM et al., 2008).

Na organização da APS os termos, espaço territorial, área de abrangência de unidade, referência e contra-referência e adscrição da população ficam evidentes nos textos normativos como possibilidades de demarcação de território. Inicia-se com o objetivo de conhecer a dinâmica das relações que envolvem a população e seu processo saúde-doença como resultante da relação entre as diversas dimensões. Também propicia criar as condições necessárias para acompanhar e intervir nas necessidades que emergem do território (GONDIM et al., 2008). Abrange a gestão e organização do sistema, a locação dos recursos, articulação das bases de oferta de serviços por meio de fluxos entre os municípios, além da coleta de informações do território (GONDIM e MONKEN, 2008).

Além dos princípios e diretrizes que se fundamentam e se organizam a partir do conceito de território, em 1991 criou-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde com a finalidade de cadastrar, acompanhar e vincular ao serviço de saúde um número determinado de famílias adscritas em uma área territorial determinada. Outra iniciativa no contexto de território foi a criação do PSF, mais tarde denominado ESF, que veio acompanhada dos termos de adscrição da população, território de abrangência e territorialização. Este último compreendido como uma ferramenta metodológica para auxiliar no reconhecimento das condições de vida, saúde, ambiente, além de dados epidemiológicos e demográficos da população sob a responsabilidade da unidade. A ESF é a menor unidade espacial de base territorial do sistema de saúde (GONDIM et al., 2008).

A definição da área de abrangência dos serviços de APS representa a área de sua responsabilidade e se baseia em critérios de acessibilidade e fluxos da população. O acesso relaciona-se as condições de vida das pessoas e pode ser analisado sob diversas perspectivas, entre elas, a geográfica (distância percorrida para chegar ao serviço, barreiras físicas no percurso e disponibilidade de meios de transporte); a funcional (qualidade dos serviços oferecidos); a cultural (valorização dos costumes da população); e a econômica (exclusão de vários grupos sociais e as inequidades no acesso aos serviços de saúde) (PEREHOUSKEI; ANGELIS e FONZAR, 2015).

A territorialização é considerada uma estratégia central para a consolidação do SUS, tanto para reorganização do processo de trabalho, como para reconfiguração do modelo de atenção. Permite aos sujeitos envolvidos nesse processo, entender a dinâmica dos lugares e das populações, os diversos fluxos que estimulam os territórios e as paisagens do espaço cotidiano. Revela como os sujeitos produzem e reproduzem socialmente as condições de vida, destacando as desigualdades sociais e inequidade em saúde (GONDIM e MONKEN, 2008).

Percebe-se que a utilização da categoria território auxilia na operacionalização de diversas situações em saúde relacionadas às necessidades que o sistema tem de promover e proteger a saúde da população, buscando estratégias para diminuir os riscos e agravos decorrentes do cotidiano de vida das pessoas (GONDIM et al., 2008).

No contexto do território, onde se materializam e se operam as ações em saúde da APS, compreender como o acesso se efetiva é uma tarefa importante para os sujeitos envolvidos na gestão desse nível de atenção. Assim, a avaliação em saúde surge para facilitar a obtenção desse conhecimento, auxiliando na tomada de decisões, contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas e o aprimoramento das ações na APS.

2.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A atividade de avaliação é intrínseca ao processo de aprendizagem, sendo atualmente difundida entre diversas realidades, consistindo, fundamentalmente, em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado de uma avaliação normativa, com a aplicação de critérios e normas, ou por meio de uma pesquisa avaliativa, elaborada a partir de um procedimento científico. Assim, a importância da avaliação está fortemente centrada neste conceito, haja vista a sua contribuição para a melhoria da qualidade dos serviços destinados à população (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; SARTI et al., 2008).

Considerando a área da saúde, sempre existiram mecanismos de avaliação, tanto da prática médica quanto da qualidade dos serviços de saúde, caracterizados pela formação tanto da opinião pública quanto dos conselhos corporativos. Neste sentido, se considera a hipótese do relatório Flexner, publicado em 1910, ser a primeira sistematização contemporânea de um mecanismo de avaliação ensino/prática médica e, em 1916, seguindo as mesmas determinações de Flexner, surge outro estudo clássico sobre avaliação dos serviços de saúde realizado por Codman. Com o passar dos anos, os crescentes custos da atenção médica e da sua complexidade desencadeiam a expansão de trabalhos e pesquisas de avaliação da qualidade e dos custos desses serviços (REIS et al., 1990).

Após 1945 surge o conceito de avaliação dos programas públicos advindo da substituição do mercado pelo Estado no controle de algumas áreas da sociedade como educação e saúde. Assim, buscaram-se meios para que os recursos disponíveis fossem eficazes às ações, por meio da aplicação de metodologias criadas pelos economistas da época,

pioneiros da avaliação. Porém, essas metodologias mostraram-se ineficazes para as áreas sociais, sendo necessária uma abordagem interdisciplinar que acabou profissionalizando a avaliação (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Em meados dos anos 70, com o fim dos programas de seguro médico, a diminuição do crescimento econômico e o Estado como financiador dos serviços de saúde, surge a necessidade de se avaliar as ações sanitárias, visando o controle dos custos do sistema de saúde sem prejuízos à sua qualidade. Todavia, as decisões que garantam menores custos mantendo a qualidade são complexas, pois o sistema de saúde apresenta diversas perspectivas em constante movimento e influenciáveis entre si, tais como o acelerado desenvolvimento tecnológico e as mudanças demográficas e epidemiológicas da população (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Atualmente a gestão de serviços de saúde tem a finalidade de otimizar o funcionamento das organizações de forma a obter melhor custo-efetividade e qualidade das ações. Nesse processo, o gestor utiliza conhecimentos e procedimentos, por meio da avaliação, que lhe permitem conduzir o funcionamento dos serviços na direção dos objetivos definidos (TANAKA e TAMAKI, 2012).

Dessa forma, a avaliação em saúde tornou-se uma ferramenta fundamental para gerar informações sobre a eficácia, eficiência, funcionamento e custo-benefício do sistema de saúde, apresentando grande prestígio em diversos países, proporcionando inúmeros programas de formação, debates e estudos na área. Este desenvolvimento da avaliação expõe sua importância para a gestão em saúde, como também sua complexidade, implicando diretamente na regulação e no controle dos investimentos por parte do Estado, proporcionando a mudança social almejada por atores sociais e políticos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; CRUZ, 2015).

A implantação e a consolidação do SUS envolveram, e continuam envolvendo, atores e múltiplos contextos locais, bem como diferentes relações de poder, reorganização de serviços e transferência de ações decisórias. Assim, os princípios que orientam a reforma do sistema de saúde brasileiro expressam e justificam a existência de avaliações como um processo permanente e contínuo em busca da qualidade da atenção (CRUZ, 2015; CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Desenvolver mecanismos de avaliação da capacidade e desempenho da APS como porta de entrada do SUS é imprescindível, tanto para a consolidação das ações implementadas, quanto para fomentar o processo de discussão crítico-reflexiva sobre a melhor proposta para organizar esse nível de atenção (REIS et al., 2013; ARAÚJO et al., 2014). No

contexto da APS, a avaliação torna-se essencial, na medida em que possibilita um olhar crítico sobre o que está sendo feito e uma comparação com o que deveria estar ocorrendo, possibilitando ajustes nos processos em busca de melhores resultados (DONABEDIAN, 1978).

Entre os autores que estudam avaliação, Avendis Donabedian foi o que mais se aproximou de uma proposta de avaliação dos serviços de saúde. O mesmo, baseando-se nas experiências de avaliação desenvolvidas por Flexner e Codman, e tendo como referencial a Teoria Geral dos Sistemas, sistematizou a avaliação qualitativa de atenção médica em três aspectos: estrutura, processo e resultado, sendo considerados à tríade fundamental para a compreensão da avaliação da qualidade em saúde (REIS et al., 1990; MALIK e SCHIESARI, s.d.).

A estrutura refere-se aos recursos disponíveis para a assistência médica, incluindo organização administrativa, instalações, equipe e perfil dos profissionais; o processo refere-se às atividades relacionadas à atenção na assistência e à competência médica para prestá-la; e o resultado é o produto final da realização da assistência, ou seja, a saúde, a satisfação, o alcance das expectativas com os serviços de saúde (DONABEDIAN, 1978). No interior de cada componente, as características individuais diferem de local para local, época para época, mas cada sistema de saúde apresenta uma estrutura (capacidade), que possibilita a oferta de serviços; os processos (desempenho), que envolvem ações por parte dos profissionais de saúde, dos usuários e da população; e o resultado, refletido nos diversos aspectos da saúde (STARFIELD, 2002).

Considerando a mensuração da tríade de conceitos criados por Donabedian, Barbara Starfield - médica pediatra, pesquisadora de serviços de saúde, professora na Universidade de *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health* e na faculdade de medicina, sendo diretora do *Primary Care Policy Center*, com propostas na área dos cuidados primários de saúde – desenvolveu um processo de avaliação baseado no pensamento de que uma atenção médica eficaz não está limitada ao tratamento da enfermidade em si. Ela deve considerar o contexto no qual a doença ocorre e no qual o paciente vive, destacando a influência e a relevância em se considerar todos determinantes de saúde no impacto da qualidade de vida dos indivíduos e coletividades (STARFIELD, 2002).

A compreensão brasileira sobre a APS vai ao encontro do conceito elaborado por Starfield (2002), destacando a importância desse nível de atenção como orientador do sistema de saúde a fim de propiciar a entrada a todas as novas necessidades e problemas de saúde, a atenção sobre a pessoa de maneira longitudinal e para todas as enfermidades sensíveis à ela,

garantindo a integralidade da atenção oferecida (REIS et al., 2013). A autora, com o objetivo de desenhar a qualidade da atenção primária, retirou desse conceito os atributos essenciais, que caracterizam a organização da APS, e os derivados, que qualificam as ações da mesma (STARFIELD, 2002; ARAÚJO et al., 2014; BRASIL, 2010).

Dentro desse contexto e considerando as evidências elevadas de que a APS contribui de maneira decisiva para melhorar a saúde da população, em 2001, nos Estados Unidos, Starfield, juntamente com colaboradores, desenvolveu e validou um instrumento de avaliação da APS, denominado *Primary Care Assessment Tool* (PCATool). Este avalia a estrutura e os processos oferecidos pelos serviços de saúde, por meio da mensuração da presença e da extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS (BRASIL, 2013; BRASIL, 2010).

No Brasil, Harzheim e colaboradores, (2006), validaram esse instrumento com o nome de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool – Brasil). Baseado nesse referencial, o MS (2010) oficializou sua utilização por meio da publicação de um manual, servindo como um importante recurso de gestão da APS (NODARI; OLEA e DORION, 2013).

2.5 PCATool – BRASIL

O PCATool-Brasil é constituído por quatro atributos essenciais – Atenção/Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação da Atenção – e três atributos derivados - Centralização na Família, Competência Cultural e Orientação para a Comunidade, sendo eles conceituados a seguir, conforme Starfield (2002):

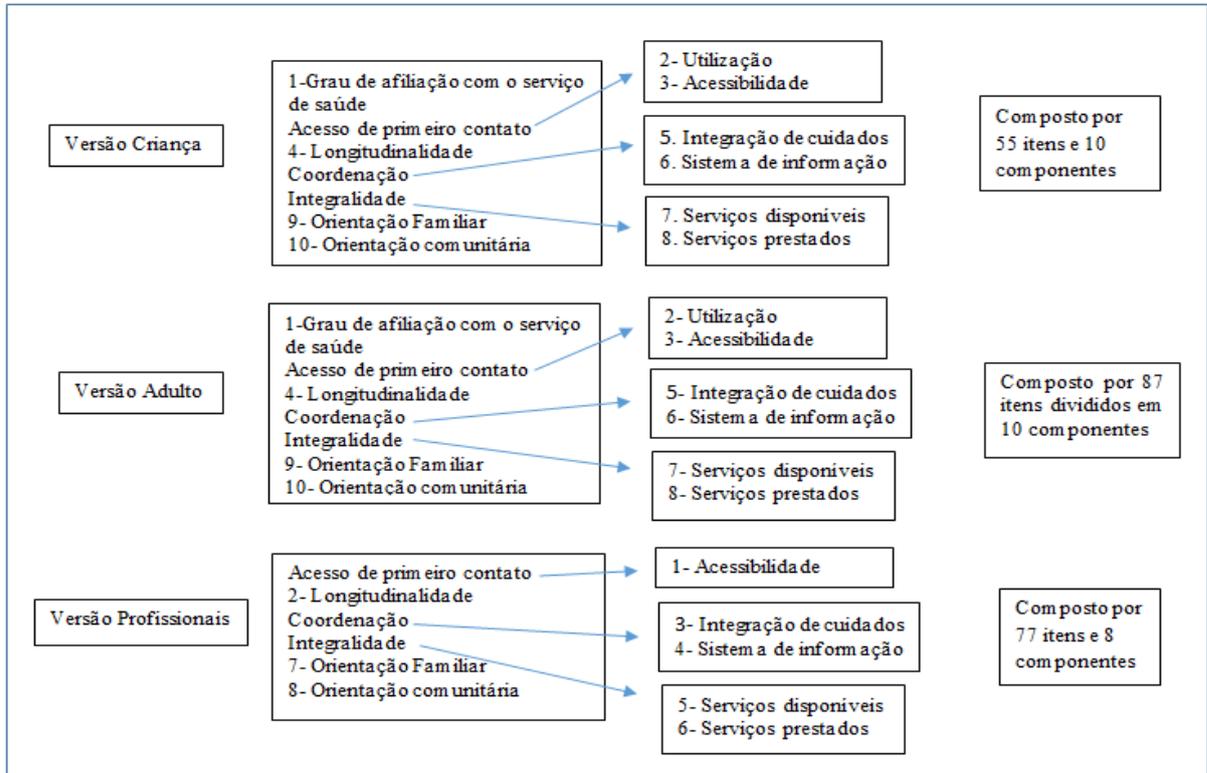
- Atenção (acesso) de primeiro contato: implica em acessibilidade e utilização dos serviços para cada novo problema ou para acompanhamento rotineiro de saúde.
- Longitudinalidade: constitui-se na existência de um aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo em um ambiente de relação mútua entre equipe de saúde, indivíduos e famílias.
- Integralidade: consiste na prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização por outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento dos problemas locais, oferecendo e garantindo os diversos serviços preventivos e curativos.

- Coordenação da atenção: é a capacidade de garantir a continuidade da atenção no interior da rede de serviços.
- Centralização familiar: implica em considerar a família como o sujeito da atenção.
- Competência cultural: adaptação da equipe de saúde às características culturais especiais da população, facilitando a relação e a comunicação com a mesma.
- Orientação comunitária: é o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem as pessoas.

Esta operacionalização do conceito da Starfield permite a identificação do grau de orientação à APS, possibilitando a comparação entre sistemas ou tipos de serviços, além da associação entre a presença dos atributos e a efetividade da atenção, tanto em nível individual quanto coletivo (HARZHEIM et al., 2013). Dessa forma, um serviço da APS é considerado provedor de atenção primária quando apresenta os quatro atributos essenciais e com potencial interação com as pessoas quando apresenta também os três derivados, proporcionando assim uma atenção integral à comunidade. A identificação da presença e da extensão desses atributos é fundamental para definir um serviço como verdadeiramente orientado para a APS. Ressalta-se que os atributos, mesmo sendo inter-relacionados na dinâmica dos serviços da APS, podem ser avaliados isoladamente (BRASIL, 2010).

O PCATool-Brasil apresenta três versões, uma no contexto da criança, outro para o adulto e outra para os profissionais (Figura 1). Cada atributo essencial identificado no instrumento é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção e cada componente apresenta um número determinado de itens (perguntas e respostas). Os itens referentes ao grau de afiliação buscam identificar o serviço ou o profissional de saúde que serve como referência para os cuidados do entrevistado e que versará o restante do instrumento (BRASIL, 2010).

Figura 1 – Descrição do instrumento PCATool–Brasil.



Fonte: BRASIL (2010) adaptado pelo autor.

Destaca-se que, atualmente, não há outro instrumento validado que busque mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS em diferentes serviços de saúde no país, e que possibilite realizar pesquisas com qualidade e rigor, tanto acadêmicas como para profissionais da saúde e gestores (BRASIL, 2010). Ademais, salienta-se que o presente estudo abordou apenas o atributo Acesso de Primeiro Contato do PCATool Brasil - versão profissionais.

2.5.1 Atributo Acesso de Primeiro Contato no PACTool-Brasil e sua versão para profissionais.

Compreender que existe uma porta de entrada do usuário no sistema de saúde cada vez que um novo atendimento é necessário, e que esta deve ser de fácil acesso, é inerente à organização dos serviços de saúde, independentemente do nível de atenção. Estabelecer um ponto de primeiro contato com o sistema, movimentando as RAS, são elementos fundamentais para organizar o SUS de maneira integrada, proporcionando qualidade na

atenção menos onerosa. Para que a APS se concretize como porta de entrada ao sistema de saúde, é necessário que a fonte seja acessível, uma vez que o fácil acesso é a atributo fundamental na redução da qualidade de saúde da população (STARFIELD, 2002).

A base para se atingir uma atenção ao primeiro contato está na acessibilidade e no uso do serviço para toda necessidade, recorrente ou não, do usuário que procura atenção de saúde. O serviço de saúde, por sua vez, independente do que define como acessibilidade, não oferece atenção ao primeiro contato a não ser que o usuário o reconheça como acessível e reflita isto na sua utilização (STARFIELD, 2002).

Portanto, a medição do atributo Acesso ao Primeiro Contato envolve a avaliação da acessibilidade, ou seja, prestação de serviços que sejam acessíveis (característica estrutural/capacidade da atenção – componente acessibilidade) e do uso destes serviços quando surge uma necessidade de atenção (característica processual/desempenho da atenção – componente utilização). A acessibilidade e o acesso podem ser medidos a partir do ponto de vista tanto da população quanto do serviço de saúde (STARFIELD, 2002).

Na versão para profissionais o atributo Acesso de Primeiro Contato do PCATool–Brasil é constituído por um componente formado por nove itens como segue: **Atributo Acesso de Primeiro Contato** – componente **Acessibilidade** (A) – A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9. Os itens relacionados ao grau de afiliação são o A5, A6, A7 e A9 (Anexo A). Ressalta-se que esta versão não apresenta o componente Utilização devido ser voltada aos profissionais (BRASIL, 2010).

3 DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo observacional descritivo transversal. A abordagem da pesquisa quantitativa considera o que pode ser quantificável, traduzindo em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las através de recursos e técnicas estatísticas, procurando documentar fatos objetivos da realidade e tem interesse na expressão numérica dos fenômenos (KAUARK; MANHÃES e MEDEIROS, 2010; FUREGATO, 2008). As informações científicas sobre o tema da pesquisa são geradas por observação, ou seja, investigar situações que ocorrem naturalmente, sem intervenções (PEREIRA, 2002).

Quanto à classificação do estudo, o mesmo é descritivo uma vez que não apresenta grupo controle, objetivando descrever o que ocorre na população, constituindo uma obra de reconhecimento preliminar sobre a situação, como é o caso dos diagnósticos coletivos de saúde (PEREIRA, 2002).

No tocante ao período de segmento do estudo, será transversal, uma vez que, a exposição ao fator/causa está presente ao efeito no mesmo momento de tempo analisado. Descreve uma situação ou fenômeno em um momento não definido, não havendo necessidade de saber o tempo de exposição de uma causa para gerar o efeito (HOCHMAN et al., 2005). Também pode ser chamado de seccional, uma denominação considerada mais abrangente, caracterizada pela observação direta de um determinado número de indivíduos em uma única oportunidade. Assim, o estudo transversal ou seccional está relacionado com a temporalidade, ou seja, com a época da coleta de dados do estudo, em que as observações e as mensurações das variáveis são realizadas simultaneamente, sendo os dados coletados em um único momento escolhido pelo pesquisador (MEDRONHO et al., 2009; PEREIRA, 2002).

O estudo transversal é utilizado quando a exposição é relativamente constante no tempo e o efeito é crônico. Portanto, esse modelo apresenta-se como um corte instantâneo que se faz numa população por meio de uma amostragem, examinando-se, nos integrantes da amostra, a presença ou ausência da exposição ao efeito, com as vantagens de serem de baixo custo e, praticamente, não haver perdas de seguimento (HOCHMAN et al., 2005).

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DE ESTUDO E DA POPULAÇÃO

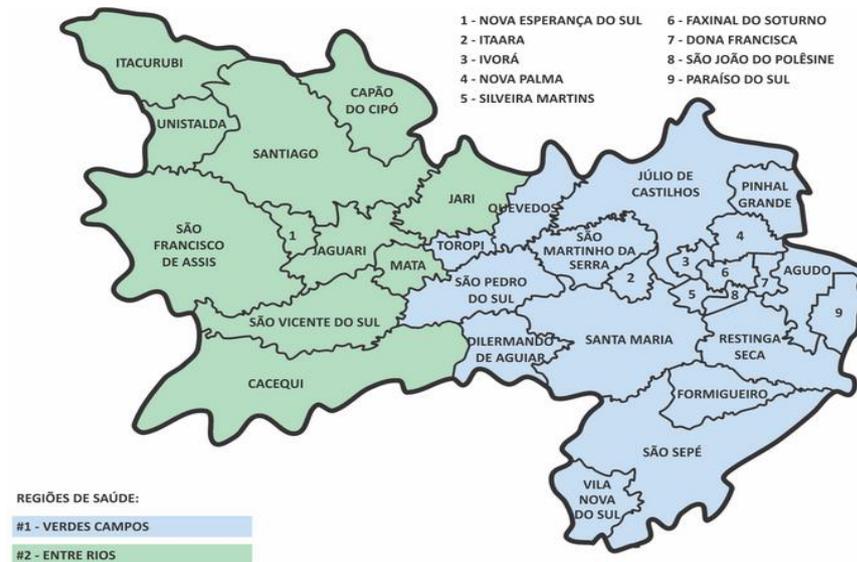
3.2.1 Cenário

Tem-se como cenário de pesquisa os serviços da APS dos municípios pertencentes a 4ª CRS/RS, localizada na região central do Rio Grande do Sul. O Estado está dividido em sete macrorregiões de saúde visando melhorar a organização das ações e serviços, e garantir uma atenção integral, onde a descentralização político administrativa do SUS está estruturada em 19 CRS, responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde orientados pelos princípios e diretrizes do SUS. A macrorregião centro-oeste é a quinta maior em número de habitantes e abrange a 4ª e a 10ª CRS/RS e tem o município de Santa Maria como polo assistencial e pertencente a 4ª CRS/RS (BRASIL, 2012a; SANTOS, 2010). A 4ª CRS/RS apresenta uma estimativa populacional de 562.595 habitantes (RS, 2016). Ela está estruturada em duas regiões de saúde, Verdes Campos e Entre Rios, compreendendo 32 municípios (Figura 2) (RS, 201?).

A Região de Saúde Verdes Campos possui 21 municípios, sendo eles: Santa Maria (município sede), Dilermando de Aguiar, São Pedro do Sul, Toropi, Quevedos, São Martinho da Serra, Itaara, Vila Nova do Sul, São Sepé, Formigueiro, Restinga Seca, Agudo, Pinhal Grande, Júlio de Castilhos, Ivorá, Nova Palma, Silveira Martins, Faxinal do Soturno, Dona Francisca, São João do Polêsine e Paraíso do Sul (RS, 201?; RS, 2016). A região possui uma população de 435.021 habitantes, sendo esta a com o maior contingente populacional. A população urbana corresponde a 81,7% e rural de 18,3%, e seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,703. A região apresenta 89 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com cobertura de equipes de Atenção Básica de 67,7% e de ESF de 39,1% (RS, 2016).

Os 11 municípios que compreendem a região de Entre Rios são: Santiago (município sede), São Francisco de Assis, Nova Esperança do Sul, Cacequi, São Vicente do Sul, Mata, Jaguari, Jari, Capão do Cipó, Unistalda e Itacurubi (RS, 201?; RS, 2016). Apresenta uma população de 127.574 habitantes, sendo a população urbana correspondente à 74,1% e a rural 25,9%. Seu IDH é 0,687 e apresenta 49 UBS, 81% de cobertura de equipes de Atenção Básica e 79,14% de ESF (RS, 2016). Os modelos de atenção da 4ª CRS/RS são organizados em UBS Tradicional (UBS/T), UBS Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF) e UBS Mista (UBS/Mista) (KESSLER, 2016). (Quadro 1).

Figura 2 - Mapa da 4ª CRS/RS: Regiões de saúde e municípios.



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul [201?].

Quadro 1 – Municípios das regiões de Saúde integrantes da 4ª CRS/RS e unidades de saúde correspondentes.

Municípios da Região de Saúde Entre Rios	UBS	ESF
01. Nova Esperança do Sul	-	01
Jari	-	04
Jaguari	04	-
São Francisco de Assis	01	04
Itacurubi	01	-
Cacequi	03	03
São Vicente do Sul	06	01
Unistalda	-	01
Santiago	-	11
Mata	-	02
Capão do Cipó	01	01
Municípios da Região de Saúde Verdes Campos		
02. Itaara	01	-
03. Ivorá	-	01
04. Nova Palma	01	02
05. Silveira Martins	02	-
06. Faxinal do Soturno	01	01
07. Dona Francisca	01	01
08. São João do Polêsine	02	01
09. Paraíso do Sul	02	-
Vila Nova do Sul	01	-
São Sepé	09	04
Júlio de Castilhos	03	05
Pinhal Grande	01	01
Agudo	06	-
Restinga Seca	05	02
Toropi	-	01
São Pedro do Sul	-	04

Quevedos	01	01
São Martinho da Serra	-	01
Formigueiro	02	-
Santa Maria	19	13

Fonte: Projeto Matricial PCATool (Primary Care Assessment Tool): Avaliação da Atenção Primária à Saúde na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS).

3.2.2 População

A população do estudo foi constituída por profissionais da saúde de nível superior que atuam na APS dos municípios que integram a 4ª CRS/RS, cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2014).

3.2.2.1 Amostragem e amostra

A amostragem é considerada um campo aprimorado da estatística que estuda técnicas de planejamento de pesquisa que possibilitam a realização de inferências sobre um universo a partir do estudo de parte de seus componentes: a amostra. A amostragem visa diminuir os custos e o tempo do processo de estimação, mantendo uma precisão mínima segura (MEDRONHO et al., 2009).

O presente estudo passou por um processo de amostragem probabilística que, para Medronho et al. (2009) é aquela na qual todos os elementos da população escolhida têm probabilidade conhecida e diferente de zero de participar da amostra. Portanto, para definir o tamanho mínimo da amostra de profissionais de saúde a serem entrevistados em cada município foi utilizado o cálculo probabilístico, baseando-se no número de profissionais cadastrados no CNES, obtendo-se a amostra apresentada na Tabela 1:

Tabela 1 – Relação dos municípios da 4ª CRS/RS, profissionais de saúde cadastrados no CNES e as amostras.

Município	N (profissionais)	n (profissionais)
Santa Maria	135	49
Quevedos	8	3
Júlio de Castilhos	7	3
Pinhal Grande	23	8
Toropi	15	5

São Martinho da Serra	16	6
Nova Palma	27	10
São Pedro do Sul	14	5
Itaara	5	2
Ivorá	13	5
Faxinal do Soturno	14	5
Dona Francisca	20	7
Silveira Martins	14	5
São João do Polêsine	20	7
Agudo	8	3
Dilermando de Aguiar	12	4
Restinga Seca	32	12
Paraíso do Sul	15	5
Formigueiro	15	5
São Sepé	19	7
Vila Nova do Sul	19	7
Santiago	35	13
Itacurubi	12	4
Unistalda	14	5
Capão do Cipó	13	5
São Francisco de Assis	35	13
Cacequi	43	15
São Vicente do Sul	38	14
Nova Esperança do Sul	10	4
Jaguari	10	4
Jari	13	5
Mata	12	4
TOTAL	686	247

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2014).

Para a coleta dos dados foi utilizado o método não probabilístico por conveniência. Este método de amostragem envolve a captação das pessoas mais convenientemente acessíveis (POLLIT; HUNGLER e BERNADETTE, 2011). Portanto, no presente estudo foram abordados os profissionais de saúde que encontravam-se atuando no serviço de saúde, sendo selecionados conforme a disponibilidade dos mesmos.

3.2.2.2 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo profissionais de saúde de nível superior atuantes no serviço de saúde à, pelo menos, seis meses, pois acredita-se que este seja o período adequado para adaptação do profissional nos processos de trabalho. Destes, foram excluídos os profissionais de saúde que encontraram-se em férias, licenças ou afastamentos. Bem como aqueles que respondiam apenas uma vez devido trabalharem em mais de uma unidade de saúde no mesmo município ou em municípios diferentes, porém participantes do estudo.

3.3 COLETA DOS DADOS

A ferramenta de pesquisa utilizada para a coleta dos dados foi o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool-Brasil versão profissionais), uma vez que possui adequada validade e confiabilidade (BRASIL, 2010). Acrescentou-se um questionário sociodemográfico no intuito de caracterizar a população pesquisada (Apêndice A).

Os dados foram coletados no período de 6 de fevereiro a 23 de julho de 2015, aplicando o instrumento PCATool-Brasil informatizado a partir do *Software* Epi Info® versão 7,0, por meio de um tablet da marca CCE TR92 – Androide 4.2, Dual Core, 1.2 GHZ, 8GB, *Wifi*.

Participaram da coleta, seis mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGenf/UFSM). Devido a coleta ter sido realizada de maneira informatizada, os mesmos participaram de um curso de capacitação com carga horária de 10 horas/aula com propósito de operacionalizar o PCATool-Brasil.

Para efetuar os ajustes necessários do instrumento informatizado realizou-se um Teste Piloto, uma vez que busca descobrir pontos fracos e problemas em potencial, para que sejam resolvidos antes da efetivação da pesquisa propriamente dita (BAILER; TOMITCH e D'ELY, 2011).

Por decisão dos pesquisadores optou-se por iniciar o estudo na região de saúde Entre Rios, no município de Santiago (Teste Piloto), pois o mesmo é considerado o segundo maior município da 4ª CRS/RS em número de habitantes e serviços de saúde na APS, sendo o município sede da referida região de saúde. Também se considerou, para a tomada de decisão, a disponibilidade de todos os pesquisadores no início da pesquisa, para coletar os dados. Após a finalização das coletas no município de Santiago, os pesquisadores dividiram-se em dois

grupos para viabilizar o processo de coletas, ficando três mestrandos responsáveis pela Região de Saúde Verdes Campos e três pela Entre Rios.

Para a realização das coletas, os pesquisadores se deslocaram por meio de transporte coletivo intermunicipal, subsidiados com recursos do Projeto Universal, Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), chamada 2014. Eventualmente, os mesmos recebiam, de alguns municípios, transporte para deslocamento entre as unidades de saúde, alimentação e hospedagem quando necessário, caso contrário, retornavam ao município até finalizar a amostra.

Durante as coletas, os dados foram sendo automaticamente armazenados no *Software Epi Info® 7.0* e, semanalmente, transferidos e organizados em um banco de dados criado no programa *Microsoft Excel 2013, Windows 8*. Assim, ressalta-se que não foi necessário realizar dupla digitação, pois a realização das coletas por meio do *Software Epi Info® 7.0* possibilitou otimizar o processo de coleta e tabulação dos dados, exportando diretamente para seu sistema os dados coletados, o que representa uma confiabilidade dos mesmos ao minimizar a chance de erros de digitação. Salienta-se que o banco de dados está salvo em *Hard Disk (HD)* externo.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

O PCATool-versão Brasil profissionais possibilita, por meio de respostas tipo escala *Likert*: com certeza sim (valor=4); provavelmente sim (valor=3); provavelmente não (valor=2); com certeza não (valor=1) e “não sei, não lembro (valor=9), construir escores de APS com intervalo de 1 a 4 para cada atributo (BRASIL 2010; HARZHEIM, 2006). Essa escala apresenta variáveis qualitativas ordinais (itens), que serão posteriormente transformadas em variáveis quantitativas contínuas para a análise dos dados (escore).

O escore para o atributo Acesso de Primeiro Contato e seu componente foi calculado pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõe o atributo ou seu componente. Para tanto realizou-se os seguintes passos (BRASIL, 2010):

1º Passo (inversão dos valores): O item A9 foi formulado de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para APS. Logo, este item teve seu valor invertido para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4).

2º Passo: Na situação que para algum entrevistado, a soma de respostas em branco (*missing*) com respostas 9 (não sei/não lembro) atingir 50% ou mais do total de itens de um componente, não calcule o escore deste componente para este entrevistado. O escore deste

componente para este entrevistado fica em branco (*missing*) no banco de dados. Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (*missing*) com respostas 9 (não sei/não lembro) for inferior a 50% do total de itens de um componente, transforma-se o valor 9 para valor 2 (provavelmente não). Esta transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado (BRASIL, 2010).

A partir da média das respostas dos itens que constituem o atributo, obtém-se um escore para o atributo Acesso de Primeiro Contato (BRASIL, 2010; HARZHEIM, 2006).

Os valores dos escores são padronizados para uma escala variando de 0 a 10, sendo os valores iguais ou superiores a 6,6 (o tercil superior do escore corresponde aos 25% > do escore) considerados como Alto Escore, o que corresponde a respostas para as opções 3 ou 4 na escala original do instrumento, permitindo agrupar os serviços de saúde em alto ou baixo grau de orientação à APS. A padronização para a escala 0-10 é realizada da seguinte forma (BRASIL, 2010):

$$\frac{[\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo})]}{4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo})} * 10, \text{ ou seja, } \frac{[\text{escore obtido} - 1]}{3} * 10$$

Os dados foram analisados no *Software Statistical Analysis Systems (SAS)*, versão 9.0 for Windows 8, com os dados exportados do *software Epi Info® 7.0*. Após a tabulação dos dados, foram calculados os escores do atributo, incluindo o escore mínimo, escore máximo, escore médio, desvio padrão e coeficiente de variação para que possa ser avaliado individualmente (BRASIL, 2010).

A distribuição de normalidade das variáveis foi avaliada pelo Teste de *Shapiro-Wilk* ($n < 2.000$) (SHAPIRO e WILK, 1965). Como os dados não apresentaram uma distribuição considerada normal, foi utilizado o teste não paramétrico de *Mann-Whitney*.

As variáveis qualitativas foram expressas em frequências absolutas e relativas e as variáveis quantitativas em médias e Desvio Padrão (DP), uma vez que apresentaram distribuição simétrica. Para as análises estatísticas, foi adotado o nível de significância de 5%. Para a verificação das variáveis associadas a altos escores da APS foi utilizado o coeficiente de Correlação de *Pearson* expressa por positiva (+) ou negativa (-) e a magnitude de força.

Ademais, os dados também foram analisados por meio do *Software Stata 11*, com análises das frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas. A modelagem utilizada foi hierárquica (FUCHS; VICTORA e FACHEL, 1996) em dois estágios: Modelo 1 (apenas as variáveis contextuais no ajuste dentro do próprio bloco) e Modelo 2 (as variáveis contextuais com $p < 10\%$ do modelo 1, mais as variáveis do nível equipe de saúde). Para

análise de ajuste dos modelos foi utilizado o *deviance (Log likelihood)*. Utilizou-se a Regressão de *Poisson* com variância robusta, com as razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança (IC=95%). Foram incluídas nas análises brutas e ajustadas, as variáveis associadas ao alto escore da APS com valor de $p < 0,05$.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo compõe um projeto matricial intitulado PCATool (Primary Care Assessment Tool): Avaliação da Atenção Primária na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS), foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), obtendo a aprovação sob o número do CAAE 34137314.4.0000.5346 (Anexo B) juntamente com o Termo de Confidencialidade (TC) (Apêndice B).

Os preceitos éticos foram garantidos de acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos fundamentando-as nos referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Entende-se por **Beneficência** e **Não Maleficência** o ato de fazer o bem, evitando o mal, sendo as principais razões do exercício das profissões que envolvem a saúde das pessoas. A Beneficência obriga o profissional de saúde a ir além da Não Maleficência, exigindo que ele contribua para o bem-estar das pessoas por meio de ações positivas que considerem o contexto biopsicossocial, sem causar danos intencionais (BRASIL, 2011c; LOCH, 2002).

A **Autonomia** compreende a liberdade de decisão que as pessoas possuem sobre suas vidas, ou seja, é a capacidade de autodeterminação de uma pessoa, o quanto ela pode gerenciar sua própria vontade, livre da influência de outras pessoas (BRASIL, 2011c).

Para que o respeito pela autonomia das pessoas seja possível, duas condições são fundamentais: a liberdade e a informação. Isso significa que, em um primeiro momento, a pessoa deve ser livre para decidir, ou seja, sem pressões externas, pois qualquer tipo de pressão ou subordinação dificulta a expressão da autonomia. Ademais, a correta informação das pessoas é o que possibilita o estabelecimento de uma relação terapêutica ou a realização de uma pesquisa com respeito (BRASIL, 2011c).

A **justiça** se refere à igualdade de tratamento e à justa distribuição das verbas do Estado para a saúde, à pesquisa, entre outros. Comumente acrescenta-se ao conceito de justiça o de **equidade**, que representa dar a cada pessoa o que lhe é devido segundo suas necessidades, ou seja, incorpora-se a ideia de que as pessoas são diferentes e que, portanto, também possuem necessidades diferentes (BRASIL, 2011c).

De acordo com o princípio da justiça, é preciso respeitar, com imparcialidade, o direito de cada um. Com a crescente socialização dos cuidados com a saúde, as dificuldades de acesso e o alto custo destes serviços, as questões relativas à justiça social são cada dia mais prementes e necessitam ser consideradas quando se analisam os conflitos éticos que emergem da necessidade de uma distribuição justa de assistência à saúde das populações (BRASIL, 2011c; LOCH, 2002).

Os profissionais de saúde foram convidados a participar da pesquisa de forma voluntária, recebendo explicação clara sobre a pesquisa, em que os benefícios da participação compreenderam a produção de informações para o aprimoramento das ações já desenvolvidas e a ascensão de espaços para novas atividades de inclusão e valorização do usuário na APS.

A participação não representou qualquer risco de ordem física ou psicológica, entretanto, caso houvesse constrangimento ou mal-estar, os participantes seriam encaminhados pelo pesquisador a uma unidade de referência em saúde do município.

Os participantes não serão identificados em nenhum momento, sendo-lhes assegurada a privacidade, assim como, os dados fornecidos serão conservados em sigilo, garantindo a confidencialidade e o anonimato das respostas, sem prejuízos na relação com os serviços de saúde, tampouco prejuízos trabalhistas. Ressalta-se que participaram da pesquisa apenas aqueles que assinaram as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo C), recebendo uma via do mesmo com as informações para contato com pesquisadores, sendo-lhes assegurado o direito de retirar-se da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo, prezando sempre a autonomia e a privacidade das pessoas.

Os referidos termos, os instrumentos de coleta de dados e o HD externo com a banco de dados ficarão sob responsabilidade da professora Dr^a. Teresinha Heck Weiller, em um armário chaveado, por um período de cinco anos, na sala 1305a, do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM, e serão utilizadas apenas para fins científicos, após, serão excluídos.

A divulgação dos resultados da pesquisa para os serviços de saúde será por meio de um seminário junto à reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR) da 4^a CRS/RS. Será disponibilizado um material com os resultados para cada representante do município. No meio

acadêmico, a divulgação dos resultados dar-se-á pela publicação de produções que contemplem os resultados da pesquisa.

3.6 REVISÕES NARRATIVA E INTEGRATIVA

Realizou-se um estudo de revisão narrativa de literatura desenvolvida no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e nos catálogos de teses e dissertações da Associação Brasileira de Enfermagem/Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (ABEn/CEPEn). Na primeira, a busca se deu meio da busca avançada utilizando as palavras/opção: atenção/resumo, acesso OR acessibilidade/todos os campos, idoso OR envelhecimento/todos os campos. Não houve delimitação temporal. Para a segunda, a partir do índice, utilizaram-se todas as publicações com a palavra idoso(a) no título e com a delimitação temporal de 2006 a 2013. Foram encontradas 490 produções, as quais foram aplicados os critérios de inclusão. Utilizou-se análise de conteúdo. Os resultados serão apresentados no artigo 3.

A revisão integrativa de literatura foi desenvolvida nas bases de dados eletrônicas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), US National Library of Medicine (PUBMED) e SCOPUS. Os termos utilizados na busca foram: Idoso; Idoso de 80 anos ou mais; Meia-idade, Saúde do Idoso; Serviços de Saúde para Idosos; Acesso aos Serviços de Saúde; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Acesso Universal a Serviços de Saúde; Equidade no Acesso e Atenção Primária à Saúde. Foram encontradas 655 produções, após, aplicou-se os critérios de inclusão e exclusão. A análise dos dados se deu por meio de uma ficha de extração dos dados. Os resultados serão apresentados no artigo 4.

4 RESULTADOS

Compõe o resultado deste estudo o artigo 1 referente a presença do atributo Acesso de Primeiro Contato na APS da 4ªCRS/RS, o artigo 2 referente a prevalência do Atributo Acesso de Primeiro Contato e seus contextos sócio-espaciais e os artigos 3 e 4 referentes às revisões de literatura acerca do acesso do idoso na APS.

4.1 ARTIGO 1

O ATRIBUTO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL: VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

RESUMO

Objetivo: medir a presença do atributo Acesso de Primeiro Contato na Atenção Primária à Saúde, por profissionais de saúde, em municípios integrantes da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. **Método:** Estudo de abordagem quantitativa, observacional, descritivo e transversal, realizado em unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde dos municípios que integram a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Para tanto utilizou-se um questionário sociodemográfico e o instrumento *Primary Care Assessment Tool* versão profissionais aplicado entre os meses de fevereiro e julho de 2015. Os dados foram analisados com o *Statistical Analysis System*. A pesquisa segue os preceitos éticos da Resolução nº 466 de 2012. **Resultados:** Participaram da pesquisa 207 profissionais de saúde de nível superior atuantes na Atenção Primária à Saúde dos municípios pesquisados. Quanto ao perfil dos profissionais, predominou o sexo feminino e o núcleo profissional da enfermagem. A média de tempo de formado foi de 14,77 anos, a de atuação na unidade foi de 7,05 anos. A maioria apresentava formação complementar e sentiam-se preparados para as ações nesse nível de atenção, entre outras características. A presença do atributo Acesso de Primeiro Contato obteve um baixo escore (4,682). As fragilidades encontradas com relação ao atributo referem-se ao horário de funcionamento dos serviços de Atenção Primária à Saúde. Todos os itens que compõem o Acesso de Primeiro Contato obtiveram correlação positiva com o escore do atributo. **Conclusão:** Percebe-se que os profissionais estão em busca de uma melhor qualificação profissional e sentem-se seguros em desenvolver suas atividades nesse nível de atenção. Ademais, a presença do atributo Acesso de Primeiro Contato mostrou-se insatisfatória, principalmente no que tange ao horário de funcionamento dos serviços. Assim, emerge a necessidade de reorganização dos serviços de atenção primária, a nível local, a fim de possibilitar o acesso de toda a população ao sistema de saúde, garantindo a universalidade da atenção.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo considerada o elemento-chave dos sistemas de saúde, sendo capaz de intervir nos indicadores de saúde e na regulação dos recursos pertencentes aos demais níveis de atenção, garantindo à população o acesso universal a serviços de saúde capazes de oferecer uma atenção eficaz e de qualidade (BRASIL, 2011).

No Brasil, ao longo dos últimos anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) avançou significativamente em sua construção. Acompanhando esse desenvolvimento, tem-se fortalecido as evidências acerca da importância da APS nesse processo. Além disso, observa-se que os esforços dos sujeitos envolvidos na qualificação do sistema de saúde, como gestores, profissionais e instituições, estão direcionados ao consenso de que a APS como base do SUS é primordial para o desempenho deste (BRASIL, 2011).

Para a organização dos serviços de saúde o SUS demanda a existência de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) articulada que proporcione o acesso universal, equânime, integral, próximo aos usuários e presente nos diferentes níveis de atenção. Esse acesso da população à rede acontece por meio de um primeiro contato entre usuários e profissionais da saúde, ou seja, deve acontecer na APS, pois é a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde (SILVA, L. et al., 2011; STARFIELD, 2002).

Ademais, a Política Nacional de Atenção Básica considera o acesso como um dos seus fundamentos, sendo que a universalidade do sistema de saúde é o princípio base do atual sistema vigente no Brasil, garantindo o acesso como direito de todo cidadão (BRASIL, 2012; PONTES et al., 2009).

Barbara Starfield, considerada um marco referencial para análise da APS em todo o mundo, apresenta o atributo Acesso de Primeiro Contato como um dos quatro atributos essenciais na efetivação desta (BRASIL, 2010). A mesma define o atributo como a acessibilidade e utilização do serviço de saúde para o cuidado de uma necessidade em saúde, nova ou recorrente, exceto as urgências e emergências, devendo ser acessível à população sempre que surgirem novas necessidades (BRASIL, 2010; STARFIELD, 2002).

Assim, o interesse progressivo pela avaliação de todas as particularidades próprias da APS acarretou na construção de instrumentos que abordam os diversos componentes da atenção, entre eles, o acesso de primeiro contato, sendo um desses instrumentos o Primary Care Assessment Tool - PCATool (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2010). O PCATool-Brasil é um instrumento validado que favorece a busca por evidências acerca da efetividade da APS, fomentando a definição de políticas públicas (BRASIL, 2010).

Nessa perspectiva percebe-se que a utilização de mecanismos de avaliação da capacidade e desempenho da APS como porta de entrada do SUS torna-se relevante, uma vez que auxilia na consolidação das ações implementadas, como também fomenta o processo de discussão sobre a melhor proposta para organizar esse nível de atenção (REIS et al., 2013).

Portanto, sendo a APS a base ordenadora do sistema de saúde no Brasil e o acesso um dos seus princípios essenciais que garante o direito de usufruir de uma atenção em saúde gratuita e de qualidade. Ademais, reconhecendo a importância da avaliação para a efetivação das ações da APS, o presente estudo tem como objetivo medir a presença do atributo Acesso de Primeiro Contato na APS, por profissionais de saúde, em municípios integrantes da 4ª CRS/RS.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, observacional, descritivo e transversal, realizado em unidades de saúde da APS dos municípios que integram a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (4ªCRS/RS). Esta se localiza na região central do Estado, com uma população estimada em 562.595 habitantes (RS, 2016). A 4ª CRS/RS é composta por duas Regiões de Saúde, abrangendo 32 municípios, sendo 21 pertencentes à Região Verdes Campos e 11 pertencentes à Região Entre Rios.

A Região Verdes Campos tem o município de Santa Maria como sede e apresenta o maior contingente populacional com 435.021 habitantes. A população rural corresponde a 18,3% e a urbana 81,7%, e tem IDH de 0,703. A região apresenta 89 UBS, com cobertura de equipes de Atenção Básica de 67,7% e de ESF de 39,1% (RS, 2016).

A Região Entre Rios tem sede no município de Santiago e constituída por uma população de 127.574 habitantes, sendo a população rural corresponde à 25,9% e a urbana 74,1%. Seu IDH é 0,687 e possui 49 UBS, 81% de cobertura de equipes de Atenção Básica (SES, 2015), 79,14% de ESF (RS, 2016).

Os modelos de atenção da APS da 4ª CRS/RS são formados por Unidades Básicas de Saúde Tradicional (UBS/T), UBS Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF) e UBS Mista (UBS/Mista) (KESSLER, 2016).

A amostra foi definida baseando-se no número total de profissionais de saúde de nível superior relacionados no Cadastro Nacional do Estabelecimento de Saúde-CNES (2014) e

atuantes nos serviços de APS dos municípios integrantes da 4ª CRS/RS (N=686). Por meio de cálculo amostral obteve-se a amostra desse contingente populacional (n=247). Para definir o tamanho mínimo da amostra, foi utilizada amostragem probabilística. Para a coleta dos dados utilizou-se método não-probabilístico de conveniência. Participaram do estudo profissionais que estivessem atuando no serviço de saúde a mais de 6 meses e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas utilizando um questionário sociodemográfico com a finalidade de caracterização do perfil sociodemográfico dos profissionais pesquisados. Além da aplicação do instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde PCATool – versão Brasil profissionais devido este ser um instrumento validado que busca mensurar, com rigor e qualidade, a presença e a extensão dos atributos da APS nos seus diferentes serviços (BRASIL, 2010).

O PCATool (*Primary Care Assessment Tool*) foi desenvolvido na Universidade *Johns Hopkins* nos Estados Unidos (EUA) por Starfield e seus colaboradores. O mesmo tem a finalidade de medir a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e três derivados da APS sendo eles, Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação da atenção – essenciais; Orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural – derivados. Cada atributo é formado por componentes relacionados à estrutura e ao processo de atenção dos serviços de APS, permitindo avalia-los, resultando no quanto estão orientados para uma APS de qualidade (BRASIL, 2010). No Brasil o PCATool foi validado por Harzheim e colaboradores (2006).

Ressalta-se que o atributo essencial do Acesso de Primeiro Contato nas versões para o adulto e a criança é subdividido em dois componentes, acessibilidade (estrutura) e utilização (processo). Porém, na versão para profissionais contém apenas o componente Acessibilidade com nove itens (perguntas).

A coleta dos dados foi realizada por seis entrevistadores durante os meses de fevereiro e julho de 2015. Ocorreu de maneira informatizada por meio do *software Epi Info® 7.0*, com a utilização de tablets da marca CCE TR92-Android 4.2 Dual Core 1.2 GHz, 8GB WI-FI. Optou-se por uma coleta informatizada objetivando minimizar os erros de digitação. Os dados foram transferidos semanalmente para o programa *Microsoft Excel 2013/ Windows 8* para posterior análise no programa *Statistical Analysis System (SAS)* versão 9.0. Haja vista a

coleta ter sido informatizada, os coletadores participaram de um curso de capacitação com carga horária de 10h/aula, com a finalidade de operacionalizar a coleta.

As variáveis independentes do estudo foram classificadas em qualitativa nominais: número de filhos (sem filho, com filho), sexo (masculino e feminino), situação conjugal (casado, solteiro, viúvo, divorciado ou união estável), cor/etnia (branco, pardo, negro amarelo, indígena), formação (médico, enfermeiro, dentista, nutricionista, fisioterapeuta/terapeuta ocupacional, farmacêutico, educador físico, assistente social, psicólogo), possui plano de saúde (sim ou não), turno de trabalho (diurno, noturno, ambos), vínculo empregatício (estatutário, celetista, outro), possui cargo de chefia no serviço (sim ou não), trabalha em outro serviço (não, sim-público, sim-privado), possui formação complementar (sim ou não) qual (especialização, residência, mestrado, doutorado), considera a formação suficiente para atuação na APS (sim, não ou não sei). Além de quantitativas contínuas: idade, e quantitativas discretas: tempo de atuação no serviço e ano de conclusão da graduação.

A variável dependente (desfecho) foi o Acesso de Primeiro Contato da APS formado por nove itens (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8 e A9). As respostas para os itens pertencentes a este atributo são estruturadas conforme uma escala do tipo *likert*, sendo 1= com certeza não; 2 = provavelmente não; 3 = provavelmente sim; 4 = com certeza sim e 9 = não sei/não lembro. Apenas para o item A9 os valores são invertidos (4=1; 3=2; 2=3 e 1=4), pois quanto maior o valor atribuído a ele, menor a orientação para APS. Ademais, foram transformadas as respostas com valor 9 para valor 2 nos entrevistados que apresentaram soma de *missing* e respostas 9 inferior a 50% do total de itens (BRASIL, 2010).

Para determinar o escore do atributo avaliado foi calculado a média dos valores dos seus itens, gerando o escore médio do componente Acessibilidade. Em seguida esse valor (escore) foi transformado em escala de 0 a 10, por meio do seguinte fórmula: $(\text{escore obtido} - 1) * 10/3$ (BRASIL, 2010). Como o atributo Acesso de Primeiro Contato na versão para profissionais apresenta apenas um componente, o escore médio equivale ao escore do respectivo atributo. Ressalta-se que os valores iguais ou superiores a 6,6 são considerados como Alto Escore, sendo considerado o valor mínimo para que o atributo esteja presente no serviço avaliado (HARZHEIM et al., 2013; BRASIL, 2010). Portanto, o escore do atributo Acesso de Primeiro Contato será avaliado de acordo com a dicotomização de baixo escore, se $<6,6$ ou alto escore, se $\geq 6,6$.

A distribuição de normalidade das variáveis foi avaliada pelo Teste de *Shapiro Wilk*, recomendado para amostras com menos de 2.000 observações (SHAPIRO e WILK, 1965).

Como os dados não apresentaram uma distribuição considerada normal, foi utilizado o teste não paramétrico de *Mann-Whitney* para a comparação de grupos.

As variáveis qualitativas foram expressas utilizando frequências absolutas e relativas e as variáveis quantitativas com médias e desvio padrão (DP). As análises de correlação foram utilizadas visando a direcionalidade e magnitude da relação entre os itens que compõem o Acesso de Primeiro Contato e seu escore, calculando-se o coeficiente de correlação de *Pearson*. A direcionalidade da correlação é expressa por: positiva (+) ou negativa (-) e a magnitude de força considerou a interpretação de Dancey e Reidy (2006) que apontam para uma classificação em que $r = 0,10$ até $0,30$ (fraco); $r = 0,40$ até $0,60$ (moderado); $r = 0,70$ até 1 (forte). Foi considerada a correlação significativa quando p-valor inferior a $0,05$ ($p < 0,05$). Aplicou-se o coeficiente Alfa de *Cronbach* para avaliar a confiabilidade das respostas, considerando valor igual ou superior a $0,6$ (valor mínimo e satisfatório) (DEVELLIS, 1991).

O presente estudo é proveniente de um projeto matricial, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, sob o número do CAAE: 34137314.4.0000.5346, respeitando os preceitos éticos da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. O projeto recebeu apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), edital universal 2014.

RESULTADOS

O Alfa de *Cronbach* ($\alpha=0,685$) garantiu uma confiabilidade aceitável das respostas. Compuseram a amostra 207 profissionais de saúde de um total de 686 pertencentes à APS da região pesquisada, sendo excluídos os que encontraram-se em férias, licenças ou afastamentos. Bem como aqueles que respondiam apenas uma vez devido trabalharem em mais de uma unidade de saúde no mesmo município ou em municípios diferentes, totalizando a exclusão de 40 profissionais (16,19%) na amostra.

Quanto às variáveis sociodemográficas, 72,33% (149) eram do sexo feminino, a média de idade foi de 39,22 anos, 91,79% (190) se autodeclarou cor branca, 61,83% (128) eram casados ou em união estável, 59,42% (123) possuíam filhos e 81,46% (167) possuíam plano de saúde. Com relação à formação profissional, predominou enfermeiros com 37,68% (78), seguidos de médicos com 23,67% (49) e cirurgiões-dentistas com 18,84% (39). Os demais profissionais entrevistados foram nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, terapeutas

ocupacionais, assistentes sociais e educador físico, perfazendo 19,82% (41) do total. A média do tempo de formando em nível superior foi de 14,77 anos. Ademais, 65,90% (114) possuem formação complementar em nível de especialização e 78,26% (162) considera sua formação suficiente para desenvolver atividades na APS. Com relação ao trabalho, 96,62% (200) atuam no turno diurno, 70,39% (145) utilizam transporte próprio para deslocamento até a unidade de saúde, 73,30% (151) possuem vínculo estatutário, 59,71% (123) não atuam em outro serviço e 71,36% (147) não possuem cargo adicional na unidade e a média de tempo de atuação no serviço foi de 7,05 anos.

No que se refere aos resultados da aplicação do instrumento PCATool para o atributo Acesso de Primeiro Contato, de acordo com as respostas fornecidas pelos profissionais de saúde obteve-se a mensuração do escore do referido atributo nas duas Regiões de Saúde e na 4ª CRS. Assim, a Tabela 1 traz o escore do atributo Acesso de Primeiro Contato da APS no cenário pesquisado.

Tabela 1 – Escores do atributo Acesso de Primeiro Contato das Regiões de Saúde Verdes Campos e Entre Rios, pertencentes à 4ª CRS do Estado do RS. Santa Maria, 2015. (n=207)

Região de Saúde	Escore (0-10) Média	DP	p-valor*
Verdes Campos (0)	4,68	2,00	
Entre Rios (1)	4,72	1,62	0,401
4ª CRS/RS	4,68	1,85	---

* Teste de Mann-Whitney.

Esse resultado demonstra que a avaliação do Acesso de Primeiro Contato na APS das Regiões de Saúde pesquisadas, na perspectiva dos profissionais da saúde, alcançou um baixo escore (4,68; DP=2,00 e 4,72; DP=1,62), não havendo diferença significativa para a presença do atributo nas regiões ($p>0,05$). Ademais, tem-se o baixo escore (4,68; DP=1,85) do atributo na 4ª CRS.

A partir do escore do atributo Acesso de Primeiro Contato buscou-se identificar a efetividade de cada item que compõe este atributo por meio das respostas fornecidas pelos profissionais de saúde nos nove itens, por meio da frequência e proporção de respostas afirmativas e negativas presentes neles individualmente (Tabela 2). Destacou-se em negrito as maiores proporções.

Tabela 2 - Frequência e proporção (%) de respostas afirmativas (“com certeza sim”) e negativas (“com certeza não”) dos profissionais de saúde da APS, acerca dos itens do instrumento referentes ao atributo Acesso de Primeiro Contato – componente Acessibilidade nos municípios da 4ª CRS do Estado do RS. Santa Maria, 2015. (n=207)

Itens do componente Acessibilidade	Escala de Likert: n (%)				Média (DP)
	“Com certeza, sim” (4)	“Provavelmente, sim” (3)	“Provavelmente, não” (2)	“Com certeza, não” (1)	
A1 – Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	20 (9,66)	3 (1,45)	2 (0,97)	182 (87,92)	1,32 (0,91)
A2 – Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20hs?	23 (11,11)	2 (0,97)	6 (2,90)	176 (85,02)	1,38 (0,96)
A3 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	179 (86,47)	19 (9,18)	1 (0,48)	8 (3,86)	3,78 (0,64)
A4 – Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?	157 (75,85)	25 (12,08)	7 (3,38)	18 (8,70)	3,55 (0,91)
A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	90 (43,48)	12 (5,80)	10 (4,83)	95 (45,89)	2,46 (1,43)
A6 – Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	34 (16,43)	2 (0,97)	4 (1,93)	167 (80,68)	1,53 (1,12)
A7 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	35 (16,91)	3 (1,45%)	4 (1,93)	165 (79,71)	1,55 (1,13)
A8 – É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?	149 (71,98)	31 (14,98)	15 (7,25)	12 (5,80)	3,53 (0,86)
A9 – Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?	67 (32,37)	31 (14,98)	51 (24,64)	58 (28,02)	2,51 (1,21)

Dos nove itens que compõe o componente Acessibilidade, três obtiveram maior proporção de respostas positivas para a presença do acesso e seis com respostas negativas. Com relação às respostas positivas, tem-se que 86,47% (179) dos profissionais relataram atendimento ao usuário no mesmo dia em que este procura a unidade; 75,85% (157)

afirmaram que o usuário consegue aconselhamento pelo telefone quando necessita; e 71,98% (149) relataram considerarem fácil para o usuário marcar uma consulta no seu serviço.

Conforme os seis itens que apresentaram maior proporção de respostas negativas, tem-se que 87,92% (182) dos profissionais afirmaram seu serviço não ficar aberto aos finais de semana; 85,02% (176) que o seu serviço não permanece aberto até às 20h, nem mesmo em alguns dias da semana; 45,89% (95) que não há um número de telefone quando o serviço está fechado; 80,68% (167) dos profissionais relataram que, quando o serviço de saúde está fechado aos finais de semana e o usuário necessita de atendimento, o mesmo não é atendido naquele momento; igualmente para os casos em que o serviço está fechado à noite, com 79,71% (165); e 32,37% (67) relataram que o usuário demora mais de 30 minutos para ser atendido.

Ademais, por meio do escore do acesso de primeiro contato buscou-se também identificar a correlação deste com os itens que compõe o atributo. A Tabela 3 mostra a correlação existe entre cada item do componente Acessibilidade e o escore do atributo.

Tabela 3 - Correlação entre os itens do componente Acessibilidade e o escore do atributo Acesso de Primeiro Contato da APS. Santa Maria, 2015. (n=207)

Itens do componente Acessibilidade	Escore	
	r*	p-valor
A1 - Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	0,708	<0001
A2 – Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20hs?	0,612	<0001
A3 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	0,302	<0001
A4 – Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?	0,328	<0001
A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	0,663	<0001
A6 – Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	0,796	<0001
A7 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	0,766	<0001
A8 – É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?	0,296	<0001
A9 – Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?	0,254	0,0002

*Correlação de Pearson – correlação significativa (p<0,05).

Os dados revelam uma correlação significativa e forte com o escore nos itens referentes ao serviço abrir aos finais de semana ($r=0,708$), atender o usuário quando o serviço está fechado nos finais de semana ($r=0,796$) e à noite ($r=0,766$). Já, evidencia-se uma correlação positiva moderada nos itens referentes a abrir em alguns dias até às 20h ($r=0,612$) e atender o usuário via telefone quando o serviço está fechado ($r=0,663$). Portanto, são estes os itens que mais contribuem para o indicativo do escore do Acesso de Primeiro Contato. Salienta-se que os demais itens apresentaram correlação positiva, embora fraca.

DISCUSSÃO

Quanto ao perfil dos profissionais de saúde participantes, também encontrou-se perfis semelhantes, no que tange a maioria ser do sexo feminino, autodeclarado branco, média de idade de 39,22 anos, casado (CHOMATAS et al., 2013) e com filhos (ZANETTI et al., 2010). Resultados que refletem a feminilização da área da saúde, justificada pela ampliação da escolaridade e do mercado de trabalho para a mulher. Como também refletem a necessidade humana de criar laços familiares (COSTA et al., 2013; PINTO; MENEZES e VILLA, 2010; ZANETTI et al., 2010).

Com relação às profissões que predominaram, enfermagem, medicina e odontologia, percebe-se que as duas primeiras são as profissões de nível superior mínimas para que se ofereça serviços de APS, em especial na ESF, podendo, quando ampliada, acrescentar as demais profissões, como os cirurgiões-dentistas (BRASIL, 2012). Resultado que corrobora com os resultados encontrados em outros estudos (CASTRO et al., 2012; VITORIA et al., 2013; ALBUQUERQUE et al., 2014; FERREIRA et al., 2016). Esse resultado demonstra que os gestores municipais estão em busca de uma equipe multiprofissional para oferecer à população na APS. As equipes multiprofissionais são compostas, de acordo com sua modalidade, por enfermeiros, médicos, cirurgiões-dentistas, auxiliar/técnico em saúde bucal, auxiliar/técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Ademais, pode-se ter outros profissionais conforme a realidade institucional, epidemiológica e das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012).

Cabe ressaltar o conhecimento de que o PCATool-Brasil versão profissionais está validado apenas para enfermeiros e médicos, porém, no presente estudo optou-se por entrevistar os demais profissionais de nível superior, independentemente do curso, pois

reconhece-se a importância das ações em equipe multiprofissional na APS para a efetivação de uma atenção de qualidade. Portanto, observando a proporção de médicos e enfermeiros em relação às demais profissões, compreende-se a validação do PCATool-Brasil inicialmente para aqueles profissionais, porém percebe-se uma quantidade significativa de outros núcleos profissionais presentes na APS. Deste modo, busca-se com isso, contribuir e incentivar a futura validação do instrumento às demais profissões atuantes nesse nível de atenção.

Ademais, sabe-se que a prática multiprofissional, interdisciplinar e em equipe são algumas das exigências dos fundamentos da APS, realizando a gestão e a coordenação do cuidado integral do usuário na Rede de Atenção à Saúde (RAS). A presença de diferentes formações profissionais e a articulação entre estas é essencial para que as ações sejam compartilhadas, abrindo caminho para um processo interdisciplinar em que, progressivamente, os núcleos de competência profissionais específicos enriqueçam o campo de competências comuns. Assim, ampliando a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização depreende a transferência do processo de trabalho centrado em procedimentos para um processo centrado no usuário, onde o cuidado é o imperativo ético e político que organiza a intervenção técnico-científica (BRASIL, 2012).

Com relação à maioria dos profissionais pesquisados possuem formação complementar, vem ao encontro de outros estudos (FERREIRA et al., 2016; CASTRO et al., 2012; CHOMATAS et al., 2013). O que Costa et al. (2013) sugere estar relacionado a necessidade e/ou o desejo de uma melhor qualificação profissional. Como também pode estar relacionado ao tempo maior de formação.

Infer-se também que o resultado acima possa estar relacionado com o fato da maioria também afirmar que considera seu conhecimento suficiente para desenvolver atividades na APS, resultado que vem ao encontro de Costa et al. (2013) ao buscar o perfil do profissional de nível superior de ESFs no município de Montes Claros-Minas Gerais. O mesmo autor contribui justificando que a qualidade do serviço em saúde pode ser influenciada por diferentes fatores, assim, o fato de sentir-se preparado para o SUS é importante, mas não suficiente para garantir a qualidade dos serviços em saúde.

Ressalta-se que o presente estudo não identificou em qual área os profissionais possuíam especialização. Houve estudos que encontraram a maioria dos profissionais com especialização na área da APS (CHOMATAS et al., 2013; SILVA et al., 2014) e outros estudos em que a maioria possui especialização em outras áreas (CASTRO et al, 2012;

VITORIA et al., 2013; BARBOSA; ELIZEU e PENNA, 2013). Corroborando com estes, Silva et al. (2014) encontrou melhor avaliação do atributo Acesso de Primeiro Contato entre os profissionais de saúde sem formação complementar quando comparado aos que possuíam alguma. Discordando destes, tem-se os resultados de outros estudos que mostram que profissionais mais qualificados avaliam melhor a APS, apresentando escores mais elevados dos atributos da APS do que os escores das equipes onde os profissionais não possuíam tal qualificação (CHOMATAS et al., 2013; CASTRO et al., 2012; LEÃO e CALDEIRA, 2011).

Gondim e Andrade (2014) corroboram com essa observação ao analisar a demanda dos usuários quanto ao cuidado humanizado na APS em um município no nordeste do Brasil, encontraram a afirmação de que, na opinião daqueles, os profissionais de APS estão preparados para atuarem nesse nível de atenção.

Ademais, o Ministério da Saúde tem implantado cursos de especialização na área da saúde como estratégia de favorecer a qualificação profissional, fortalecendo as políticas públicas (GIL, 2005). Nessa perspectiva, para aprimorar e consolidar a APS como reorientadora do sistema de saúde no Brasil, faz-se necessário uma transformação permanente do processo de trabalho das equipes e do funcionamento dos serviços. É preciso um saber/fazer em educação permanente que contribua para a prática dos serviços de saúde. Haja vista que, além de seu aspecto pedagógico, é uma importante estratégia de gestão capaz de estimular mudanças no dia a dia dos serviços, impactando positivamente nas práticas de saúde e qualidade de vida dos usuários (BRASIL, 2012).

Percebe-se também que a maioria dos profissionais atua na unidade no turno diurno, o que pode ser explicado pelo fato da maioria das unidades de saúde da APS no Brasil não abrir à noite (CHOMATAS et al., 2013). Somado a isto, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2012), a carga horária de todos os membros da equipe da APS, exceto os médicos que possuem flexibilização dos horários, é de 40 horas semanais, sendo 32 horas a dedicação mínima. Assim, para que ocorra uma mudança na organização dos serviços com relação à ampliação dos horários e dias de funcionamento, há de se considerar esse aspecto, entre outros.

O resultado referente aos profissionais não atuarem em outro serviço encontra eco em outros estudos (FERREIRA et al., 2016; BARBOSA; ELIZEU e PENNA, 2013; SILVA et al., 2014) e pode estar relacionado ao fato da maioria pertencer ao regime estatutário, como encontrado nos estudos de KOLLING, (2008) e GOYA e ANDRADE (2015).

Com relação à maioria dos profissionais possuem plano de saúde, pode ser justificado pelo fato dos funcionários públicos, por apresentarem uma condição financeira mais favorável, procuram a assistência privada quando necessitam de atendimento (LINS et al., 2014).

No que diz respeito à média de tempo de trabalho na unidade de 7,05 anos, pode-se inferir que a rotatividade dos profissionais é pequena, podendo estar relacionada também ao regime estatutário. O que contribui para a formação de vínculo entre estes e o usuário. Uma vez que para Gil (2005), o contrato precário de trabalho compromete toda a estrutura da APS, dificultando a formação de vínculos e o desenvolvimento de práticas profissionais inovadoras que contribuam para a mudança do modelo de atenção à saúde atual.

Com relação ao atributo Acesso de Primeiro Contato na região pesquisada, a avaliação do escore (4,68) mostrou-se abaixo do ponto de corte de 6,6 estimado pelo PCATool-Brasil para definir baixa ou alta orientação à APS. Resultado que vem ao encontro de outros estudos que encontraram nesse atributo os escores mais baixos do PCATool (OLIVEIRA, 2014; KOLLING, 2008; FIGUEIREDO et al., 2013; CHOMATAS et al., 2013; CASTRO et al., 2012; SILVA et al., 2014; VITORIA et al., 2013). O pior desempenho desse atributo em relação aos demais que compõe o PCATool está em consonância com outras pesquisas que utilizaram métodos diferentes e/ou outros instrumentos de avaliação e que assinalam a limitação do acesso da população aos serviços da APS, com barreiras que ainda necessitam ser rompidas (CAMPOS et al., 2014; SANTANA et al., 2014; ALBUQUERQUE et al., 2014; BARBOSA; ELIZEU e PENNA, 2013).

Corroborando com o resultado acima, Lima et al. (2016) ao avaliar a qualidade da ESF por meio dos atributos da APS, na perspectiva dos profissionais de saúde, traz a acessibilidade como o componente com menor valor atribuído, o que aponta um problema no serviço de saúde, uma vez que, é por meio do acesso, do primeiro contato, que o profissional tem o momento de ouvir, acolher e conhecer as necessidades do usuário, o que fortifica o vínculo do mesmo com o profissional e o serviço, além de direcionar o cuidado quando necessário. Ainda para o autor, o atributo Acesso de Primeiro Contato perpassa a chegada do usuário ao serviço, englobando também os diversos aspectos relacionados à humanização e o acolhimento da atenção.

Salienta-se que a proposta do acolhimento no Brasil fundamenta-se no direito constitucional da garantia de acesso aos serviços de saúde. Propõe formas de atenção à

demanda espontânea que associe as necessidades dos usuários com as diversas possibilidades de cuidado e não focada apenas em oferecer maior acesso à consulta médica (TESSER; NETO e CAMPOS, 2010).

Quando se avalia os itens que compõe o atributo Acesso de Primeiro Contato – componente acessibilidade, percebe-se que alguns obtiveram resultados satisfatórios, em que a maioria dos profissionais de saúde afirmam que o usuário é atendido no mesmo dia em que necessita, que ele recebe atendimento via telefone quando a unidade está aberta e que consideram fácil o usuário marcar consultas. Corroborando com esses resultados, Hauser et al. (2013) ao traduzir, adaptar e avaliar a validade e a fidedignidade do PCATool versão profissionais de saúde em Porto Alegre, apresentou as respostas positivas e negativas para cada item do atributo, encontrando as maiores porcentagens afirmativas nesses mesmos itens.

Esses resultados encontram eco em outros estudos como Santana et al. (2014) ao buscar compreender como os usuários de Cabedelo-PB percebem a acessibilidade nas ESF, mostrou que a maioria dos usuários tiveram suas queixas resolvidas imediatamente e conseguiram atendimento realizado no mesmo dia sem consulta previamente agendada. Corroborando com este resultado, Lins et al. (2014), objetivando avaliar a qualidade da acessibilidade, na visão dos usuários em uma ESF de Ouricuri-PE, encontrou índices satisfatórios no atendimento no mesmo dia.

Ademais, Silva et al. (2014) ao avaliar os atributos da APS na visão dos profissionais da ESF na microrregião de Alfenas-MG, traz que a maioria dos profissionais afirmaram que o usuário é atendido no mesmo dia em que procura a unidade e consegue aconselhamento pelo telefone quando a unidade está aberta. Resultado também apresentado no estudo de Marin; Moracvick e Marchioli (2014) tanto na opinião dos usuários como dos profissionais, com índice levemente mais elevado na opinião destes.

Reis et al. (2013) também contribui com esses resultados ao avaliar o acesso e a utilização na visão dos gestores, profissionais e usuários das ESFs de São Luís-MA. O mesmo constatou que a avaliação dos gestores e profissionais foi significativamente superior à dos usuários nos itens referentes a estes serem atendidos no mesmo dia e a disponibilidade de telefone quando a unidade está aberta. Já, os estudos de Silva et al. (2014) e Lins et al. (2014) encontraram, na opinião de profissionais e usuários, a falta de um telefone para contato nos serviços.

No que tange a marcação de consultas, Cunha e Silva (2010) ao avaliarem a acessibilidade por meio de profissionais de saúde e usuários da APS de um município da Bahia, constataram, no resultado geral, uma relativa demora na marcação de consultas. Corroborando com este resultado Marin, Moracvick e Marchioli (2014) ao propor a comparação do acesso aos serviços de saúde na ótica de usuários e profissionais na APS de um município do interior paulista, obteve, na visão dos usuários, uma extensa demora para conseguir uma consulta. Essa demora, na percepção dos usuários, foi apontada em outros estudos como uma barreira de acesso aos serviços de saúde (SANTANA et al. 2014; DINIX e COSTA, 2014; SOUZA et al., 2008; REIS et al., 2013).

Lins et al. (2014) diverge desses resultados ao constatar índices satisfatórios no que tange a marcação de consultas na visão dos usuários. No estudo de Campos et al. (2014), que buscou compreender como usuários do sistema de saúde de uma metrópole brasileira avaliam o acesso nas ESF, encontraram ser demorado e burocrático, desde o tempo de espera do agendamento até o dia da consulta, como também o próprio processo de atendimento no serviço, seja este agendado ou por demanda espontânea. Esses resultados são encontrados também em Santana et al. (2014) em que os usuários relataram demora em conseguir uma consulta e burocracia nos processos de trabalho das equipes, com ações individuais e sem planejamento com vistas aos interesses da comunidade.

Na percepção dos profissionais de saúde, Silva et al. (2014) encontrou também a maioria afirmando que consideram fácil para o usuário marcar uma consulta. Contribuindo com este, Marin, Moracvick e Marchioli (2014) trazem que os profissionais acreditam que essa problemática pode ser amenizada com outros mecanismos, como a orientação e o acolhimento, dando o encaminhamento de alguns casos. O que pode justificar a maioria dos profissionais pesquisados afirmarem ser fácil para o usuário marcar uma consulta.

Seguindo a mesma reflexão, Araújo; Mendonça e Sousa (2015) ao avaliarem os atributos da APS no Distrito Federal, constataram que a compreensão dos profissionais de saúde sobre o acesso aponta para o direito dos usuários de circular entre as unidades de saúde, na maneira como os serviços de APS são organizados, no acolhimento e na capacidade do serviço em responder às necessidades do usuário. Portanto, na visão dos profissionais, o acesso se restringe à chegada aos serviços, acompanhada das dinâmicas organizacionais dos mesmos. Logo, na visão dos usuários, Campos et al. (2014) encontrou que o acolhimento é apontado como um espaço de escuta e orientação, porém, criticado por constituir-se em uma forma de controlar o acesso ao que é mais desejado, ou seja, a consulta médica.

Nessa lógica, Tesser; Neto e Campos (2010) trazem que a consideração de critérios epidemiológicos para priorização de ações de prevenção, vigilância, tratamento e controle de doenças, a criação de grupos prioritários, reservas de vaga e direcionamentos de agenda, acabou convergindo para a desvalorização da demanda espontânea e reforçando a rigidez dos agendamentos. O que o acolhimento pode ajudar a amenizar, desde que se realize com qualidade.

Ao compreender que o acolhimento é um mecanismo para facilitar o acesso, proporcionando a inclusão dos usuários, pressupõe-se que a atenção da equipe de saúde abrange todas as pessoas que procuram o serviço e não somente aqueles pertencentes a determinados grupos da população, portadores de doenças e agravos prevalentes, uma vez que estes apresentam necessidades que demandam uma atenção que perpassa o acompanhamento agendado no serviço de saúde (ALBUQUERQUE et al., 2014).

Infere-se que os resultados que impactaram positivamente no acesso de primeiro contato possam estar relacionados à presença e qualidade do acolhimento, bem como à organização dos serviços de saúde para atender a demanda diária, incluindo a disponibilidade de telefone, facilitando as orientações e sanando dúvidas.

Quanto aos itens do presente estudo que obtiveram maior proporção de respostas negativas, representando as fragilidades do acesso na visão dos profissionais, está o funcionamento dos serviços de APS no cenário pesquisado. A maioria afirmou que seus serviços não abrem finais de semana, nem à noite; não atenderiam o usuário aos finais de semana e à noite; bem como não há um número de telefone quando o serviço está fechado, caso o mesmo necessitasse. Esses resultados confirmam os encontrados por Hauser et al. (2013) e Silva et al. (2014), em que foram estes os itens com maior frequência de respostas negativas. Corroborando com esses achados, Araújo; Mendonça e Sousa (2015), que utilizou método qualiquantitativo com o PCATool focalizado na atenção integral à criança, encontrou, na opinião dos profissionais, a limitação do horário de funcionamento das unidades como um dos fatores que dificultam o acesso.

Seguindo os mesmos resultados, Reis et al. (2013) encontrou os indicadores pior avaliados pelos três sujeitos pesquisados, gestores, profissionais e usuários de uma ESF, nos itens referentes a disponibilidade de unidade de saúde aberta no fim de semana e pelo menos uma vez por semana após às 18 horas. Porém, destacou que esses itens obtiveram significativa diferença positiva na opinião dos gestores e profissionais quando comparado à dos usuários.

Esse resultado vem ao encontro de Marin; Moracvick e Marchioli (2014) que também tiveram o item referente a unidade de saúde abrir até as 18 h com baixa média de avaliação, sendo que a dos profissionais foi levemente mais alta.

As baixas avaliações atribuídas aos itens que tratam sobre o horário de funcionamento das unidades de saúde demonstram a realidade da maioria dos serviços de APS no Brasil (CHOMATAS et al., 2013; SILVA et al., 2014). Silva et al. (2014) encontrou unidades com funcionamento em horário comercial, em dias uteis, e muitas desprovidas de telefones para contato. O que reflete a indisponibilidade da equipe em atender as necessidades dos usuários nos finais de semana e à noite, como observado em outros estudos (CHOMATAS et al., 2013; REIS, et al., 2013; HAUSER et al., 2013).

Quanto à disponibilidade de um número de telefone quando a unidade está fechada, Hauser et al. (2013) encontrou resultado semelhante, pois a grande maioria relatou não haver telefone para contado quando o serviço está fechado. Resultado que vem ao encontro dos achados de Silva et al. (2014) em que a maioria dos profissionais pesquisados afirmou não haver um número de telefone para os usuários ligarem quando a unidade de saúde está fechada. O que corrobora com o resultado de Marin; Moracvick e Marchioli (2014). Reis et al. (2013) contribui ao encontrar resultado positivamente superior, neste item, na opinião dos gestores e profissionais quando comparada à opinião dos usuários. Percebe-se que a disponibilidade de telefone no serviço de saúde depende do horário de funcionamento da mesma.

Dentro desse contexto, cabe destacar que o PCATool, ao avaliar o atributo Acesso de Primeiro Contato, considera, em alguns itens, a disponibilidade de funcionamento dos serviços de APS durante os finais de semana e à noite, bem como o atendimento nesses dias e turnos, em casos agudos. Contudo, essa não é a realidade no modelo de atenção adotado no Brasil. O que possibilita a reflexão acerca da necessidade de adaptação do instrumento para a realidade local ou de uma mudança no modelo de atenção, proporcionando uma maior disponibilidade dos serviços de APS ao cidadão, assegurando o vínculo e reduzindo a procura por serviços de pronto-atendimento (CHOMATAS et al., 2013).

Nessa perspectiva, o estudo de Hauser et al. (2013) trouxe, nos atributos Acesso de Primeiro Contato e Coordenação, resultados que sugeriam a exclusão de determinados itens. Com relação ao Acesso de Primeiro Contato, esses itens faziam referência a aspectos organizacionais dos serviços de saúde, como os dias e horários de funcionamento das

unidades. Como foi validado considerando a realidade organizacional local da cidade em que se realizou a validação, os itens referentes ao atendimento nos finais de semana, após as 20 horas, ou quando o serviço está fechado, e a disponibilidade de telefone para contato quando o serviço está fechado, foram acentuadamente avaliados de forma negativa.

Assim, o mesmo autor ponderou em permanecer com esses itens na versão brasileira, devido à importância conceitual para a definição de APS proposta por Starfield (2002), principalmente no caso dos atributos essenciais. Também devido à necessidade de se considerar as particularidades na organização dos serviços, pois a baixa discriminação de itens observada, não necessariamente significa que sejam impróprios, já que, em contextos com diferentes formas de organização podem ser positivos para distinguir a orientação à APS. Ademais, essas fragilidades podem ser aceitas por tratar-se de um instrumento que busca medir diversas características de diferentes sistemas de saúde em amplitude mundial, mantendo a equivalência com instrumentos de avaliação similares aos de outros países (HAUSER et al., 2013).

Seguindo essa observação, é preciso dialogar sobre a real avaliação que o instrumento PCATool fornece para a APS no Brasil, pois o atributo Acesso de Primeiro Contato comumente apresentará scores baixos devido as perguntas que não se adequam à realidade do país. Exceto em alguns municípios em que a organização dos serviços de saúde da APS, principalmente com relação à horários e dias de funcionamento, esteja dentro da perspectiva que PCATool aborda e considera para a avaliação final desse atributo. Em contrapartida, essa maneira de avaliar instiga refletir sobre a necessidade de mudança no modelo de atenção do Brasil, que permita a ampliação do acesso e, conseqüentemente, das ações de APS para a população. O que impacta positivamente, tanto na gestão do sistema, incluindo as emergências e os demais níveis de atenção, como também na saúde dos usuários que não usufruem desse serviço devido incompatibilidades de horários.

Ademais, Fracoli et al. (2014) depois de analisar cinco instrumentos validados para avaliação da APS, encontrou o PCATool como o que mais se aproxima da proposta da ESF de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica. Vindo ao encontro de Stein (2013) que afirma que o PCATool tem propriedades de mensuração excelentes, devendo ser a ferramenta escolhida pelos gestores e pesquisadores para a avaliação da qualidade da APS.

Ademais, o funcionamento das unidades de saúde em horário noturno poderia facilitar a utilização por parte dos trabalhadores, principalmente os homens que, tradicionalmente, não

buscam os serviços da APS devido incompatibilidade de horários entre o funcionamento das unidades e o trabalho (CUNHA e SILVA, 2010). Assim, a mudança na organização dos serviços de APS com a ampliação dos horários e dias de funcionamento, englobaria a parcela economicamente ativa da população, proporcionando a estes, o vínculo e o acompanhamento necessário para prevenção e promoção da saúde, em busca de um envelhecer saudável. Essa percepção vem ao encontro dos resultados encontrados por Reis et al. (2013) e Marin; Moracvick e Marchioli (2014) que encontraram avaliação insatisfatória referente à necessidade do usuário faltar ao trabalho para realizar uma consulta.

Mesmo com o conhecimento de que as mulheres estão participando ativamente do mercado de trabalho, ainda encontra-se na APS o predomínio de mulheres atendidas, como percebido em diversos estudos (HARZHEIM et al., 2013; REIS et al., 2013; BRASIL, 2008). O que demonstra seu papel no cuidado da família e sugere-se o maior acesso em função do horário de funcionamento (ALBUQUERQUE et al., 2014).

Porém, essa questão do horário de atendimento pode se mostrar própria de cada usuário que procura o serviço, uma vez que, uma das questões apontadas pelos homens para a não procura pelos serviços de saúde é o fato de ser o provedor do sustento da família, então o horário do funcionamento coincide com a carga horária do trabalho. Preocupação masculina relevante principalmente em famílias de baixa renda, reforçando o papel historicamente atribuído ao homem de ser responsável pelo sustento da família. Contudo, ainda que se constitua, em muitos casos, uma barreira importante, há de se destacar que grande parte das mulheres, das diferentes categorias sócio-econômicas, compõe a força produtiva e não deixam de procurar os serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Como resultado da busca por atenção à saúde do homem que trabalha durante o dia e não consegue acessar os serviços disponíveis nesses horários, o mesmo adentra o sistema de saúde por meio da atenção especializada, favorecendo o agravamento da morbidade e um maior custo para o SUS. Essa situação acarreta a fragilização da APS como porta de entrada do SUS, bem como a sobrecarga dos serviços de urgência e emergência com casos não urgentes (BRASIL, 2008; REIS, et al., 2013). Ao ser analisado esse tema, emerge outras situações e contextos que dificultam o acesso dos homens à APS, que vão desde a cultura da masculinidade à carência de ações e programas específicos para eles, dificultando a formação de vínculo e auxiliando no distanciamento dos mesmos aos serviços de saúde primários (MENDONÇA e ANDRADE, 2010). O que acarreta em uma demanda reprimida que pode

ser alcançada pela busca ativa, abrindo possibilidades para o acesso à saúde (MARTINS; NOLASCO e SEVERINO, 2013).

Assim, além de fortalecer e qualificar a APS para captar a população masculina, percebe-se a necessidade de um maior investimento financeiro na qualificação do acesso, permitindo a ampliação do horário de atendimento das unidades de saúde e a superação de limitações legais que se constituem em obstáculos importantes à organização de jornadas de trabalho noturnas e em finais de semana (BRASIL, 2008; REIS et al., 2013; VITORIA et al., 2013). Mudanças que facilitarão à atenção à saúde da população que trabalha, proporcionando promoção de saúde com consequente melhoria da qualidade de vida. O processo de trabalho, os horários e dias de funcionamento das unidades de saúde e o acordo das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes devem ser organizados para que seja garantido o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais, a coordenação, a continuidade e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2012).

Ainda sobre os itens de avaliação do atributo Acesso de Primeiro Contato abordados no PCATool-versão profissionais e o escore do atributo, observou-se uma correlação positiva e forte/moderada entre o escore e os itens referentes ao funcionamento das unidades. O que demonstra uma maior contribuição destes para a baixa presença do atributo Acesso de Primeiro Contato nos serviços de APS pesquisados. Seguindo a reflexão de Hauser et al., 2013, pode-se afirmar que o baixo score (4,68) encontrado no presente estudo pode não refletir a realidade do acesso nas unidades pesquisadas, uma vez que, sua organização não está de acordo com a forma com que o PCATool considera relevante para se ter acesso de primeiro contato.

Dando continuidade aos resultados emergentes do presente estudo, tem-se o item A9, referente à demora de mais de 30 minutos para o usuário ser atendido, que foi desenvolvido no intuito de, quanto maior as respostas afirmativas, mais negativo o impacto deste no acesso. Assim, obteve-se a maioria dos profissionais afirmando que o usuário demora mais de 30 minutos para ser atendido, resultado que vem ao encontro do estudo de Lins et al. (2014) com usuários, em que a maioria relatou demorar mais que esse tempo para ser atendido. Porém, diverge do encontrado por Hauser et al. (2013) e Silva et al. (2014) em que os profissionais alegam que o usuário provavelmente não demora mais de 30 minutos para ser atendido.

Ainda, Cunha e Silva (2010) com o objetivo de analisar a implantação de ações voltadas para a acessibilidade à APS em um município da Bahia, na opinião tanto de

profissionais da saúde como de usuários, encontraram, como resultado geral, um tempo de espera para atendimento entre duas a três horas, sendo que os usuários chegavam à unidade uma hora antes do horário do atendimento.

Considerando a opinião dos usuários acerca do acesso à APS, Campos et al. (2014) traz que estes afirmaram demora no atendimento e, conseqüentemente, da resolução de seus problemas de saúde. Dividindo essa observação, Dixis e Costa (2014) e Santana et al. (2014) encontraram demora no tempo de espera para o usuário ser atendido. Também se tem os resultados de Reis et al. (2013) que encontrou afirmações positivamente superiores na avaliação dos gestores e profissionais no que tange à espera de 30 minutos para ser atendido, quando comparados à opinião dos usuários.

Nessa perspectiva, Cunha (2010) sugere que os profissionais incorporam ao seu trabalho as rotinas que executam em suas unidades de atuação, englobando os programas do Ministério da Saúde dirigidas a populações específicas, como a saúde da mulher, da criança, usuários hipertensos, diabéticos, entre outras ações. O que acaba envolvendo um tempo significativo, simplificando o acolhimento e a humanização, que passam a ser desenvolvidas aleatoriamente. Isso dificulta uma assistência em saúde com qualidade. Sugere-se que essa observação seja própria de cada gestor e/ou serviço de saúde e depende de como os mesmos se organizam para realizar suas ações com eficiência, proporcionando qualidade na atenção a todos os usuários que procuram atendimento de suas necessidades de saúde.

Ademais, os profissionais são influenciados pela objetividade da inclusão e exclusão do atendimento à demanda, mas isso nem sempre vem ao encontro dos anseios dos usuários que entendem suas necessidades como prioritárias e únicas. Os profissionais atuam de acordo com os fluxos e as normas estabelecidas por essa racionalidade, sem considerar o que está implícito nas necessidades de cada usuário que procura por atendimento (MARIN; MORACVICK e MARCHIOLI, 2014).

Embora o estudo de Araújo; Mendonça e Sousa (2015), tenha encontrado uma média mais baixa para o componente Acessibilidade na opinião dos profissionais do que nos usuários, ainda assim, foi um dos componentes pior avaliado por ambos. No geral, observa-se que os profissionais costumam avaliar melhor os seus serviços do que os usuários (ARAÚJO; MENDONÇA e SOUSA, 2015; VAN STRALEN et al., 2008). Como também em relação aos itens do atributo Acesso de Primeiro Contato (REIS et al., 2013; MARIN et al., 2014).

Partilhando dessa observação, Damaceno (2015) ao avaliar a qualidade do Acesso de Primeiro Contato em duas Regiões de Saúde do sul do Brasil na ótica dos usuários, encontrou baixos escores (3,38 e 4,18) para cada região. O que demonstra que os usuários avaliaram mais negativamente o acesso à APS quando comparado ao escore do presente estudo (4,68) na visão dos profissionais. Destaca-se que as regiões pesquisadas pelo autor são as mesmas desse estudo.

A presente interlocução com outros autores possibilitou observar que, na visão dos profissionais de saúde, os resultados da avaliação do atributo Acesso de Primeiro Contato foram superiores quando comparados aos usuários. Observação que demonstra o impacto do acesso no cotidiano de quem vivencia diretamente a problemática da barreira do primeiro contato com o sistema de saúde no momento em que apresenta uma necessidade de saúde, ou seja, o usuário.

CONCLUSÃO

Com a construção do presente estudo pode-se perceber que o atributo Acesso de Primeiro Contato é o alicerce para que os demais atributos possam se concretizar. Por isso, mecanismos de avaliação desse atributo são fundamentais para o conhecimento da realidade local, fomentando a tomada de decisão com o intuito de afirmar e garantir esse direito constitucional à toda população, com eficácia, eficiência e qualidade da atenção.

Em virtude dos resultados apresentados percebe-se que o atributo Acesso de Primeiro Contato ainda constitui-se em um obstáculo à atenção de qualidade no sistema de saúde, principalmente quando considerado o funcionamento da principal porta de entrada desse sistema, a APS. Fazem-se necessárias mudanças significativas na ampliação dos horários e dias de atendimento das unidades de saúde para que possam englobar a demanda que não procura o serviço devido atividade laboral e que acaba por procurar alívio às suas necessidades de saúde nos demais níveis do sistema, sobrecarregando-os com problemas de saúde, muitas vezes não urgentes, ou seja, próprios de ações da APS. Além de satisfazer as necessidades de saúde de quem procura o serviço, porém depara-se com demora no atendimento.

Nota-se que, no geral, o atributo Acesso de Primeiro Contato na percepção dos profissionais, é mais bem avaliado do que na percepção dos usuários. Assim, é conveniente

ressaltar que, embora a pesquisa tenha sido realizada utilizando as três versões do PCATool, para o presente estudo foram analisados apenas os dados referentes ao instrumento na versão aplicada aos profissionais de saúde. Portanto, o baixo grau de orientação para APS referente ao atributo Acesso de Primeiro Contato, pode ser ainda mais baixo na avaliação desse atributo por parte dos usuários.

Compreende-se a importância de realizar uma comparação entre os resultados encontrados na visão dos profissionais e na dos usuários, uma vez que a percepção da oferta e utilização pode variar. Também sabe-se o quão relevante é a análise por modelos de atenção da APS e por municípios, pois são resultados que podem apontar fragilidades e potencialidades do sistema, bem como oferecer subsídios para repensar os processos de gestão local atuais. Assim, buscar-se-á dar seguimento aos dados coletados nas demais versões do PCATool, buscando preencher essas lacunas. Por hora, o objetivo do presente estudo foi alcançado, uma vez que permitiu obter o conhecimento do acesso, na visão dos profissionais da APS, em toda a Coordenadoria Regional de Saúde pesquisada.

Pontua-se como fragilidade do estudo o fato de não se ter o conhecimento acerca da área de formação complementar do profissional, dado que proporcionaria conhecer se uma formação específica em APS corrobora ou não para uma melhor avaliação do atributo Acesso de Primeiro Contato. Também é necessário elencar que, embora a organização dos serviços da APS seja própria de cada município, os resultados mostram que os aspectos de acessibilidade dos serviços de APS da Coordenadoria de Saúde pesquisada devem ser revisados para que seja garantido o atributo do Acesso de Primeiro Contato.

Foi possível observar a necessidade de diferentes mecanismos possíveis para a concretização do acesso, como ampliação do horário e dia de funcionamento dos serviços de APS, a busca ativa da demanda reprimida, o acolhimento, além de processos contínuos de avaliação para acompanhar o andamento das ações, aprimorando-as quando necessário.

Espera-se que os resultados auxiliem na ampliação do conhecimento acerca da organização, do funcionamento e dos demais processos que envolvem a dinâmica da APS, reforçando suas potencialidades e direcionando o caminho para a superação dos desafios ao acesso do usuário a esse nível de atenção. Ademais, busca-se incentivar a validação do PCATool para as demais profissões presentes na APS, incluindo os profissionais de nível médio, uma vez que fazem parte da equipe mínima desses serviços e são essenciais na garantia do acesso à população.

Além disso, faz-se necessário novos estudos a fim de se conhecer a realidade do acesso de primeiro contato da APS nos diversos cenários em saúde do país. Somado ao desenvolvimento de estudos que identifiquem o impacto das ações inovadoras, em especial, a ampliação dos dias e horário de funcionamento das unidades, no acesso e qualidade da atenção.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. do S. V. de et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 182-194, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0182.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2016.
- ARAÚJO, R. de L.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. de. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.387-399, abr./jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00387.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2016.
- BARBOSA, S. de P.; ELIZEU, T. S.; PENNA, C. M. M. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 18, n. 8, p. 2347-2357, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/19.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2016.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, v. 3, 1. ed., 2011. 197 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 2011, 3). Disponível em: http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf. Acesso em: 02 nov. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool** – Brasil, Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrumento_avaliacao.pdf. Acesso em: 30 nov. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 19 out. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**, Brasília, nov. 2008. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/images/stories/saudedetodosnos/arquivos/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf. Acesso em: 25 nov. 2016.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 252-264, out. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

CASTRO, R. C. L. de et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n9/v28n9a15.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2016.

CHOMATAS, E. et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 294-303, out./dez. 2013. Disponível em: <file:///D:/_Arquivos/Downloads/828-4645-2-PB.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2016.

COSTA, S. de M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p. 90-96, abr./jun. 2013. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/viewFile/530/552>>. Acesso em: 24 jul. 2016.

CUNHA, A. B. O.; SILVA, L. M. V. da. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/15.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

CUNHA, G. T. A construção da clínica ampliada na atenção básica. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 212 p. In: LINS, Í. L.; NETO, R. T. de L.; LEITE, S. F. P.; OLIVEIRA, J. M. C. de; FELIPE, F. A.; FERREIRA, N. B. Avaliação da assistência prestada na Estratégia de Saúde da Família na ótica do usuário. **ID on line Revista de Psicologia**, [s. l.], ano 8, n. 24, nov. 2014. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/299/421>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

DAMACENO, A. N. **Atenção Primária à Saúde: avaliação do acesso de primeiro contato em municípios da região centro-oeste do Rio Grande do Sul**. 2015. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2015. Disponível em: <http://coral.ufsm.br/ppgenf/images/Dissertacao_Adalvane_Damaceno.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2016.

DANCEY, C.; REIDY, J. **Estatística Sem Matemática para Psicologia: Usando SPSS para Windows**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 608 p.

DEVELLIS, R. F. *Scale development: Theory and applications*. Newbury Park, CA: SAGE Publications, 1991.

DIXIS, P. F.; COSTA, G. M. C. Acessibilidade aos serviços públicos de saúde: a visão dos usuários da Estratégia Saúde da Família. **Enfermería Global**, [s. l.], n. 33, p. 279-291, jan. 2014. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/pt_administracion4.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2016.

- FERREIRA, T. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde de crianças e adolescentes com HIV: PCATool-Brasil. **Rev Gaúcha Enferm**, [s. l.], v. 37, n. 3, p. e61132, set. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n3/0102-6933-rgenf-1983-144720160361132.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2016.
- FIGUEIREDO, A. M. de et al. Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 41-48, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a04.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2016.
- FRACOLLI, L. A. et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 19, n. 12, p. 4851-4860, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/pt_1413-8123-csc-19-12-04851.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2016.
- GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, mar./abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/15.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2016.
- GONDIM, A. P. S.; ANDRADE, J. T. de. Cuidado humanizado na atenção primária à saúde: demanda por serviços e atuação profissional na rede de atenção primária à saúde – Fortaleza, Ceará, Brasil. **Rev Port Saúde Pública**, [s. l.], v. 32, n. 1, p. 61-68, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v32n1/v32n1a09.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.
- GOYA, N.; ANDRADE, L. O. M. de. Percepções de trabalhadores da saúde sobre práticas instituintes e desafios do Sistema Único de Saúde. **S A N A R E**, Sobral, v. 14, n. 02, p. 07-16, jul./dez. 2015. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/824/495>>. Acesso em 01 jul. 2016.
- HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do *Instrumento de Avaliação da Atenção Primária* (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/13.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2016.
- HARZHEIM, E. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 274-284, out./dez. 2013. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/829/588>>. Acesso em: 23 nov. 2016.
- HAUSER, L. et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 244-255, out./dez. 2013. Disponível em: <<https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/821/584>>. Acesso em: 24 jul. 2016.
- KESSLER, M. **Avaliação da longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul**. 2016. 98 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2016.

KOLLING, J. E. G. **Orientação à atenção primária à saúde das equipes de saúde da família nos municípios do projeto telessaúde RS: estudo de linha de base.** 2008. 144 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Porto Alegre, RS, 2008. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/16375/000698759.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 22 dez. 2016.

LEÃO C. D. A.; CALDEIRA, A. P. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 16, n. 11, p. 4415-4423, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a14v16n11.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2016.

LIMA, E. de F. A. et al. Avaliação da Estratégia Saúde da Família na Perspectiva dos Profissionais de Saúde. **Esc Anna Nery**, [s. l.], v. 20, n. 2, p. 275-280, abr./jun. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0275.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

LINS, Í. L. et al. Avaliação da assistência prestada na Estratégia de Saúde da Família na ótica do usuário. **ID on line Revista de Psicologia**, [s. l.], ano 8, n. 24, nov. 2014. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/299/421>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

MARIN, M. J. S.; MORACVICK, M. Y. A. D.; MARCHIOLI, M. Acesso aos serviços de saúde: comparação da visão de profissionais e usuários da atenção básica. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 629-636, set./out. 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a08.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

MARTINS, R. A. de S.; NOLASCO, B. C. A.; SEVERINO, R. R. **Estratégias de efetivação do acesso à saúde: a busca ativa de pacientes mediante demanda reprimida na saúde no HC/UFTM.** III Simpósio Mineiro de Assistentes sociais. Belo Horizonte, MG, jun. 2013.

MENDONÇA, V. S.; ANDRADE, A. N. de. A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão? **Psicologia política**, v. 10, n. 20, p. 215-226, jul./dez. 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v10n20/v10n20a03.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2016.

OLIVEIRA, M. P. R. de. **Formação e qualificação dos profissionais de saúde: fatores associados à qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde.** 2014. 174 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, 2014. Disponível em: <https://ensinosaude.medicina.ufg.br/up/151/o/DISSERTA%C3%87%C3%83O_MARIANA_POLICENA_FINAL.pdf>. Acesso em 25 jul. 2016.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P. de; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev Esc Enferm USP**, [s. l.], v. 44, n. 3, p. 657-664, set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/15.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2016.

PONTES, A.P. M. de et al. O Princípio de Universalidade do Acesso aos Serviços de Saúde: o que pensam os usuários? **Esc Anna Nery Rev Enferm**, [s. l.], v. 13, n. 3, p. 500-507, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a07>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

REIS, R. S. et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 18, n. 11, p. 3321-3331, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n11/22.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

RIO GRANDE DO SUL (RS). Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2016/2019**. Porto Alegre, 2016. 218 p.: il. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1480502881_1478280203_PES%202016-2019%20-%2025%2010.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2016.

SANTANA, J. S. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: opinião de usuários. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 8, n. supl. 3, p. 4046-4055, nov. 2014. Disponível em: <[file:///D:/_Arquivos/Downloads/5353-64804-1-PB%20\(1\).pdf](file:///D:/_Arquivos/Downloads/5353-64804-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 22 dez. 2016.

SHAPIRO, S. S; WILK, M. B. Na analysis of variance test for normality (complete sample). **Biometrika**, [s. l.], v. 52, n. 3/4, p. 591-611, 1965.

SILVA, L. O. L. E. e et al. Acessibilidade ao serviço de saúde: percepções de usuários e profissionais de saúde. **Cogitare Enferm**, [s. l.], v. 16, n. 4, p. 654-660, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/25434/17053>>. Acesso em: 29 set. 2016.

SILVA, S. A. da et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, [s. l.], v. 48, n. esp., p. 126-132, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-126.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

SOUZA, E. C. F. de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. sup. 1, p. S100-S110, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

STEIN, A. T. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 179-181, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a19.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 29 out. 2016.

TESSER, C. D.; NETO, P. P.; CAMPOS, G. W. de S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 15, n. supl. 3, p. 3615-3624, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a36.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2016.

VAN STRALEN, C. J. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do

Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. sup 1, p. S148-S158, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/19.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

VITORIA, A. M. et al. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 285-293, out./dez. 2013. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/832/589>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

ZANETTI, T. G. et al. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de Saúde da Família: um estudo de caso. **Cienc Cuid Saude**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 448-455, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/7664/6655>>. Acesso em: 22 ago. 2016.

4.2 ARTIGO 2

O ATRIBUTO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL: UM ESTUDO MULTINÍVEL

RESUMO

O presente estudo tem o objetivo de analisar a prevalência e os fatores associados à presença do atributo Acesso de Primeiro Contato em serviços de Atenção Primária à Saúde nos municípios pertencentes a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde. Trata-se de um estudo observacional transversal multinível em dois níveis: individual (profissionais de saúde) e contextual (municípios), realizado com profissionais de saúde de nível superior, nos serviços de Atenção Primária à Saúde dos municípios pertencentes à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde. Os dados individuais foram coletados por meio de um questionário sócio econômico e do *Primary Care Assessment Tool*-Brasil versão profissionais. Os dados contextuais, em sites oficiais da internet do Governo Federal Brasileiro. Não houve variáveis individuais com significância estatística na presença do atributo Acesso de Primeiro Contato. Entre as contextuais, apenas o porte populacional mostrou-se estatisticamente significativo para a presença do atributo, sendo os municípios com até cinco mil habitantes os que apresentaram maior prevalência desse atributo na Atenção Primária à Saúde. Os resultados encontrados mostram que o fator associado à presença do Acesso de Primeiro Contato na Atenção Primária à Saúde que apresentou significância estatística para sua prevalência foi o pequeno porte populacional dos municípios pesquisados. O que demonstra que os municípios com menor população apresentam melhor acesso a esse nível de atenção. Esse estudo contribui para o conhecimento acerca do tema, uma vez que possibilita identificar o contexto que mais influencia na prevalência do Acesso de Primeiro Contato, contribuindo para direcionar a vertente a ser explorada em novos estudos. Haja vista reconhecer que ainda há barreiras de acesso à serem superadas a fim de garantir a efetividade da Atenção Primária à Saúde.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. Análise Multinível.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde configura-se como o primeiro nível de atenção e a porta de entrada do sistema de saúde (BRASIL, 2010). É onde acontece a identificação das necessidades e dos problemas concretos da população, fornecendo as respostas para as condições em saúde e determinando o trabalho dos demais níveis do sistema de saúde (BARBOSA; ELIZEU e PENNA, 2013).

Por ser a porta pelo qual o usuário adentra ao sistema de saúde, a APS é o acesso de primeiro contato do usuário com o sistema, caracterizando-se, principalmente, pela longitudinalidade, integralidade da atenção e a coordenação do cuidado, podendo contar com características complementares como a orientação familiar, comunitária e a competência cultural. Definição essa que explicita seus quatro atributos essenciais e três derivados, respectivamente (HARZHEIM et al., 2016). Ademais, a expressão primária implica no atributo essencial da APS, o do primeiro contato (MENDES, 2011).

O atributo Acesso de Primeiro Contato se caracteriza por ter um serviço como porta de entrada a cada novo problema de saúde ou novo episódio do mesmo problema (STARFIELD, 2002). Ou seja, quando a equipe e a população reconhece o serviço como o primeiro recurso a ser procurado quando há uma necessidade de saúde (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

A acessibilidade acena as características da oferta que possibilita as pessoas chegarem aos serviços. O acesso é a maneira como as pessoas percebem a acessibilidade. Esse primeiro contato envolve a disponibilidade de serviços que sejam acessíveis (acessibilidade - componente de estrutura) e o uso desses serviços no caso de necessidades em saúde (utilização - componente de processo). Portanto, um serviço de APS apenas oferece atenção ao primeiro contato quando os usuários percebem-no acessível e isto reflete na sua utilização (STARFIELD, 2002). Ademais, compreende-se que o acesso se constitui em uma dimensão de avaliação dos serviços na busca da obtenção do direito à saúde (WEILLER, 2008).

Nessa perspectiva tem-se o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool-Brasil) que visa medir a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados que concretizam uma APS de qualidade. Destaca-se que não há atualmente outro instrumento validado que permita mensurar os atributos da APS em diferentes serviços de saúde com qualidade e rigor (BRASIL, 2010a).

O acesso é um indicador importante de impacto da APS e avaliar em que medida este atributo vem sendo alcançado é uma ferramenta fundamental de aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS) (BARBOSA; ELIZEU e PENNA, 2013).

Assim, justifica-se a necessidade de conhecer o acesso de primeiro contato na APS, buscando subsídios que acrescentem elementos para o aprimoramento da atenção à saúde por meio deste atributo, reconhecendo que a efetivação desse nível de atenção demanda uma gama de elementos, entre eles, a presença dos demais atributos (BRASIL, 2010a; OPAS, 2011). Considera também que a conjuntura entre as características de cada município e região do Brasil, com suas diversas formas de organizar o sistema de saúde local, são determinantes para garantir a presença dos atributos e, conseqüentemente, concretizar as redes de atenção à saúde no Brasil (OPAS, 2011).

Diante do exposto elaborou-se a seguinte questão norteadora: quais as características dos profissionais de saúde e seus respectivos contextos sócio-espaciais que influenciam na presença do atributo Acesso de Primeiro Contato nos serviços de APS? Destarte, o objetivo deste estudo foi analisar a prevalência e os fatores associados à presença do atributo Acesso de Primeiro Contato em serviços de APS nos municípios pertencentes a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional transversal multinível em dois níveis: individual (profissionais de saúde) e contextual (municípios).

A 4ª CRS/RS localiza-se na região central do Estado, apresentando uma estimativa populacional de 562.595 habitantes e é constituída por duas Regiões de Saúde (Entre Rios e Verdes Campos), perfazendo 32 municípios. A Região Entre Rios é formada por 11 municípios, sua sede encontra-se no município de Santiago e possui uma população de 127.574 habitantes. A população urbana corresponde à 74,1% e a rural 25,9%. Seu IDH é 0,687 e apresenta 49 UBS, 81% de cobertura de equipes de Atenção Básica e 79,14% de ESF (RS, 2016).

A Região Verdes Campos é constituída por 21 municípios, tem como município sede Santa Maria e apresenta o maior contingente populacional da coordenadoria, com 435.021 habitantes. A população urbana corresponde a 81,7% e rural de 18,3%, e seu IDH é de 0,703. A região apresenta 89 UBS, com cobertura de equipes de Atenção Básica de 67,7% e de ESF de 39,1% (RS, 2016). A rede de APS está constituída por diferentes modelos de atenção, incluindo Unidades Básicas de Saúde com equipe de Estratégia Saúde da Família (UBS/ESF) UBS tradicionais (UBS/T), e UBS mistas (UBS/M) constituída pelos dois modelos anteriores (KESSLER, 2016).

A população do estudo compreende os profissionais de ensino superior que atuavam nos serviços de APS dos 32 municípios pertencentes à 4ª CRS/RS relacionados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES/2014). O cálculo do tamanho da amostra foi realizado por meio de amostragem probabilística, com base na estimativa da média populacional de profissionais de cada município, visando a obtenção de uma amostra representativa por município. Foram considerados os seguintes parâmetros: estimativa populacional de profissionais da APS para o ano de 2014 igual a 686 profissionais, distribuição de normalidade de 1,96, percentual estimado de 0,5%, erro amostral de 0,3 e nível de significância $\alpha=0,05$. O cálculo foi feito no programa *EpiInfo*® e a amostra foi constituída por 247 profissionais.

Como critérios de inclusão considerou-se profissionais de saúde de nível superior e que estivessem atuando nos serviços há mais de seis meses. Os critérios de exclusão foram: profissionais que encontraram-se em férias, licenças ou afastamentos, aqueles que respondiam apenas uma vez por trabalharem em mais de uma unidade de saúde no mesmo município ou em municípios diferentes, mas participantes do estudo.

Os dados individuais foram obtidos mediante entrevistas realizadas com os profissionais de saúde que trabalhavam nos serviços de APS dos municípios da 4ª CRS/RS através de dois instrumentos: i) um questionário sócio demográfico objetivando a caracterização do perfil dos profissionais; e ii) a aplicação do instrumento PCATool-Brasil versão profissionais.

O PCATool (*Primary Care Assessment Tool*) foi desenvolvido por Barbara Starfield e colaboradores na Universidade *Johns Hopkins* nos Estados Unidos. No Brasil o mesmo foi validado em 2006 e passou a ser uma ferramenta de avaliação dos serviços de saúde disponibilizada pelo Ministério da Saúde, apresentando características de medição extremamente eficazes para avaliar a qualidade da APS (HARZHEIM et al., 2006; BRASIL, 2010a; STEIN, 2013). O instrumento tem o objetivo de medir a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais: Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação da atenção e dos três derivados: Orientação Familiar, Orientação Comunitária e Competência Cultural. Cada atributo apresenta um componente relacionado à estrutura e outro relacionado ao processo de atenção dos serviços de APS. A mensuração destes atributos mostra o quanto estão direcionados à uma APS de qualidade. O atributo essencial do Acesso de Primeiro Contato na versão para profissionais apresenta apenas o componente – acessibilidade - composto por nove itens (perguntas) (BRASIL, 2010a).

A coleta de dados ocorreu entre o período de 6 de fevereiro e 23 julho de 2015, de maneira informatizada a partir do *Software Epi Info*® 7.0, com a utilização de tablets da marca CCE TR92-Android 4.2 Dual Core 1.2 GHz, 8GB *wi-fi*, minimizando erros de digitação. Participaram da coleta 6 avaliadores que foram estudantes do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Os avaliadores foram treinados e participaram de um curso de capacitação com carga horária de 10 horas, com o propósito de operacionalizar e padronizar a execução da coleta de dados utilizando o PCATool-Brasil e o questionário sócio demográfico. Após as coletas, os dados foram organizados em um banco de dados criado no *Software* Microsoft Excel 2013 e Sistema operacional *Windows* 8. Entretanto, não foi realizado sorteio dos participantes, sendo as entrevistas realizadas conforme a disponibilidade dos profissionais.

Os dados contextuais (municípios) foram coletados em sites oficiais da internet do Governo Federal Brasileiro: i) Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (<http://www.ibge.gov.br>) e ii) Ministério da Saúde (<http://idsus.saude.gov.br>); e da Organização das Nações Unidas (<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/>). Diretamente nos sites da internet foram realizados os downloads das planilhas através de um computador da UFSM que, imediatamente foram armazenadas em um único documento contendo os dados referentes aos 32 municípios incluídos no presente estudo, formando um banco ecológico.

A agregação dos dados do banco ecológico no banco individual foi realizada através de comandos de sintaxe a partir da variável que apresentava o código do IBGE de cada município em ambos os bancos. Utilizou-se o comando *Recode into Different Variables* do *Software* SPSS 20.

As variáveis contextuais são referentes às características dos municípios nos quais se realizou a pesquisa, sendo elas: qualitativa nominal – Região de saúde (Verdes Campos / Entre Rios); qualitativas ordinais – Porte populacional (até 5mil hab / 5 a 10 mil hab / mais de 10 mil hab), Proporção de internações por condições sensíveis à APS (ICSAB) (28% ou mais / até 27,9%) e Índice de Gini (Ruim: 0,53 - 1 / bom: 0 - 0,52) (IDSUS, 2011; PNUD, 2013).

Destaca-se que o Índice de Gini mede o grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar per capita e consiste em um número entre 0 e 1, sendo que 0 corresponde à completa igualdade de renda e 1 à completa desigualdade (PNUD, 2013). Já, o ICSAB é medido em relação ao total das internações clínicas realizadas por residentes de um município. Adota-se o parâmetro de 28,6% equivalente à proporção média

de interações sensíveis à APS para residentes dos municípios de referência. É considerado satisfatório quando o resultado for menor ou igual a este (IDSUS, 2011).

As variáveis individuais independentes são relativas aos dados do questionário sociodemográfico, sendo as variáveis - idade e tempo de trabalho na unidade - recodificadas de quantitativas discretas para qualitativas ordinais. Assim, têm-se as seguintes variáveis individuais independentes: qualitativas nominais - Sexo (feminino / masculino), formação complementar (sim / não) e modelo de atenção da Unidade de Saúde (ESF / UBS / Mista); qualitativas ordinais - Idade (20-29 / 30-39 / 40-49 / 50-59 / 60-80) e tempo de trabalho na unidade (até 1 ano / até 5 anos / até 10 anos / mais de 10 anos). A variável formação complementar refere-se à especialização, residência, mestrado ou doutorado, e a variável tempo de trabalho na unidade refere-se ao tempo, em anos, que o profissional atual na unidade em que se realiza a entrevista.

O desfecho foi a presença do atributo do Acesso de Primeiro Contato nos serviços de APS, categorizado de forma dicotômica a partir das escalas obtidas no PCATool (Escala $\geq 6,6$ = Sim / Escala $< 6,6$ = Não). O processo de obtenção das escalas inicia no cálculo dos escores de Acesso obtidos conforme instruções contidas no manual do instrumento PCATool-Brasil - Componente Acessibilidade – composto por nove itens (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9).

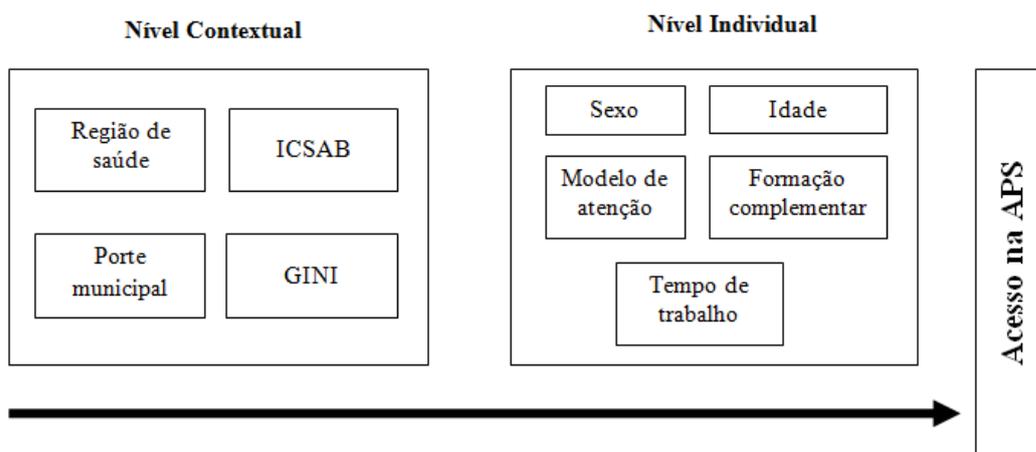
O escore do referido atributo foi definido por meio da média aritmética dos nove itens (perguntas) que compõe o instrumento. As respostas são em escala *Likert* com intervalo de 1 a 4 que correspondem: “com certeza não” (valor=1), “provavelmente não” (valor=2); “provavelmente sim” (valor=3), “com certeza sim” (valor=4) e “não sei/não lembro” (valor=9). O item A9 teve seus valores invertidos (valor 4=1 / valor 3=2 / valor 2=3 / valor 1=4). Ademais, quando a soma dos *missing* com respostas valor 9 atingir 50% ou mais do total de itens do componente, a respectiva entrevista é excluída. Se a soma destes for inferior a 50%, transforma-se o valor 9 em valor 2 (BRASIL, 2010a).

Logo após, o escore do Acesso de Primeiro Contato foi transformado em uma escala quantitativa contínua de 0 a 10, utilizando a fórmula a seguir: (escore obtido-1)*10/4-1. Então, as variáveis referentes aos itens do atributo foram dicotomizadas em baixo escore quando $< 6,6$ (insatisfatórios) e alto escore quando $\geq 6,6$ (satisfatórios), de acordo com o manual do instrumento (BRASIL, 2010a).

Foi elaborado um modelo teórico para a explicação das relações entre as variáveis em função de não haver na literatura alguma fonte de informação abordando esta temática a partir de um modelo teórico que envolve aspectos contextuais e individuais (Figura 1).

Portanto, para esta proposta, foram utilizadas fontes que abordassem o conceito e definição de acesso à APS conforme Starfield (2002), os aspectos da avaliação dos serviços de saúde de Donabedian (1978), bem como os indicadores demográficos (IBGE), econômicos (PNUD) e de saúde (IDSUS).

Figura 1: Modelo teórico do acesso aos serviços de APS de acordo com características individuais e contextuais.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Os dados foram analisados no *Software Stata 11*. Foram realizadas análises das frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas. Regressão de *Poisson* (BASTOS; OLIVEIRA e VELASQUE, 2015; SPIEGELMAN e HERTZMARK, 2005; BARROS e HIRAKATA, 2003) Multinível (comando *xtpoisson*, com o subcomando *re* para os efeitos randômicos) (RABE-HESKETH, S. e SKRONDAL, 2008) foi utilizada para obtenção das razões de prevalências brutas e ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e nível de significância de 5%. A modelagem utilizada foi hierárquica (FUCHS; VICTORA e FACHEL, 1996) em dois estágios: Modelo 1 (apenas as variáveis contextuais no ajuste dentro do próprio bloco) e Modelo 2 (as variáveis contextuais com $p < 0,10$ do modelo 1, mais as variáveis do nível equipe de saúde). Para análise de ajuste dos modelos foi utilizado o *deviance (Log likelihood)*.

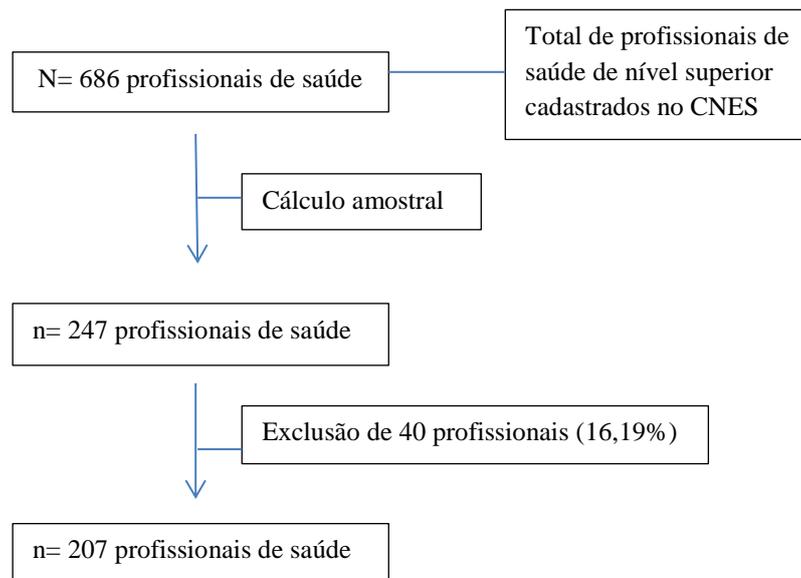
Os profissionais de saúde participantes foram informados quanto aos objetivos do estudo e solicitados a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O presente estudo é proveniente de um projeto matricial, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, sob o número do CAAE: 34137314.4.0000.5346, respeitando os preceitos éticos da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. O projeto recebeu apoio financeiro do

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), edital universal 2014.

RESULTADOS

Da amostra de 247 profissionais de saúde, foram entrevistados 207 ($n=207$) devido exclusão de 40 profissionais (16,19%), relativo a licenças, férias ou afastamentos. Bem como os que participavam apenas uma vez da entrevista por atuarem em diferentes serviços de APS do mesmo município e/ou de outro município participante da pesquisa. Portanto foram incluídos 207 profissionais de saúde para as análises. O fluxograma apresenta esse percurso detalhadamente (Figura 2).

Figura 2 – Fluxograma do percurso amostral ($n=207$).



Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 1: Descrição da amostra, prevalência de acesso e Razões de Prevalência bruta e ajustada para as variáveis contextuais, Brasil, 2015 (n=207).

VARIÁVEL	n (%)	Prevalência de acesso (IC95%)	RP bruta (IC95%)	Modelo 1 RP ajustada (IC95%)	Valor p*
Região de Saúde					
Verdes campos	122 (58,9)	16,3 (9,7-23,0)	1	1	-
Entre rios	85 (41,1)	16,4 (8,4-24,4)	1,03 (0,26-4,07)	1,45 (0,42-4,97)	0,552
Porte populacional					
hab					
Mais de 10mil	93 (44,9)	1,0 (1,0-3,1)	1	1	-
5 a 10mil hab	43 (20,8)	11,6 (1,8-21,3)	15,54 (1,12-215,19)	17,06 (1,16-249,57)	0,038
Até 5mil hab	71 (34,3)	39,4(27,9-50,9)	35,64 (3,31-383,60)	43,47 (3,88-486,28)	0,002
Índice de Gini					
Ruim 0,53 - 1	83 (40,1)	10,8 (4,0-17,6)	1	1	-
Bom 0 - 0,52	124 (59,9)	20,1 (13,0-27,2)	1,05 (0,19-5,81)	1,02 (0,25-4,10)	0,970
Internações por condições APS					
28% ou mais	113 (54,6)	9,7 (4,2-15,2)	1	1	-
Até 27,9%	94 (45,4)	24,4 (15,6-33,2)	2,0 (0,41-9,57)	2,71 (0,67-10,94)	0,160

* referente às Razões de Prevalência ajustadas.

Modelo 1: apenas as variáveis contextuais no ajuste dentro do próprio bloco.

Tabela 2: Descrição da amostra, prevalência de acesso e Razões de Prevalência bruta e ajustada para as variáveis individuais, Brasil, 2015 (n=207).

VARIÁVEL	n (%)	Prevalência de acesso (IC95%)	RP bruta (IC95%)	Modelo 2 RP ajustada (IC95%)	Valor p*
Sexo					
Masculino	57 (27,7)	19,2 (8,9-29,6)	1	1	-
Feminino	149 (72,3)	14,7 (9,0-20,5)	0,79 (0,35-1,78)	0,76 (0,30-1,92)	0,567
Faixa etária					
20-29	41 (20,0)	12,1 (1,9-22,3)	1	1	-
30-39	80 (39,0)	18,7 (10,0-27,4)	1,09 (0,34-3,46)	0,90 (0,24-3,37)	0,882
40-49	45 (22,0)	20,0 (8,1-31,8)	1,19 (0,35-4,04)	1,16 (0,24-5,59)	0,852
50-59	26(12,7)	15,3 (1,1-29,6)	1,24 (0,29-5,29)	0,84 (0,14-5,03)	0,856
60-80	13 (6,3)	7,6 (7,4-22,8)	1,07 (0,1010,59)	0,77 (0,05-11,50)	0,853
Modelo de atenção					
Tradicional	50 (24,1)	18,0 (7,1-28,8)	1	1	
Saúde da família	95 (45,9)	12,6 (5,8-19,3)	0,70 (0,20-2,46)	0,75 (0,19-2,90)	0,681
Mista	62 (30,0)	20,9 (10,6-31,2)	0,85 (0,22-3,19)	0,45 (0,10-1,90)	0,278
Formação complementar					
Sim	137 (66,8)	16,0 (9,8-22,2)	1	1	
Não	68 (33,2)	16,1 (7,3-25,0)	0,86 (0,39-1,85)	0,79 (0,33-1,86)	0,601
Tempo de trabalho					
Até 1 ano	61 (29,5)	11,4 (3,3-19,5)	1	1	
Até 5 anos	61 (29,5)	14,7 (5,7-23,7)	0,91 (0,31-2,61)	0,87 (0,26-2,92)	0,827
Até 10 anos	39 (18,8)	17,9 (5,6-30,2)	1,16 (0,38-3,57)	1,04 (0,26-4,17)	0,950
Mais de 10 anos	46 (22,2)	23,9 (11,3-36,4)	1,20 (0,41-3,51)	0,90 (0,21-3,77)	0,893

* referente às Razões de Prevalência ajustadas.

Modelo 2: as variáveis contextuais com $p < 10\%$ do modelo 1, mais as variáveis do nível equipe de saúde.

A prevalência do atributo Acesso de Primeiro Contato na Coordenadoria de Saúde pesquisada foi de 16,4% (IC95%: 11,3 – 21,5). Ou seja, a maioria dos municípios, 83,6% (IC95%: 78,4 – 88,6) obteve baixo escore para este atributo.

Em relação às características contextuais dos municípios estudados, a maioria dos profissionais de saúde encontrava-se na região Verdes Campos (58,9%), em municípios com porte populacional de mais de 10 mil habitantes (44,9%), com Índice de Gini bom (59,9%) e com alta proporção de internações por condições sensíveis à APS (54,6%) (Tabela 1). Para as características do nível individual dos profissionais de saúde, a maioria era do sexo feminino (72,3%), pertencente a faixa etária de 30 a 39 anos (39%), atuantes no modelo de atenção ESF

(45,9%), com formação complementar (66,8%) e com um tempo de trabalho na unidade de saúde de até 5 anos (59%) (Tabela 2). Quanto da regressão, na análise bruta das variáveis, as maiores prevalências do atributo Acesso de Primeiro Contato foram encontradas na variável do porte populacional, sendo que o maior efeito se deu nos municípios com população de até 5 mil habitantes, apresentando grande relevância.

Na análise hierárquica, após os ajustes, entre as variáveis contextuais, as maiores prevalências continuam sendo na variável porte populacional, com grande magnitude do efeito nos municípios com população de até 5 mil habitantes, mantendo a significância estatística (RP 43,47 - IC 95%: 3,88-486,28) (Tabela 1: Modelo 1). Entre as variáveis do nível individual não houve razões de diferenças estatisticamente significativas (Tabela 2: Modelo 2).

A variância (*deviance*) foi -72.602 no modelo vazio (sem as variáveis independentes). Este valor reduziu para - 67.054 na análise multivariável do modelo multinível 1 (contextuais) e para - 63.136 na análise multivariada do modelo multinível 2 (individuais e contextuais).

DISCUSSÃO

O presente estudo, ao analisar a prevalência e os fatores associados à presença do atributo Acesso de Primeiro Contato em serviços de APS nos municípios pertencentes a 4ª CRS/RS, por meio de inquérito de profissionais de saúde atuantes nestes, identificou um baixo escore do atributo Acesso de Primeiro Contato na maioria dos municípios. Resultado também encontrado em outros estudos (OLIVEIRA, 2014; CASTRO et al., 2012; SILVA et al., 2014). Destaque para a prevalência de acesso na variável contextual do porte populacional, sendo a única variável com significância estatística para o desfecho deste estudo, ou seja, a presença do Acesso de Primeiro Contato ($p=0,002$), mantendo a magnitude do seu efeito após ajuste. Quanto menor o porte populacional, maior o efeito positivo desde no atributo. Ressalta-se que a grande amplitude dos intervalos de confiança na categoria porte populacional, deve-se ao total (n) de respostas “sim” no escore do atributo Acesso de Primeiro Contato, em que municípios com mais de 10 mil habitantes obteve $n=1$, de 5 a 10 mil $n=5$ e nos municípios com até 5 mil habitantes o $n=28$.

Sabe-se que após a municipalização das ações em saúde, ou seja, o mais importante processo de descentralização do SUS os municípios tornaram-se os principais responsáveis pela gestão e oferta de ações em saúde para a população. O que resulta no aumento da autonomia decisória, tornando-se essencial para inovar a criatividade do município para

ajustar a gestão e a atenção à saúde aos contextos e necessidades locais. Essa é uma das características para se alcançar a universalidade do acesso aos serviços de saúde e melhoria da qualidade da atenção à população (SILVA; SOUZA e BARRETTO, 2014). Ademais, Fontana; Lacerda e Machado (2016), ao desenvolverem e aplicarem um modelo de avaliação da gestão do processo de trabalho na APS em municípios catarinenses, encontraram nos municípios com até 5 mil habitantes, as melhores classificações no que tange a gestão, organização e estrutura da APS, entre eles o acesso, ainda que o horário de funcionamento das unidades de saúde seja configurado como um ponto estrutural crítico desse nível de atenção. Os autores salientam que, melhores resultados nas condições estruturais podem indicar um comprometimento da gestão municipal com a superação de problemas estruturais evidenciados ao longo da consolidação da APS. O que demonstra que os municípios com pequeno porte populacional tendem a apresentar melhor desempenho nesse nível de atenção, como encontrado em outros estudos (LACERDA et al., 2012; PIMENTEL; ALBUQUERQUE e SOUZA, 2015).

Viana; Fausto e Lima (2003), contribuem com as observações acima, ao analisarem a inclusão da questão da equidade na área da saúde, sobretudo nas políticas de saúde em municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal trazem que as regiões Sudeste e Sul mantêm os maiores coeficientes de cobertura na utilização dos serviços, em especial, os municípios com menos de 10 mil habitantes. Os autores justificam essa observação trazendo que o padrão de cobertura é mantido graças ao significativo incremento da cobertura de consultas básicas no período. Nessa perspectiva, Faria; Jannuzzi e Silva (2008) enfatizam que a eficiência dos municípios não relaciona-se, necessariamente, à maior ou menor disponibilidade de recursos, mas o quanto esses recursos estão sendo bem investidos.

Infere-se que essas observações possam contribuir para a maior prevalência de acesso de primeiro contato nos municípios de pequeno porte populacional, devido a maior autonomia e disponibilidade destes em possuir e organizar os recursos necessários para oferecer acesso à APS e englobando a totalidade da demanda local. O que culmina em uma maior facilidade, por parte dos gestores, em possibilitar o acesso à população a esse nível de atenção.

Também, Vieira; Lima e Grazielli (2014) salientam que os municípios pequenos, que representam a maioria dos municípios brasileiros, comumente não possuem, ou possuem poucos serviços de saúde especializados em seus territórios de abrangência. Assim, os municípios de pequeno porte, em geral, executam as ações de nível local, atendendo as necessidades básicas da população e dependem de municípios de médio ou grande porte para

vários serviços, entre eles, os de saúde (CALVO et al., 2016). Portanto, os municípios pequenos acabam por não oferecer serviços que englobe todas as necessidades em saúde de sua população, o que intensifica a importância das regiões de saúde nesses cenários. Embora apenas o nível contextual porte populacional tenha apresentado significância estatística, cabe discorrer sobre as demais variáveis, mesmo não podendo serem interpretadas como um fator que afeta estatisticamente na presença do Acesso de Primeiro Contato no cenário pesquisado.

No Brasil, 75% dos municípios possuem menos de 20 mil habitantes e essa escala é considerada insuficiente para a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) eficientes. Devido a isso, elas precisam se organizar de maneira autossuficiente na atenção especializada no interior das regiões de saúde e na alta complexidade dentro das macrorregiões, oferecendo atenção à saúde da população na perspectiva de um território sanitário e não político-administrativo (BRASIL, 2011).

No que se refere a variável Região de Saúde, a mesma não apresentou significância estatística para a presença do atributo Acesso de Primeiro Contato no presente estudo. O que mostra que, mesmo o total de profissionais participantes ser maior em uma das regiões e o cenário de pesquisa estar estruturado em regiões de saúde, não influenciaram no acesso da população à APS, uma vez que, a prevalência de acesso foi de 16,3% (IC95%=9,7-23,0) na região Verdes Campos e de 16,4% (IC95%=8,4-24,4) na Entre Rios. Salienta-se que nas regiões Verdes Campos e Entre Rios, a cobertura populacional estimada pelas equipes de APS, em 2014 foi de, aproximadamente, 73% e 88%, respectivamente (BRASIL, 2016).

Corroborando neste contexto, tem-se os dados de que a região Verdes Campos, mesmo sendo constituída por um número maior de municípios e população, apresentou, nos últimos dados referentes à 2014, menores recursos de transferência do SUS por habitante, menor despesa com saúde utilizando recursos próprios e menor despesa total em saúde por habitante, quando comparada com a região Entre Rios (BRASIL, 2016).

Embora os dados acima mostrem que uma das regiões apresenta maiores gastos e investimentos em saúde, isso não se reflete no melhor acesso à APS. Contribuindo nessa reflexão, Mendes (2016) traz que a qualificação do acesso pode, em algumas circunstâncias, exigir um incremento da oferta, o que implica mais recursos. Entretanto, quando se conhece a real natureza do problema do acesso aos serviços de saúde, pode-se entender que a sua melhoria deve ser feita por mecanismos concomitantes de racionalização da oferta e da demanda, muitos deles independentes de incrementos de recursos financeiros.

A implementação do novo modelo de atenção à saúde no SUS vem acompanhado do processo de regionalização a fim de efetivar as regiões de saúde providas dos recursos tecnológicos, humanos e financeiros suficientes para garantir o direito à saúde (SAUTER; PERLINI e KOPF, 2012). Barbosa (2013) traz que a lógica de redes e de região de saúde na oferta de serviços nos diferentes níveis de atenção tem funcionado como porta de entrada, e dado seguimento a outros níveis de complexidade pela utilização dos diferentes pontos de atenção, distribuídos no município polo da região.

Nessa perspectiva, Silva (2011) corrobora ao destacar como uns dos desafios para a consolidação das redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde no SUS, o baixo financiamento desse sistema de saúde. Os indícios de esgotamento da expansão do novo modelo de atenção, expressa no crescimento dos gastos municipais, uma vez que os incentivos cobrem apenas parte dos custos de implantação e com restrições para contratação de pessoas, favorecendo a terceirização e precarização do trabalho. Também se tem a relação entre as esferas de governo e suas atribuições no contexto da descentralização da saúde, em que o trinômio indução, autonomia e regulação necessita ter um equilíbrio para a harmonia das relações entre os entes federados. A gestão intergovernamental nas regiões, com desarticulação no planejamento nas regiões de saúde, em que se tem a fragilidade institucional na implementação do Pacto pela Saúde, pois sua adesão efetiva depende da vontade política dos governantes.

Viana et al. (2015) contribui trazendo que o cenário de regiões de saúde no Brasil é complexo e contraditório e precisa desenvolver políticas públicas regionais integradas, que envolvam simultaneamente desenvolvimento econômico e social. Além do fortalecimento dos espaços de governança regional, a fim de promover a organização de sistemas de saúde regionais alicerçada nos princípios do SUS e em uma gestão solidária e compartilhada que tenha como imagem-objetivo a garantia do acesso à saúde. Assim, compreende-se que a organização do sistema de saúde em regiões de saúde, por meio da diretriz da regionalização, ainda apresenta obstáculos que necessitam ser superados a fim de alcançar seu propósito, ou seja, a efetivação do acesso universal à saúde. Sugere-se que os entraves apresentados, bem como outros específicos de cada local, possam estar relacionados ao fato de haver prevalência da presença do atributo Acesso de Primeiro Contato em uma pequena parcela das regiões de saúde pesquisadas, não apresentando diferença significativa entre elas.

Sabe-se que no Brasil, o Ministério da Saúde adotou como estratégia para expansão da APS, possibilitando melhor acesso, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que vem gradativamente substituindo as UBS/T (MARTINS, M. et al., 2016). Assim, o preconizado

atualmente é que a ESF seja responsável pela saúde de uma população composta de 600 a mil famílias pertencentes a uma área geográfica definida, ou seja, o território. A Política Nacional de Atenção Básica recomenda que cada ESF seja responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, respeitando o princípio da equidade. (BRASIL, 2012). Também há de se garantir os atributos essenciais da APS, em especial, o Acesso de Primeiro Contato, uma vez que as diretrizes da ESF objetivam a ampliação do acesso e da utilização dos serviços de APS como porta de entrada ao sistema, com unidades de saúde próximas ao local de moradia das pessoas, assim como a vinculação da população e a responsabilidade pelo território (BRASIL, 2011).

Nessa perspectiva, a variável individual modelo de atenção, também não apresentou significância estatística para o desfecho. Embora o modelo de atenção em que a maioria dos profissionais pesquisados encontram-se alocados seja a ESF, ela foi a que apresentou a menor prevalência do atributo Acesso de Primeiro Contato na 4ª CRS/RS, ficando atrás da mista e da UBS/T. Essa observação vem ao encontro de outros estudos que encontraram a UBS/T com melhor acesso quando comparada à ESF (VAN STRALEN et al., 2008; MARIN; MORACVICK e MARCHIOLI, 2014). Também com estudos que mostraram não haver diferença entre ESF e UBS no acesso (MARTINS et al., 2016). Além da revisão sistemática de Paula et al. (2016) acerca da avaliação da APS na ótica dos usuários, que encontrou, em geral, baixos escores para o atributo Acesso de Primeiro Contato, mesmo quando considerada a ESF. O que fortalece os achados de que a ESF não garante um melhor acesso à APS.

Vale aqui retomar a questão da única variável estatisticamente significativa do porte populacional, uma vez que, em 2014, a Coordenadoria de saúde pesquisada, englobando seus 32 municípios, apresentou 15 destes com população de até 5 mil habitantes e todos estes com 100% de cobertura de APS (BRASIL, 2016). Contudo, infere-se que a presença de melhor acesso nos municípios com menor porte populacional (até 5 mil habitantes) esteja relacionada ao quantitativo de unidades de saúde que precisam oferecer para sanar a pequena demanda populacional, independentemente de ser ou não Saúde da Família. O que demonstra que a UBS ainda apresenta um papel significativo na garantia da população ao direito à saúde. Somado à dinamização do processo de gestão local e suas prioridades.

Com relação ao Índice de Gini, mesmo não obtendo relevância significativa no presente estudo, mostrou que a maioria dos municípios possui baixa desigualdade de renda. Resultado também encontrado no estudo de Mendonça; Diercks e Kopittke (2016) ao pesquisar o fortalecimento da APS nos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre, após a inserção no Programa Mais Médicos. Esse estudo encontrou um Índice de Gini de 0,4 na maioria dos municípios pesquisados, representando também o grupo com os mais baixos

escores de APS. Porém, este último resultado mostra-se diferente do encontrado no presente estudo, em que há maior prevalência de acesso nos municípios com Índice de Gini bom (20,1%, IC95%=13,0-27,2) quando comparado ao índice ruim (10,8%, IC95%=4,0-17,6). Os mesmos autores reforçam o Gini como um indicador de desigualdade de renda importante para análises de avaliação do sistema de saúde. Desse modo, sugere-se que, mesmo com uma proporção pequena de presença de acesso relacionado ao índice de Gini dos municípios, quanto melhor a distribuição de renda, maior presença de acesso à APS. Nessa perspectiva, Mendes (2006) mostra que a grande desigualdade de renda pode resultar em um gasto público de pouca eficiência.

Outra variável que não apresentou relevância estatística foi a ICSAB, que engloba as condições sensíveis à APS, ou seja, um conjunto de problemas de saúde para os quais a ação efetiva desse nível de atenção diminuiria o risco de internações (ALFRADIQUE et al., 2009). Porém, nota-se que a prevalência de acesso foi superior nos municípios que apresentaram ICSAB de até 27,9% (24,4%, IC95%=15,6-33,2), vindo ao encontro de outro estudo (MENDONÇA; DIERCKS e KOPITTTKE, 2016). Nessa perspectiva, Alfradique et al. (2009) traz que taxas altas de internações por condições sensíveis à APS pode indicar graves problemas de acesso ao sistema de saúde, bem como do seu desempenho em oferecer a atenção à saúde. Portanto, revela-se como um indicador valioso para a avaliação e monitoramento dos serviços de saúde. Assim, esse resultado pode sugerir que os municípios com ICSAB aceitável apresentam melhor acesso as ações na APS.

Com relação às variáveis individuais, mesmo não apresentando significância estatística na prevalência do atributo Acesso de Primeiro Contato, contribuem para traçar o perfil dos profissionais de saúde participantes. Assim, têm-se a maioria do sexo feminino, sendo uma observação encontrada em outros estudos (OLIVEIRA, 2014; COSTA et al., 2013; HAUSER et al., 2013; NASCIMENTO et al., 2016). Essa propensão à feminilização nas profissões da área da saúde está relacionada ao maior nível escolar somados à redução das taxas de fecundidade que propuseram à mulher alçar o mercado de trabalho (PINTO; MENEZES e VILLA, 2010). Já, a faixa etária que predominou foi de 30 a 39 anos, também englobada em outros estudos (SILVA et al., 2014; OLIVEIRA, 2014).

No que tange a formação complementar dos profissionais de saúde participantes, a grande parte afirmou possuírem (137; 66,8%), resultado que corrobora com outros estudos (CASTRO et al., 2012; COSTA et al., 2013; HAUSER et al., 2013; OLIVEIRA, 2014). A prevalência de profissionais com pós-graduação demonstra uma tendência de busca de melhor qualificação na área da saúde (COSTA et al., 2013). Também tem-se que a maioria (59%)

possui um tempo de atuação no serviço de APS de até cinco anos, vindo ao encontro de outros estudos (OLIVEIRA, 2014; SILVA et al., 2014). Infere-se que esse resultado esteja relacionado à maneira adotada pela gestão municipal para a contratação dos profissionais para o processo de trabalho na APS, bem como a rotatividade destes.

O estudo apresenta como limitações alguns aspectos importantes: o delineamento transversal, o qual não possibilita, além de outras razões, afirmativas de causalidade. Outro aspecto é a utilização de um instrumento não validado para todas as categorias profissionais analisadas no presente estudo para captar o desfecho investigado, haja vista que o PCATool é validado apenas para profissionais da medicina e enfermagem. Além disso, o presente estudo não aborda aspectos dos profissionais de nível médio atuantes nos serviços de APS, pois o instrumento utilizado é direcionado apenas para profissionais de ensino superior atuando na assistência à saúde, impossibilitando avaliar o impacto de seu trabalho no que se refere a qualidade da atenção da população destes municípios, refletido no atributo do Acesso de Primeiro Contato.

Ademais, os dados não foram coletados de forma probabilística, uma vez que os profissionais entrevistados não foram sorteados, o que pode resultar em um possível viés de seleção. Finalmente, não se pode descartar a possibilidade de confundimento e viés residual, pois informações importantes podem não ser consideradas e analisadas. Os pontos fortes deste estudo vão desde a magnitude de municípios estudados, pois a maioria dos estudos com PCATool são realizados em apenas um ou dois municípios; também a utilização de um modelo estatístico que permite a análise multinível associando fatores individuais e contextuais; e a possibilidade indutora de dialogar com os serviços e a gestão regional de saúde auxiliando na busca da equidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente destaca-se a utilização da análise contextual realizada com a inclusão de características dos municípios como um aspecto importante e inovador para o meio científico, bem como para direcionar as possíveis dificuldades e/ou facilidades encontradas acerca do acesso da população à APS.

Ademais, observou-se que o atributo Acesso de Primeiro Contato não está presente na grande maioria dos municípios pesquisados, o que confirma a distância que ainda se tem entre

o que se objetiva, ou seja, o acesso universal e de qualidade, do que se oferta atualmente. Percebe-se que os municípios de menor porte populacional, com seus investimentos em saúde, somado ao fato de apresentarem uma população menor, impacta positivamente na presença do atributo Acesso de Primeiro Contato nesses municípios, sendo a única variável estatisticamente significativa que contribuiu para tal resultado. Contudo, nota-se que a prevalência da presença do atributo ainda foi pequena em proporção, demonstrando que ainda há desafios a serem superados, independentemente do porte populacional.

Compreende-se que novos estudos precisam ser realizados com vistas à aprofundar o conhecimento acerca dos motivos que direcionam os municípios com menor porte populacional à oferecerem melhor acesso à sua população. Portanto, faz-se necessário avançar na realização de estudos que avaliem fatores contextuais, incluído a avaliação de outras características dos municípios, bem como a inclusão de outros fatores individuais além dos analisados no presente estudo, bem como a realização de estudos longitudinais. Acredita-se que proporcionarão um conhecimento aprofundado, contribuindo na melhoria do acesso da população à APS.

REFERÊNCIAS

- ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009. Disponível em: Acesso em: 15 jan. 2017.
- BARBORA, S. P. **Acesso na Atenção Primária à Saúde em municípios de uma Região de Saúde de Minas Gerais**. 2013. 134 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2013.
- BARBOSA, S. de P.; ELIZEU, T. S.; PENNA, C. M. M. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 18, n. 8, p. 2347-2357, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/19.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2016.
- BARROS, A. J. D.; HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Med Res Methodol**, [s. l.], n.3, p. 21, 2003.
- BASTOS, L. S.; OLIVEIRA, R. V. C.; VELASQUE, L. S. Obtaining adjusted prevalence ratios from logistic regression models in cross-sectional studies. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 487-495, mar. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 197 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 3). Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 04 out 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool pcatool*** – Brasil, Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 80 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrumento_avaliacao.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2016

_____. Região e Redes. Caminho da universalização da Saúde no Brasil. **Banco de Indicadores**, 2016. Disponível em: http://www.resbr.net.br/indicadores/view/metadados_indicadores.php. Acesso em: 20 jan. 2017.

CALVO, M. C. M. et al. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. **Epidemiol Serv Saude**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 767-776, out./dez. 2016.

CASTRO, R. C. L. de et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, set. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015>>. Acesso em: 25 jul. 2016

COSTA, S. de M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p. 90-96, abr./jun. 2013. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/viewFile/530/552>>. Acesso em: 23 dez. 2016.

DONABEDIAN, A. The Quality of Medical Care. **Science**, [s. l.], v. 200, n. 4344, mai.1978.

FARIA, F. P.; JANNUZZI, P. de M.; SILVA, S. J. da. Eficiência dos gastos municipais em saúde e educação: uma investigação através da análise envoltória no estado do Rio de Janeiro. **Rev. Adm Pública**, [s. l.], v. 42, n.1, p. 155-177, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n1/a08v42n1.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 64-80, jul./set. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0064.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2017.

FUCHS, S. C.; VICTORA, C. G.; FACHEL, J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. **Rev. Saúde Pública**, [s. l.], v. 30, n. 2, p. 168-78, 1996.

HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT%20pubs/Harzheim%202006a.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

HARZHEIM, E. et al. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, n. 5, p. 1399-1408, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1399.pdf>>. Acesso em: 30 dez. 2016.

HAUSER, L. et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 244-55, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/821>>. Acesso em: 24 jul 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 22 dez. 2016.

ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (IDSUS). **Tabela com os municípios**, 2011. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 02 jan. 2017.

KESSLER, M. **Avaliação da longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul**. 2016. 98 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2016.

LACERDA, J. T. de et al. Avaliação da gestão para o planejamento em saúde em municípios catarinenses. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 851-859, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a08.pdf>>. Acesso em 02 jan. 2017.

MARIN, M. J. S.; MORACVICK, M. Y. A. D.; MARCHIOLI, M. Acesso aos serviços de saúde: comparação da visão de profissionais e usuários da atenção básica. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 629-636, set./out. 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a08.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

MARTINS, J. S. et al. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro,

v. 11, n. 38, p. 1-13, jan./dez. 2016. Disponível em:

<<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1252/823>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

MARTINS, M. C. et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos usuários diante da mudança do modelo assistencial. **Revistas Unicor**, [s. l.], v. 14, n. 2, 2016.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2016.

MENDES, E. V. **O Acesso à Atenção Primária à Saúde**. Trabalho realizado para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Ago. 2016.

MENDES, M. **Ineficiência do gasto público no Brasil**. IPEA. Boletim de Desenvolvimento Fiscal. Brasília: IPEA, p. 20-31, 2006. (Boletim de Desenvolvimento Fiscal, n. 3).

MENDONÇA, C. S.; DIERCKS, M. S., KOPITTKKE, L. O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre, Brasil, após a inserção no Programa Mais Médicos: uma comparação intermunicipal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2871-2878, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2871.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

NASCIMENTO, L. do et al. Qualidade da Atenção Primária à Saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [s. l.], v. 24, p. e2720, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02720.pdf. Acesso em: 16 jan. 2017.

OLIVEIRA, M. P. R. de. **Formação e qualificação dos profissionais de saúde**: fatores associados à qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde. 2014. 174 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, 2014. Disponível em: <https://ensinosaude.medicina.ufg.br/up/151/o/DISSERTA%C3%87%C3%83O_MARIANA_POLICENA_FINAL.pdf>. Acesso em 25 jul. 2016.

OLIVEIRA, M.A. de C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. esp., p. 158-164, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras**. Brasília: OPAS, 2011. 137 p.: il. (NAVEGADORSUS, 3). Disponível em: <file:///D:/_Arquivos/Downloads/ouy.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2017.

PAULA, W. K. A. S. de et al. Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. **Rev Esc Enferm USP**, [s. l.], v. 50, n. 2, p. 335-345, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/pt_0080-6234-reeusp-50-02-0335.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.

PIMENTEL, F. C.; ALBUQUERQUE, P. C. de; SOUZA, W. V. de. A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 88-101, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00088.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P. de; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev Esc Enferm USP**, [s. l.], v. 44, n. 3, p. 657-664, set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/15.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2016.

PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. **Atlas dos municípios**, 2013. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/download/>>. Acesso em: 22 dez. 2016.

RABE-HESKETH, S.; SKRONDAL, A. Multilevel and Longitudinal Modeling Using Stata. Second Edition. **Stata Press**. 2008.

RIO GRANDE DO SUL (RS). Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2016/2019**. Porto Alegre, 2016. 218 p.: il. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1480502881_1478280203_PES%202016-2019%20-%2025%2010.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2016.

SILVA, S. F. da; SOUZA, N. M.; BARRETO, J. O. M. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 19, n. 11, p. 4427-4438, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4427.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

SILVA, S. A. da et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, [s. l.], v. 48, n. esp, p. 126-32, 2014.

SAUTER, A. M. W.; PERLINI, N. M. O. G.; KOPF, A. W. Política de Regionalização da Saúde: das normas operacionais ao Pacto pela Saúde. **Rev. Min. Enferm**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 265-274, abr./jun. 2012.

SILVA, S. F. da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v.16, n. 6, p. 2753-2762, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 29 out. 2016.

STEIN, A. T. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 179-181, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a19.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

SPIEGELMAN, D.; HERTZMARK, E. Easy SAS calculations for risk or prevalence ratios and differences. **Am J Epidemiol**, n. 162, p. 199-200, 2005.

VAN STRALEN, C. J. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. sup 1, p. S148-S158, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/19.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

VIANA, A. L. D'. Á; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. de D. Política de saúde e equidade. **São Paulo Perspec**, São Paulo, v.17; n.1, p. 58-68, jan./mar. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2017.

VIANA, A. L. D'. et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 413-422, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00413.pdf>>.

VIEIRA, E. W. R.; LIMA, T. M. N.; GAZZINELLI, A. Tempo de espera por consulta médica especializada em um município de pequeno porte de Minas Gerais, Brasil. **Rev Min Enferm**, v. 19, n. 1, p. 65-71, jan./mar. 2014. <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/10106/8813>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

WEILLER, T. H. **O acesso na rede pública de saúde no município de Ijuí/RS: um cenário de controvérsias**. 2008. 185 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2008.

4.3 ARTIGO 3

O ACESSO DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTUDO DE TENDÊNCIAS EM TESES E DISSERTAÇÕES BRASILEIRAS

THE OLD ACCESS IN PRIMARY HEALTH CARE: STUDY TRENDS IN THESES AND DISSERTATIONS BRAZILIAN

RESUMO

Objetivo: Analisar as contribuições do conhecimento científico produzido, em teses e dissertações brasileiras, sobre o acesso dos idosos na Atenção Primária à Saúde. **Método:** trata-se de uma revisão narrativa de literatura realizada durante o mês de junho de 2015 no Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e nos catálogos de teses e dissertações da Associação Brasileira de Enfermagem/Centro de Estudos

e Pesquisas em Enfermagem. Para a análise dos dados utilizou-se análise de conteúdo.

Resultados e conclusão: como resultados emergiram as categorias direcionadas ao acesso e qualidade de vida e ao acesso e integralidade da atenção. Percebeu-se que há mais dificuldades do que facilidades no acesso do idoso na Atenção Primária à Saúde.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Idoso. Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: Analyze the contributions of scientific knowledge produced in Brazilian theses and dissertations on access of older people in primary health care. **Method:** this is a literature narrative review conducted during the month of June 2015 in Bank thesis of Higher Education Personnel Improvement Coordination and catalogs of theses and dissertations of the Brazilian Nursing Association/Center for Studies and Research in Nursing. For data analysis we used content analysis. **Results and Conclusion:** as a result emerged the categories targeted access to and quality of life and access and comprehensive care. It was noticed that there are more difficulties than facilities in the elderly access to Primary Health Care.

Descriptors: Primary Health Care. Aged. Health Services Accessibility.

INTRODUÇÃO

Internacionalmente a ideia de Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu em meados do século XX e foi sendo estruturada em uma estratégia de organização da atenção à saúde de forma regionalizada e sistematizada para atender as necessidades da população, interligando ações curativas e preventivas direcionadas ao cuidado individual e coletivo¹.

No Brasil, a APS funde-se aos princípios da Reforma Sanitária, fazendo com que o Sistema Único de Saúde (SUS) adotasse a denominação de Atenção Básica à Saúde (ABS), destacando a reorientação do novo modelo de saúde, universal e integrado¹.

Assim, a APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Apresenta o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades².

Um dos alicerces da APS é o acesso universal aos serviços de saúde resolutivos e de qualidade, sendo um direito de toda população brasileira, sem discriminações. Logo, o acesso aos serviços de saúde é um direito de cidadania e uma necessidade inconcussa da população apresentada como princípio primeiro na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde²⁻³. Na mesma é garantido a todo cidadão brasileiro o fácil acesso aos serviços de saúde do SUS como também das instituições que constituem convênios com ele³.

Concomitante à trajetória do SUS, seu desenvolvimento, suas regulamentações, reordenação e ações voltadas à diferentes intervenções e prioridades em saúde, tem-se a organização do Brasil para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece. Entre 2000 e 2011, o percentual das pessoas com 60 anos de idade ou mais na população brasileira passou de 8,6% - aproximadamente 15 milhões de pessoas – para 12,1%, ou seja, 23,5 milhões⁴. A continuidade das tendências verificadas para as taxas de fecundidade e longevidade da população brasileira indicam, para os próximos anos, estimativas de que a população idosa poderá exceder 32 milhões de pessoas, chegando a representar 14,6% da população no país em 2025^{4,5}.

Essa transição demográfica intensa origina alterações epidemiológicas na população, gerando a necessidade de reorganizar os modelos assistenciais tradicionalmente organizados à serviços materno-infantis, à atender a população idosa. Essa população provavelmente apresentará um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem maior utilização de serviços de saúde, gerando gastos, advindos de incapacidades resultantes do não-controle de fatores de risco preveníveis⁶. Porém, a saúde dos idosos também se relaciona a outros determinantes de saúde que podem influenciar nas desigualdades dessa parcela da população⁷.

Dessa forma, a implantação de políticas públicas deve considerar a promoção de um envelhecer saudável, ativo, que proporcione qualidade de vida aos idosos. Ao considerar essas necessidades e a configuração da APS, tem-se nela a base emergente para a concretização de ações que viabilizem atenção integral e eficaz a esse grupo populacional, uma vez que se baseia na integralidade da atenção^{7,8}.

Assim, assumindo o acesso como princípio fundamental da APS e partindo do fato desta ser considerada a porta de entrada do SUS, possibilitando ao usuário o acesso às ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde. Bem como, tendo como base as considerações decorrentes do crescente e intenso número de idosos no Brasil esperado para os próximos anos, acompanhado do aumento de doenças preveníveis e tratáveis, o presente estudo tem como questão de pesquisa: quais as contribuições do conhecimento científico

produzido, em teses e dissertações brasileiras, sobre o acesso dos idosos na APS? Tendo em vista as considerações anteriormente tecidas, este estudo tem como objetivo identificar as contribuições do conhecimento científico produzido, em teses e dissertações brasileiras, sobre o acesso dos idosos na APS.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão narrativa de literatura em que busca reunir dados sobre uma temática de forma mais aberta⁹. A busca bibliográfica foi desenvolvida no Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e nos catálogos de teses e dissertações da Associação Brasileira de Enfermagem/Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (ABEn/CEPEEn) durante o mês de junho de 2015.

Como estratégia de busca no Banco de Teses e Dissertações da CAPES, por meio da busca avançada, utilizaram-se as seguintes palavras: atenção, selecionando a opção - resumo, acesso OR acessibilidade, selecionando a opção - todos os campos e idoso OR envelhecimento, selecionando a opção - todos os campos. Para a realização das buscas nos catálogos disponibilizados no ABEn/CEPEEn, utilizaram-se todas as publicações que contivessem a palavra idoso/idosa no título, a partir do índice por títulos contido nos catálogos. Não houve delimitação temporal para a busca realizada na CAPES uma vez que a mesma apresenta produções disponíveis a partir do ano de 2010. Na ABEn/CEPEEn foi utilizado o marco temporal de 2006 a 2013, com ponto inicial determinado pela data de publicação da Portaria nº 2.528/2006 a qual aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que representa um marco em conquistas e visibilidade da temática, e o ponto final devido ser o último catálogo disponível. Foi composto um total de 490 produções, 222 no Banco de teses da CAPES e 268 nos catálogos da ABEn/CEPEEn.

Os critérios de inclusão foram: teses e dissertações no período de 2006 a 2013, que abordassem a temática e com o resumo disponível para acesso em suporte eletrônico. Os critérios de exclusão foram: teses e dissertações em que o resumo não abordasse a temática do estudo nos resultados. As teses e dissertações duplicadas foram consideradas apenas uma vez.

Considerando os critérios de inclusão e exclusão, na busca realizada na CAPES, a partir da leitura prévia dos títulos, foram selecionados 44 para leitura dos resumos, destes, oito foram elegidos. Na ABEn/CEPEEn, a leitura dos títulos possibilitou a seleção de 19 para leitura dos resumos, destes, selecionou-se um, sendo o *corpus* do estudo composto por nove produções. Não houve seleções efetuadas diretamente pelo título em nenhuma das buscas.

Para a caracterização das produções científicas, utilizou-se uma ficha documental constituída por: ano de publicação, nível acadêmico, área do conhecimento, instituição de ensino e região da produção (Figura 1).

Para a análise dos resumos das teses e dissertações selecionadas, utilizou-se uma ficha de extração de dados composta por: título, autor, objetivo, abordagem metodológica, método/técnica, cenário, sujeitos, análise, resultados e conclusão (Figura 2).

Foi desenvolvida a análise de conteúdo, que conta com três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados¹⁰. Efetuou-se leitura flutuante e fichamentos, possibilitando uma visão ampla do material. A leitura integral do resumo possibilitou a transcrição dos resultados significativos. Os resumos foram separados aleatoriamente e codificados pela letra “R” proveniente de “Resumo” e ordenados numericamente para melhor identificação e organização dos mesmos no momento da análise dos dados. A leitura exaustiva se deu pela releitura dos mesmos. Foram elaboradas categorias temáticas, com referências dos autores e análise sinóptica dos textos, a fim de visualizá-los de forma integrada, podendo relacioná-los e sintetizá-los, observando as semelhanças e as diferenças existentes na perspectiva dos diferentes autores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De maneira inicial serão apresentados os dados extraídos das produções selecionadas a partir da ficha documental com o intuito de caracterização e melhor organização das mesmas. Em seguida será apresentada a ficha de extração dos dados que possibilitou encontrar os principais resultados.

Figura 1 – Ficha documental dos estudos selecionados.

Nível acadêmico	Ano de publicação	Área de conhecimento	Instituição de ensino	Região	Código
Mestrado profissional	2010	Planejamento urbano e regional	Universidade Comunitária de Chapecó	Sul	R1
	2010	Ciências	Universidade São Paulo	Sudeste	R9
Mestrado acadêmico	2011	Enfermagem	Fundação Universidade de Pernambuco	Nordeste	R2
	2011	Sociais e humanidades	Universidade Católica de Salvador	Nordeste	R4
	2012	Enfermagem	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Nordeste	R3
	2012	Saúde coletiva	Universidade Luterana do Brasil	Sul	R7
	2012	Saúde biológicas e Saúde pública	Universidade Católica de Brasília	Centro-oeste	R8
	2011	Saúde pública	Universidade de São Paulo	Sudeste	R5
Doutorado	2012	Odontologia	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Sul	R6

Fonte: Elaborado pelo autor.

As referências selecionadas foram analisadas pelas tendências dos últimos nove anos em teses e dissertações. Entre 2006 e 2009 observou-se que a temática era incipiente, pois não foram encontradas produções. Em 2010 encontrou-se uma produção, sendo os anos de 2011 e 2012 os de maior produção contendo a temática.

Dentre as nove produções analisadas, verificou-se que as maiores procedências foram nas regiões Sul e Nordeste, com três produções cada (33,3%), seguidas da região Sudeste com duas produções (22,2%) e da região Centro-oeste com uma produção (11,2%).

Figura 2 – Ficha de extração dos dados.

Código	CAPES
R1	<p>Título: Qualidade de vida e rede de apoio e proteção ao idoso dependente do município de Chapecó-SC.</p> <p>Autor: Aldarice Pereira da Fonseca¹¹.</p> <p>Objetivo: avaliar a qualidade de vida do idoso dependente e a relação que o mesmo estabelece com a rede de apoio e proteção no município de Chapecó/SC.</p> <p>Abordagem metodológica: -</p> <p>Método/técnica: estudo de casos/ Escala de Katz, Tabela de Lawton, instrumento WHOQOL – bref e WHOQOLOLD, específico para as questões do idoso e formulário com dados bio-sóciodemográficos.</p> <p>Cenário: Centro de Saúde da Família e na Fundação de Ação Social de Chapecó – FASC.</p> <p>Sujeitos: idosos dependentes cadastrados em um Centro de Saúde da Família e na Fundação de Ação Social de Chapecó – FASC.</p> <p>Análise: -</p> <p>Resultados: o grau de dependência para atividades básicas e instrumentais de vida diária é maior nas</p>

	<p>peessoas com idade mais avançada. Quanto à qualidade de vida os idosos sentem-se mais prejudicados no aspecto físico, pelas limitações e incapacidades de realizar o que gostariam. A maior parte dos idosos pesquisados possui renda de um a dois salários mínimos, o que dificulta o acesso a bens e serviços requeridos nesta faixa etária para garantir maior conforto e segurança. Relatam ainda descontentamento com o grau de atividade e envolvimento nas atividades sociais, com poucas oportunidades de atividades de lazer. Por outro lado, demonstram satisfação com o acesso aos serviços de saúde, com suas relações pessoais e com o apoio que recebem de seus amigos.</p> <p>Conclusão - a importância de os serviços de saúde promover ações de prevenção de doenças crônicas e suas sequelas, durante o processo de envelhecimento. Há evidências da necessidade de ações articuladas entre os diferentes setores que assistem ao idoso dependente para que possam dar conta da prestação de atenção integral com maior qualidade. Espera-se contribuir no fortalecimento da Política Municipal de Atenção ao Idoso promovendo inclusão social e melhora na qualidade de vida.</p>
R2	<p>Título: Qualidade de vida de idosos: contribuições para promoção à saúde.</p> <p>Autor: Sandra de Azevedo Anhaia¹².</p> <p>Objetivo: analisar a QV de idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) de uma localidade do Ibura, bairro da região metropolitana do Recife.</p> <p>Abordagem metodológica: -</p> <p>Método/técnica: -/questionário abreviado de avaliação de QV.</p> <p>Cenário: ESF de uma localidade do Ibura, bairro da região metropolitana do Recife.</p> <p>Sujeitos: 41 idosos que tinham entre 60 e 75 anos voluntários em participar da pesquisa.</p> <p>Resultados referentes à temática: Os idosos que participaram da pesquisa em sua maioria eram do sexo feminino, com média de 63,95 anos, casados e de baixa escolaridade. A auto avaliação e o grau de satisfação com a saúde demonstraram-se regulares, incidindo sobre a parcela feminina a melhor percepção acerca das questões. A QV foi avaliada pela maioria da população como média ou boa, estando novamente o melhor julgamento sobre o tema entre o sexo feminino. As variáveis de determinação da QV com melhores percepções da população foram no domínio físico a pouca necessidade de tratamento médico, a boa capacidade para locomoção, a satisfação com o sono e a preservação da habilidade para o trabalho e para o desempenho das atividades da vida diária. No domínio psicológico ressalta-se a elevada percepção acerca da autoestima e autoimagem e a manutenção do poder de concentração. No domínio das relações sociais verificou-se que em sua maioria os idosos sentiam-se satisfeitos com as relações estabelecidas entre familiares e amigos e com sua sexualidade. No domínio ambiental foram bem avaliadas as questões do ambiente físico, do acesso aos serviços de saúde e da oportunidade de lazer.</p> <p>Conclusão: Apesar de serem idosos moradores de comunidade, usuários de serviço público de saúde e portadores em sua maioria de um baixo nível econômico, essas questões não se mostraram impeditivas para que eles vivenciassem sua velhice de maneira razoavelmente positiva e com qualidade, confirmando a ideia de que o construto QV é uma noção particular mediada por valores e critérios individuais. Ressalta-se que pela singularidade do grupo novas investigações que associem a análise de discurso devem ser realizadas com o intuito de aprofundar o entendimento acerca da questão e de suas possíveis causas.</p>
R3	<p>Título: Atenção à saúde da pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família no município de Santo Antônio/RN: um estudo de caso.</p> <p>Autor: Fernanda de Medeiros Fernandes¹³.</p> <p>Objetivo: analisar a atenção à saúde da pessoa idosa prestada pelos profissionais da ESF com vista ao alcance de um atendimento integral.</p> <p>Abordagem metodológica: quantitativa.</p> <p>Método/técnica: estudo de caso descritivo/questionário estruturado com questões fechadas.</p> <p>Cenário: município de Santo Antônio/RN.</p> <p>Sujeitos: todos os profissionais de saúde integrantes da ESF do município que aceitaram participar da pesquisa, totalizando 80 profissionais.</p> <p>Análise: banco de dados tabulado na planilha excel e discutidos de acordo com a estatística descritiva em tabelas, gráficos e quadros através de frequências, mediana e valores de tendência central.</p>

	<p>Resultados referentes à temática: Obteve-se predomínio de profissionais de nível médio, do sexo feminino, com idade entre 30 a 34 anos, com formação profissional concluída nos últimos 10 anos, sem pós-graduação na área de geriatria ou gerontologia e maioria sem capacitação em gerontologia. Os familiares e cuidadores foram os componentes da rede social de apoio mais identificados pelos profissionais (66,3%). O acesso da pessoa idosa à Unidade Básica de Saúde da Família foi considerado por 83,8% dos profissionais como o fator que mais interfere nas ações de saúde junto ao idoso. Quanto a inserção da família no cuidado: 98,8% dos profissionais consideram a família como um dos objetivos da assistência, porém 82,5% auxiliam a família a conhecer sua função e participar do cuidado junto ao idoso, destacando-se que nenhum profissional faz uso de instrumentos de avaliação da funcionalidade da família. Quanto às ações realizadas junto ao idoso, 91,25% realizam visita domiciliar ao idoso; 88,75% realizam o acolhimento; 77,5% conhecem os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos dos idosos, suas famílias e da comunidade; 51,25% complementam as ações através da intersectorialidade; 50% participam de grupos de vivência de idosos; 33,75% mantem a caderneta de saúde da pessoa idosa atualizados; 11,25% dos profissionais realizam o Planejamento Terapêutico Singular (PTS) e poucos implementam as ações de promoção à saúde de acordo com o PTS; há déficit em algumas categorias profissionais na identificação de idosos frágeis e o acompanhamento dos mesmos em domicílio.</p> <p>Conclusão: a atenção à saúde da pessoa idosa desenvolvida pelos profissionais da ESF diverge entre as categorias profissionais. Verificou-se fragilidades quanto a promoção do envelhecimento ativo e saudável e no estabelecimento de uma atenção integral e integrada a pessoa idosa. Recomenda-se a adoção de atividades de educação permanente por parte da Gestão Municipal, a priori para os profissionais da ESF na perspectiva das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e posteriormente para os demais profissionais que integram a rede de atenção a saúde da pessoa idosa em todos os níveis de atenção no município para a elaboração de estratégias e práticas que promovam a melhoria da qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa, impactando resultados efetivos e concretos em termos de produção de saúde na realidade brasileira.</p>
R4	<p>Título: Universalidade do acesso vivenciado por idosos nas Unidades Saúde da Família.</p> <p>Autor: Gisleide Lima Silva¹⁴.</p> <p>Objetivo: averiguar a universalidade do acesso saúde vivenciado pelos idoso-familiares na Unidade Saúde da Família.</p> <p>Abordagem metodológica: qualitativa.</p> <p>Método/técnica: estudo de caso múltiplo/ entrevista aberta, observação direta, análise documental, visitas domiciliares e o itinerário terapêutico.</p> <p>Cenário: Unidade Saúde da Família.</p> <p>Sujeitos: idosos e familiares.</p> <p>Análise: análise de conteúdo de Bardin.</p> <p>Resultados referentes à temática: Os resultados indicam os aspectos relacionados à dimensão organizacional mostraram ser determinantes na universalidade do acesso, uma vez que elementos como o deficiente sistema de referência e contra-referência, o modo de agendamento das consultas e exames de média e alta complexidade, o suprimento irregular de medicamentos na unidade acarretaram despesas para os usuários. Facilidades foram observadas no que concerne ao vínculo, à relação profissional-usuário e, sobretudo, à proximidade geográfica da unidade.</p> <p>Conclusão: -</p>
R5	<p>Título: Avaliação da atenção às condições crônicas em idosos: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus como condições traçadoras.</p> <p>Autor: Marilia Cristina Prado Louvison¹⁵.</p> <p>Objetivo: avaliar a atenção às condições crônicas, utilizando a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus como condições traçadoras.</p> <p>Abordagem metodológica: quantitativa.</p> <p>Método/técnica: delineamento longitudinal de base populacional/entrevista.</p> <p>Cenário: município de São Paulo.</p> <p>Sujeitos: 2143 pessoas de 60 anos e mais em 2000, no município de São Paulo, e reentrevistou 1115</p>

	<p>delas em 2006.</p> <p>Análise: testes estatísticos de regressão logística múltipla.</p> <p>Resultados: Observou-se uma prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica de 53,1 por cento e de Diabetes Mellitus do tipo 2 de 16,8 por cento em 2000, com incidência de autorreferência acumulada no período, de 30,0 por cento e 8,0 por cento respectivamente. O uso de três ou mais consultas por idosos hipertensos e/ou diabéticos em 2006 foi de 80,0 por cento e identificou-se associação com os fatores de necessidade e com posse de plano de saúde, indicando desigualdades de acordo com o modelo de Andersen. A cobertura de planos de saúde entre os hipertensos e/ou diabéticos foi de 48,9 por cento em 2006, mantido no período. Foi referida dificuldade em usar serviços de saúde por 28,6 por cento dos hipertensos e/ou diabéticos em 2006, a maior parte relacionada à qualidade percebida dos serviços. Quem tem plano de saúde mostrou menor dificuldade de acesso, menor tempo de espera para agendamento e para ser atendido no serviço e maior satisfação com o uso. No entanto, o uso de serviços para controle foi maior entre os que não referiram posse de plano de saúde. Houve ampliação do acesso medicamentoso no período para ambas as doenças, em particular no setor público, com 70,5 por cento dos diabéticos e 88,4 por cento dos hipertensos usando medicação específica em 2006. Não se encontrou associação entre uso de serviços ambulatoriais nem com AVC, nem com perda de capacidade funcional sendo que, houve associação de posse de plano de saúde apenas com dificuldades em AIVD. Por outro lado, usar serviços ambulatoriais com maior frequência, mostrou-se protetor ao risco de morrer. A taxa de mortalidade foi de 48 por mil para os hipertensos e 59,2 por mil para os diabéticos.</p> <p>Conclusão - as condições crônicas estudadas têm forte impacto no uso de serviços, mas estes mostram pouca influência nos desfechos e sugerem desigualdades no acesso e na qualidade da atenção.</p>
R6	<p>Título: Atenção Primária à Saúde voltada às necessidades das pessoas idosas: da política à evidência.</p> <p>Autor: Aline Blaya Martins¹⁶.</p> <p>Objetivo: verificar a extensão do cuidado em saúde que é acessado por idosos moradores de dois distritos de Porto Alegre/RS, em relação ao preconizado para efetividade da Atenção Primária à Saúde, e realizar um censo das unidades de saúde de APS dos mesmos distritos a fim de estabelecer uma relação entre os dados empíricos levantados e: i) Políticas de Saúde relacionadas com a Atenção Primária à Saúde voltadas às necessidades das pessoas idosas, ii) autoavaliação de saúde geral e iii) percepção de saúde bucal.</p> <p>Abordagem metodológica: -</p> <p>Método/técnica: estudo teórico; epidemiológico e censo/levantamento de documentos, estudo epidemiológico de base populacional de delineamento transversal e um censo de unidades de saúde.</p> <p>Cenário: dois distritos de Porto Alegre/RS.</p> <p>Sujeitos: idosos moradores de dois distritos de Porto Alegre/RS.</p> <p>Análise: -</p> <p>Resultados: realidade distinta entre o que as Políticas voltadas para os idosos preconizam e o que é oferecido para os idosos. Foram observadas limitações em relação ao acesso, longitudinalidade, integralidade e qualidade do cuidado. Além disso, foi possível observar que em relação à autoavaliação de saúde os resultados mostraram associações entre a avaliação positiva da saúde e fatores psicossociais (sintomatologia depressiva), características pessoais (nº de morbidades) e ambientais (orientação do serviço para a APS). Já em relação à percepção de saúde bucal, os resultados apontaram associação com determinantes 15 primários (satisfação com último atendimento odontológico, resiliência e renda suficiente para as necessidades da família), comportamentos em saúde (hábito tabágico) e condições de saúde bucal.</p> <p>Conclusão - há uma necessidade premente de ampliação do acesso e qualificação do cuidado para que a Atenção Primária disponibilizada para os idosos que vivem nos distritos Lomba do Pinheiro e Partenon em Porto Alegre possa ser realmente considerada adequada às necessidades dos idosos. Além disso, é necessário que se leve em consideração o papel da Atenção Primária a saúde na avaliação da sua própria saúde e na percepção de saúde bucal por parte de idosos.</p>
R7	<p>Título: Políticas e ações de promoção de saúde e prevenção de doenças em idosos: percepção dos profissionais de saúde.</p>

	<p>Autor: Maicon Zanandrea¹⁷.</p> <p>Objetivo: avaliar as ações de políticas de saúde e de promoção de saúde e prevenção de doenças dos idosos na Estratégia de Saúde da Família e comparar esta em relação à Unidade Básica de Saúde (UBS) convencional quanto aos atributos da Atenção Primária à Saúde.</p> <p>Abordagem metodológica: quantitativa.</p> <p>Método/técnica: Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Primary Care Assessment Tool) versão profissionais.</p> <p>Cenário: ESF e UBS.</p> <p>Sujeitos: profissionais de saúde de nível superior da rede pública da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Bento Gonçalves/RS totalizando 52 profissionais.</p> <p>Análise: estatística.</p> <p>Resultados: foram observadas diferenças estatisticamente significativas na acessibilidade, com 39,1% das ESF e nenhuma das UBS tradicionais que atendem aos sábados ($p=0,01$). Todos os profissionais das ESF e 72,4% dos das UBS responderam que teriam conhecimento caso os idosos não conseguissem por algum motivo as medicações ($p=0,01$). As famílias participam de algum programa de assistência social em 91,3% das ESF e 55,17% das UBS ($p=0,01$). Visitas domiciliares para idosos acamados são realizadas em 95,6% das ESF e 34,4% das UBS ($p=0,01$).</p> <p>Conclusão - O modelo de atenção da ESF mostra ser mais efetivo nos atributos da atenção primária de saúde comparada com UBS tradicionais, mesmo com algumas deficiências de acessibilidade e implementação de programas proposto pela SMS. Recomendam-se ações que identifiquem necessidades dos idosos e problemas estruturais dos serviços, que estimulem a formação dos profissionais de saúde e que incentivem a promoção de saúde e prevenção de doenças de maneira efetiva.</p>
R8	<p>Título: A violência institucional praticada contra mulheres idosas usuárias dos serviços de saúde pública do distrito federal.</p> <p>Autor: Telmara de Araujo Galvão¹⁸.</p> <p>Objetivo: investigar e analisar a ocorrência da violência institucional praticada contra mulheres idosas usuárias do serviço de saúde pública no Distrito Federal nas relações de poder.</p> <p>Abordagem metodológica: qualitativa.</p> <p>Método: -</p> <p>Cenário: serviço de saúde pública da Região Administrativa do Guará, DF.</p> <p>Sujeitos: sete mulheres idosas usuárias dos serviços de saúde pública do Distrito Federal, frequentadoras de um Centro de Convivência na Região Administrativa do Guará - Distrito Federal.</p> <p>Análise: análise de conteúdo.</p> <p>Resultados: A violência institucional se manifesta e se expressa de forma invisível no aparato institucional e de forma diversificada. Há existência de entraves burocráticos e más condições dos serviços de saúde. Estas condições não correspondem com os pressupostos constitucionais do direito à saúde, atendimentos ambulatoriais e períodos de internação que foram relatados como verdadeiros pesadelos, sobretudo, pelo contato com a morte. Ainda se constatou agressões verbais, descaso, demora e onerosidade. No entanto, houve referências a bons atendimentos pessoais, mas não como padrão e sim devido à atenção pessoal de profissionais específicos. A má qualidade foi relacionada à falta de políticas para a saúde como também falta de insumos, punição aos erros na prescrição de medicamentos e à prestação do direito à saúde. A experiência da violência trouxe o impacto do sofrimento e do medo. Na relação com os profissionais constatou-se ora uma boa comunicação, ora uma má comunicação, dependendo do profissional. As sete participantes declararam que encontraram algum tipo de dificuldade no acesso aos serviços públicos de saúde, principalmente referentes ao acesso a exames e medicamentos. O plano de saúde privado é apresentado como uma alternativa ao não acesso à saúde pública, mas está relacionando à capacidade de pagamento e ao êxito no acesso aos serviços de saúde.</p> <p>Conclusão - esforços devem ser desenvolvidos para que o direito à saúde seja assegurado, conforme previsto em lei e que o atendimento seja feito de forma humanizada pela efetivação das estratégias previstas na Política de Saúde da Pessoa Idosa, com atenção às particularidades das mulheres idosas.</p>

	Desta forma garantindo o melhor acesso a exames de mamografia e a medicamentos de uso contínuo. Os espaços de execução de políticas públicas devem se constituir em <i>locus</i> privilegiado de garantia de direitos.
	ABEN-CEPEN
R9	<p>Título - Acesso aos serviços de saúde e sua relação com a capacidade funcional e a fragilidade em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família.</p> <p>Autor - Heloíse da Costa Lima Fernandes¹⁹.</p> <p>Objetivo – analisar a relação entre capacidade funcional e fragilidade ao acesso de idosos aos serviços de saúde oferecidos pela Estratégia Saúde da Família.</p> <p>Abordagem metodológica: -</p> <p>Método/técnica: estudo transversal, descritivo/Questionário sócio demográfico; Questionário sobre acesso e utilização dos serviços de saúde; Índice de Katz; Escala de Lawton e Edmonton Frail Scale (EFS).</p> <p>Cenário: ESF/Unidade Básica de Saúde (UBS) de Embu das Artes, município da região metropolitana de São Paulo.</p> <p>Sujeitos: 128 idosos assistidos pela ESF em uma UBS de Embu das Artes, município da região metropolitana de São Paulo.</p> <p>Análise: -</p> <p>Resultados: predomínio de idosos do sexo feminino, na faixa etária de 60 a 69 anos, de cor parda, com baixa escolaridade e de religião católica. Foi observado que 81,2% possuíam renda própria. A morbidade mais citada foi a hipertensão arterial. Quanto ao acesso 84,4% declararam utilizar exclusivamente serviços públicos de saúde e 48,4% referiram dificuldade de acesso aos serviços de saúde, tendo como principais causas barreiras arquitetônicas, citada por 13,3% e má qualidade dos serviços por 13,3%. A avaliação da capacidade funcional revelou que 68% apresentavam independência completa para as Atividades Básicas de Vida Diária, nas Atividades Instrumentais de Vida Diária 27,3% apresentavam independência, 55,5% independência parcial e 17,2% dependência total. Com relação à fragilidade foi verificado que 48,5% eram não-frágeis, 21,4% eram aparentemente vulneráveis a fragilidade, 13,6% apresentavam fragilidade leve, 6,8% fragilidade moderada e 9,7% fragilidade severa.</p> <p>Conclusão - Foi verificada associação significativa entre capacidade funcional e acesso, a maior parte dos idosos com algum tipo de dependência apresentou dificuldade de acesso. Não foi observada associação entre fragilidade e acesso. Espera-se que os resultados estimulem profissionais da Atenção Básica, especialmente da ESF a utilizarem estes instrumentos de rastreamento na avaliação dos idosos e reflitam se os serviços e a forma como são ofertados estão acessíveis aos idosos, considerando a condição funcional deste grupo etário.</p>

Fonte: Elaborado pelo autor.

Alguns dos resumos analisados não abordavam explicitamente determinados itens contidos na ficha de extração dos dados, sendo assim subentendidos e, por vezes, não descritos, optando-se por colocar a marcação (-).

Dos estudos analisados, perceberam-se os eixos temáticos da qualidade de vida, da integralidade do cuidado e da universalidade da atenção. Devido à amplitude com que os estudos abordaram as questões do idoso na APS, não foi possível hierarquizar evidências somente considerando a temática proposta por esta revisão. Os dados foram sistematizados em duas categorias: acesso e qualidade de vida e acesso e integralidade da atenção.

Acesso e qualidade de vida.

O estudo R1 ao pesquisar a qualidade de vida de idosos dependentes considerando as atividades básicas da vida diária (ABVD), encontrou limitações com relação ao aspecto físico. Vindo de encontro com R2 que, apesar de ter pesquisado a qualidade de vida, incluindo as atividades da vida diária, constatou melhores percepções com relação ao aspecto físico nos idosos pesquisados, porém este analisou idosos sem dependências. Já as relações sociais foram bem avaliadas nos dois estudos.

Seguindo a perspectiva da qualidade de vida, R6 também buscou conhecer o cuidado em saúde com qualidade aos idosos e revelou ser positivo os fatores psicossociais, pessoais e ambientais. Corroborando com esses estudos, R9 avaliou as atividades básicas da vida diária e encontrou a grande maioria dos idosos pesquisados com independência parcial e sem fragilidades.

Para Araújo *et al*⁷ e Oliveira *et al*⁸ o conceito de saúde para a população idosa deve englobar, além da prevenção e controle dos agravos das doenças crônicas, a interação entre saúde mental, física, independência, capacidade funcional e suporte social. Assim percebe-se a significância em se conhecer a realidade da qualidade de vida dos idosos.

Após a explanação dos principais resultados dos estudos relacionados a qualidade de vida dos idosos, percebe-se que o acesso aos serviços de saúde foi considerado um componente da qualidade de vida, apresentando resultados satisfatórios em R1 e R2. Vindo de encontro com estes resultados, R6 constatou limitações em relação ao acesso aos serviços de saúde por parte dos idosos. Complementando esses dados, R9 demonstrou que a grande maioria dos idosos pesquisados utilizam exclusivamente os serviços públicos de saúde, destes, praticamente a metade referiu dificuldades de acesso, sendo as barreiras arquitetônicas e a má qualidade dos serviços as principais causas.

Assim, segundo Assis e Jesus²⁰, a população tem oportunidades de uso dos serviços de saúde antes e após a implementação do SUS, como também avanços e limites na garantia do acesso universal, entre eles a ampliação da oferta de serviços na rede básica de saúde assim como os fatores socioeconômicos e as barreiras geográficas, respectivamente.

Acesso e integralidade da atenção.

Considerando a abrangência da integralidade da atenção ao idoso, o estudo R3 abordou a visão dos profissionais da saúde de ESF e encontrou como principais resultados a importância dada à família do idoso na sua assistência, a ativa realização das ações de acolhimento, visitas domiciliares, acompanhamento dos idosos e intersetorialidade. Bem

como o acesso dos idosos aos serviços de saúde sendo considerado, pela grande maioria dos profissionais pesquisados, o fator que mais interfere nas ações junto aos idosos.

Complementando os dados expostos, tem-se o R7 que, ao comparar a visão dos profissionais de uma ESF com os de uma UBS constatou que a ESF é mais efetiva, pois apresenta maior conhecimento dos usuários e realiza o triplo de visitas domiciliares que a UBS. Resultado evidenciado mesmo com as observações de dificuldades de acessibilidade relacionadas ao atendimento aos sábados, em que a minoria das ESF realiza atendimento nesse dia, enquanto nenhuma UBS realiza.

Infere-se que os resultados acima possam ser reflexos da reorientação do modelo de atenção da APS, em que a ESF tornou-se o eixo estruturante desse nível de atenção, com ações direcionadas a uma população adscrita em um determinado território de atuação da equipe²¹. Em relação ao horário de funcionamento dos serviços de APS aos finais de semana, essa ainda não é a realidade da maioria dos municípios do Brasil²². Porém, entende-se a importância de tal amplitude de horários de atendimento para englobar a parcela da população que atualmente não procura a APS devido os horários de funcionamento serem incompatíveis com o horário de disponibilidade dos indivíduos.

O estudo R5 contribui na perspectiva da integralidade do cuidado, pois observou a prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2 nos idosos pesquisados, destes, metade possuíam plano de saúde. O número de consultas médicas foi significativo devido a real necessidade ou à presença de plano de saúde, o que demonstra as desigualdades desses usuários com relação ao cuidado com a saúde. Constatou-se dificuldade em utilizar os serviços de saúde devido à má qualidade dos mesmos. Quem possuía plano de saúde tinha menor dificuldade de acesso aos serviços de saúde, menor período de agendamento e maior satisfação com o uso do serviço. Porém houve maior acesso para controle nos idosos sem plano de saúde e o aumento do acesso aos medicamentos.

O estudo R8 traz alguns resultados concordantes e discordantes ao estudo anterior, em que as dificuldades que possibilitam a violência institucional vão desde as agressões verbais, descaso, até os empecilhos burocráticos. Também emergiu a má qualidade dos serviços e a dificuldade no acesso aos mesmos, principalmente a medicamentos e exames, referindo ser o plano de saúde privado uma alternativa, porém está relacionado ao pagamento e ao êxito no acesso. Além destes R8 constatou fragilidades nas ações que possibilitam o envelhecimento ativo e saudável bem como a atenção integral aos idosos.

Dentro dessa perspectiva, Assis e Jesus²⁰ trazem que, apesar da Constituição de 1988 garantir o direito universal a saúde, considerando os avanços conquistados, ainda faz-se

presente uma realidade, seletista, desigual, focalizada e excludente do acesso ao SUS. Sistema este em constante construção e que, para se concretizar o direito à saúde, é necessário ter uma base sólida caracterizada por um modelo social fundamentado na igualdade social e solidariedade humana.

Já o estudo R9 constatou ser os aspectos da dimensão organizacional determinantes na universalidade do acesso aos serviços de saúde, em que as dificuldades relacionadas à intersetorialidade, as ações em rede, ao suprimento irregular de medicamentos causam despesas aos usuários. Ademais, encontraram-se pontos positivos com relação ao vínculo e localização geográfica da unidade. Esses resultados complementam o resultado trazido por R8 ao constatar os empecilhos burocráticos para o funcionamento adequado do sistema de saúde e a dificuldade de obtenção de medicamentos.

Complementando os resultados encontrados, sabe-se que a saúde é um direito de toda a população e que compreende o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível perceber que o acesso aos serviços de saúde foi pesquisado de forma complementar na grande maioria dos estudos analisados, verificando-se como tendência a inserção do acesso como influência à qualidade de vida e a integralidade da atenção. Destaque para um crescimento no número de produções da pós-graduação brasileira sobre a temática a partir de 2011. Porém, ainda assim evidenciam-se lacunas no que tange a problemática do acesso dos idosos na APS como objeto de estudo, uma vez que essa população está em rápido e contínuo crescimento no Brasil e demandarão um sistema de saúde eficaz e eficiente.

Observou-se a influência da dimensão organizacional, com os entraves burocráticos à dificuldade do acesso aos serviços de saúde, justificando-se o porquê dos planos de saúde privados serem uma opção efetiva. Assim como foi possível compreender a amplitude em que o acesso está incluído e da qual faz-se essencial para o funcionamento do sistema de saúde com qualidade.

Durante a análise dos resumos percebeu-se a falta de dados significativos no resumo para melhor compreensão dos aspectos metodológicos dos estudos, ficando algumas informações subentendidas e outras não encontradas sob nenhuma perspectiva.

Ao comparar os resultados dos estudos, constatou-se maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde do que facilidades, porém faz-se necessário novos estudos que visem maior aprofundamento sobre o acesso aos serviços de saúde, bem como a inserção dos idosos nesse contexto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Matta GC, Morosini MVG. Atenção Primária à Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Verbetes. Fundação Oswaldo Cruz [internet], s.d [citado em: 22 jun 2015]; 2ª ed, p. 23-8. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>
- 2 - Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 2012 [citado em: 19 jun 2015]; 114 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- 3 - Corrêa ACP, Ferreira F, Cruz GSP, Pedrosa ICF. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. Rev Gaúcha Enferm [internet] Porto Alegre (RS) set 2011 [citado em: 20 jun 2015]; 32(3):451-7. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/16593/13925>
- 4 - Peterle VCU. Análise da Atenção à Saúde do Idoso na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS) [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília, DF; 2013. 160f.
- 5 - Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios os e inovações. Rev Saúde Pública [internet] 2009 [citado em: 21 jun 2015]; 43(3):548-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>
- 6 - Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006 [citado em: 23 jun 2015]; 19p. Disponível em: <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoaIdosa.pdf>
- 7 - Araújo LUA, Gama ZAS, Nascimento FLA, Oliveira HFV, Azevedo WM, Júnior HJBA. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. Ciên Saúde Coletiva [internet] 2014 [citado em: 20 jun 2015]; 19(8):3521-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03521.pdf>
- 8 - Oliveira WNN, Teichmann LP, Silva DDF, Sirena AS, Schneider MI. O Olhar da População Idosa sobre o Acesso a uma Unidade Básica de Saúde em Porto Alegre – RS. Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre [internet] set-dez 2010 [citado em: 12 jun 2015]; 51(3):17-22. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/view/24347/23283>
- 9 - Cordeiro AM, Oliveira GM, Rentería JM, Guimarães CA, GERS-Rio. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. Comunicação Científica. Rev Col Bras Cir [internet] Rio de Janeiro nov-dez 2007 [citado em: 22 nov 2015]; 34(6):428-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v34n6/11.pdf>
- 10 - Bardin L. Análise de conteúdo. Edição revisada e ampliada. 1ª Edição. Lisboa: Edições 70; 2011. 280p.
- 11 - Fonseca AP. Qualidade de vida e rede de apoio e proteção ao idoso dependente do município de Chapecó-SC [Dissertação]. Santa Catarina: Universidade Comunitária da Região de Chapecó, SC; 2012. 87f.
- 12 - Anhaia SA. Qualidade de vida de idosos: contribuições para promoção à saúde [dissertação] – Pernambuco: Fundação Universidade de Pernambuco; 2011. 79f.

- 13 - Fernandes FM. Atenção à saúde da pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família no município de Santo Antônio/RN: um estudo de caso [dissertação]. Rio Grande do Norte: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, RN; 2012. 100 f.
- 14 - Silva GL. Universalidade do acesso vivenciado por idosos nas Unidades Saúde da Família [Dissertação]. Salvador: Universidade Católica do Salvador, BA; 2011. 174f.
- 15 - Louvison MCP. Avaliação da atenção às condições crônicas em idosos: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus como condições traçadoras [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, SP; 2011. 191 f.
- 16 - Martins AB. Atenção Primária à Saúde voltada às necessidades das pessoas idosas: da política à evidência [Tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS; 2012. 149f.
- 17 - Zanandrea M. Políticas e ações de promoção de saúde e prevenção de doenças em idosos: percepção dos profissionais de saúde [Dissertação]. Universidade Luterana do Brasil, RS; 2012. 63 f.
- 18 - Galvão TA. A violência institucional praticada contra mulheres idosas usuárias dos serviços de saúde pública do Distrito Federal [Dissertação]. Brasília: Universidade Católica de Brasília, DF; 2012. 108f.
- 19 - Fernandes HCL. Acesso aos serviços de saúde e sua relação com a capacidade funcional e a fragilidade em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, SP; 2010. 85f.
- 20 - Assis MM, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciên Saúde Coletiva [internet] 2012 [citado em: 22 jun 2015]; 17(11):2865-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>
- 21 - Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília: CONASS, v. 3, 1. ed., 2011. [citado em: 23 jun 2015]; 197 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 2011, 3). Disponível em: http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf
- 22 - Chomatas, E. et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. Rev Bras Med Fam Comunidade [internet] 2013 [citado em: 22 jun 2015] Rio de Janeiro; 8(29):294-303. Disponível em: <file:///D:/Arquivos/Downloads/828-4645-2-PB.pdf>

4.4 ARTIGO 4

O ACESSO DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

ELDERLY ACCESS IN PRIMARY HEALTH CARE: AN INTEGRATIVE REVIEW

RESUMO

Objetivo: o presente estudo tem como objetivo analisar as evidências científicas acerca do acesso dos idosos na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizando-se a busca nas bases de dados LILACS, PUBMED e SCOPUS, sendo que, após os critérios de inclusão e exclusão, nove estudos compuseram o *corpus* da mesma. **Resultados e Conclusão:** As evidências científicas mostram que o acesso relaciona-se com a

acessibilidade e a utilização dos serviços de atenção primária, estando aquém das reais necessidades em saúde que a população idosa demanda. Há necessidade de novos estudos que pesquisem o acesso dos idosos como objeto de pesquisa, bem como um número maior de estudos sobre a temática, a fim de embasar os gestores na tomada de decisão em busca de uma atenção em saúde efetiva aos idosos.

Descritores: Idoso. Saúde do Idoso. Acesso aos Serviços de Saúde. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRAT

Objective: This study aims to analyze the scientific evidence about the access of the elderly in Primary Health Care. **Method:** This is an integrative literature review, performing the search in the databases LILACS, PUBMED and Scopus, and after the criteria for inclusion and exclusion, nine studies formed the corpus of it. **Results and Conclusion:** The scientific evidence shows that access is related to the accessibility and use of primary care services, being short of real health needs that the elderly population demand. There is need for further studies searching for the access of the elderly as a research object, as well as a larger number of studies on the subject, in order to base managers in decision making in search of an effective health care for the elderly.

Key words: Elderly. Health of the Elderly. Access to Health Services. Quality, Access and Health Care Evaluation. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

Acompanhando a tendência mundial, o Brasil, nas últimas décadas, vem apresentando um significativo crescimento no número de idosos em decorrência da intensa redução da taxa de fecundidade e do aumento da expectativa de vida da população, devido às mudanças socioeconômicas ocorridas na sociedade, bem como os avanços políticos e técnico-científicos nos serviços de saúde¹. Em 2010 os idosos passaram a representar 10,8% da população brasileira, ou seja, mais de 20,5 milhões de pessoas, o que significa um acréscimo de 400% se comparado ao índice anterior, sendo a estimativa para os próximos 20 anos que esse número triplique².

Essa transformação da estrutura demográfica provoca, conseqüentemente, alterações no perfil epidemiológico do país, em que se destaca a prevalência das Doenças Crônicas Não

Transmissíveis (DCNT). Estas, geram gastos consideráveis aos serviços de saúde, sendo por meio de complicações recorrentes ou da maior utilização dos serviços por parte dessa parcela da população^{3,4}. Porém, os determinantes de saúde e doença nos idosos vão além dessas enfermidades e também incluem as condições econômicas, as relações sociais as quais estão inseridos, entre outras que podem resultar em desigualdades e vulnerabilidades a esse grupo social³.

Assim, os serviços de saúde, que antigamente lidavam com problemas agudos, atualmente precisam atender às necessidades dos idosos, com uma variedade de fatores, condições e incapacidades peculiares, uma vez que houve acréscimo na demanda desse grupo populacional pelos serviços⁵. Portanto é necessário a implementação de políticas públicas que priorizem a prevenção de agravos e a promoção de um envelhecimento ativo e saudável, em toda Rede de Atenção à Saúde (RAS), ações estas, fundamentais no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS)³.

No Brasil a APS é considerada sinônimo de Atenção Básica (AB), sendo o nível de atenção de um sistema de saúde pelo qual se entra e se tem acesso a todas as novas demandas de saúde, com atenção integral sobre a pessoa no decorrer do tempo, coordenando e integrando a atenção fornecida em outro lugar ou por outros profissionais. Ela constitui-se em uma estratégia para fortalecer os sistemas de saúde, visando aprimorar a efetividade dos serviços e garantir a equidade na oferta^{6,7}. É reconhecida como a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde, fundamentando-se na realização de ações de promoção e proteção da saúde, da prevenção de agravos, do diagnóstico precoce, do tratamento e da manutenção da saúde, com foco individual e coletivo⁸.

Entre os fundamentos da APS está o acesso universal e equânime da população aos serviços de saúde de qualidade e efetivos. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação desse nível de atenção como contato e entrada preferencial da RAS, garantindo o acesso, pois, para que a APS possa se concretizar como estrutura inicial do sistema de saúde, é necessário que seus serviços sejam acessíveis e utilizados a cada nova necessidade ou problema de saúde^{8,6}.

Considerar o acesso um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) favorece o alcance de resultados melhores nas ações em saúde, possibilitando a continuidade do cuidado aos demais níveis de atenção, uma vez que é essencial à assistência, buscando a qualidade da atenção oferecida⁹. O acesso é considerado a característica chave da APS⁶.

Desde sua implantação, a APS vem buscando concretizar os princípios do SUS, tanto que, no sentido de reestruturar os serviços de saúde a partir desse sistema, foi criado, em

1994, o Programa Saúde da Família (PSF), num aspecto direcionado, em que buscava-se superar desigualdades no acesso aos serviços de saúde, objetivando o alcance da equidade dentro do sistema de saúde¹⁰.

Porém, devido apresentar características distintas dos demais programas e ter sido considerado um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde da APS, o PSF foi transformando, em 1996, em uma estratégia admissível para reorientação desse nível de atenção e, conseqüentemente, do modelo de atenção à saúde do país. O programa passa então a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), visando ações que garantissem a efetividade da APS, predominando a expansão da universalização do acesso, a cobertura e a focalização dos serviços de saúde^{11, 12}.

Diante dos desafios dessa expansão da APS observados nos últimos anos e da necessidade de definições sobre os caminhos da APS no Brasil é imprescindível consolidar os processos de avaliação neste nível de atenção. Pois, apesar de todas as iniciativas descritas e do anseio de institucionalizar os processos de avaliação, estes ainda não foram incorporados à rotina de trabalhadores e gestores. Portanto, a avaliação de serviços de saúde, que surge com o propósito fundamental de fornecer suporte aos processos decisórios dos gestores, principalmente na priorização dos investimentos e no subsídio para identificar problemas, auxiliando na reorientação das ações e serviços prestados à população, tornou-se uma importante ferramenta da gestão em saúde¹³.

Nessa perspectiva, a Prática Baseada em Evidências (PBE), pode ser definida como um processo de busca, avaliação e posterior compilação de evidências científicas. Surge como um movimento estruturado no intuito de apoiar a prática clínica como também facilitar a tomada de decisão para a gestão em saúde e qualificação do cuidado, auxiliando assim os profissionais da saúde e gestores, fundamentando-os cientificamente na perspectiva de melhor atender à população^{14,15}.

Assim, contemplando as considerações apresentadas, torna-se essencial adquirir o conhecimento atual das produções científicas acerca do acesso da população idosa à APS, construindo subsídios para a gestão na perspectiva da avaliação em saúde no que tange esse crescente contingente populacional e o princípio doutrinário do sistema de saúde, em especial, na APS. Portanto o presente estudo tem como questão de pesquisa: quais as evidências científicas acerca do acesso do idoso na APS? Tendo em vista as considerações anteriormente retratadas, este estudo tem como objetivo analisar as evidências científicas acerca do acesso do idoso na APS.

MÉTODO

A PBE emergiu da necessidade de minimizar a lacuna existente entre os avanços científicos e a prática clínica, sendo uma abordagem que incentiva o desenvolvimento e/ou a utilização de resultados de pesquisas na prática das ações em saúde. Ao se considerar a grande quantidade e a complexidade de informações na área da saúde, tem-se a necessidade de produção de métodos de revisão de literatura, que têm como principal propósito buscar, avaliar criticamente e sintetizar as evidências disponíveis do tema investigado¹⁴.

Dentre os métodos de revisão disponíveis, para o presente estudo realizou-se uma revisão integrativa de literatura, que consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, reflexões sobre a realização de futuros estudos, bem como a facilidade do acesso aos resultados de diferentes pesquisas reunidas em uma única¹⁶. É um método que permite gerar uma fonte de conhecimento atual sobre o problema e determinar se o conhecimento é válido para ser transferido para a prática por meio de um rigor metodológico que garante a fidedignidade dos resultados¹⁴.

Para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas que garantirão a relevância da mesma em subsidiar a implementação de intervenções eficazes¹⁶. Seguiram-se então as seguintes etapas: primeira etapa, identificação do tema e estabelecimento da questão de pesquisa, além da definição dos objetivos e dos descritores; na segunda etapa ocorre a busca na literatura, estabelecendo-se os critérios de inclusão e exclusão, o uso das bases de dados e a seleção dos estudos; a terceira etapa é a de categorização dos estudos, em que se define as informações a serem extraídas dos estudos selecionados, extraindo-as, organizando-as e resumindo-as, por meio de um instrumento com as informações-chave, formando um banco de dados; na quarta etapa faz-se a avaliação dos estudos incluídos na revisão, empregando as ferramentas adequadas para a análise crítica e detalhada dos resultados, buscando explicações em cada estudo para as variações nos resultados encontrados, bem como a identificação dos níveis de evidência; na quinta etapa se realiza a interpretação dos resultados, com a discussão dos mesmos e uma avaliação crítica, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa, com propostas de recomendações, as lacunas que podem emergir e sugestões para futuras pesquisas; na sexta etapa ocorre a síntese do conhecimento em que se apresenta a construção da revisão e suas principais evidências encontradas, divulgando os resultados da investigação, pois produz impacto devido ao acúmulo do conhecimento existente sobre a temática pesquisada¹⁶.

Para a realização da revisão integrativa, realizou-se a busca nas bases de dados eletrônicas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), US National Library of Medicine (PUBMED) e SCOPUS no mês de agosto de 2015. A escolha destas se deu em virtude de suas abrangências, nacional e internacional, procurando ampliar o âmbito da pesquisa e minimizando possíveis vieses nessa etapa da construção da revisão. Os critérios de inclusão foram: artigos que abordassem a temática no título ou resumo, com texto completo disponível para acesso em suporte eletrônico, nos idiomas português, inglês ou espanhol. Os critérios de exclusão foram: revisões de literatura e artigos na íntegra que não apresentassem a temática nos resultados.

Os artigos duplicados foram considerados apenas uma vez e foram captados os artigos de pesquisas independentemente de seu nível de evidência. Não houve delimitação temporal na tentativa de englobar todos os estudos realizados sobre o tema presentes nas bases de dados pesquisadas.

Para a busca dos estudos foram utilizadas estratégias respeitando as especificidades de cada base de dados, tendo como eixo norteador a questão de pesquisa e os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos, para manter a coerência na busca e evitar possíveis vieses. A definição dos termos utilizados na realização das buscas se deu por meio dos descritores com os conceitos mais apropriados à questão de pesquisa por meio do vocabulário estruturado da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - Descritores em Ciências da Saúde (DECS), sendo eles: Idoso; Idoso de 80 anos ou mais; Meia-Idade; Saúde do Idoso; Serviços de Saúde para Idosos; Acesso aos Serviços de Saúde; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Acesso Universal à Serviços de Saúde; Equidade no Acesso e Atenção Primária à Saúde.

Para a busca na base de dados LILACS, após diversas estratégias sem sucesso, optou-se por retirar o descritor Atenção Primária à Saúde, pois percebeu-se que muitos estudos relevantes não abordavam esse termo, mas algum equivalente. Assim, utilizou-se, por meio da busca avançada, a seguinte estratégia de busca: Idoso OR "Idoso de 80 anos ou mais" OR "Meia-Idade" OR "Saúde do Idoso" OR "Serviços de Saúde para Idosos" [Limites] AND "Acesso aos Serviços de Saúde" OR "Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde" OR "Acesso Universal a Serviços de Saúde" OR "Equidade no Acesso" [Descritor de assunto].

Para a busca nas bases de dados PUBMED e SCOPUS foi pesquisado no Medical Subject Headings (MeSH) os termos correspondentes aos descritores selecionados. Dos

descritores utilizados para a busca na LILACS, apenas os que apresentavam equivalentes no MeSH foram utilizados para a busca no PUBMED e SCOPUS.

Na base de dados PUBMED, após tentativas insatisfatórias com todos os Mesh Terms, pois zerava a busca, optou-se por utilizar a estratégia "Primary Health Care"[MeSH Terms] AND "Health Services for the Aged"[MeSH Terms] AND "Health Services Accessibility"[MeSH Terms] OR "Health Care Quality, Access, and Evaluation"[MeSH Terms] AND "loattrfull text"[sb] AND "humans"[MeSH Terms] AND English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang] AND "middle aged"[MeSH Terms] OR "aged"[MeSH Terms] OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms]. Ressalta-se que os últimos oito termos foram utilizados como limites.

Para a pesquisa na base de dados SCOPUS utilizou-se a mesma estratégia do PUBMED, "Primary Health Care" AND "Health Services for the Aged" AND "Health Services Accessibility" OR "Health Care Quality, Access, and Evaluation", porém sem adição de limites, pois os mesmos limitavam demasiadamente a busca, bem como não utilizou-se a opção MeSH Terms, pois a SCOPUS não dispõe desse recurso, sendo então selecionado a opção Title, abstrat and keywords.

Os artigos foram separados conforme a distribuição proveniente na base de dados utilizada e codificados pela letra "A" correspondente à palavra "Artigo" e em ordem numérica arábica para melhor identificação e organização dos mesmos no momento da elaboração da ficha de extração dos dados, conforme a ordem em que foram selecionados.

Para a análise dos estudos selecionados foram utilizadas duas fichas sinópticas especialmente construídas para esse fim, uma caracterizando os estudos para melhor organização destes, outra facilitando a síntese e avaliação dos mesmos, uma vez que contemplam os aspectos considerados pertinentes ao objetivo da presente revisão integrativa (Apêndice A). Assim, para caracterização dos estudos, utilizou-se uma ficha documental constituída por: código do artigo, título/autor, país/região de realização do estudo, ano de publicação, periódico e nível de evidência.

O nível de evidência dos estudos deve ser avaliado para determinar a confiança no uso dos resultados e fortalecer as conclusões que proporcionarão a circunstância do conhecimento atual sobre o tema pesquisado¹⁵. Os estudos selecionados foram classificados de acordo com os sete níveis de evidências descritos por Melnyk e Fineout-Overholt¹⁷.

Para a avaliação detalhada dos estudos selecionados, utilizou-se uma ficha de extração de dados composta por: objetivo, metodologia, população, principais resultados e conclusão.

Os principais resultados correspondem aos implicados na temática proposta por essa revisão integrativa.

Com o intuito de minimizar possível viés de aferição dos estudos, como erro de interpretação dos resultados e do delineamento, dois pesquisadores realizaram a leitura, a seleção dos artigos, bem como a classificação dos níveis de evidência, de forma independente, os quais, posteriormente, foram comparados, não ocorrendo divergências em relação à avaliação das publicações. Considerando-se os aspectos éticos, nesta revisão integrativa é assegurada a autoria dos artigos pesquisados.

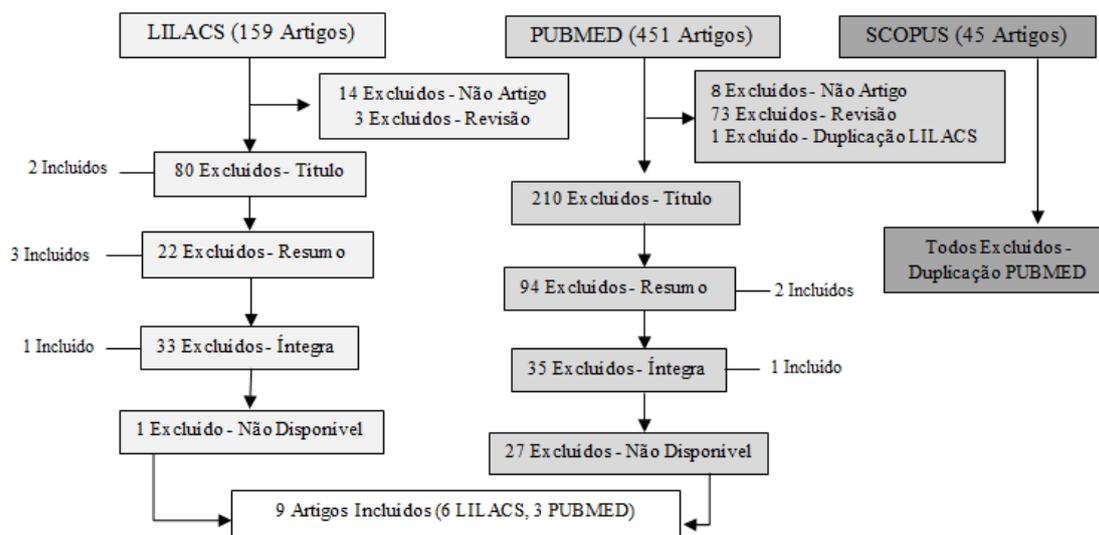
A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi feita de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa. A mesma foi elaborada de forma a atingir o objetivo desse método, ou seja, impactar positivamente na qualidade da prática, fornecendo subsídios aos sujeitos envolvidos na tomada de decisão cotidiana¹⁸.

Com a aplicação das estratégias definidas emergiu um total de 655 produções, 159 na LILACS, 451 na PUBMED e 45 na SCOPUS. As produções selecionadas na base de dados SCOPUS estavam contempladas na seleção da PUBMED, sendo então desconsideradas devido duplicações, não havendo estudos analisados via SCOPUS.

A partir da leitura previa dos títulos, de alguns resumos e aplicando os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 35 estudos na LILACS e 35 na PUBMED para leitura na íntegra, buscando uma análise aprofundada. Para o acesso ao texto completo, foram usados os seguintes recursos via acesso em material eletrônico pertencente à Universidade Federal de Santa Maria (UFSM): link disponível diretamente na base de dados, busca no portal do periódico em que o artigo foi publicado, busca no portal CAPES ou no provedor de pesquisa Google.

Após a análise aprofundada, nove estudos compuseram o *corpus* da presente revisão integrativa. O detalhamento da seleção dos mesmos encontra-se no fluxograma (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma da seleção dos estudos.



Fonte – Elaborado pelo autor.

RESULTADOS

Inicialmente serão apresentados os dados extraídos dos estudos selecionados a partir da ficha documental (Quadro 1), seguida da descrição dos mesmos. Posteriormente, a partir da análise dos dados contidos na ficha de extração, será apresentado um apanhado dos principais resultados trazidos pelos estudos, entremeando-os por discussão. Foram relacionados por suas similaridades e/ou dissimilaridades referentes às dimensões despontadas do acesso relacionado à acessibilidade e à utilização, optando-se por agrupá-las em uma única dimensão, devido apresentarem correlação. Encerra-se a presente revisão integrativa com as principais evidências encontradas.

Quadro 1 – Ficha documental dos estudos selecionados.

Código	Título/autor	País/Região de realização do estudo	Ano de publicação	Periódico	Nível de evidência
A1	O Olhar da População Idosa sobre o Acesso a uma Unidade Básica de Saúde em Porto Alegre – RS. Willian N.N. de Oliveira; Lidiane P. Teichmann; Daniel D. F. da Silva; Sergio A. Sirena; Margaret I. Scheneider ¹⁹ .	Brasil/Sul	2010	Revista da Faculdade de Odontologia	6
A2	Obstáculos ao acesso à saúde do idoso: o olhar dos profissionais de saúde. Edson L. Teixeira; Cleide T. Oliveira; Silvia S. Silva ²⁰ .	Brasil/Sudeste	2011	Revista de enfermagem Herediana	6
A3	Diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde. Annelissa A.V.de Oliveira; Lenilde D. de Sá; Jordana de A. Nogueira; Séfora L. E. de Andrade;	Brasil/Nordeste	2013	Revista da Escola de Enfermagem da USP	6

	Pedro F. Palha; Tereza C. S. Villa ²¹ .				
A4	Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. Fabienne L.J. dos S. Amaral; Márcia H.A.M.; Laíla P.G. da Silva; Simone B. Alves ²² .	Brasil/ Nordeste	2012	Ciência & Saúde Coletiva	6
A5	Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). Lisiane M.G. Paskulin; Daiany B. Valer; Lucila A.C. Vianna ²³ .	Brasil/ Sul	2011	Ciência & Saúde Coletiva	6
A6	Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. Claudia Travassos; Francisco Viacava ²⁴ .	Brasil/ Todas exceto Norte	2007	Caderno de Saúde Pública	6
A7	Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. Aline P. Marques; Dalia E.R. Montilla; Wanessa da S. de Almeida; Carla L.T. de Andrade ²⁵ .	Brasil/ Sudeste	2014	Revista de Saúde Pública	6
A8	Avaliação da atenção primária à saúde recebida por idosos e a saúde relacionada a qualidade de vida: um estudo transversal. Vivian C.H. dos S. de Carvalho; Sinara L. Rossato; Flávio D. Fuchs; Erno Harzheim; Sandra C. Fuchs ²⁶ .	Brasil/ Nordeste	2013	BMC Public Health	6
A9	Resultados gerais do Projeto INTRA-OMS no Chile. Pedro P.Marim.L.; Alicia Villalobos C.; Marcela Carrasco G.; Alex Kalache ²⁷ .	Chile/ -	2005	Revista Médica do Chile	6

Fonte: elaborado pelo autor.

Como os estudos selecionados foram analisados sem marco temporal, com o intuito de englobar todas as produções mundiais sobre a temática disponíveis nas bases de dados pesquisadas, foi possível perceber que anterior a 2005 a temática era incipiente, pois não foram encontradas produções, sendo os anos de 2011 e 2013 os de maior produção acerca da temática. Dentre os nove estudos analisados, verificou-se que as maiores procedências foram nacionais, com oito produções (88,9%) e apenas uma internacional, proveniente do Chile (11,1%). Com relação às bases de dados, os artigos A1, A2, A3, A4, A5 e A6 são provenientes da LILACS (66,7%) e A7, A8, A9 da PUBMED (33,3%).

Com relação a região de realização dos estudos nacionais selecionados, a única que não apresentou estudo foi a região Norte. A região Nordeste predominou com quatro estudos, seguida das regiões Sul e Sudeste, ambas com três estudos. O estudo do Chile não foi incluído no cálculo total. Considerando os periódicos onde os estudos foram publicados, observou-se uma variedade, em que a Ciência & Saúde Coletiva foi à única com dois estudos publicados.

Alguns dos artigos analisados não traziam explícita a abordagem metodológica, porém foi possível identificar de acordo com a descrição da metodologia e dos resultados, sendo apresentadas entre parênteses na ficha de extração dos dados. Assim, tem-se A3 com abordagem qualitativa (11,1%) e o restante com abordagem quantitativa (88,9%). Vale

destacar que A1 e A8 utilizaram o instrumento PCATool-Brasil versão adulto, instrumento este proposto pelo Ministério da Saúde para avaliação da qualidade da APS, gerando subsídios para a gestão.

Com relação aos níveis de força das evidências obtidas nos artigos, todos apresentam nível de evidência 6, pois foram derivados de um único estudo descritivo ou foi estudo qualitativo.

De acordo com a evidência de que o acesso do idoso na APS afunila-se nas características de acessibilidade e utilização, vale ressaltar que aquela se refere à possibilidade do usuário chegar aos serviços, ou seja, é um aspecto estrutural do sistema de saúde. Diferentemente de acesso, que se refere à forma como o usuário experimenta esta característica do serviço de saúde. Assim, o acesso envolve a prestação de serviços que sejam acessíveis (acessibilidade) e o uso destes serviços quando surge uma necessidade de atenção (utilização)⁶.

DISCUSSÃO

Como relatado anteriormente, foi possível observar que os resultados encontrados e aqui explanados versam no contexto da acessibilidade e da utilização dos serviços da APS, estando estes inter-relacionados na perspectiva do acesso do idoso. Portanto a presente discussão identifica o que versam as produções científicas acerca das dimensões de acessibilidade e utilização que envolve o acesso do idoso na APS.

Acesso e suas dimensões: Acessibilidade e utilização.

Inicialmente, vale ressaltar que, no que concerne ao objetivo dessa revisão, observou-se que, na maioria dos artigos analisados, o acesso não é o objeto do estudo. Dos nove estudos, A2 e A9 pesquisaram os idosos na perspectiva dos profissionais de saúde, porém A9 trouxe também a visão dos próprios idosos, sendo que o restante dos estudos pesquisou apenas a perspectiva dos idosos.

Entre os estudos que trouxeram a caracterização da população idosa pesquisada, percebeu-se que predominou o sexo feminino em A4, A8 e A9, apenas em A6, ao analisar o padrão de acesso e utilização dos serviços de saúde por idosos residentes em áreas rurais e urbanas trouxe que, ocorreu igualdade do número de usuários por sexo e prevalência do sexo masculino, respectivamente.

Ainda na caracterização, A4, A8 e A9 trazem também a baixa escolaridade dos idosos pesquisados, o que corrobora com A2 ao constatar como um obstáculo ao acesso do idoso na

APS o nível de escolaridade do mesmo, vindo ao encontro de A5, em que a maioria dos idosos que utilizam os serviços de APS eram analfabetos ou com primeiro grau incompleto e complementado por A8 que encontrou os usuários com maior escolaridade utilizando mais Unidades Básicas de Saúde (UBS) do que ESF. Apenas A4 trouxe a característica da baixa renda dos idosos pesquisados, o que corrobora com o resultado de A2, ao considerar a situação financeira do idoso como um obstáculo ao acesso do mesmo à APS.

Foi possível perceber em A1 que a maioria dos idosos utiliza a APS quando necessita, porém alguns relatam procurar o hospital, mesmo no horário de funcionamento da UBS devido compreenderem que o acesso e a resolutividade de seu problema são mais facilitados, bem como outros idosos relatam procurar atendimento em clínica particular devido considerarem difícil o acesso oferecido pela UBS e pelo SUS. Assim como outro idoso relatou a utilização da unidade pesquisada, mesmo tendo outra mais próxima, devido melhor atendimento, o que vem ao encontro da constatação de A5 ao relatar que muitos dos idosos pesquisados utilizavam unidades diferentes das definidas na política municipal. Corroborando com estes, A9 constatou que a maioria utiliza os serviços de APS regularmente e considera um bom serviço, mesmo com questões a melhorar, entre elas, a rapidez no atendimento e a infraestrutura dos serviços. Assim como A6 constatou ser a APS o serviço de utilização regular dos idosos pesquisados.

Os achados de A5 complementam os resultados descritos acima, pois traz que a maioria dos idosos utiliza a APS, sendo motivados pela qualidade, gratuidade, em que a maioria relatou que os problemas foram resolvidos. Porém, a principal motivação foi à localização, uma vez que a maioria considerou a UBS próximo a sua residência, o que diverge de A2 que considerou a localização um dos obstáculos ao acesso do idoso aos serviços da APS.

No que concerne à localização dos serviços de APS, A1 observou que um dos idosos citou utilizar outra unidade devido à proximidade da mesma com sua residência e a grande maioria não apresenta dificuldades em ir até a UBS, porém dos que relataram apresentar alguma dificuldade, os mesmos relacionaram, em maior e menor grau, bem como associadas ou não, às barreiras geográficas, à distância da unidade até sua residência e às situações sociais como a violência.

Ao considerar a localização relacionada à maneira como os idosos dirigem-se à UBS, A5 traz que a maioria chega ao serviço a pé ou de ônibus, demorando cerca de dez minutos, o que não consideram demasiado. Assim como A9 também constatou que a maior parte dos

idosos utiliza transporte público para dirigir-se até o serviço ou vão a pé, demorando, em média, vinte minutos, tempo este que também não consideram demasiado.

Ao pesquisar as variáveis associadas à dificuldade de acesso do idoso com deficiência aos serviços de saúde, A4 encontrou as barreiras arquitetônicas, destacando-se a ausência de transporte, a falta de adaptação aos transportes existentes, a existência de esgotos, bueiros, sacos de lixo, dejetos, pisos quebrados e degraus nas calçadas, bem como a inexistência de calçamento.

Em relação à infraestrutura das unidades de saúde e seu entorno, A9 constatou unidades com estruturas adequadas, em que a grande maioria apresentava parada de ônibus próxima, com sinalização adequada para o idoso, banheiros com adaptações necessárias, porém a grande maioria das unidades não possuía acesso adequado para as pessoas com deficiência. Corroborando com esse achado A2 traz a estrutura física da unidade como um obstáculo real de acesso, bem como o uso de órteses e próteses por parte do idoso que, analisado independente já é um obstáculo ao acesso, e se for considerado dentro do contexto de acessibilidade e infraestrutura inadequada, potencializa a dificuldade.

O estudo A7, ao pesquisar a internação de idosos por condições sensíveis à APS, destacou que as DCNT foram as principais responsáveis pelas Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), o que vem ao encontro de A8 que constatou frequência semelhante de enfermidades entre UBS e ESF, sendo as DCNT as principais. A2 complementa trazendo que as considerou um obstáculo dos idosos ao acesso na APS, o que diverge de A6 que associou positivamente a utilização da atenção primária à variável - autorrelato de dano crônico.

Outro resultado que vem de encontro ao anterior está em A2 que traz como obstáculos de acesso do idoso na APS o fato do déficit de conhecimento sobre a própria saúde, do processo de envelhecimento e da autopercepção acerca do processo saúde-doença. Resultado este encontrado também em A5 ao relacionar negativamente a utilização do primeiro nível de atenção ao fato do idoso perceber-se saudável.

A7 traz que, na década pesquisada (2000 a 2010), os homens idosos tiveram maiores taxas de ICSAP do que as mulheres, porém houve redução, bem como constatou-se que idosos com idade mais avançada apresentam maior risco de internações, mas foi nestes que ocorreu a maior redução na década. A6 complementa trazendo que nos idosos rurais a taxa de internação aumenta com a idade, porém sem diferenças entre os sexos, já nas áreas urbanas a taxa não diferiu da rural, porém se sobressai o número de homens internados, principalmente em idades mais avançadas. Esses resultados podem ser explicados por outro resultado de A7

que constatou haver aumento do acesso dos idosos à APS na cidade pesquisada, com expansão significativa da cobertura da ESF, bem como o expressivo número crescente de consultas realizadas por idosos em ESF na década.

Considerando esse contexto, A7 encontrou correlação negativa entre as internações e os indicadores de acesso à APS, identificando que, quando maior a cobertura da ESF e/ou maior o número de consultas realizadas por idosos na APS, menor o risco de ICSAP. O que vem ao encontro de A8 ao constatar a prevalência de pontuações mais altas no modelo de ESF do que em UBS entre os escores da APS para o atributo - acesso de primeiro contato – sendo o componente Acessibilidade mais baixo do que o componente Utilização. O que contribui nos resultados de A1, A2, A4 e A9 acerca das barreiras geográficas e de infraestrutura explanadas anteriormente.

Com relação ao acesso às consultas na APS, A1 ao pesquisar as de emergência, as programadas e as de retorno, tanto do médico, do dentista como da equipe de enfermagem, embora algumas mais procuradas que outras, em todas constatou-se facilidade no acesso do idoso. Já A6 ao pesquisar o padrão de acesso e utilização do idoso rural e comparar com o idoso urbano entre 1998 e 2003 encontrou aumento na proporção de idosos que consultaram em um período de um ano, sendo de maneira frequente principalmente na APS.

Na zona rural as mulheres consultam e continuam o acompanhamento mais que os homens, porém menos que os idosos urbanos, além disso, a cobertura de mamografia nas idosas rurais representou um indicador de acesso e adequação da APS, porém foi maior nas idosas urbanas. Assim como A2 que considerou o sexo do idoso um dos obstáculos ao acesso do mesmo na APS. Resultados estes que podem ser justificados pelo fato já relatado acerca do maior número de internações entre os idosos do sexo masculino.

Outro resultado encontrado refere-se ao acesso à marcação de consultas na APS em que A1 considerou fácil o acesso, bem como quanto à priorização no atendimento, em que a grande maioria dos idosos pesquisados relatou serem atendidos no mesmo dia, sentindo-se priorizados no atendimento e não necessitando esperar um longo período ou falar com muitas pessoas para conseguirem atendimento.

O resultado anterior diverge de A4 em que uma das limitações relatada pelos idosos com deficiência física foi a dificuldade em marcar consultas, bem como a ausência de atendimento prioritário e a demora no atendimento. Já o estudo A9 constatou que, quase metade dos idosos pesquisados aguarda mais de 30 minutos para serem atendidos e alguns relataram perpassar esse tempo, destes, praticamente todos consideraram o tempo demasiado.

Esses resultados podem ser justificados por meio dos resultados trazidos por A2 que destacou, na opinião dos profissionais da saúde sob a perspectiva da unidade e do processo de trabalho, o acúmulo de atividades nas UBS, o fluxo de atendimento e o número insuficiente de profissionais na unidade, a falta de expectativa profissional, o perfil do profissional que atende o idoso, entre outros, como sendo obstáculos ao acesso do idoso na APS. Com relação ao perfil do profissional, A9 também pesquisou a visão dos profissionais de saúde da APS, encontrou relatos de não ser agradável atender idosos.

Corroborando com esses achados A6 traz que os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) não indicam presença de demanda reprimida, já que o percentual de idosos que procuraram os serviços e não foram atendidos foi menos de 1%, tanto nas áreas rurais quanto urbanas.

Outro resultado deste estudo corrobora com os achados descritos anteriormente de que as unidades de saúde da APS predominaram na utilização pelos idosos, entre eles os idosos residentes na área rural, porém nos idosos urbanos, apesar da participação dos serviços primários ser maior, os consultórios particulares obtiveram maior peso. Bem como, mesmo havendo o aumento significativo da participação dos serviços da APS, não houve redução na participação dos hospitais.

Nesse contexto A6 também destaca o resultado de que o SUS financiou a maior parte dos atendimentos dos idosos rurais e um pouco menos dos urbanos, seguida de pagamento particular e plano de saúde nas áreas rurais, invertendo-se nas áreas urbanas em que os idosos possuem mais planos de saúde, o que justifica o menor financiamento do SUS, porém em ambas as áreas a cobertura por plano de saúde aumentou, mas não sua participação como fonte de pagamento, uma vez que a participação do SUS aumentou em ambas as áreas. Soma-se a esses resultados a observação de A4, de que a grande maioria dos idosos pesquisados não possuía plano de saúde e com A1 ao destacar o relato de alguns idosos sobre a preferência em procurar um consultório particular quando necessitam de atendimento devido dificuldade no acesso à APS e no restante dos serviços do SUS. Esse último resultado vem ao encontro de A2 ao trazer, na visão dos profissionais de saúde, o déficit de confiança no SUS como um obstáculo de acesso ao idoso relacionado à unidade e ao processo de trabalho.

Complementando a questão da forma de acesso à atenção à saúde, A5 traz, entre os motivos para a não utilização da APS, o fato de possuir plano de saúde e o de problemas de acesso a esse nível de atenção, porém, dos que utilizam, uma das justificativas é o não pagamento pelo atendimento nos serviços públicos.

Como já explanado, pode-se observar que os resultados de A2, A4, A5 e A9, com relação às barreiras educacionais e financeiras, demonstram a maior utilização dos serviços de APS por idosos com baixa escolaridade e renda, o que justifica outro achado de A4, A5 e A6, da não utilização de planos de saúde pela maior parcela dos idosos pesquisados, embora essa modalidade esteja em expansão de clientes.

Para A6, o padrão de acesso reflete-se na utilização dos serviços de saúde. A proporção de idosos que utilizaram os serviços de saúde aumentou, tanto na área urbana quanto rural, sendo que na zona urbana esta é bem maior e diminui com o avanço da idade, porém, aumenta ainda mais se os mesmos apresentam restrições de atividades, sendo que as incapacidades funcionais também se elevam com a idade. Resultado este que vem ao encontro de A2 ao constatar a dificuldade para realização das Atividades básicas da Vida Diária (AVD) e a idade do idoso como obstáculos ao acesso do mesmo aos serviços de APS.

A8 ao pesquisar os idosos com deficiências, também traz que prevaleceu os idosos com idade de 80 anos ou mais na pesquisa e que, das deficiências encontradas, a física foi a presente pela maioria. Já em A5 predominou idosos até 79 anos e sem limitações incapacitantes, resultados estes que justificam os resultados anteriores referentes ao aumento da incapacidade com o avanço da idade e da não utilização dos serviços de APS pelos idosos em idade avançada, principalmente devido dificuldades no acesso.

Dando continuidade aos principais resultados dos estudos, tem-se A8 que constatou baixa pontuação dos atributos da APS predominante entre os idosos que não estavam trabalhando, vindo de encontro com A2 que considerou o fato de estar trabalhando um obstáculo ao acesso do idoso na APS, bem como A3 que trouxe, como resultado influenciável diretamente ao acesso do idoso na APS, a dificuldade em relação ao horário de funcionamento das ESF e o turno de trabalho dos usuários idosos.

Um resultado explanado por A3 refere-se a não realização de visitas domiciliares por nenhum profissional da unidade de saúde, relacionando este fato ao acesso tardio ao diagnóstico e tratamento da tuberculose (TB), o que corrobora com A4 ao trazer a inexistência de atendimento domiciliar pelos profissionais da saúde, bem como, insuficientes visitas do Agente Comunitário de Saúde (ACS), relacionando este ocorrido com a dificuldade de acesso de idosos com deficiências à APS. Contribuindo com esses achados, A2 encontrou que o ACS foi considerado, pela grande maioria dos profissionais pesquisados, o profissional facilitador do acesso do idoso aos serviços do primeiro nível de atenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há fragilidades no acesso do idoso na APS, tanto no que se refere ao processo de trabalho, como a infraestrutura das unidades e do entorno, o que afeta a integralidade da atenção aos idosos, uma vez que não se efetiva a RAS, tampouco a resolução das necessidades de saúde destes. Percebe-se que a ESF apresenta facilidades no acesso dessa população, o que pode ser explicado pela dinâmica e objetivos que à orienta, bem como contribuiu para a diminuição das ICSAP, o que demonstra evolução das ações desse nível de atenção na qualidade de vida dos idosos. Também se pode perceber que ainda há barreiras de acesso à APS mais intensas com relação ao sexo masculino, o que pode ser justificado pela questão do trabalho, como também dos estigmas ainda presentes nesse grupo populacional.

A síntese do conhecimento alicerça-se na evidência de que o acesso do idoso é um grande desafio na APS tanto no Brasil como no cenário internacional, sendo cada vez mais urgente a necessidade de se reestruturar o serviço prestado por esse nível de baixa densidade tecnológica, porém de alta complexidade, para que esteja preparado para o novo e crescente contingente populacional de abrangência mundial que é a população idosa, acompanhada de diversas peculiaridades e necessidades fundamentais no contexto da APS.

As implicações dessa revisão estão em evidenciar aos sujeitos envolvidos diretamente na reestruturação do sistema de saúde, no que concerne à APS que o acesso é fundamental para proporcionar atenção à saúde dos idosos, uma vez que o processo de envelhecimento é continuamente crescente e complexo e as ações da APS são essenciais para que essa mudança demográfica e, conseqüentemente, epidemiológica venha acompanhada de ações eficazes e efetivas para que essa parcela da população seja ativa, independente e tenha qualidade de vida. Bem como instigar a sociedade para que perceba o quão o processo de envelhecimento está presente e necessitando de atenção em saúde de qualidade que se inicia pela consolidação de um acesso à APS eficaz.

Ademais, observou-se que todos os estudos analisados, explícita ou implicitamente, avaliaram os serviços de saúde, o que possibilita a compreensão de que o processo de avaliação é cada vez mais urgente, pois possibilita aos gestores apropriar-se das reais necessidades em saúde e dificuldades no acesso à APS por essa parcela da população, implementando, reestruturando, corrigindo e avaliando constantemente as ações desenvolvidas em busca de grandes adequações e transformações para atender com qualidade esse contingente populacional em crescimento.

No que concerne ao objetivo da presente revisão integrativa, apesar da maioria dos estudos terem encontrado a maioria dos idosos acessando os serviços da APS, bem como a diminuição das ICSAP, demonstrando a capacidade desse nível de atenção em contribuir na eficiência e eficácia do sistema de saúde, percebe-se que os serviços não estão estruturados para atender à crescente demanda de idosos com qualidade, principalmente em relação ao acesso destes na APS.

Percebe-se que as evidências encontradas acerca do acesso do idoso na APS alicerçam-se na acessibilidade e na utilização desses serviços, identificando-se dificuldades transcendentais à gestão em saúde, como a infraestrutura das localidades, bem como particularidades inerentes a essa administração, como a infraestrutura e a logística das unidades, os recursos humanos, a efetividade da atenção oferecida, entre outras que impactam positivamente ou negativamente no acesso do idoso na APS e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos mesmos. Uma vez que o acesso é o princípio essencial para que os demais princípios do SUS sejam alcançados e assim, concretizar a RAS.

Foi possível identificar como limitação da presente revisão integrativa o pequeno número de estudos sobre a temática, apontando a necessidade de um número maior de estudos que abordem o acesso dos idosos na APS como objeto de pesquisa, tanto internacionais como nacionais, para a simples troca de experiências, como também para avaliação das ações, políticas e programas, a fim de alertar os gestores e a população sobre a problemática que o crescente número de idosos representa, na tentativa de fortalecer e, enfim, concretizar as políticas públicas para essa população.

REFERÊNCIAS

- 1- Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*, Brasília/DF, 2006 [acessado 2015 jun 23]; 19 p. Disponível em: <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeIdosa.pdf>.
- 2- Neto JBF. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. *Envelhecimento no Brasil e Saúde do Idoso*: SBGG divulga carta aberta à População. 2014 Rio de Janeiro [acessado 2015 ago 20]. Disponível em: <http://sbgg.org.br/envelhecimento-no-brasil-e-saude-do-idoso-sbgg-divulga-carta-aberta-a-populacao-2/>.
- 3- Araújo LUA, Gama ZAS, Nascimento FLA, Oliveira HFV, Azevedo WM, Júnior HJBA. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Ciêns Saúde Colet* [periódico na internet]. 2014 [acessado 2015 jun 30]; 19(8):3521-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03521.pdf>.
- 4- Peterle VCU. *Análise da Atenção à Saúde do Idoso na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS)* [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013 [acessado 2015 jun 29]. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13594/1/2013_VivianeCristinaUlianaPeterle.pdf.

- 5- Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde. 2011 [acessado 2015 out 25]. Disponível em: http://www.conass.org.br/pdf/Redes_de_Atencao.pdf.
- 6- Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde; 2002 [acessado 2015 jun 29]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf.
- 7- Brasil. Ministério da Saúde. *Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde*. Primary Care Assessment Tool. PCATool-Brasil. Brasília; 2010 [acessado 2015 ago 22]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf.
- 8- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília; 2012 [acessado 2015 jun 20]; 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
- 9- Corrêa ACP, Ferreira F, Cruz GSP, Pedrosa ICF. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm* [periódico na internet]. Porto Alegre (RS), 2011set [acessado 2015 jun 20]; 32(3):451-7. Disponível em: <file:///D:/Arquivos/Downloads/16593-89711-1-PB.pdf>.
- 10- Giovanella L, Mendonça MHM. *Atenção Primária à Saúde*. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2ª ed.; 2015; 1.100 p.
- 11- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília; 1997 [acessado 2015 out 22]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf.
- 12- Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciêns Saúde Colet* [periódico na internet]. 2013 [acessado 2015 out 25]; 18(1):221-32. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n1/23.pdf>.
- 13- Viana LMM. *Avaliação da atenção primária à saúde de Teresina na perspectiva das usuárias*. [Dissertação]. Teresina: Universidade Federal do Piauí; 2012 [acessado 2015 out 22]. Disponível em: <http://www.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/L%C3%ADvia%20Maria%20Mello%20Viana.pdf>.
- 14- Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul Enferm* [periódico na internet]. 2009 [acessado 2015 jun 27]; 22(4):434-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a14v22n4.pdf>.
- 15- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. *Portal Saúde Baseada em Evidências*. Periódico [internet]. 2013 [acessado 2015 out 26]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/periodicos>.
- 16- Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Artigo de reflexão. *Texto contexto enferm* [periódico na internet]. Florianópolis (SC) 2008 out-dez [acessado 2015 jul 27]; 17(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.
- 17- Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincot, Williams & Wilkins, (3rd Ed.); 2014.

- 18- Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-am Enferm* [periódico na internet]. 2006 jan-fev [acessado 2015 jun 28]; 14(1):124-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a17.pdf>.
- 19- Oliveira WNN, Teichmann LP, Silva DDF, Sirena AS, Schneider MI. O Olhar da População Idosa sobre o Acesso a uma Unidade Básica de Saúde em Porto Alegre – RS. *Rev Fac Odontol Porto Alegre* [periódico na internet]. 2010 set-dez [acessado 2015 jun 26]; 51(3):17-22. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/view/24347/23283>.
- 20- Teixeira EL, Oliveira CT, Silva SS. Obstáculos ao acesso à saúde do idoso: o olhar dos profissionais de saúde. *Rev enferm Herediana* [periódico na internet]. 2011 [acessado 2015 jun 26]; 4(2):56-63. Disponível em: <http://www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/Revistas/2011/febrero/03%20OBSTACULOS.pdf>.
- 21- Oliveira AAV, Sá LD, Nogueira JA, Andrade SLE, Palha PF, Villa TCS. Diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na internet]. 2013 [acessado 2015 jun 26]; 47(1):145-51. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100018.
- 22- Amaral FLJ, Motta MH, Silva LPG, Alves SB. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. *Ciênc Saúde Colet* [periódico na internet]. 2012 [acessado 2015 jun 26]; 17(11):2991-3001. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100016.
- 23- Paskulin LMG, Valer DB, Vianna LAC. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). *Ciênc Saúde Colet* [periódico na internet]. 2011 [acessado 2015 jun 26]; 16(6):2935-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600031.
- 24- Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saúde Pública* [periódico na internet]. 2007 Rio de Janeiro out [acessado 2015 jun 26]; 23(10):2490-2502. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000023.
- 25- Marques AP, Montilla DER, Almeida WS, Andrade CLT. Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública* [periódico na internet]. 2014 [acessado 2015 jul 22]; 48(5):817-26. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n5/pt_0034-8910-rsp-48-5-0817.pdf.
- 26- Carvalho VCHS, Rossato S, Fuchs FD, Harzheim E, Fuchs S. Assessment of primary health care received by the elderly and health related quality of life: a cross-sectional study. *BMC Public Health* [periódico na internet]. 2013 [acessado 2015 jul 23]; 13(605). Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3704970/pdf/1471-2458-13-605.pdf>.
- 27- Marín PPL, Villalobos AC, Carrasco MG, Kalache A. Resultados generales del Proyecto INTRA-OMS en Chile. *Rev Méd Chile* [periódico na internet]. 2005 [acessado 2015 jul 12]; (133):331-7. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v133n3/art10.pdf>.

Apêndice A – Ficha de extração dos dados do estudo de evidências.

Código	LILACS
A1	<p>Objetivo: Descrever como se dá o acesso da população idosa ao serviço de saúde em uma UBS de Porto Alegre.</p> <p>Metodologia: Estudo descritivo e transversal, através de entrevistas semi-estruturadas contendo quinze questões abertas e fechadas baseadas no PCATool e análise quantitativa.</p> <p>População: Amostra de 61 idosos acima de 60 anos cadastrados na UBS SESC a mais de um ano.</p> <p>Principais resultados: 51 idosos relataram ir inicialmente à UBS SESC sempre que adoecem, 3 procuram diretamente o Hospital, mesmo no horário em que a UBS está aberta, pois entendem que o acesso e a resolutividade de seu problema são mais facilitados no atendimento hospitalar. O mesmo número de idosos, 3, procuram atendimento diretamente em clínica particular, devido uma possível dificuldade no acesso ao serviço oferecido pela UBS e pelo SUS, e outros 3 procuram outros serviços de emergência da região. Outros usuários, mesmo com a facilidade de acesso territorial devido à proximidade de suas casas a essa unidade, preferem se deslocar até a UBS SESC devido melhor atendimento. Considerando os usuários que relataram apresentar alguma dificuldade de ir até a UBS, 9 disseram que as barreiras geográficas são a causa maior de limitação no acesso, 9 associaram também as barreiras geográficas à grande distância de sua casa até a UBS.</p> <p>Conclusão: Apesar de algumas dificuldades, o acesso ao serviço de saúde foi considerado facilitado para os idosos nessa UBS SESC, sendo essa lembrada pela grande maioria da população idosa como serviço de referência para primeiras necessidades em saúde.</p>
A2	<p>Objetivo: Identificar os obstáculos de acesso à saúde do idoso por meio da avaliação e percepção de profissionais da saúde, no atendimento ao idoso, em Unidade de Saúde do distrito leste de uma cidade do interior paulista, Brasil.</p> <p>Metodologia: Pesquisa de campo. Abordagem quantitativa.</p> <p>População: Amostra de 60 profissionais de enfermagem da AB e ACS que atendem idosos. Principais resultados: Principais obstáculos ao acesso à saúde do idoso contemplam a ausência de um cuidador envolvido com o idoso no atendimento (98,3%), os elementos estressores na vida cotidiana do profissional, o acúmulo de atividades executadas em suas unidades de trabalho (80%), além da falta de expectativa profissional (63,3%), estrutura física da unidade de saúde (68,3%) o que representa um obstáculo real de acesso e o fluxo de atendimento da unidade inadequado (75%).</p> <p>Conclusão: O estudo demonstrou exigência de acesso real aos idosos e os resultados podem servir como indicativos na atenção à saúde do idoso, ponderando a melhor adequação do ambiente e existência de profissionais treinados e capacitados para atender o idoso. Obstáculos têm grande relevância para o acesso do idoso e estão focados, com maior frequência, nas ações produzidas por meio das relações interpessoais no cotidiano dos profissionais de saúde.</p>
A3	<p>Objetivo: Analisar as barreiras ao diagnóstico da TB em pessoas idosas relacionadas aos serviços de saúde no município de João Pessoa-PB.</p> <p>Metodologia: Pesquisa qualitativa com entrevista semidirigida.</p> <p>População: 7 idosos doentes de TB, com mais de 60 anos, com a condição de estar em ou ter concluído o tratamento de TB em ESF do município de João Pessoa e ser domiciliado no mesmo.</p> <p>Principais resultados: Barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde: dificuldades quanto ao horário de funcionamento das USF, revelando fragilidade nas dimensões organizacional e de disponibilidade de acesso aos serviços de saúde.</p> <p>Conclusão: Necessidade de reorganização dos serviços de saúde para a realização de ações de promoção da saúde.</p>
A4	<p>Objetivo: Descobrir a utilização dos serviços do Nível Primário de Atenção (NPA) pelos idosos.</p> <p>Metodologia: Estudo descritivo de corte transversal e análise quantitativa.</p> <p>População: 4.880 idosos de 60 anos ou mais residentes nas áreas geográficas pertencentes a 15 consultórios de médico da família da policlínica "Enrique Barnet", do município de Santa Isabel de las Lajas, em Cienfuegos; 8 consultórios de médico da família da policlínica "Felipe I. Rodríguez", do município de San Antonio de los Baños, em La Habana (província de Artemisa) e 16 consultórios de médico da família da policlínica "Marcio Manduley", do Centro Habana em Cidade de La Habana (província de La Habana).</p> <p>Principais resultados: A organização do trabalho nas policlínicas repercutiu sobre a utilização dos serviços do NPA pelos idosos.</p> <p>Conclusão: A qualidade e os tipos de serviços fornecidos aos idosos que utilizaram o NPA dependeram da policlínica a qual pertenciam e as diferenças na qualidade e nos tipos de serviços fornecidos poderiam constituir inequidades de acesso a estes serviços.</p>
A5	<p>Objetivo: Analisar algumas variáveis que se associam à dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde.</p> <p>Metodologia: (Abordagem quantitativa). Estudo observacional analítico de caráter transversal.</p> <p>População: 244 idosos com 60 anos ou mais e que possuíam alguma deficiência e/ou restrição de mobilidade, conforme cadastro das ESF.</p> <p>Principais resultados: As barreiras arquitetônicas que dificultaram a acessibilidade dos idosos com deficiência aos serviços de saúde: ausência de transporte; existência de esgotos, bueiros, dejetos, sacos de lixo, ou pisos quebrados; e presença de degraus nas calçadas e inexistência de calçamento.</p>

	<p>Conclusão: As barreiras arquitetônicas e a situação atual de atenção à saúde precisam ser adequadas, visando o ingresso e utilização plena dos idosos com deficiência aos serviços de saúde.</p>
A6	<p>Objetivo: Descrever a utilização e acesso geográfico de idosos a Serviços de Atenção Básica (SAB) e analisar a associação entre variáveis de interesse do estudo e a utilização dos SAB.</p> <p>Metodologia: (Abordagem quantitativa). Estudo epidemiológico observacional e transversal.</p> <p>População: 292 idosos com 60 anos ou mais e moradores da área de abrangência do distrito Noroeste de Porto Alegre.</p> <p>Principais resultados: Os SAB foram utilizados por 49,7% dos idosos, motivados por sua localização, qualidade e “gratuidade”. Para 76,4% dos idosos que utilizavam um SAB, seus problemas eram resolvidos. Os fatores associados negativamente à utilização do SAB foram “escolaridade”, pois a maioria dos idosos analfabetos ou com primário incompleto utilizavam e os que possuíam ensino médio ou superior não utilizavam.</p> <p>Conclusão: Idosos expostos a situações de fragilidade relacionadas às condições econômicas e de saúde foram os que mais utilizaram um SAB, demonstrando sinais de equidade do sistema.</p>
A7	<p>Objetivo: Avaliar a utilização de serviços de saúde entre idosos portadores de doenças crônicas.</p> <p>Metodologia: (Abordagem quantitativa). Estudo transversal.</p> <p>População: 2.889 indivíduos com idade a partir de 65 anos, portadores de condições crônicas residentes em áreas de abrangência de UBS em 41 municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil.</p> <p>Principais resultados: Nas duas regiões, o uso dos serviços foi maior por idosos com idade inferior a 80 anos, baixa escolaridade e residentes em áreas de abrangência de ESF</p> <p>Conclusão: As prevalências de consulta médica e de participação em grupos de atividades educativas foram baixas. Apesar da ESF promover maior uso de serviços pelos idosos portadores de condições crônicas, há necessidade de ampliar o acesso daqueles com mais de 80 anos e dos portadores de incapacidade funcional.</p>
A8	<p>Objetivo: Avaliar o padrão de acesso e utilização de serviços entre os idosos residentes nas áreas rurais do país.</p> <p>Metodologia: (Abordagem quantitativa). Estudo de corte transversal.</p> <p>População: Em 1998 e 2003, o tamanho da população rural idosa na amostra da PNAD foi de 6.366 e 6.220 idosos, respectivamente.</p> <p>Principais resultados: A cobertura de mamografia nos dois anos que antecederam a entrevista entre as mulheres de 60 a 69 anos representa um indicador de acesso e adequação da atenção primária neste grupo populacional. Essa cobertura limitou-se a 13,9% para as mulheres residentes em áreas rurais e 43,1% em áreas urbanas. Em 2003, os postos e centros de saúde predominaram dentre os serviços procurados pelos idosos residentes em áreas rurais (48,1%), nos idosos residentes em áreas urbanas, apesar de predominar a participação dos postos e centros de saúde (36,5%), o peso relativo dos consultórios privados é maior (24%). O aumento de serviços de uso regular ocorreu, em particular, nos postos e centros de saúde. Houve aumento da participação relativa dos postos e centros de saúde na prestação de serviços, mas não na redução da participação dos hospitais.</p> <p>Conclusão: Os mais idosos apresentam barreiras de acesso maiores. O diferencial de gênero na utilização favorável à mulher foi mais marcado nos idosos rurais. Barreiras financeiras também são mais marcadas. Houve indicativo de melhora no desempenho dos serviços do SUS. Recomendou-se ampliação da oferta e adaptação dos serviços às especificidades territoriais, culturais e sociais dos idosos rurais.</p>
A9	<p>Objetivo: Analisar a evolução temporal da internação de idosos por condições sensíveis à APS segundo sua estrutura, magnitude e causas.</p> <p>Metodologia: (Abordagem quantitativa). Estudo transversal com base em dados do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde e do Sistema de Informação da Atenção Básica durante os anos de 2000 a 2010.</p> <p>População: Idosos de 60 e 74 anos, residentes no estado do Rio de Janeiro.</p> <p>Principais resultados: Encontrou-se acentuada redução das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) para todas as causas e grupos etários. Foi encontrada correlação negativa entre as internações e os indicadores de acesso à APS, identificando que, quanto maior a cobertura da ESF e/ou maior o número de consultas realizadas por idosos na APS, menor o número de ICSAP.</p> <p>Conclusão: O avanço da reorganização da APS no Rio de Janeiro vem provocando impactos significativos na morbidade hospitalar da população idosa residente. As ICSAP mostraram-se importante instrumento para gestão, na medida em que sinalizam quais ações são mais efetivas para a diminuição das internações e que, consequentemente, contribuem para o aumento da qualidade de vida dos idosos.</p>
A10	<p>Objetivo: Comparar o grau dos cuidados centrados na pessoa de duas maneiras diferentes de fornecimento de cuidado primário no Brasil (ESF vs. UBS); para avaliar a associação de hipertensão, diabetes mellitus, doenças mentais, dor crônica, obesidade e obesidade central, com pontuação APS; e avaliar o escore da APS na qualidade de vida em indivíduos idosos que receberam cuidado nessas unidades.</p> <p>Metodologia: (Abordagem quantitativa). Estudo transversal realizado por meio do instrumento PCATool versão Brasil.</p> <p>População: Pacientes de 60 anos ou mais velho de unidades de Cuidados de Saúde Primários em Ilhéus, Bahia, no nordeste do Brasil.</p> <p>Principais resultados: Os escores da APS para o atributo acesso de primeiro contato foi maior na ESF do que na UBS.</p> <p>Conclusão: A associação entre os escores de APS e modelo de atenção reitera o papel das ESF nos cuidados</p>

	de saúde para os idosos. Ela também mostra que a ESF contribui para uma maior qualidade de vida, estes resultados devem contribuir para a gestão da APS de idosos.
A11	<p>Objetivo: Investigar, nos países menos desenvolvidos de hemisfério sul, os problemas associados com a fragmentação e sistemas de baixa de preparação para a atenção primária, para a promoção e proteção da saúde dos idosos.</p> <p>Metodologia: (Abordagem quantitativa). Questionários Projetados e aplicados pela OMS.</p> <p>População: 1.167 indivíduos (com idades entre 50-94 anos, 68% do sexo feminino) e 117 de cuidados de saúde atendimento e profissionais que trabalham, respectivamente, em 33 centros de saúde do Vine-Quillota Serviço de Saúde.</p> <p>Principais resultados: A maioria dos idosos utiliza transporte público para dirigir-se até as unidades de saúde ou vão caminhando, com uma média de 20 minutos, não sendo demasiado na opinião dos mesmos. Considerando a infraestrutura dos serviços de saúde 80% destes possuem paradas de ônibus a, pelo menos, 200 metros, destes, $\frac{3}{4}$ apresentavam sinalização adequada para o idoso dirigir-se a sala de espera, os banheiros apresentavam adequações necessárias de proteção ao idoso. 85% dos serviços não possuíam acesso ao adequado para as pessoas com deficiência, como rampas e barras de apoio.</p> <p>Conclusão: Os cuidados primários de saúde no Chile, embora tendo os programas de cuidados de saúde para os idosos, está perdendo oportunidades para melhorar o estado de saúde e a qualidade de vida dessa faixa etária.</p>

Elaborado pelo autor.

5. DISCUSSÃO

Para Mendes (2016), o acesso é definido como a oportunidade do usuário em buscar e obter serviços de saúde adequado à sua necessidade de cuidado, percebida pelo mesmo. Portanto, o acesso é resultante da interação entre as características das pessoas, das famílias, dos ambientes sociais, físicos, das características e das organizações que compõe o sistema de saúde, bem como, dos prestadores de serviços.

É um conceito que varia entre autores e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto (TRAVASSOS e MARTINS, 2004). Assim, percebe-se que o acesso aos serviços de APS pode englobar inúmeras vertentes, sua análise pode percorrer diversos caminhos.

Ao se considerar a perspectiva de Starfield (2002), que o conceitua com base em uma relação de estrutura (acessibilidade), processo (utilização) e resultado, que culminou na elaboração do PCATool-Brasil, pode-se compreender o impacto dos aspectos estruturais e organizacionais na presença do acesso à APS, uma vez que, a versão para profissionais não apresenta o componente Utilização. Os principais resultados emergentes neste estudo demonstraram que a presença do atributo Acesso de Primeiro Contato ainda é um desafio a ser superado. Nesse contexto, Paula et al (2016) contribui trazendo que os baixos escores para o respectivo atributo sugerem a insistência, em especial, de problemas organizacionais que dificultam a utilização dos serviços de saúde. Haja vista, o PCATool versão profissionais abranger questões acerca da demora para agendar consultas e para ser atendido, atendimento no mesmo dia, horários e dias de funcionamento da unidade de saúde e de atendimento à demanda e atendimento via telefone com unidade aberta ou fechada.

Observações que vem ao encontro do principal resultado encontrado no artigo 1, em que as questões referentes ao funcionamento das unidades foram as que mais contribuíram para o baixo escore do atributo. Encontra eco nesse resultado Mendes (2016), ao abordar a importância dos serviços de APS funcionarem com um tempo estendido, no mínimo das 7 horas às 19 horas corridas. Enfatiza que isso é essencial para possibilitar a utilização desses serviços às pessoas que trabalham em horário comercial. Assim, evita-se a formação de uma barreira de acesso injustificada.

Somado a este, tem-se o principal resultado do artigo 2 que, ao englobar aspectos sócio-espaciais, mostrou que o pequeno porte populacional é o que influencia no melhor acesso de primeiro contato à APS, embora ainda que em uma proporção pequena. Saber que a Coordenadoria de Saúde pesquisada possui a maior parte dos municípios com pequeno porte populacional (BRASIL 2016) torna esse resultado relativamente satisfatório. Ademais, Sala e

Mendes (2011) encontraram os melhores indicadores de estrutura da APS nos grupos dos municípios de pequeno porte em um período de dez anos.

Viana et al (2008) corrobora ao confirmar que municípios de grande porte populacional vivenciam o paradoxo em que há melhor infraestrutura e maiores índices de riqueza, porém com grande desigualdade e impossibilidade de acesso, uma vez que, à expansão e consolidação da APS nesses locais é decorrente dos desafios próprios do setor saúde, mas também das modernizações da dinâmica complexa da urbanização. Calvo et al (2016) complementa trazendo que, apesar das características demográficas, de financiamento e de poder aquisitivo da população colocarem os municípios com maior porte populacional no grupo de influentes favoráveis da gestão em saúde, destaca-se o fato de que estes apresentam grandes bolsões de miséria em suas áreas urbanas, as quais possuem dinâmicas sociais próprias que, por vezes, dificultam o equacionamento das ações para o adequado acesso às políticas públicas em saúde.

O desempenho desigual dos serviços na APS decorre de questões demográficas, epidemiológicas e sociais presentes nos territórios, mas também pode ser associado às escolhas locais de prioridades para suprir a demanda de uma população (MICLOS; CALVO e COLOSSI, 2015).

Com relação ao resultado que mostra a ESF com a menor prevalência do Atributo Acesso de Primeiro Contato entre os modelos de atenção, não apresentando significância estatística para a presença do atributo, percebe-se que, apesar dos esforços em preconizar as ações por meio da APS, com a expansão da ESF, ainda não é suficiente perante a capacidade de oferta dos serviços de saúde e da distribuição desigual existente e que impactam significativamente no acesso (MICLOS; CALVO e COLOSSI, 2015; FAHEL e NEVES, 2009).

Ademais, sabe-se que o Brasil vem apresentando um novo padrão demográfico em que se tem redução do crescimento populacional e aumento do contingente de idosos (PETERLE, 2013). Assim, percebe-se a necessidade de se reorganizar os modelos assistenciais tradicionalmente estruturados e organizados para suprir as necessidades de outros grupos populacionais, não considerando o processo de envelhecimento como uma das prioridades (BRASIL, 2006).

Nessa perspectiva, tem-se os resultados das revisões de literatura os quais demonstraram barreiras no acesso do idoso na APS, no que tange as questões estruturais e de organização dos serviços. Bem como, possibilitou perceber que o acesso ainda não é o foco de pesquisa, sendo atribuído como influente da qualidade de vida e integralidade da atenção da

população idosa. Ao não se buscar pesquisar na literatura apenas estudos utilizando o PCATool, pode-se perceber o que foi mencionado anteriormente, que a avaliação do acesso depende da perspectiva que se utiliza para tal. Outros estudos também encontraram maiores barreiras no acesso do idoso na APS do que facilidades (PASKULIN, VALER, VIANNA, 2011; MARTINS, 2012; FERNANDES, 2010).

Com relação aos profissionais participantes, percebe-se que, mesmo a maioria sendo da enfermagem e medicina, há a inserção de outros núcleos profissionais atuando na APS, bem como os profissionais de nível médio. Assim, emerge a importância de se conhecer o acesso à APS na perspectiva dos demais profissionais de nível superior, englobando a equipe multiprofissional, além dos profissionais de nível médio pertencentes à equipe mínima de atuação na APS, a saber: técnico de enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem, técnico e/ou auxiliar de saúde bucal e Agentes Comunitários de saúde (ACS). Destaca-se a importância deste último profissional como elemento facilitador de acesso da população à APS, uma vez representa o elo entre as equipes de saúde e a comunidade (KRUG et al, 2015). Bem como dos usuários dos serviços de APS, haja vista serem os balizadores da qualidade da assistência oferecida (PAULA et al, 2016). Além da inclusão dos gestores, encarregados, junto com os demais atores, do processo de qualificação e consolidação da APS (BRASIL, 2012).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao considerar os aspectos tecidos no presente estudo compreende-se que o acesso, em sua conjuntura estrutural, que compõe o atributo Acesso de Primeiro Contato, ainda é um desafio da APS a ser superado por gestores, profissionais e usuários. Seu escore apresenta-se abaixo do ponto de corte de 6,6, na maioria dos municípios pesquisados. Ou seja, quando abordado a presença do atributo na Coordenadoria de Saúde e quando abordado a presença do atributo e seus respectivos contextos sócio-espaciais.

Corroborou para esses resultados, em especial, a questão do funcionamento dos serviços, com relação a horários e dias em que a unidade de saúde encontra-se aberta. Bem como, o impacto do porte populacional na oferta do acesso que, embora com uma proporção baixa, são nos municípios menores que o escore satisfatório prevalece.

Ademais, sabe-se da mudança do perfil demográfico e epidemiológico do Brasil, em que a população idosa encontra-se em um crescimento acelerado e contínuo, acompanhado de morbidades próprias de ações da APS. Assim, entende-se a importância de se conhecer o quanto os serviços de APS estão preparados para receber esse intenso contingente populacional, em especial, no que tange o acesso à porta de entrada e preferencial ao sistema de saúde. Portanto, os resultados das revisões de literatura mostraram uma tendência ao estudo do acesso ainda não como objeto de pesquisa, emergindo como um influente da qualidade de vida e integralidade da atenção aos idosos, bem como a presença de barreiras organizacionais e burocráticas. As evidências mostram que a ESF impactou positivamente no acesso destes à APS, porém ainda existem fortes dificuldades no acesso, principalmente no que se refere ao processo de trabalho e a infraestrutura.

Faz-se necessário repensar a organização dos serviços de saúde no cenário pesquisado, no que tange o horário de funcionamento, para que possam abranger os usuários que trabalham e que encontram na APS uma barreira de acesso à atenção à saúde. Bem como, identificar os possíveis problemas que impossibilitam a ESF de desenvolver o seu papel de ampliar o acesso à APS local. Também torna-se imprescindível reconhecer a presença do envelhecimento da população e buscar maneiras de proporcionar aos idosos um melhor acesso aos serviços de APS.

Ademais, é preciso que os gestores identifiquem as dificuldades, sejam elas de cunho financeiro, social, estrutural e/ou organizacional, e encontrem alternativas de amenizar o impacto delas no acesso da população à APS, reconhecendo que a mesma é a ordenadora do sistema de saúde e que suas ações influenciam diretamente na qualidade de vida da

população. Faz-se urgente romper as barreiras de acesso que dificultam ou impossibilitam à população de alcançar a integralidade da atenção.

Destaca-se a dimensão do presente estudo, bem como o desafio que representou ao englobar serviços de APS de 32 municípios, incluindo os três modelos de atenção, reconhecendo a magnitude da Coordenadoria de Saúde, a singularidade de cada região de saúde e município, bem como a dinâmica existente nesses territórios de atuação. Acredita-se que este estudo contribui de maneira significativa para gestores, profissionais e usuários, uma vez que a avaliação é um mecanismo de gestão que auxilia na tomada de decisão e no planejamento das ações em saúde, possibilitando a manutenção e/ou inserção de novas ações e estratégias que visem qualificar o acesso da população à APS. Assim, o estudo fornece subsídios para auxiliar a gestão local no desenvolvimento de iniciativas que contribuam na qualidade do acesso disponibilizado aos usuários nesse nível de atenção. O que reflete na melhoria dos serviços ofertados na APS, logo, melhores resultados em saúde e maior satisfação do usuário. Ressalta-se a área da enfermagem que apresenta papel singular na gestão das ações dos serviços de APS, juntamente com os demais profissionais atuantes nesse nível de atenção, com vistas a concretude das políticas públicas de saúde.

Compreende-se que novos estudos necessitam sejam realizados com outras vertentes de avaliação que não avaliem apenas o acesso na sua conjuntura estrutural dos serviços de saúde, mas que englobem os demais aspectos que se relacionam direta ou indiretamente com a garantia do acesso à APS. Como também estudos que busquem a visão dos demais atores envolvidos no processo de atenção à saúde na APS. Além do desenvolvimento de estudos que priorizem os modelos de atenção e sua influência no acesso, somados a estudos que ampliem o olhar dos atores envolvidos no processo de atenção à saúde na APS na perspectiva do acesso à população idosa, com vistas à um envelhecimento ativo e saudável.

Acredita-se que o Acesso de Primeiro Contato é o atributo essencial para que se desenvolva os demais atributos da APS. Ele é a base que fundamenta esse nível de atenção, alicerçado no princípio constitucional da Universalidade, que garante os demais princípios do SUS e direciona suas diretrizes de atuação.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. do S. V. de et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 182-194, out. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0182.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2016.

ALMEIDA, P.F. de. **Mapeamento e Análise dos Modelos de Atenção Primária à Saúde nos Países da América do Sul**: Atenção Primária à Saúde no Brasil. Documento Autoral de APS nos países da América do Sul. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, Rio de Janeiro, jun. 2014. Disponível em: <[http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb\[127\]ling\[1\]anx\[519\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb[127]ling[1]anx[519].pdf)>. Acesso em: 02 dez. 2016.

ANDERSON, M. I. P.; ARMADILLO, M. de L. R.; FUENTES, M. S. C. Cobertura Universal en Salud, Atención Primaria y Medicina Familiar. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. Suppl 1, p. 4-30, jan./mar. 2016.

ARAÚJO, L. U. A. de et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 19, n. 8, p. 3521-3532, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03521.pdf>>. Acesso em 02 nov. 2016.

ARAÚJO, M. A. da S.; BRITO, C.; BARBOSA, M. A. Atenção básica à saúde do idoso no Brasil: limitações e desafios. **Geriatrics & Gerontologia**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 122-125, 2008. Disponível em: <[file:///D:/_Arquivos/Downloads/v2n3a06%20\(1\).pdf](file:///D:/_Arquivos/Downloads/v2n3a06%20(1).pdf)>. Acesso em: 17 nov. 2016.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

AZEVEDO, A. L. M. de; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 14, n. 35, p.797-810, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n35/3010.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília: CONASS, v. 3, 1. ed., 2011. 197 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 2011, 3). Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2016.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Conselho Nacional de Secretários da Saúde, Brasília: CONASS, v. 1, 1. ed., 2011a. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.1.pdf>. Acesso em 15 out. 2016.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 22 set. 2016.

_____. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 22 dez. 2016.

_____. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 22 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 12, 13 de jun. 2013, seção 1, p. 59. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. **Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001** que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios, 2001. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 22 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528**, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília/DF, 2006. 19 p. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeIdosa.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: Caminhos da Institucionalização**. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 36 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao_ab_portugues.pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.

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

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrumento_avaliacao.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica. Brasília:** Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2016.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**, 2014. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 22 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Informações de Saúde (TABNET). **População do RS**, 2012a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poprs.def>>. Acesso em: 14 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 46 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf>. Acesso em: 23 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**, Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 22 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Especialização em Saúde da Família – Modalidade à distância. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Módulo Bioética. **Bioética: conceitos, fundamentos e princípios**. Cilene Rennó Junqueira, 2011c. 23 p. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_bioetica/Aula01.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2016.

BAILER, C.; TOMITCH, L. M. B.; D'ELY, R. C. S. O planejamento como processo dinâmico: a importância do estudo piloto para uma pesquisa experimental em linguística aplicada. **Revista Intercâmbio**, São Paulo: LAEL/PUCSP, v. XXIV, p. 129-146, 2011. <<http://revistas.pucsp.br/index.php/intercambio/article/viewFile/10118/7606>>. Acesso em: 22 out. 2016.

BRONDANI, J. E. et al. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Cogitare Enferm**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 01-08, jan./mar. 2016. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43350/27700>>. Acesso em: 22 out. 2016.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Debates. Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 9, n.16, p.161-177, fev. 2005. Disponível em:

<<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2016.

CHAVES, L. D. P.; TANAKA, O. Y. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.5, p. 1274-1278, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/33.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2017.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30984.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2016.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. et al. A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos, p. 29-47. In: Hartz, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/3zcft/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2016.

CORRÊA, A. C. de P. et al. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 451-457, set. 2011. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/16593/13925>>. Acesso em: 20 out. 2016.

COSTA, F. B. da; TRINDADE, M. A. do N.; PEREIRA, M. L. T. A inserção do biomédico no programa de saúde da família. **Revista Eletrônica Novo Enfoque**, v. 11, n. 11, p. 27-33, 2010. Disponível em: <<http://www.castelobranco.br/sistema/novoenfoco/files/11/artigos/04.pdf>>. Acesso em 22 out. 2016.

CRUZ, M. M. **Avaliação de Políticas e Programas de Saúde**: contribuições para o debate. cap. 7. p. 285-317. In: Mattos, R. A.; Baptista, T. W. F. (Org.). Caminhos para Análise de Políticas na Saúde, 1. ed., Porto Alegre: Rede Unida, 2015. 509 p.: il. (Série Interloquções. Práticas, experiências e pesquisas em saúde). Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-interloqucoes-praticas-experiencias-e-pesquisas-em-saude/caminhos-para-analise-das-politicas-de-saude-pdf>>. Acesso em: 02 set. 2016.

CUNHA, A. B. O.; SILVA, L. M. V. da. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/15.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

DONABEDIAN, A. **Aspects of Medical Care Administration**: Specifying Requirements for Health Care. Cambridge, MA: Harvard University Press, p. 419-73, 1973. In: STARFIELD, B. Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília/DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, 726 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 29 out. 2016.

DONABEDIAN, A. **Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica**. México, DF: Ed. Biblioteca de la Salud, 1988. In: CUNHA, A. B. O.; SILVA, L. M. V. da. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/15.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

DONABEDIAN, A. The Quality of Medical Care. *Science*, [s. l.], v. 200, n. 4344, mai.1978.

FAHEL, M.; NEVES, J. A. B. Desigualdades em Saúde no Brasil: análise comparada do acesso aos serviços de saúde por estratos ocupacionais. **Teoria e sociedade**, Belo Horizonte, n. 17.2, p. 140-159, jun./dez. 2009. Disponível em: <[file:///C:/Users/Marcelo/Downloads/desigualdades_em_sa_c3_bade_no_brasil%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Marcelo/Downloads/desigualdades_em_sa_c3_bade_no_brasil%20(3).pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2017.

FARIA, R.M. de. A territorialização da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. **Hygeia**, v. 9, n.16, p. 131 - 147, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/19501/12458>>. Acesso em: 13 set. 2016.

FARIA, R. M. de; BORTOLOZZI, A. Espaço, Território e Saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da Saúde no Brasil. **R. RA E GA**, Curitiba: E. UFPR, n. 17, p. 31-41, 2009. Disponível em: <http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/espaco_territorio_e_saude.pdf>. Acesso em: 12 set. 2016.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. **Atenção Primária à Saúde: histórico e Perspectivas**, p. 43-68. In: MOROSINI, M. V.G.C.; CORBO, A. D'. A. [Org.]. Modelos de atenção e a saúde da família, Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. 240 p.: il. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4). Disponível em: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2012/06/Livro-Modelos-de-Aten%C3%A7%C3%A3o.pdf#page=43> Acesso em: 22 jul. 2016.

FEKETE, M. C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços. Projeto GERUS. [s. l.], [s. n.], 1996. In: AZEVEDO, A.L.M. de; COSTA, A.M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.14, n.35, p.797-810, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n35/3010.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2016.

FERNANDES, F. M. **Atenção à saúde da pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família no município de Santo Antônio/RN: um estudo de caso**. 2012. 100 f. Dissertação (Mestrado em Assistência à Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2012.

FUCHS, S. C.; VICTORA, C. G.; FACHEL, J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. **Rev. Saúde Pública**, [s. l.], v. 30, n. 2, p. 168-78, 1996.

- FUREGATO, A. R. F. Reflexões sobre o dualismo metodológico nas pesquisas em saúde. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 16, n. 6, p. 937-938, nov./dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_01.pdf>. Acesso em: 03 out. 2016.
- GONDIM, G. M. M. et al. **O território da Saúde**: A organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C. de; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J. C.; MONKEN, M. Território, ambiente e saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 237-255, 2008.
- GONDIM, G.M. de M.; MONKEN, M. **Territorialização em Saúde**. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. [org.]. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2 ed. ver. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, 478 p. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>>. Acesso em: 12 set. 2016.
- HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do *Instrumento de Avaliação da Atenção Primária* (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/13.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2016.
- HARZHEIM, E. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 274-284, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/829/588>>. Acesso em: 20 set. 2016.
- HOCHMAN, B. et al. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 20, n. supl. 2, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/acb/v20s2/v20s2a02.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2016.
- KAUARK, F. da S.; MANHÃES, F. C.; MEDEIROS, C. H. **Metodologia da pesquisa**: Um guia prático, Itabuna/BA: Via Litterarum. 2010. 88 p. Disponível em: <<http://www.pgcl.uenf.br/2016/download/LivrodeMetodologiadaPesquisa2010.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2016.
- KESSLER, M. **Avaliação da longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul**. 2016. 98 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2016.
- KRUG, S. B. F. et al. Sofrimento e adoecimento no trabalho de Agentes Comunitários de Saúde: um estudo em Estratégias de Saúde da Família. **Revista UNIABEU**, Belford Roxo, v.8, n. 20, set./dez. 2015. Disponível em: http://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/view/2118/pdf_299. Acesso em: 02 jan. 2017.
- LEÔNICIO, L. L. et al. Diagnóstico e encaminhamento de pacientes com doenças bucais no serviço público de saúde de Patos- PB: atuação do cirurgião-dentista na referência e contra referência. **Arq Odontol**, Belo Horizonte, v. 51, n. 4, p. 210-215, out./dez. 2015. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/aodo/v51n4/a06v51n4.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2016.
- LOCH, J. de A. **Princípios da Bioética**. In: Kipper DJ. (editor) Uma Introdução à Bioética. Temas de Pediatria Nestlé, n.73, p. 12-19, 2002. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/bioetica/cont/joao/principiosdebioetica.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2016.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde. **Saúde & Cidadania**. Livro 03, [s.d.]. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_03/index.html>. Acesso em 02 set. 2016.

MARIN, M. J. S.; MORACVICK, M. Y. A. D.; MARCHIOLI, M. Acesso aos serviços de saúde: comparação da visão de profissionais e usuários da atenção básica. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 629-636, set./out. 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a08.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2016.

MARTINS, A. B. **Atenção Primária à Saúde voltada às necessidades das pessoas idosas: da política à evidência**. 2012. 149 f. Tese (Doutorado em Odontologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, 2012.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. 685p.

MENDES, E. V. (Org.). **A construção social da Vigilância à Saúde do Distrito Sanitário**. In: A Vigilância à Saúde no Distrito Sanitário. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, n. 10, p. 7-19, 1993. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde).

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2016.

MICLOS, P. V.; CALVO, M. C. M.; COLOSSI, C. F. Avaliação do desempenho da Atenção Básica nos municípios brasileiros com indicador sintético. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 984-996, out./dez. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-00984.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

NODARI, C. H.; OLEA, P. M.; DORION, E. C. H. Relação entre inovação e qualidade da orientação do serviço de saúde para atenção primária. **Rev Adm Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 5, p. 1243-1264, set./out. 2013. Disponível em: <file:///D:/_Arquivos/Downloads/Nodari_Olea_Dorion_2013_Relacao-entre-inovacao-e-quali_14050.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2016.

OLIVEIRA, E. B. de et al. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 264-273, out./dez. 2013. Disponível: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/826/586>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

OLIVEIRA, M. A. de C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, [s. l.], v. 66, n. esp.; p. 158-164, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2016.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. História, Ciências, Saúde, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.15-35, jan./mar. 2014. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2016.

PASKULIN, L. M. G.; VALER, D. B.; VIANNA, L. A. C. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciêns Saúde Colet**. 2011 16(6):2935-44. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/31.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2017.

PAULA, W. K. A. S. de et al. Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. **Rev Esc Enferm USP**, [s. l.], v. 50, n. 2, p. 335-345, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/pt_0080-6234-reeusp-50-02-0335.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.

PEREHOUSKEI, N. A.; ANGELIS, B. L. D de; FONZAR, U. J. V. A organização dos serviços de saúde na práxis territorial. **Sociedade e Território**, Natal, v. 27, n. 1, p. 101 -116, jan./jun. 2015. Disponível em: <file:///D:/_Arquivos/Downloads/5135-18539-1-PB.pdf>. Acesso em: 23 set. 2016.

PEREHOUSKEI, N. A.; BENADUCE, G. M. C. Geografia da saúde e as concepções sobre o território. **Gestão & Regionalidade**, [s. l.], v. 23, n. 68, p. 34-44, set./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/1334/133417361003/>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: Teoria e Prática**. 6ª reimpressão. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 596p.

PETERLE, V. C. U. **Análise da Atenção à Saúde do Idoso na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS)**. 2013. 160 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2013.

PIRES, D. A. **Avaliação da gestão municipal da saúde bucal na atenção básica de municípios da região carbonífera de Santa Catarina**: precisão do instrumento de pesquisa. 2012. 159 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2012.

POLIT, D.; HUNGLER, F.; BERNADETTE, P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem** /Basis of nursing research. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011. 343 p.

PONTES, A. P. M de et al. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 574-580, jul./ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/12.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2016.

REICHENHEIM, M. E. et al. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. **The Lancet**, [s. l.], v. 377, n. 9781, p. 1962-1975, jun. 2011.

REIS, E. J. F. B. dos et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, jan./mar.1990. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v6n1/v6n1a06.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

REIS, R. S. et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 18, n.

11, p. 3321-3331, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n11/22.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Coordenadorias Regionais**. 4ª CRS, (Santa Maria), [201?]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/lista/161/4%C2%AA_CRS_%28Santa_Maria%29>. Disponível em: 22 ago. 2016.

RIO GRANDE DO SUL (RS). Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2016/2019**. Porto Alegre, 2016. 218 p.: il. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1480502881_1478280203_PES%202016-2019%20-%2025%2010.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2016.

SALA, A.; MENDES, J. D. V. Perfil de Indicadores da Atenção Primária à Saúde no Estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. **Saúde Soc**, São Paulo, v.20, n.4, p.912-926, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/09.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v31n3/12.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2016.

SANTOS, N. M. A organização da saúde no Rio Grande do Sul. **Revista Gestão & Saúde**, Curitiba/PR, v. 1, n. 3, p. 1-10, 2010. Disponível em: <<http://www.herrero.com.br/revista/Edicao%203%20Artigo%201.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2015.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, fev. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n3/03.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2016.

SAQUET, M. A.; SILVA, S. S. da. Milton Santos: concepções de geografia, espaço e território. **Geo UERJ**, ano 10, v. 2, n. 18, p. 24-42, 2º sem., 2008. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/geouerj/article/viewFile/1389/1179>>. Acesso em: 13 set. 2016.

SARTI, T. D. et al. A institucionalização da avaliação na atenção básica: alguns aspectos para a construção de práticas democráticas no contexto da estratégia saúde da família. **UFES Rev Odont**, v.10, n.1, p. 63-69, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/492/356>>. Acesso em: 20 out. 2016.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, jun. 2011.

SHAPIRO, S. S; WILK, M. B. Na analysis of variance test for normality (complete sample). **Biometrika**, [s. l.], v. 52, n. 3/4, p. 591-611, 1965.

SILVA, L. O. L. E. e et al. Acessibilidade ao serviço de saúde: percepções de usuários e profissionais de saúde. **Cogitare Enferm**, [s. l.], v. 16, n. 4, p. 654-660, out./dez. 2011.

Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/25434/17053>>. Acesso em: 29 set. 2016.

SILVA, R. S. da et al. Universalidade como princípio estruturante das políticas de saúde: estudo reflexivo. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 7, n. esp., p. 4277-4280, mai. 2013. Disponível em: <file:///D:/_Arquivos/Downloads/3948-40805-1-PB.pdf>. Acesso em: 22 set. 2016.

SIQUEIRA, F. C. V. et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 39-44, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a09v14n1.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2016.

SOUSA, M. F. de. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 153-158, mar./abr. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a02v61n2>>. Acesso em: 23 set. 2016.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 29 out. 2016.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a02>>. Acesso em 15 out. 2016.

TEIXEIRA, C. Os princípios do SUS. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador/BA, jun. 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em: 21 set. 2016.
TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILLASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf Epidemiol SUS**, v. VII, n. 2, p. 07-28, abr./jun. 1998. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v7n2/v7n2a02.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2016.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. sup. 2, p. S190-S198, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2016.

VIANA, A. L. A. et al. Atenção Básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n. sup.1, p. s79-s90, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/13.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

VILLA, T. C. S; RUFINO-NETTO, A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. **J Bras Pneumol**, [s. l.], v. 35, n. 6, p. 610-612, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n6/v35n6a14.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

WEILLER, T. H. **O acesso na rede pública de saúde no município de Ijuí/RS: um cenário de controvérsias**. 2008. 185 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report 2008** - primary health care (now more than ever). Geneva: World Health Organization, 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2008/en/>>. Acesso em: 22 dez. 2016.

APÊNDICES

Apêndice A – Questionário Sociodemográfico.

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

Instruções: PRIMEIRA PARTE COMUM A TODOS OS PARTICIPANTES.

1 - Número do Questionário

2 - Data da entrevista

3 - Entrevistador:

4 - Cidade da Coleta

Verdes Campos
 Entre Rios

5 - Cidade

6 - Unidade

UBS Tradicional
 UBS ESF
 Unidade Mista

7 - Data de Nascimento

8 - Sexo

Masculino Feminino

9 - Situação Conjugal

Solteiro
 Casado
 Viúvo
 Divorciado
 União estável

10 - Cor/Etnia

Branco Amarelo
 Pardo Indígena
 Negro

11 - Formação

Fundamental Incompleto
 Fundamental Completo
 Ensino Médio Incompleto
 Ensino Médio Completo
 Superior Incompleto
 Superior Completo
 Outro
 Não alfabetizado

12 - Possui plano de saúde privado?

Sim Não

13 - Qual o principal meio de transporte que você utiliza para chegar à unidade?

A pé/carona/bicicleta
 Transporte coletivo
 Transporte escolar
 Transporte próprio (carro/moto)

14 - Possui quantos filhos?

um
 dois
 três
 mais de quatro
 nenhum

Instruções: PARTE ESPECÍFICA PARA VERSÃO PROFISSIONAL

15 - Formação

Médico
 Enfermeiro
 Odontólogo
 Nutricionista
 Psicólogo
 Farmacêutico
 Terapeuta ocupacional
 Educador físico
 Assistente social

16 - Qual turno de trabalho

Diurno Noturno
 Ambas

17 - Vínculo empregatício

Celetista Estatutário
 Outro

18 - Quanto tempo trabalha nesse serviço

19 - Você trabalha em outro serviço?

Não Público
 Privado

20 - Você tem algum cargo nesse trabalho?

Sim Não

21 - Ano de conclusão

22 - Formação complementar

Sim Não

23 - Qual

24 - Você realiza qual (is) atendimento (os) nesta Unidade? Saúde da Mulher Saúde do Idoso Saúde Mental

Apêndice B – Termo de Confidencialidade.

Termo de Confidencialidade dos dados

Título do projeto: PCATOOL (PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL): AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (4ª CRS/RS)

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem.

Telefone para contato: (55) 3220-8263

Locais da coleta de dados: Rede de Atenção Primária a Saúde dos municípios integrantes da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (4ªCRS/RS).

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos dados que serão coletados por meio de entrevistas individuais. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no (a) sala 1315B do Deptº Enfermagem da UFSM, localizado na Av. Roraima, n. 1000, bairro Camobi Santa Maria – RS, CEP: 97105-900, por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Dra Teresinha Heck Weiller. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em __/__/__, com o número do CAAE _____.

Santa Maria, ____ de _____ de 20__.

Dra Teresinha Heck Weiller
Pesquisador responsável

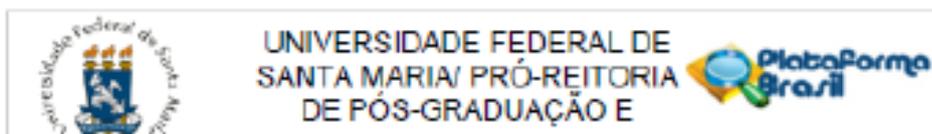
ANEXOS

Anexo A - Itens do atributo Acesso de Primeiro Contato versão profissionais.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Profissionais					
A - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE					
<i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
A1 - Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A3 - Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoece, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A4 - Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A5 - Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A6. Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A7 - Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A8 - É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A9 - Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Fonte: BRASIL, 2010.

Anexo B – Carta de Apresentação ao Comitê de Ética em Pesquisa.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PCATool (PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL): AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (4ª CRS/RS)

Pesquisador: Teresinha Heck Weller

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34137314.4.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 756.292

Data da Relatoria: 14/08/2014

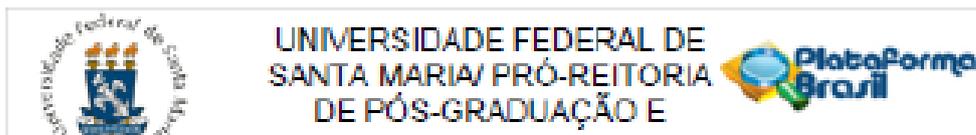
Apresentação do Projeto:

A proposta deste estudo se insere no grupo Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da Linha Gestão e Atenção em Saúde e Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria vinculado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. É um projeto do tipo "guarda chuva" que tem por objetivo avaliar a rede de atenção básica dos 32 municípios pertencentes a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa que será realizado com cuidadores/responsáveis de crianças, adultos >18 anos e profissionais/gestores da rede de atenção básica dos municípios de abrangência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS) com sede no município de Santa Maria.

O número estimado de sujeitos é 4000 pessoas, destas 600 profissionais e 3500 usuários. O instrumento utilizado será Primary Care Assessment Tool, versões Criança, Adulto e Profissionais.

A avaliação da qualidade da atenção à saúde será considerada como a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS (STARFIELD, 2009). O referido instrumento mede a presença e a extensão de cada atributo da Atenção Primária em Saúde (APS) por meio de média aritmética

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Retoria - 2º andar
Rua: Camobi **CEP:** 97.105-070
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (51)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Contribuição do Pesquisador: 756,202

dos itens constantes. As respostas são em escala do tipo Likert.

Conforme os pesquisadores, os resultados poderão contribuir para a avaliação da APS com base nos atributos do referido instrumento, produção de indicadores que permitam os gestores municipais e regionais orientar as políticas públicas, validação do instrumento em municípios de pequeno e médio porte do interior do país e no incentivo a estudantes de graduação, mestrado e doutorado, no processo reflexivo sobre questões inerentes a gestão e avaliação dos serviços. O projeto prevê o acúmulo de dados no início de janeiro do ano de 2015 até julho de 2016. Possui um orçamento de R\$18.480,00, com financiamento próprio dos pesquisadores.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: avaliar a rede de atenção básica dos 32 municípios pertencentes à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS, por meio da aplicação do Instrumento PCATool (Primary Care Assessment Tool versões Criança, Adulto e Profissionais).

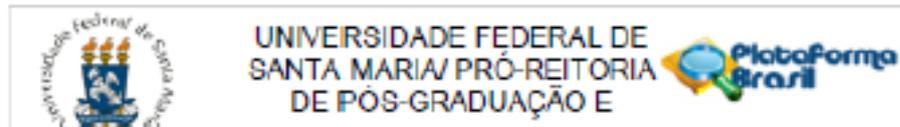
Objetivos Secundários:

- Identificar e discutir o atributo essencial acesso de primeiro contato a partir da aplicação do instrumento com cuidadores de crianças, adultos e profissionais;
- Identificar e discutir o atributo essencial coordenação da atenção a partir da aplicação do instrumento com cuidadores de crianças, adultos e profissionais;
- Identificar e discutir o atributo essencial longitudinalidade a partir da aplicação do instrumento com cuidadores de crianças, adultos e profissionais;
- Identificar e discutir o atributo essencial integralidade a partir da aplicação do instrumento com cuidadores de crianças, adultos e profissionais;
- Identificar e discutir o atributo derivado orientação familiar a partir da aplicação do instrumento com cuidadores de crianças, adultos e profissionais;
- Identificar e discutir o atributo derivado orientação comunitária a partir da aplicação do instrumento com cuidadores de crianças, adultos e profissionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você, mas sim para o serviço de Atenção Primária do seu município.

Endereço: Av. Itália, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (51)3320.0262 E-mail: cap.ufsm@gmail.com



Certificação do Protocolo: 750/2012

Riscos. O preenchimento deste instrumento poderá lhe causar desconforto, tendo em vista que estará avaliando seu local de trabalho, ou cansaço, pois vai requerer um tempo estimado de 15 minutos. Caso isto aconteça, você poderá buscar um serviço de saúde público e/ou interromper a participação na pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os documentos obrigatórios, quais sejam: folha de rosto, registro no CAP, TCLE, Termo de Confidencialidade, bem como a autorização do órgão responsável pelos locais onde ocorrerá o estudo (da Coordenadoria de Saúde).

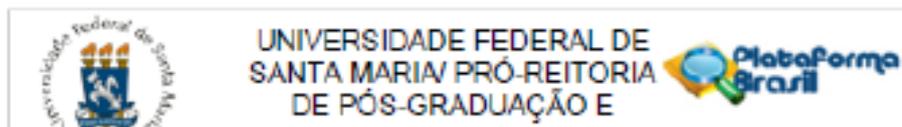
Recomendações:

No TCLE, alterações importantes foram realizadas, no entanto, nos riscos é necessário maiores informações. Onde consta: "Caso isto aconteça, você poderá buscar um serviço de saúde público e/ou interromper a participação na pesquisa". No TCLE deve estar claro como isso irá acontecer. Quem vai acompanhá-lo até uma unidade de saúde (caso já não esteja em uma); como ele irá até esse serviço de saúde e quem vai custear essa despesa? Deve ficar evidente que tudo o que possa trazer algum dano ao sujeito pesquisado será cuidadosamente evitado, mas caso ocorra, ele terá todo auxílio necessário por parte dos pesquisadores. Lembrando que é responsabilidade do pesquisador.

As alterações nos riscos devem ser modificadas tanto no TCLE como na folha de informações básicas do projeto, bem como no próprio projeto de pesquisa. Lembrando que qualquer alteração em um dos documentos deve ser realizada nos demais que apresentam as mesmas informações para manter a consistência entre eles.

Na metodologia do estudo, deve estar especificado como serão selecionados os serviços de Atenção Primária à Saúde de cada município, e quantos serão incluídos de cada um. Deve estar claro se será mantida uma proporcionalidade entre os municípios, uma vez que o número de APS varia entre eles. Existe um número mínimo de APS e de sujeitos por município?

Endereço: Av. Itália, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.115-900
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (51)3220-3362 E-mail: cep.usm@gmail.com



Continuação do Parecer: 196.202

Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:

-

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação do CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 15 de Agosto de 2014

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
 (Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Carrotilo CEP: 97.105-670
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (51)3220-0960 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Versão Criança/ Adulto/Profissionais

Título do estudo: PCATool (PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL): AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (4ª CRS/RS)

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem.

Telefone para contato: (55) 3220-8473

Locais da coleta de dados: Rede de Atenção Primária a Saúde dos municípios integrantes da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS).

Prezado (a) Senhor (a):

Você está sendo convidado (a) a responder às perguntas desta entrevista de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder esta entrevista, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. O pesquisador deverá responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma interferência ou danos. **Objetivo** deste estudo é: Avaliar a rede de atenção básica dos 32 municípios pertencentes a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS, por meio da aplicação do instrumento PCATool (Primary Care Assessment Tool versões Criança, Adulto e Profissionais). **Riscos:** não estão vinculados riscos diretos, contudo você poderá sentir desconforto/cansaço em responder ao questionário. E os **benefícios** serão indiretos, contribuindo para o conhecimento científico da enfermagem, e no fortalecimento da qualidade da Atenção Primária.

Assim como as informações fornecidas, você terá sua privacidade garantida pela pesquisadora responsável. Você não será identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados para fins acadêmicos.

Ciente e de acordo com o que fora anteriormente exposto, eu (responsável, usuário ou profissional) _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria _____, de _____ de 20____.

Assinatura do pesquisador responsável

Dra Teresinha Heck Weiller

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 E-mail: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep.