

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

Adalvane Nobres Damaceno

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AVALIAÇÃO DO ACESSO DE
PRIMEIRO CONTATO EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO CENTRO-
OESTE DO RIO GRANDE DO SUL**

**Santa Maria, RS, Brasil
2015**

Adalvane Nobres Damaceno

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AVALIAÇÃO DO ACESSO DE
PRIMEIRO CONTATO EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO CENTRO-OESTE DO
RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, Linha de pesquisa: Gestão e Atenção em Saúde e Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para a obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem.**

Orientadora: Dra. Teresinha Heck Weiller
Co-orientadora: Dra. Suzinara Beatriz Soares de Lima

Santa Maria, RS, Brasil
2015.

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Nobres Damaceno, Adalvane

Atenção Primária à Saúde: Avaliação do Acesso de Primeiro Contato em municípios da Região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul / Adalvane Nobres Damaceno.-2015.
92 f.; 30cm

Orientadora: Teresinha Heck Weiller

Coorientadora: Suzinara Beatriz Soares de Lima
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2015

1. Acesso aos serviços de Saúde 2. Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde 3. Atenção Primária à Saúde 4. Regionalização 5. Enfermagem I. Heck Weiller, Teresinha II. Soares de Lima, Suzinara Beatriz III. Título.

Adalvane Nobres Damaceno

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AVALIAÇÃO DO ACESSO DE PRIMEIRO
CONTATO EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO CENTRO-OESTE DO RIO
GRANDE DO SUL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, Linha de pesquisa: Gestão e Atenção em Saúde e Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para a obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**

Aprovado em 18 de dezembro de 2015



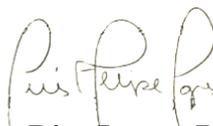
**Teresinha Heck Weiller, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)**



**Suzinara Beatriz Soares de Lima, Dra. (UFSM)
(Co-orientadora)**



Pedro Fredemir Palha, PhD. (USP)



Luis Felipe Dias Lopes, Dr. (UFSM)

Maria Denise Schimith, Dra. (UFSM)

**Santa Maria, RS
2015**

**A minha família,
A Mell, minha pet.**

E, em especial...

À Ivone, minha mãe.

AGRADECIMENTOS

*A Deus por iluminar meu caminho e dar coragem para continuar.
A minha mãe por me amar, apoiar nas muitas dificuldades em que passamos e me ensinar valores. Obrigado por tudo na minha vida!*

*Agradeço às amigas e amigos por fazerem parte da minha vida, em especial,
Raissa, Carolina e Victor pelos momentos de risos e apoio.*

À Universidade Federal de Santa Maria por participar da minha construção do conhecimento durante a Graduação e o Mestrado, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF).

Ao antigo GEPESC (Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva) ao Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem - Gestão e atenção em Saúde e Enfermagem e agora, mais recentemente, NESC (Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva) por terem me recebido e oportunizado inúmeros momentos de aprendizado e crescimento.

Em especial à Danieli (Dani) pelas inúmeras horas em que conversamos a Vanessa e Kauana pela amizade, parceria e por contribuir com o meu crescimento acadêmico e profissional.

*Agradeço à minha orientadora Professora Teresinha Heck Weiller, exemplo profissional, por ter me compreendido inúmeras vezes e proporcionar momentos de aprendizado e de diálogo. Por me incentivar quando pensei em desistir, me ouvir com paciência e acreditar no meu potencial Sou grato!
Agradeço a Faculdade Integrada de Santa Maria, local onde pude iniciar minha trajetória como docente.*

Agradeço aos professores Luis Felipe, Pedro Palha e Maria Denise por aceitarem compartilhar comigo esse trabalho!

Agradeço aos participantes que me possibilitaram realizar o estudo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela concessão da bolsa de Mestrado

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pelo fomento na realização desta pesquisa

*“[...] o conhecimento só nasce da prática com o mundo,
enfrentando os seus desafios e resistências [...]”
(Luckesi, 1991)*

RESUMO

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AVALIAÇÃO DO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO EM MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL

AUTOR: Adalvane Nobres Damaceno

ORIENTADORA: Teresinha Heck Weiller

COORIENTADORA: Suzinara Beatriz Soares De Lima

Dissertação de mestrado integrante do projeto matricial “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)”, na qual foi desenvolvida a avaliação dos serviços dos municípios integrantes da 4ª CRS/RS/BR, versão Adulto. A inclusão de usuários adultos do Sistema Único de Saúde (SUS) no processo de avaliação revela-se importante na medida em que estes possuem visões diferentes em relação aos profissionais e gestores em já que apresentam imperativos distintos que precisam ser consideradas quando se avalia a qualidade das ações e dos serviços ofertados. **Questão norteadora:** quais os escores do acesso de primeiro contato de adultos na APS em municípios da 4ª CRS/RS? **Objeto de estudo:** avaliação APS por usuários ≥ 18 anos em municípios da 4ª CRS/RS. **Objetivo:** avaliar a dimensão Acesso de Primeiro Contato na APS a partir da aplicação do instrumento PCATool Versão Brasil Adulto nos municípios da 4ª CRS/RS. **Metodologia:** Pesquisa de abordagem quantitativa com delineamento transversal. A coleta de dados foi desenvolvida de fevereiro a agosto de 2015, nos serviços de APS da 4ª CRS/RS/BR. A população do estudo contemplou usuários ≥ 18 anos que não fosse o primeiro acesso ao serviço de saúde totalizando 1.065 usuários adultos. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista com utilização da tecnologia da informática com aplicação do protocolo de pesquisa (questionário sócio demográfico e PCATool-Brasil versão Adulto). Este instrumento avaliou a qualidade do Acesso de Primeiro Contato nos serviços de APS. Os dados foram coletados no Programa *Epi Info 7.0* os quais eram extraídos automaticamente para notebooks. A análise foi realizada no Programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®)*, versão 19.0 *for Windows*. Foram construídos escores do atributo Acesso de Primeiro Contato. Foram respeitados os aspectos éticos das pesquisas com seres humanos, seguindo a Resolução 422/12 do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados:** Verificaram-se mediante perfil sócio demográfico usuários que acessam UBS/EFS (42, 13%) do total, com baixa escolaridade (55,16%), autodeclarados brancos (69,70), utilizam como meio de transporte para chegar a UBS a pé (59,57), não possuem emprego formalizado (72,88%), renda familiar até um a dois salários mínimo nacional (42,68%) e avaliação do índice composto acessibilidade baixo (94,95%). **Conclusão:** Entende-se a necessidade de uma ampliação nas políticas de saúde, bem como planejamento e organização com maior empenho dos gestores para que as APS funcionem de forma integralizada e aliada à comunidade, como forma de cumprir seu papel de prevenção, promoção e proteção da saúde, diminuindo assim os agravos.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de Saúde; Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde; Atenção Primária à Saúde, Regionalização, Enfermagem

ABSTRACT

PRIMARY HEALTH CARE: THE PRIMARY ACCESS EVALUATION CONTACT IN RIO GRANDE DO SUL CITIES

AUTHOR: Adalvane Nobres Damaceno

ADVISOR: Teresinha Heck Weiller

CO-ADVISOR: Suzinara Beatriz Soares De Lima

Member of the master's degree dissertation Project "PCATool (Primary Care Assessment Tool): Primary evaluation in the 4th Regional Coordination of State Health of Rio Grande do Sul (4th CRS / RS), "which was developed to evaluate the services of the municipalities of the 4th Regional Coordination of the Rio Grande do Sul State Health, Adult version". The inclusion of adult users of the Unified Health System (SUS) in the evaluation process proves to be important since they have different views in relation to professionals and managers in relation to health services, since they have different imperatives that need to be considered when evaluating the quality of actions and services offered. **Guiding question:** what are the scores of the first adult contact access PHC in municipalities of the 4th Coordination State Health Regional Rio Grande do Sul (4th CRS / RS)? **Object of study:** APS evaluation by users ≥ 18 years in the municipalities 4^aCRS / RS. **Objective:** To evaluate the first contact access dimension in the APS from the application of the instrument PCATool Adult Version Brazil in the municipalities of the 4 th CRS / RS. **Methodology:** Quantitative research approach with cross-sectional design. Data collection was carried out from February to August 2015, the PHC services of the 4 th CRS / RS / BR. The study population included members ≥ 18 years other than the first access to health services totaling 1,065 adult users in the APS service. Data collection was conducted through interviews with use of information technology with application of the research protocol (sociodemographic questionnaire and PCATool-Brazil Adult version). This instrument evaluated the quality of the first contact APS Access the services of the 4 th CRS / RS / BR. Data were collected using Epi Info 7.0 program which were automatically extracted to nootbook. The analysis was performed using the *Statistical Package Program for Social Sciences* (SPSS) version 19.0 for *Windows*. The first contact Access attribute scores were determined. The ethical aspects of research involving human beings were respected, according to Resolution 422/12 of the National Health Council. **Results:** It was found by socio-demographic profile users accessing UBS/EFS (42,13%) of the total, with low education (55,16%), white self-declared (69.70), used as a means of transportation to get to UBS on foot (59,57), do not have formal employment (72,88%), family income up to one to two national minimum wages (42,68%) and evaluation of low accessibility composite index (94,95%). **Conclusion:** It is understood the need for an expansion in health policy and planning and organization with greater commitment of managers for the APS function of paid-form and together with the community, in order to fulfill its role of prevention, promotion and protection health, and so reducing the grievances

Keywords: Health Services Accessibility; Health care quality, acess and evaluation; Primary Health Care; Regional Health Planning; Nursing

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

APRESENTAÇÃO

Figura 1- Contrapontos da atenção médica convencional com pressupostos do modelo de Atenção Primária à Saúde	15
Figura 2- Determinantes do estado de saúde: Processo, estrutura e resultado	19
Figura 3- Municípios que integram a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (com sede em Santa Maria) e os respectivos serviços de APS. Fonte: Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2014 (Adaptado)	23

ARTIGO 1

Figura 1- Fluxograma da seleção de artigos nas bases de dados LILACS, PUBMED e SCOPUS de acordo com os critérios de inclusão/exclusão	35
---	----

LISTA DE TABELAS

APRESENTAÇÃO

Tabela 1- Relação dos municípios da 4ª CRS/RS de acordo com a representatividade amostral.	25
---	----

ARTIGO 1

Tabela 1- Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa extraídos da base de dados LILACS	37
---	----

Tabela 2- Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa extraídos da base de dados PUBMED	41
---	----

Tabela 3- Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa extraídos da base de dados SCOPUS	42
---	----

ARTIGO 2

Tabela 1- Perfil sociodemográfico dos usuários adultos do serviço de Atenção Primária à Saúde nas Regiões Verdes Campos e Entre Rios (4ª CRS/RS), RS Brasil, 2015	56
---	----

Tabela 2- Escores atribuídos à dimensão Acesso de Primeiro Contato da Atenção Primária em Saúde pelos usuários adultos dos serviços de saúde das Regiões de Saúde: Verdes Campos e Entre Rios. 4ª CRS/RS, RS Brasil, 2015	58
---	----

Tabela 3- Escores atribuídos ao Acesso de Primeiro Contato da Atenção Primária em Saúde por modelo de atenção à saúde das Regiões de Saúde: Verdes Campos e Entre Rios. 4ª CRS/RS, RS Brasil, 2015	60
--	----

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
APS – Atenção Primária à Saúde
CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação ética
CCS – Centro de Ciências da Saúde
CF – Constituição Federal
CIR – Comissão de Intergestores Regionais
CNPq - Conselho Nacional de Pesquisa Desenvolvimento Científico e Tecnológico.
CRS – Coordenadoria Regional de Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
HD – Disco Rígido
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde
MS – Ministério da Saúde
MeSH - *Medical Subject Headings*
MRS – Movimento da Reforma Sanitária
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan Americana da Saúde
PCATool - *Primary Care Assessment Tool*
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
POA – Porto Alegre
PSF – Programa Saúde da Família
PUBMED - Literatura Internacional em Ciências da Saúde
RAS – Rede de Atenção à Saúde
4ª CRS – 4ª Coordenadoria Regional de Saúde
RS – Rio Grande do Sul
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SM – Santa Maria
SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS ESF – Unidade Básica de Saúde Estratégia de Saúde da Família
UBS Mista – Unidade Básica de Saúde Mista
UBS T – Unidade Básica de Saúde Tradicional
UFMS – Universidade Federal de Santa Maria
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	10
2.1	TERRITÓRIO.....	10
2.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	14
2.3	AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	16
2.4	ACESSO E ACESSIBILIDADE	20
3	DESCRIÇÃO METODOLÓGICA	22
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	22
3.2	CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO E PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	22
3.3	AMOSTRAGEM E AMOSTRA	24
3.4	TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	26
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	27
3.6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	28
5	RESULTADOS	30
5.1	ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA.....	30
5.2	PCATool BRASILVERSÃO ADULTO: - AVALIAÇÃO DO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO EM DUAS REGIÕES DE SAÚDE NO SUL DO BRASIL	49
6	CONCLUSÃO	68
	REFERÊNCIAS.....	69
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO	75
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	76
	APÊNDICE C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	77
	ANEXO A – INSTRUMENTO PCATool BRASIL VERSÃO ADULTO (ATRIBUTO ACESSO)	79
	ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	82
	ANEXO C - DECISÃO EDITORIAL	86

1 INTRODUÇÃO

A luta por assistência e melhores condições de saúde, no Brasil, têm exigido uma consciência profunda acerca dos determinantes sociais, bem como, das desigualdades de acesso aos serviços de saúde. A estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) passa, a cada dia, por um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político jurídico, político-institucional e político-operativo, afim de, contemplar a saúde dos cidadãos (HARTZ, SILVA 2005)

Esta é entendida como um direito universal, sob regulação do Estado, o qual objetiva a eficiência, eficácia e equidade. Para promover uma ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, e do desenvolvimento de uma nova ética profissional com a criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema (BROUSSELLE, CHAMPAGNE, CONTANDRIOPOULOS, HARTZ, 2011).

O Movimento da Reforma Sanitária (MRS), trouxe a discussão sobre uma política nacional para a Atenção Primária à Saúde (APS), entretanto essa se tornou secundária, devido ao momento histórico vivido no período Com a redemocratização, iniciada em 1985, a qual foi marcada por tensões entre propostas assistencialistas e universalizantes que disputavam uma resposta do Estado à dívida social acumulada durante a ditadura, incorporou-se a partir da Constituição Federal (CF) de 1988, uma concepção de seguridade social. Portanto, esta foi aceita como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania com intuito de integrar a saúde, previdência e assistência, reconhecendo o direito à saúde e o dever do Estado (CAMPOS, 2008; SAMPAIO, 2008).

Ademais, a descentralização da gestão para os municípios, a regionalização e a hierarquização dos serviços, a resolutividade em todos os níveis de atenção e a participação social na formulação das políticas públicas de saúde e no controle de sua execução são considerados como princípios organizativos do SUS (BRASIL, 1990). Assim, no intuito de buscar o fortalecimento de tais princípios o Ministério da Saúde (MS) baseou-se nas experiências de países como Inglaterra, Canadá, Espanha e Cuba para assim, implementar mudanças na assistência ambulatorial nacional. Tais países organizaram seus sistemas de saúde priorizando a atenção de acesso universal, continuada e integral junto à comunidade, desenvolvendo sistemas orientados para APS (OLIVEIRA, 2007).

Ao longo dos últimos anos, o Programa Saúde da Família (PSF) e posteriormente a Estratégia Saúde da Família (ESF), representaram o modelo de reorientação da APS,

apresentando um aumento significativo na cobertura e financiamento das ações da atenção (BRASIL, 2012). Com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituiu-se então o conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, 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. Estas ações têm como objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades como prioridade, no que tange a política assistencial brasileira (BRASIL, 2012).

Com o propósito de organizar o acesso e otimizar recursos, regulamenta-se então o conceito de “Portas de Entrada”, para este nível de atenção, o qual inclui as ações e serviços de saúde nas redes regionalizadas e hierarquizadas nos serviços de APS, urgência e emergência e atenção psicossocial. Embora estejam previstas outras portas de entrada no SUS, a APS está colocada como entrada preferencial dos usuários, considerada a principal porta integrante da referência e contra referência, a ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização, e o mais próxima possível da comunidade (MENDES, 2011).

A APS tem como responsabilidades as funções de acolhimento dos usuários, vínculo e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. Deste modo, deve partir do princípio de que a Unidade Básica de Saúde (UBS) deve receber e ouvir todas as pessoas que as procuram, de modo universal e sem barreiras de acesso. Além disso, deve funcionar como a primeira instância de regulação para serviços de maior densidade tecnológica (BRASIL, 2012).

Em conformidade com os atributos definidos na PNAB (2012), definiu-se de forma ampla que as ações e serviços da APS se tornam um desafio para gestão pública, pois esta deve buscar a construção de uma sociedade mais equitativa e democrática. Neste cenário, a avaliação revela-se fundamental para qualificação dos processos de gestão, haja vista proporcionar um melhor rendimento e efetividade da administração pública. E assim, oportunizar a implementação de políticas que impactem positivamente nos indicadores de saúde.

Contudo, observa-se que a avaliação ainda não foi incorporada à rotina de trabalhadores e gestores. Uma vez que a qualidade dos serviços de saúde nos permite identificar os aspectos críticos e as potencialidades dos serviços ofertados a avaliação torna-se fundamental. A avaliação da qualidade dos serviços de saúde pode ser considerada um importante instrumento para o planejamento e tomada de decisão, pois possibilita a melhoria da qualidade desses serviços tornando-se um desafio permanente para o acompanhamento das

ações e políticas do SUS (OLIVEIRA, 2007).

Neste sentido, o acesso universal e igualitário à atenção em saúde está ordenado pela APS com base em avaliação de risco tanto individual quanto coletivo, cronologia e especificidades, possibilitando a universalidade e, sobretudo, a continuidade nos serviços de saúde. Desta maneira, permite vislumbrar ações de fortalecimento da gestão do SUS por meio do planejamento e a programação regionalizada, e em consonância com o referido princípio.

Para tanto, as regiões de saúde devem conter, no mínimo, ações e serviços de APS, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde. A continuidade do cuidado, entretanto, fica garantida mediante acesso a todos os serviços e ações de saúde necessários, inclusive atenção hospitalar, por meio de pactuação das esferas governamentais (BRASIL, 2011).

Diante do exposto, a relevância do estudo baseia-se na avaliação das evidências sobre o real acesso e efetividade da APS, com consequências importantes para redefinição das políticas públicas regionais. Assim, foi utilizada a versão do PCATool (*Primary Care Assessment Tool*) Versão Brasil validada por pesquisadores na região metropolitana de Porto Alegre por apresentar confiabilidade e validação por análise multivariada na extração dos dados. (HARZHEIM, 2006; DUNCAN, 2006).

A realização deste estudo, pretende subsidiar a implementação de estratégias e ações para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos nas regiões abrangentes. Esta pesquisa vem ao encontro das tendências de produções acerca da Avaliação que utilizam o referido instrumento como forma de identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade, tanto para o planejamento, como para a execução das ações de APS. Haja vista, a análise territorial disponibilizar dados de forma sistemática, os quais poderão informar sobre situações-problemas e necessidades em saúde de uma dada população, de um determinado território indicando suas inter-relações espaciais.

Diante dessas considerações, o estudo foi conduzido pela seguinte **questão norteadora**: quais os escores do acesso de primeiro contato de adultos na APS em municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS)? Esta pesquisa tem como **objeto de estudo**: avaliação APS por usuários ≥ 18 anos em municípios da 4ª CRS/RS e como **objetivo geral**: avaliar a dimensão acesso de primeiro contato na APS a partir da aplicação do instrumento PCATool Versão Brasil Adulto nos municípios da 4ª CRS/RS.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 TERRITÓRIO

Para Santos (2006, p 38), a discussão de território em sua obra *A natureza do espaço*, explora noções e elabora teorias que viriam a subsidiar reflexões acerca dos novos recortes e novos modos de funcionamento do território, provocando a reflexão de diversos aspectos da vida econômica, social, política e cultural. Dessa forma, o autor afirma que o espaço é formado por um conjunto indissociável, solidário e contraditório de sistemas de objetos e sistemas de ações. Ao mesmo tempo em que o sistema de objetos condiciona a forma como se dá às ações, o sistema de ações leva à criação de novos objetos ou se realiza sobre os objetos, que para autor (2006, p 60) “os objetos são definidos como coisas cuja utilização pelos homens se dá a partir de um conjunto de intenções sociais. Mas eles não funcionam isoladamente: daí a necessidade de se falar de sistema de objetos”

Partindo da definição do espaço como conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações, o autor reconhece como suas categorias analíticas internas a paisagem, a configuração territorial, a divisão territorial do trabalho, o espaço produzido ou produtivo, as rugosidades e as formas-conteúdo.

Como cada padrão espacial é tanto morfológico quanto funcional, um novo padrão pode se dar sem que os objetos sejam outros ou mudem de lugar, já que um mesmo objeto varia sua significação e valor ao longo do tempo, conforme o sistema de técnicas e o meio geográfico no qual ele está inscrito. Deste modo, o espaço é tanto formado pelo resultado material acumulado das ações humanas através do tempo, quanto animado pelas ações atuais que lhe atribuem um dinamismo e uma funcionalidade. A concepção de espaço por Milton Santos possibilitou à Epidemiologia pensar essa categoria enquanto relação social e assim permitir pensar a doença enquanto processo de mudança da estrutura espacial, não meramente descrevendo-a (SILVA, 1985) Diante disso, a sua preocupação com o objeto da ciência geográfica acabou por proporcionar uma revisão epistemológica do conceito de espaço e território e, dessa forma, ser capaz de influenciar as demais ciências, como a Economia, a Sociologia e a Epidemiologia, tendo como referência as contribuições de Josué de Castro, que através da sua “Geografia da Fome” (CASTRO, 1957) conseguiu integrar conhecimentos geográficos e de saúde.

Vale ressaltar a contribuição de outros autores tais como: Samuel Pessoa e Carlos da Silva Lacaz, quanto os autores mais atuais como Luis Jacinto da Silva

(Unicamp), Paulo C. Sabroza (Fiocruz), Maurício L. Barreto (UFBA), Christovam Barcellos (Fiocruz), Francisco Mendonça (UFPR), Raul Borges Guimarães (UNESP), Samuel do Carmo Lima (UFU), Marcos César Ferreira (Unicamp) (FARIA; BORTOLUZZI, 2009)

Ao destacar a supervalorização da técnica, Santos mostra o papel avassalador que o mercado desempenha no setor saúde nos dias atuais. Essa influência mercadológica acabou determinando uma produção pragmática cujas formulações começam no resultado e não nas causas e, por isso, não atinge a maior parte da população (especialmente segmentada) que não tem acesso à saúde. Neste sentido, um saber e uma prática quando não pautada por valores e preocupações humanas tornam-se marca de domínio da técnica sobre a ciência que estamos vivenciando, ou seja, é a técnica que está ditando as escolhas possíveis das soluções almejadas (SANTOS, 2003, p. 312).

Ao destacar o papel da economia política e das relações sociais de poder na produção do espaço, Santos (2006) aponta a importância da categoria território nas análises ampliadas. Entendida esta como uma categoria de análise social, o território se apresenta como o recorte ou fração do espaço qualificado por seu sujeito. “A categoria analítica é o território usado pelos homens, tal qual ele é, isto é, o espaço vivido pelo homem [...]” (SANTOS, 2003, p. 311).

É nesse sentido que a categoria território se mostra pertinente, tanto no que se refere ao alcance social dos bens produzidos pela sociedade moderna, quanto para a investigação dos conceitos de espaço e território ampliados. Tais reflexões, permitem um campo de discussões sobre o pensar em saúde, quais modelos definem e como se conforma à manutenção do acesso a saúde nos diferentes espaços, para além da realidade nova das redes.

Assim, o território pode hoje ser formado de lugares contíguos e de lugares em rede, os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais às necessidades de saúde dos cidadãos e, como tal, devem operar em total coerência com a situação de saúde dos usuários. Para Righi (2014) a discussão da ampliação do conceito de rede para além da organização dos serviços ou de áreas temáticas reflete na produção de saúde em territórios. Dessa forma, as redes resultam tanto de características relacionadas aos temas quanto ao território aos quais se vinculam e se desenvolvem. Já na perspectiva de Mendes (2011) a implantação das Redes de Atenção a Saúde (RAS) convoca mudanças radicais no modelo de atenção à saúde praticado no SUS. Este, aponta para a necessidade da implantação de novos modelos de atenção às condições agudas e

crônicas, algumas experiências com sucesso, em outros cenários e que devem e podem ser adaptados à realidade de nosso sistema pública.

Pautada nas transformações e necessidades da demanda aos serviços de saúde, bem como o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico. Ham (2007) faz uma análise histórica dos sistemas de atenção à saúde, mostrando que até a primeira metade do século XX, eles se voltaram para as doenças infecciosas e, na segunda metade daquele século, para as condições agudas. E afirma que nesse início de século XXI, os sistemas de atenção à saúde devem ser reformados profundamente para dar conta da atenção às condições crônicas. Portanto, as mudanças impostas pela “nova” sociedade que se desenvolve a partir da década de 1970 vêm fortalecer a categoria espaço e território nas pesquisas em saúde pública.

Nesse sentido o território torna-se uma ferramenta, não a única, e deve ser utilizada sempre que a investigação/ação envolver grupos sociais. A abordagem do território nessa perspectiva permite estabelecer as relações entre os territórios em diferentes escalas. Assim, é possível transitar entre as escalas territoriais locais (acesso aos serviços, qualidade de vida, moradia, e outros) e sua relação com os mecanismos territoriais globais (políticas públicas), e a necessidade de reconfiguração da oferta de serviços, tendo em vista o processo de transição epidemiológica, repactuando as redes de atenção (FARIA; BORTOLUZZI, 2009)

Tal categoria torna-se essencial para adequar, da melhor forma possível, as ações em saúde primária. Para os autores Faria e Bortolozzi (2009, p. 37) o objetivo é otimizar as ações de caráter preventivo e ao mesmo tempo evitar a sobrecarga das ações de caráter corretivo, que quase sempre são resolvidas nos hospitais.

A prática do SUS pode ser facilmente entendida como uma prática territorial, pois deve compreender os direitos territoriais, entre os quais a saúde. Essa discussão foi feita nos trabalhos desenvolvidos por Mendes (1993), Unglert (1993) e Villarosa (1993), autores que defendem, sobretudo na implantação dos Distritos Sanitários, ressaltando que a necessidade de uma maior aproximação da saúde com os conceitos desenvolvidos nas ciências sociais, entre as quais a Geografia e a categoria território, os quais podem ser identificados em territórios: território-distrito (como delimitação político-administrativa), território área (delimitação da área de abrangência de uma unidade ambulatorial), território-micro área (delimitada com a lógica da homogeneidade sócio econômica sanitária) e território-moradia (como lugar de residência da família)

Como consequência imediata, o sistema de saúde proposto àquela época e aprovado na Constituição Federal de 1988 apontou como princípios doutrinários para a

superação do quadro exposto: a universalidade, a equidade e a integralidade, e, como diretrizes organizacionais, a regionalização e a descentralização das ações e serviços de saúde para os municípios: a municipalização.

Segundo Mendes (1993), o processo de municipalização implementada com a publicação Norma Operacional Básica 96 (NOB96), a qual determina a ênfase ao processo de municipalização dos serviços, apresentando os procedimentos administrativos que paulatinamente conduziram o repasse das ações do estado para a gestão do município. A Norma Operacional da Assistência à Saúde de 2002 (NOAS/2002), preocupa-se com a regionalização da assistência, com uma forte retomada do poder do estado, na perspectiva de reorganizar os sistema a partir de polos de atenção com maior capacidade de dar respostas aos problemas e necessidades em saúde daquela região.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que as RAS contêm seis modalidades de integração: um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população; os espaços de integração de vários serviços; a atenção à saúde contínua, ao longo do tempo; a integração vertical de diferentes níveis de atenção; a vinculação entre a formulação da política de saúde e a gestão; e o trabalho intersetorial. A partir dessas modalidades produz uma conceituação de serviços integrados de saúde como “a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde” (OMS, 2008).

No Pacto de Gestão de 2006 (BRASIL, 2006) vê-se novamente a retomada da regionalização como diretriz fundamental do SUS, sendo eixo estruturante para a pactuação e descentralização das ações. Fica explícito nesse documento que o desenho final do Plano Diretor de Regionalização (PDR) deve levar em conta o reconhecimento das regiões de saúde em suas singularidades, em cada Estado e no Distrito Federal (DF). Desta forma, as regiões de saúde são entendidas, oficialmente, segundo o anexo da Portaria nº 4.279/2010 que as instituiu no SUS, como: como “[...]recortes territoriais inserido em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território”.

O Ministério da Saúde (2010) explicita para que se constitua uma RAS é necessária à definição de população e território com conhecimento de suas necessidades e preferências às quais determinarão a oferta de serviços de saúde. Bem como, a extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção,

diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos. Para serem efetivadas de forma eficiente e com qualidade, Mendes (2011) propõem que as RAS estejam estruturadas segundo levando em consideração um conjunto de dimensões, sobretudo, no que se refere ao acesso. Explora que este, relaciona-se à ausência de barreiras no momento em que o usuário ‘entra’ no sistema e quando se faz necessária a continuidade da atenção.

Dessa maneira, no processo de organização da assistência, o enfoque principal é a regionalização, e a unidade territorial é a Região. Esta representa a fragmentação do território estadual segundo agregados de municípios. Dentro dessa lógica, a organização dos serviços e da rede assistencial obedece a critérios de hierarquização administrativa, sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde (SES). A regionalização da assistência se daria, portanto, por níveis de complexidades da atenção, baixa, média e alta, dependendo da capacidade instalada e operacional de cada município habilitado.

A municipalização da saúde, decorre do processo de descentralização. Assim, coloca para os gestores da saúde novas responsabilidades em relação às populações. Dentre tais responsabilidades, tem-se o compromisso de garantir acesso universal aos serviços públicos de saúde a partir da estruturação das RAS de forma a responder ao perfil sanitário local, bem como produzir movimentos novos no território de forma a construir um eixo orientador e organizador das políticas locais (WEILLER, 2008).

Em última análise, se determina que a região de saúde deva propiciar a organização da rede de serviços e ações de saúde para atender e assegurar os princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado, possibilitando a ação cooperativa e solidária entre gestores e o fortalecimento do controle social. A rede de atenção à saúde deve ser pactuada tanto em relação aos recursos (materiais, financeiros e humanos) quanto no que tange às responsabilidades e ações complementares entre os entes federados.

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS foi utilizada como forma de organização dos Sistemas de Saúde pela primeira vez, em 1920, no chamado Relatório Dawson. Este documento procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e por outro, constituir-se numa referência para a organização do modelo de atenção. O qual começava a preocupar as

autoridades inglesas, em virtude dos custos elevados somados à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade (MATTOS, 2004).

A Declaração de Alma Ata (1978) apontou os cuidados primários de saúde como parte integrante dos sistemas nacionais de saúde. Estes cuidados constituem a função central e o foco principal no que diz respeito ao desenvolvimento socioeconômico global da comunidade, tornando-se um marco propulsor para o desenvolvimento da APS no mundo. Assim, a OMS pautada nos princípios de Alma Ata propôs, a meta de “Saúde para todos no ano 2000” (WHO, 1978). Após o anúncio dessa meta, foi estabelecida uma agenda para a reforma do setor em todos os países do mundo, com ênfase na garantia do acesso aos serviços de saúde para a ampla maioria da população. Recomendou mudanças no desenho dos serviços de saúde, tendo como base a regionalização, hierarquização e integração dos serviços (WHO, 1999; STARFIELD, 2004; WHO, 2005).

A APS é vista como uma doutrina, propondo uma racionalidade técnica para a organização de sistemas nacionais de saúde, em que o nível primário teria função central de prestação de serviços sanitários, desenvolvimento de ações intersetoriais de prevenção e promoção, além de atendimento para as patologias mais comuns e de menor complexidade (MACHADO *et al.*, 2007). As mudanças necessárias para converter a atenção médica primária convencional nos países em desenvolvimento foram descritas por Vuori (1985) (Figura 1).

Figura 1-Contrapontos da atenção médica convencional com pressupostos do modelo de Atenção Primária à Saúde.

Da atenção médica primária à atenção primária à saúde

Convencional	Atenção Primária
Enfoque	
Doença	Saúde
Cura	Prevenção, atenção e cura
Conteúdo	
Tratamento	Promoção da saúde
Atenção por episódio	Atenção continuada
Problemas específicos	Atenção abrangente
Organização	
Especialistas	Clínicos Gerais
Médicos	Grupos de outros profissionais
Consultório individual	Equipe
Responsabilidade	
Apenas setor de saúde	Colaboração inter-setorial
Domínio pelo profissional	Participação da comunidade
Recepção passiva	Auto-responsabilidade

Fonte: Adaptado Vuori (1985)

No Brasil, o MS utiliza por questões conceituais e filosóficas a expressão Atenção Básica (AB) como equivalente de APS. Suas diretrizes e normas gerais estão estabelecidas na PNAB de 2006, atualizada pela Portaria nº 2.488 do de 2011. É definida como um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, do vínculo, da equidade e da participação social (BRASIL, 2003; 2010a; 2011).

Dessa maneira tais concepções aproximam-se de uma abordagem de “APS abrangente”, em conformidade com a definição proposta no documento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” (OPAS, 2005). Desta forma, a porta de entrada do sistema de saúde, pauta-se na participação da comunidade, intersetorialidade, enfrentamento dos determinantes sociais de saúde, utilização de tecnologia apropriada e relação custo-benefício sustentável.

Neste contexto, a APS confere o papel de “ordenar as redes”, com vistas a garantir que os demais pontos de atenção sejam organizados e planejados com base nas necessidades de saúde do usuário. Desta forma, assegura acesso universal, contínuo, de qualidade e a integralidade do cuidado, tanto individual quanto coletivamente, para dentro da UBS, bem como para fora na RAS. (BRASIL, 2011).

2.2 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O campo da saúde, demanda respostas frente complexidade do processo de saúde-doença que envolve as população nos territórios da APS. Desta forma, é eminente a necessidade de uma permanente avaliação das intervenções realizadas. Ressalta-se que são vários os desafios conceituais e metodológicos presentes para a realização de uma avaliação, uma vez que, usuários dos serviços, representantes da população, profissionais de saúde e gestores têm objetivos e percepções distintas em relação aos serviços.

Segundo Patton (1997, p 23) avaliar é uma ação humana habitual. Considera que “a avaliação dos programas consiste na coleta sistemática de informações sobre atividades, as características e os resultados desses programas a fim de emitir julgamentos sobre eles, melhorar sua eficácia e esclarecer as decisões relacionadas a novos programas”. Para Weiss (1988) a utilidade da avaliação está na qualidade científica do procedimento avaliativo, uma vez que a probabilidade de utilização em

longo prazo dos resultados de uma avaliação está positivamente associada ao rigor científico do método escolhido.

Os anos 1960 marcam o início da reflexão dos avaliadores em torno do impacto real de trabalhos referentes sobre a tomada de decisões, sendo que Weiss (1966) explora o caminho destes impactos em um conjunto de pesquisas, tanto empíricas como teóricas. Nos anos 90, o conceito de avaliação e utilização se amplia, determinando visões de conjunto da organização das estruturas, sendo sustentado pela importância no campo do saber (BROUSSELLE; CHAMPAGNE; CONTANDRIOPOULOS; HARTZ, 2011).

Nesse período, inicia-se o desenvolvimento de instrumentos para a avaliação da APS. Surgem estratégias tanto do ponto de vista da experiência dos usuários quanto na análise da provisão do cuidado pelos serviços, como: The Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, The Components of Primary Care Instrument, The Medical Home Family Survey, The Medical Home Index Adult Version 1.1, The Medical Home IQ, The Parents perception of Primary Care, The Physicians Practice Connections Patient-Centered Medical Home, The Primary Care Assessment Survey, The Appropriateness of Primary Care Services Scales e The Primary Care Assessment Tools (MALOUIN; STARFIELD; SEPULVEDA, 2009).

Dentre estes, o PCATool, em revisão sistemática recente, apresentou-se como o instrumento que obteve melhor desempenho na avaliação dos atributos da APS e na capacidade de mensurar aspectos de estrutura e processo (MALOUIN; STARFIELD; SEPULVEDA, 2009). Esta ferramenta apresenta vários formatos, podendo avaliar a percepção de usuários e a provisão de cuidados pelos serviços de APS, sendo todos balizados pelos atributos essenciais e derivados sistematizados (STARFIELD; SHI, 2009; BRASIL, 2010).

Starfield (1992) define a APS como o primeiro nível de assistência dentro do sistema, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação comunitária das ações e da competência cultural dos profissionais. Assim, definem os quatro atributos essenciais da APS: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção e a coordenação da atenção dentro do sistema. Enfatiza a presença de outras três características, chamadas atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural

Com base nessa definição, Starfield (2002) e colaboradores construíram o instrumento PCATool, nas versões *Child Consumer/Client Survey* e *Adult Consumer/Client Survey*, aplicáveis aos usuários para avaliação da atenção à saúde da criança e do adulto respectivamente, e *Facility/Provider Survey*, aplicável aos profissionais de saúde, cujo objetivo é medir a presença e a extensão de cada atributo da APS. O PCATool produz escores para cada atributo e também os escores essencial e geral, possibilitando mensurar o grau de orientação à APS em diferentes serviços e sistemas de saúde (STARFIELD, 2002).

Seguindo os pressupostos na Tríade de Donabedian (1978), os subsídios para avaliação da qualidade com a determinação do grau de sucesso dos profissionais e serviços, se conforma em: estrutura, processos e resultados .

O componente estrutura corresponde às características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial, abrangendo a área física, recursos humanos, recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos, apoio político e condições organizacionais. O componente processo corresponde à prestação da assistência segundo padrões técnico-científicos, estabelecidos e aceitos na comunidade científica sobre determinado assunto e, a utilização dos recursos nos seus aspectos globais. Inclui o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos, diagnóstico e os cuidados prestados.

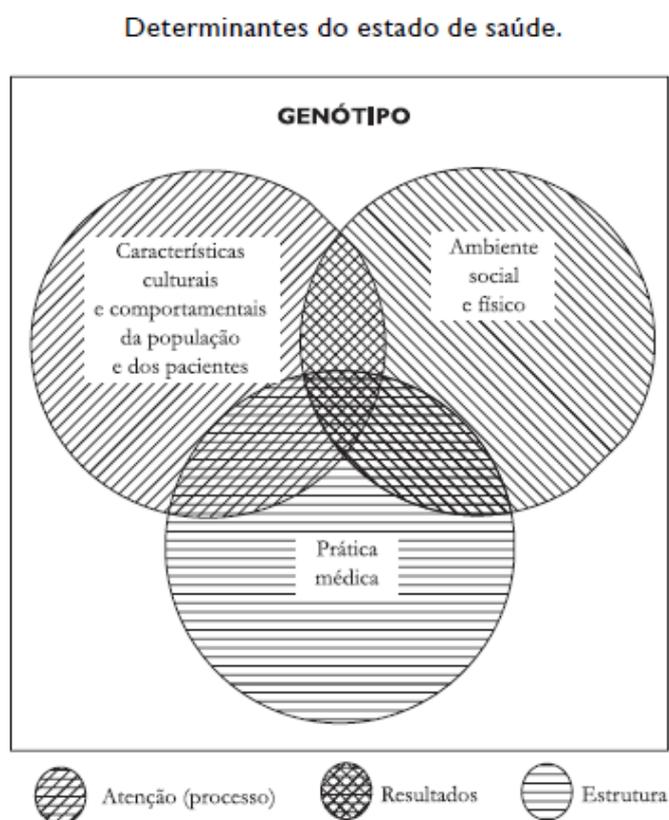
Por fim, o componente resultados corresponde às consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelo profissional em termos de mudanças verificadas no contexto de saúde, considerando também as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário e do trabalhador ligada ao recebimento e prestação dos cuidados, respectivamente (DONABEDIAN, 1978). Tais componentes por meio da monitorização das ações de vigilância contínua propiciam o diagnóstico dos pontos vulneráveis para que possam ser detectados e corrigidos.

Logo, a forma de se alcançar tais objetivos refletem, segundo o autor, a necessidade de estudos que se baseiam na seleção de uma (ou mais) condição (estrutura, processo e resultado), a fim de que se estabeleça o acompanhamento do indivíduo desde a sua chegada ao serviço de saúde até o resultado final. Haja vista os resultados constituírem um indicador de qualidade da assistência médica. Neste sentido, é necessário a realização de avaliações simultâneas das estruturas bem como, dos processos, com o propósito de compreender as discrepâncias encontradas. De forma permitir o planejamento de intervenções, que levem não apenas à melhoria da

assistência à saúde, mas também ao alcance da eficiência na administração dos serviços de saúde. Dessa maneira, o objetivo da avaliação da qualidade é determinar o grau de sucesso dos profissionais e serviços, e através da monitorização da qualidade exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos (DONABEDIAN, 1978; 1985).

Nesse sentido, o PCATool Versão Brasil considera elementos de estrutura e processo, de modo que, cada um dos atributos da APS possam ser avaliados em ambas dimensões (Figura 2).

Figura 2 – Determinantes do estado de saúde: Processo, estrutura e resultado.



Fonte: Starfield (1973)

Os elementos de estrutura incluem acessibilidade, amplitude de serviços ofertados, definição da população assistida e continuidade do cuidado. Os elementos de processo são os padrões de utilização dos serviços e o reconhecimento dos problemas de saúde e o elementos de resultado constituem o fechamento do processo avaliativo. (STARFIELD; SHI, 2009; BRASIL, 2010a).

2.3 ACESSO E ACESSIBILIDADE

Os termos acesso e acessibilidade são usados de forma intercalada e, geralmente, ambígua. Millman (1993) define o acesso como o uso oportuno de serviços pessoais de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde e a acessibilidade como a possibilidade dos usuários chegarem aos serviços. Ambos referem-se a aspectos da estrutura de um sistema ou unidade de saúde o quais são necessários para se atingir a atenção ao primeiro contato.

Acesso é a forma como a pessoa experimenta esta característica de seu serviço de saúde. Já a acessibilidade não é uma característica apenas da atenção primária, uma vez que todos os níveis de serviços devem estar acessíveis. Segundo Palha (2014), a promoção da saúde global, por meio das políticas públicas de saúde, deve ser concebida como bem público e orientada pelos princípios de acesso, universalidade e equidade, com estreita combinação de financiamento e prestação de serviços, considerando as necessidades e preferências dos diferentes segmentos sociais.

A acessibilidade é o elemento estrutural necessário para a primeira atenção. Para oferecê-la, o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível. Caso contrário à atenção será postergada, a tal ponto de afetar adversamente não somente o diagnóstico como o manejo do problema.

Donabedian (1978) distinguiu o acesso sócio organizacional do acesso geográfico. O primeiro inclui aquelas características de recursos que facilitam ou atrapalham os esforços das pessoas para chegarem ao atendimento. O segundo diz respeito ao acesso geográfico que envolve as características relacionadas à distância e ao tempo necessários para alcançar e obter os serviços.

A acessibilidade e o acesso podem ser medidos a partir do ponto de vista tanto da população quanto da unidade de atenção à saúde. Neste sentido, a avaliação da acessibilidade, bem como do acesso nas unidades ou entre os pacientes, pode ser considerado um método de avaliação da acessibilidade (STARFIELD, 2002). Questionamentos quanto à disponibilidade de horários para atendimentos de emergência; o tempo desde o pedido de consulta até sua marcação; à disponibilidade para chamadas domiciliares, podem ser utilizados, pois contemplam características disponíveis nos serviços, estando associadas à acessibilidade.

Para Starfield (2002) o acesso deve ser assegurado para aqueles que deles necessitarem sendo que os fatores limitantes devem romper com estigmas, afim de que o acesso seja universal e não necessariamente relacionado ao grau de necessidade, já

que não se pode esperar que os indivíduos conhecessem a gravidade ou urgência de muitos de seus problemas antes de buscarem atendimento.

3 DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Realizou-se um estudo quantitativo, descritivo de corte transversal. Um estudo descritivo, segundo Chizzotti (2005), é a descrição de características já conhecidas, que compõem e constituem situações factuais e representações da realidade. O objetivo consiste em apresentar descritivamente as características do universo pesquisado, tendo em vista a possibilidade de melhor entender seu funcionamento.

A abordagem quantitativa, para Gil (2010), refere-se ao tipo de pesquisa que requer a análise de dados objetivos, passíveis de quantificação. Pressupõe a previsão de mensuração das variáveis pré-estabelecidas, almejando verificar e explicar sua influência sobre outras variáveis. Ainda, Chizzotti (2005) enfatiza que neste tipo de abordagem o pesquisador volta-se para a descrição, explicação e predição da realidade.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO E PARTICIPANTES DO ESTUDO

A assistência à saúde no SUS, recentemente, organiza-se em torno das 436 regiões de saúde no país, definidas como “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais 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).

Teve-se como cenário da pesquisa a APS de abrangência da 4^aCRS/RS localizada na região central do Estado, a qual abrange 32 municípios (Figura 4) e possui duas regiões dessas de saúde: Verdes Campos e Entre Rios. O cenário de saúde corresponde a 148 unidades de APS (BRASIL [2014])

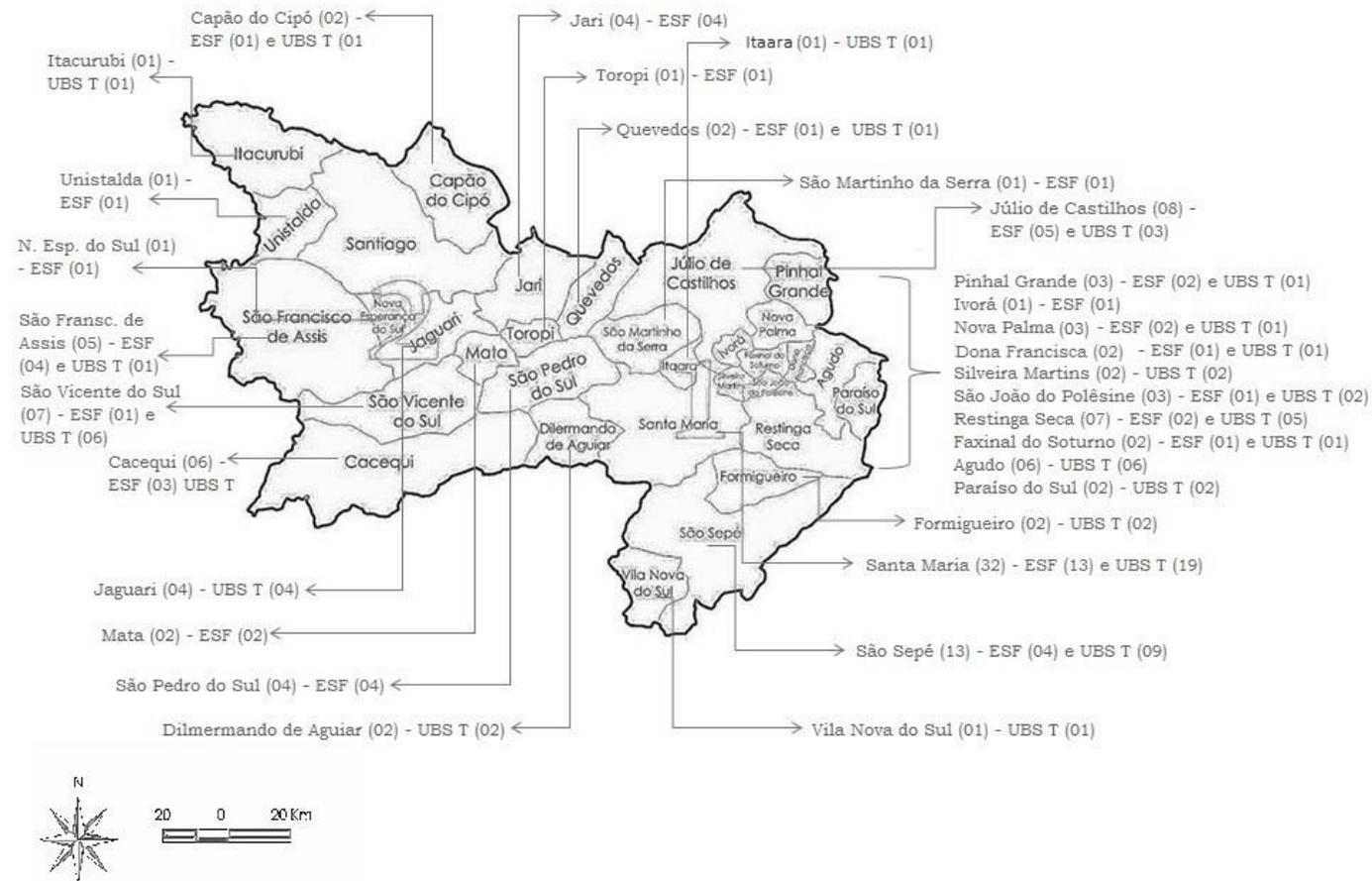


Figura 3 – Municípios que integram a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (com sede em Santa Maria) e os respectivos serviços de APS. Fonte: Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2014 (Adaptado).

A Região Verdes Campos (1) é composta por 21 municípios e possui uma população de 417.906 habitantes (IBGE, 2011) sendo os municípios integrantes: Santa Maria; Quevedos; Júlio de Castilhos; Pinhal Grande; Toropi; São Martinho da Serra; Nova Palma; São Pedro do Sul; Itaara; Ivorá; Faxinal do Soturno; Dona Francisca; Silveira Martins; São João Polesine; Agudo; Dilermando Aguiar; Restinga Seca; Paraíso do Sul; Formigueiro; São Sepé e Vila Nova do Sul, totalizando 101 unidades de APS (40 UBS/T e 61 UBS/ESF).

A Região Entre Rios (2) é composta por 11 municípios e possui uma população de 123.915 habitantes (IBGE, 2011) sendo integrantes os municípios: Santiago; Itacurubi; Unistalda; Capão do Cipó; São Francisco de Assis; Esperança do Sul; Jaguari; Jari; Mata; São Vicente do Sul e Cacequi, totalizando 47 unidades de APS (20 UBS/T e 27 UBS/ESF).

A sede da 4ª CRS localiza-se no município de Santa Maria (SM), Rio Grande Sul (RS) a 286 km da capital Porto Alegre (POA) (IBGE, 2012). A população residente nesta regional está estimada, no ano de 2012, em 542.357 mil habitantes (BRASIL, 2010d).

3.3 AMOSTRAGEM E AMOSTRA

A amostragem utilizada foi probabilística (POLLIT, 2011; PEREIRA, 2013).

Contudo, para realizar inferências de forma representativa a cada município, utilizou-se a formula a seguir, para o cálculo da representatividade (Tabela 1):

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot N}{e^2 (N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}}$$

Onde:

- n = amostra
- $Z(\alpha/2) = 1,96$ (Valor tabelado – Distribuição normal padrão)
- p = percentual estimado
- q = 1 – p (complemento de p)
- e = erro amostral
- $\alpha = 0,05$ (nível de significância)

Tabela 1 – Relação dos municípios da 4ª CRS/RS de acordo com a representatividade amostral.

Município	N	N (≥18 anos)	n (≥18 anos)
Santa Maria	274.838	198.768	520
Quevedos	2.812	2.011	5
Júlio de Castilhos	20.074	14.009	37
Pinhal Grande	4.568	3.211	8
Toropi	2.997	2.300	6
São Martinho da Serra	3.305	2.442	6
Nova Palma	6.579	4.754	12
São Pedro do Sul	16.802	12.488	33
Itaara	5.299	3.711	10
Ivorá	2.149	1.652	4
Faxinal do Soturno	6.870	5.077	13
Dona Francisca	3.397	2.497	7
Silveira Martins	2.491	1.910	5
São João do Polêsine	2.654	2.037	5
Agudo	17.140	12.631	33
Dilermando de Aguiar	3.140	2.266	6
Restinga Seca	16.345	11.912	31
Paraíso do Sul	7.632	5.666	15
Formigueiro	7.119	5.273	14
São Sepé	24.448	17.816	47
Vila Nova do Sul	4.362	3.151	8
Santiago	49.071	36.935	97
Itacurubi	3.441	2.487	7
Unistalda	2.450	1.789	5
Capão do Cipó	3.104	2.252	6
São Francisco de Assis	19.254	14.480	38
Cacequi	13.685	9.012	24
São Vicente do Sul	8.771	6.136	16
Esperança do Sul	4.671	2.540	7
Jaguari	11.478	9.005	24
Jari	3.441	2.664	7
Mata	5.111	3.859	10
TOTAL	559.498	406.741	1.065

Fonte: IBGE (2015)

Foram adotados os seguintes **critérios de inclusão**:

- Versão adulto: possuir idade ≥ 18 anos na data da coleta;

Serão excluídos:

- Versão adulto: usuários com idade ≥ 18 anos na data da coleta que fosse o primeiro acesso junto ao serviço e usuários com dificuldades cognitivas para responder ao instrumento;

3.4 TÉCNICA DE COLETA

O instrumento aplicado foi de Avaliação da Atenção Primária (PCATool) (ANEXO A) (STARFIELD et al, 2000; STARFIELD, XU e SHI, 2001) acrescido de questões referentes ao perfil social, econômico (APÊNDICE A). O PCATool mede a presença e a extensão dos 4 atributos essenciais e dos 3 atributos derivados da APS, com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (2005). Assim, o instrumento permite conhecer e avaliar o perfil do acesso, da longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção, além de orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural, sendo possível identificar pontos que requerem atenção especial de estratégias de educação em saúde.

Na presente pesquisa foi avaliado o atributo essencial Acesso de Primeiro contato nas na Versão Adulto (BRASIL, 2010b).

PCATool-Brasil Versão Adulto

Contém 15 itens divididos em 02 componentes relacionados aos atributos da APS.

- Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A). Constituído por 3 itens (A1, A2 e A3).
- Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B). Constituído por 3 itens (B1, B2 e B3).
- Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C). Constituído por 12 itens (C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11 e C12).

O formulário foi aplicado de forma presencial pelo pesquisador juntamente com auxiliares de pesquisa composta por pós-graduandos e acadêmicos da UFSM os quais estiveram previamente submetidos à capacitação com carga horária de 10 horas com conteúdos relacionados à pesquisa e à técnica de abordagem dos participantes. Os dados foram coletados nas Unidades de Saúde, em horários de funcionamento das mesmas, de forma a coincidir a coleta dos dados com a rotina de atendimento da unidade, sem que houvesse prejuízo no atendimento aos usuários, em um local reservado em cada unidade a fim de preservar o anonimato e a privacidade dos entrevistados.

A coleta de dados ocorreu por meio de *tablets* com o *software* Epi Info® 7.0 para otimizar o processo de coleta e tabulação dos dados, o qual continha em sua interface o questionário socioeconômico seguido do instrumento PCATool Versão Brasil Adulto, tal recurso propicia exportar diretamente os dados coletados em seu sistema para *notebook*, além de representar uma confiabilidade dos dados coletados ao eliminar a chance de erros de digitação e dados repetidos. Assim, cada participante recebeu um *Kit*, constando de 01 *tablet*, Manual PCATool Versão Brasil impresso, mapa da 4ªCRS/RS, resolução autorizando a coleta de dados, tabela com as amostragens representativas com base na estimativa populacional, termos de consentimento livre e esclarecido e materiais de consumo.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise da avaliação do Acesso de Primeiro Contato na APS, neste estudo, utilizou-se a média aritmética dos itens mencionados. As respostas ora convertidas em escala de Likert, sendo “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei / não lembro” (valor=9). A transformação da escala tipo Likert de 1 a 4 para escores em escala de 0 a 10 foi realizada utilizando-se a seguinte fórmula (BRASIL, 2010b):

$(\text{escore obtido} - 1) \times 10$, onde 4 é o escore máximo e 1 o mínimo.

$$4 - 1$$

Foram considerados serviços com Alto Escore de APS aqueles que obtiverem valor maior ou igual a 6,6 (tercil superior do escore corresponde aos 25% > do escore).

Para análise de dados utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 18.0 *for Windows*, com dados exportados do *software* Epi Info® 7.0 para assegurar exatidão dos dados. Após tabulação dos dados, realizou-se o cálculo do escore do atributo, limite máximo, limite mínimo, escore médio e desvio padrão (BRASIL, 2010b). A distribuição de normalidade das variáveis foi avaliada pelo Shapiro Wilk. As variáveis qualitativas apresentadas em frequência absoluta e as variáveis quantitativas em média e intervalo de confiança. Para comparação dos escores médios do atributo da APS relacionados à Região de Saúde utilizou-se o teste U de Mann Whitney. Em função da não normalidade dos dados para correlacionar os escores médios do acesso da APS relacionados à versão aplicada do instrumento utilizou-se U

de Mann Whitney. Para todas as análises estatísticas, adotou-se o nível de significância de 5%.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

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)”.

Os preceitos éticos basearam-se na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 que diz respeito a pesquisas envolvendo seres humanos e incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, 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 (BRASIL, 2012).

O projeto matricial foi submetido à apreciação da 4ªCRS para a obtenção da autorização institucional para a realização da pesquisa nos 32 municípios. A submissão ocorreu mediante carta de apresentação do pesquisador à instituição. Posteriormente, foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido à apreciação do Comitê de Ética de Pesquisa da UFSM, obtendo a aprovação sob o número do CAEE 34137314.4.0000.5346 (ANEXO B) juntamente com o Termo de Confidencialidade (APÊNDICE C). A pesquisa procedeu mediante assinatura pelos participantes de duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

Ressalta-se quanto aos aspectos éticos da pesquisa, o respeito à dignidade e autonomia dos indivíduos, garantindo a ponderação entre riscos e benefícios, atuais e potenciais, individuais e coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos. Será assegurado também que danos previsíveis sejam evitados e ressaltado a relevância social da pesquisa.

Dentre os **benefícios** que esta pesquisa poderá trazer aos participantes serão os momentos de reflexão acerca da avaliação da coordenação na APS que pode apontar estratégias para o fortalecimento da mesma, assim como das potencialidades e necessidades da avaliação da APS a partir da visão dos usuários e profissionais.

Entre os **riscos** previstos estava a possibilidade da temática em questão apresentar inquietude ou ansiedade para os participantes ao remetê-los para a vivência do cotidiano de trabalho ou de atendimento a saúde. Se for identificado entre os participantes desconforto ou sofrimento durante o relato das vivências, serão acolhidos pelas pesquisadoras e convidados a deixar de participar da pesquisa.

A **autonomia** será assegurada aos participantes da pesquisa, que receberão as informações a respeito da pesquisa, na qual será solicitada a sua colaboração, cabendo ao mesmo decidir em participar ou não. A **privacidade** será garantida através do sigilo e do anonimato dos participantes. A **não maleficência** será observada, uma vez que não será causado dano intencional aos participantes e danos previsíveis serão evitados dentro do possível. A **beneficência** será integrante desta pesquisa em todos os momentos visto que, a mesma, busca ação em benefício aos participantes e aos serviços de saúde com relação à temática da pesquisa. A **justiça será** respeitada e todos os participantes ou desistentes que serão tratados em sua dignidade, respeitados em sua autonomia, sendo assegurado, a prevalência do bem estar das pessoas que aceitaram participar da pesquisa. A **equidade** será atendida aos participantes da pesquisa em que os benefícios resultantes desta pesquisa serão de igual consideração aos envolvidos.

Os instrumentos de coleta de dados estão armazenados em HD externo com a tabulação dos dados sob responsabilidade da professora Dr^a. Teresinha Heck Weiller, em um armário chaveado, por um período de cinco anos, na sala 1305a, do CCS da UFSM, e serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa, após, serão deletados.

A divulgação dos resultados da pesquisa para o serviço será por meio de um seminário junto à reunião de Comissão de Intergestores Regional (CIR) da 4^a CRS, que se realiza mensalmente. 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.

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO 1 – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA¹

PRIME ACCESS CONTACT IN PRIMARY HEALTH CARE: INTEGRATIVE REVIEW

RESUMO

As Unidades Básicas de Saúde no Brasil desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. A presente investigação é uma revisão integrativa que teve como objetivo identificar quais as evidências científicas acerca do atributo essencial acesso de primeiro contato na Atenção Primária à Saúde. Para a seleção dos artigos utilizou-se três bases de dados, LILACS, PubMed e SCOPUS e a amostra desta revisão constituiu-se de 22 artigos. O acesso aos serviços de saúde tem sido relatado como um dos principais desafios e problemas relacionados à assistência. Assim, com o fortalecimento das políticas da APS será possível resolver problemas de gestão, de recursos financeiros e humanos e, sobretudo, o acesso à rede de serviços.

Descritores: Acesso aos serviços de Saúde; Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde; Atenção Primária à Saúde, Enfermagem.

ABSTRACT

The Basic Health Units in Brazil play a central role in ensuring the population of access to health care quality. This research is an integrative review aimed to identify the scientific evidence about the essential attribute access of first contact in Primary Health Care. For the selection of articles we used three databases, Latin American and Caribbean Health Sciences, International Literature on Health Sciences and Scopus and the sample of this review consisted of 22 items. Access to health services has been reported as a major challenge and assistance-related issues. So, with the strengthening of the PHC policies you can solve management problems, financial and human resources and above all access to network services.

Descriptors: Health Services Accessibility; Health care quality, access and evaluation; Primary Health Care; Nursing

INTRODUÇÃO

A Conferência Internacional de Alma Ata¹, realizada em 1978, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), é exemplo de um evento internacional que representou um marco de influência nos debates sobre os rumos das políticas de saúde no mundo, reafirmando a saúde como direito humano fundamental². No contexto latino-americano, estudo de Haggerty et al³ expõe que historicamente concorreram diferentes visões de Atenção Primária à Saúde

¹ Encaminhado ao periódico Revista de Atenção Primária a Saúde com aprovação em 15 de junho de 2015 – Decisão editorial (ANEXO C)

(APS): primeiro nível de atenção, atenção primária seletiva com cesta restrita de ações, estratégia para organizar o sistema de saúde ou para impactar nos determinantes sociais, um recente consenso entre especialistas para a construção de um marco analítico de avaliação, com base em uma estratégia canadense, reconhece a coordenação como um dos objetivos da APS.

No Brasil, foi com o movimento da reforma sanitária, que desencadeou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em particular a partir do final dos anos 1980, quando os municípios assumiram progressivamente a prestação de cuidados básicos para seus cidadãos. Ao longo dos últimos anos, o SUS passou por transformações importantes, centradas na ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Saúde da Família (PSF). Inicialmente formulado como programa, passou a ser definida como Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir de 1997, com o desafio de promover a reorientação das práticas de forma a fortalecer a proposta de mudança do enfoque curativista para o preventivo através de ações de saúde de forma integral e contínua nas comunidades, assegurando o tripé do SUS (universalidade, integralidade e equidade)⁴. No entanto, dois aspectos importantes ainda não foram suficientemente superados. O primeiro no que se refere ao detalhamento do acesso da população cadastrada às diferentes atividades de atenção à saúde propostas pela ESF, que vão além das consultas médicas. O segundo é o entendimento de como o acesso a este rol de atividades ocorre em áreas nas quais parcela da população cadastrada é afiliada ao Subsistema Privado da Saúde.

A importância do fácil acesso à atenção corrobora para reduzir a mortalidade e morbidade e melhorar demais indicadores em saúde⁵. Os termos acesso e acessibilidade são usados de forma intercalada e, geralmente, ambígua. Uma definição avançou o suficiente para definir acesso como uso oportuno de serviços pessoais de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde como a efetividade da maioria dos serviços de saúde específicos é desconhecida por parte dos usuários como abordado anteriormente, tal definição não tem utilidade, cabendo o serviço interferir nesse esclarecimento das funções aos usuários^{5,6}.

Já a acessibilidade define-se na visão de Donabedian⁶ como a possibilidade que as pessoas cheguem aos serviços, ou seja, este é um aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de saúde e este aspecto é necessário para se atingir a atenção ao primeiro contato. Acesso é a forma como a pessoa experimenta esta característica de seu serviço

de saúde, sendo aquela como o elemento estrutural necessário para a primeira atenção. Para oferecê-la, o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível; se não, a atenção ser· posposta, talvez a ponto de afetar adversamente o diagnóstico e manejo do problema.

O acesso, em outra obra do autor⁶ diferencia-se em sócio organizacional e geográfico. O primeiro inclui aquelas características de recursos que facilitam ou atrapalham os esforços das pessoas para chegarem ao atendimento. Um exemplo é a exigência de que os pacientes paguem pela utilização de serviços, gerando uma barreira para o acesso. Preconceitos sociais menos explícitos como idade, raça ou classe social também se revelam exemplos para o autor. O segundo, por outro lado, envolve as características relacionadas à distância e ao tempo necessário para obter os serviços. A acessibilidade e o acesso podem ser avaliados a partir do ponto de vista tanto da população quanto da unidade de atenção à saúde.

O acesso universal e igualitário à atenção em saúde deve ser ordenado pela APS com base em avaliação de risco individual e coletivo, cronologia e especificidades. Para tanto, as regiões de saúde devem conter, no mínimo, ações e serviços de APS, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde. A continuidade do cuidado, entretanto, fica garantida mediante acesso a todos os serviços e ações de saúde necessários, inclusive atenção hospitalar, por meio de pactuação nas Redes de Atenção Saúde (RAS).

Dessa forma, realizar o levantamento de produções que abordem o acesso, revela-se importante no cenário de pesquisa em Saúde Pública, já que avaliação do acesso da qualidade determina o sucesso dos profissionais e serviços, e através da monitorização da qualidade exerce vigilância contínua para modificações do modelo de assistência prestado.

METODOLOGIA

Optou-se pela realização de uma revisão integrativa de literatura⁷, tendo em vista que esse método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre determinado assunto de maneira ordenada com base nas evidências propostas. Para a elaboração da presente revisão as seguintes etapas foram percorridas: estabelecimento da hipótese e objetivos da revisão integrativa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas

dos artigos selecionados; análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados e a última etapa consistiu na apresentação da revisão.

Os dados foram coletados no mês de maio de 2014, nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (PUBMED) e SCOPUS com o intuito de responder a seguinte questão de pesquisa: quais as evidências científicas acerca do atributo essencial acesso de primeiro contato na Atenção Primária à Saúde?

Os critérios de inclusão dos artigos definidos, inicialmente, para a presente revisão integrativa foram: Artigos publicados nos idiomas: português, inglês e espanhol, com os resumos e textos disponíveis nas bases de dados selecionadas, no período compreendido entre 2001 a 2013. Tal recorte temporal justifica-se uma vez que, Starfield⁵ conceituou quatro atributos essenciais, dentre eles “acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde”, ao passo que a autora conceituou o atributo como: “acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas”.

Critérios de exclusão: duplicados e que não respondessem a questão de pesquisa. Em virtude das características específicas para o acesso das três bases de dados selecionadas, as estratégias utilizadas para localizar os artigos foram adaptadas para cada uma, tendo como eixo norteador a pergunta e os critérios de inclusão da revisão integrativa, previamente estabelecidos para manter a coerência na busca dos artigos e evitar possíveis vieses.

Nas pesquisas realizadas na base LILACS utilizou-se como estratégia de busca: (acesso) or "qualidade, ACESSO e avaliação da assistência à saúde" or "avaliação do ACESSO e da qualidade da assistência à saúde" or "ACESSO universal a serviços de saúde" [Palavras] and (acessibilidade) or "ACESSIBILIDADE aos serviços de saúde" [Palavras] and (Atenção Primária à Saúde) or "atenção primaria à saúde" [Palavras]. Para pesquisa na *PUBMED* utilizou-se os descritores sugeridos pelo Medical Subject Headings (MeSH): primary health care AND health services accessibility AND health care quality, access, and evaluation. Na base de dados *SCOPUS* associação de expressões: “primary health care” AND “health services accessibility” AND “health care quality, access, evaluation”.

A busca foi realizada pelo acesso on-line e, utilizando os quatro critérios de inclusão, se teve como amostra inicial 170 produções na LILACS, 98 artigos na PubMed e 178 produções na SCOPUS dessa maneira, a amostra final desta revisão integrativa foi constituída de 22 artigos conforme fluxograma (Figura 1). Para a análise e posterior síntese dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão foi utilizado um quadro sinóptico especialmente construído para esse fim, que contemplou os seguintes aspectos, considerados pertinentes: Nome do artigo, Autores, Investigação estudada; Resultados e Conclusões.

A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi feita de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, de forma a atingir o objetivo desse método, ou seja, propiciar a reflexão acerca de políticas públicas sobre o primeiro nível de assistência.

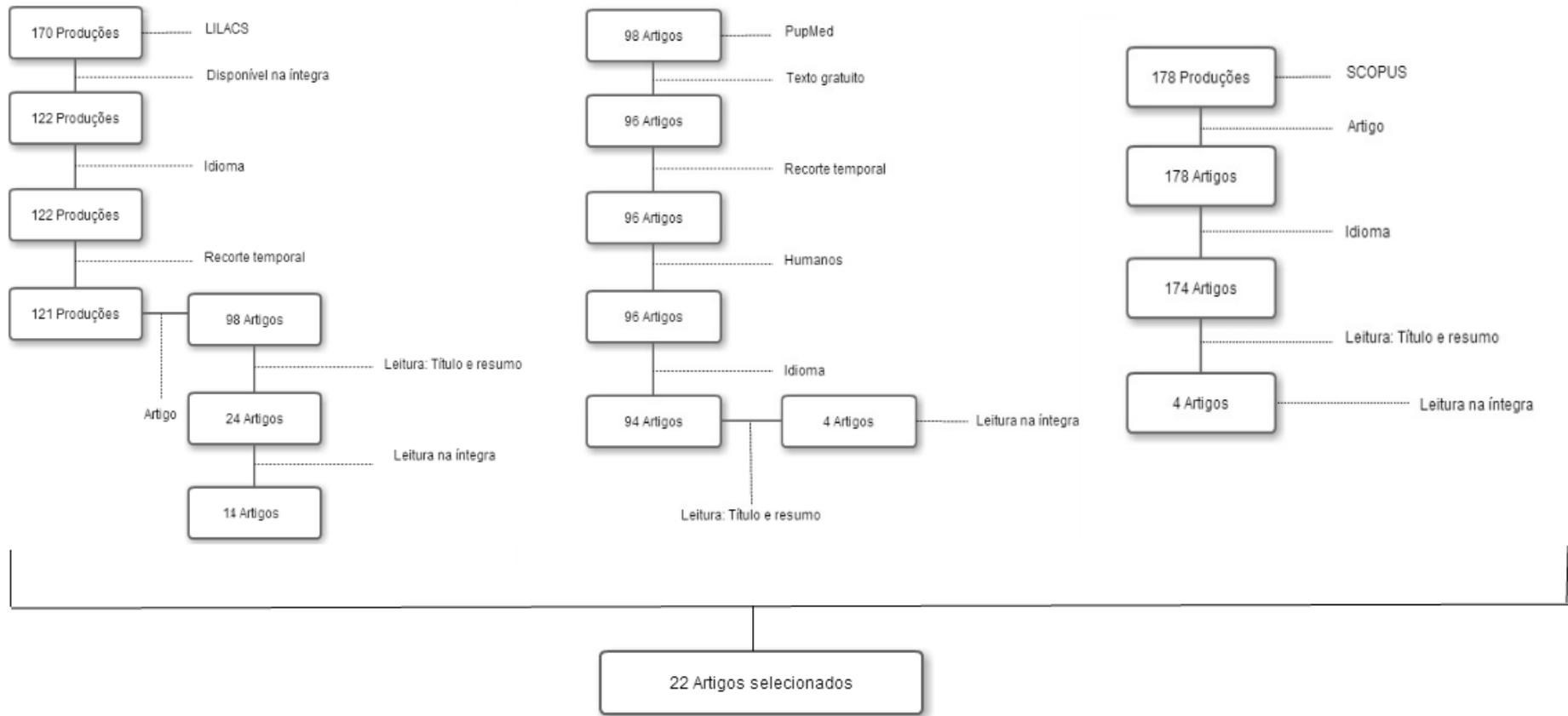


Figura 1 – Fluxograma da seleção de artigos nas bases de dados LILACS, PUBMED e SCOPUS de acordo com os critérios de inclusão/exclusão.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na presente revisão integrativa, obteve-se de acordo com as estratégias de busca supracitadas um resultado de 170 produções na LILACS, 98 artigos na PUBMED e 178 produções na SCOPUS. Levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 122 artigos (24 da LILACS, 94 da PUBMED e 4 artigos na SCOPUS). Após a leitura do título e resumo desses, foram excluídos aqueles que não contemplavam especificamente o tema, dessa forma o corpus deste estudo é composto por 22 artigos no total, sendo desses 14 da LILACS, 4 PubMed e 4 da SCOPUS (Figura 1).

Pôde-se constatar que 14 artigos foram publicados em periódicos nacionais oito publicados em periódicos internacionais. Dentre os artigos incluídos na revisão integrativa, esses foram publicados em revistas que possuem *scopo* relacionados aos debates, análises e resultados de investigações sobre saúde pública e saúde coletiva.

Em relação à titulação, a maioria dos autores é docentes (mestres e ou doutores), mas também profissionais do serviço apresentam um percentual de destaque em relação às demais titulações. Os demais autores, não docentes são: graduandos, especialistas, mestrands e doutorands. A maioria dos estudos foi desenvolvida na região Sudeste. Nesta região foram implantados os primeiros Programas de Pós-Graduação em Epidemiologia e Saúde Pública, além de concentrar a maior parcela populacional.

Verificamos que em 18 artigos apresentam os objetivos do estudo de forma clara, ou seja, possibilitam o fácil entendimento do leitor; em quatro não relatam adequadamente os objetivos do estudo. Nos 22 artigos a metodologia apresentou-se bem delineada, proporcionando a reprodução dos estudos em outras localidades.

Quanto ao tipo de delineamento de pesquisa dos artigos avaliados, evidenciou-se, na amostra que 15 utilizaram a abordagem metodológica quantitativa, três desenvolveram estudos com métodos qualitativos, dois realizaram estudos de caso único, um artigo de reflexão e um artigo quali-quantitativo. Dessa forma em relação à força das evidências obtidas nos artigos, encontrou-se todos os artigos com nível de evidência 6, tendo vista que foram derivadas de um único estudo descritivo.

Nas Tabelas 1, 2, e 3 (LILACS, PubMed e SCOPUS) respectivamente apresentam-se a síntese dos artigos incluídos na presente revisão integrativa.

Tabela 1 - Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa extraídos da base de dados LILACS.

Nome do artigo	Autores	Intervenção estudada	Resultados	Conclusões
A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes Temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? ⁸	Luiz Carlos de Oliveira Cecílio; Rosemarie Andreazza; Graça Carapineiro; Eliane Cardoso Araújo; Lissandra Andion de Oliveira; Maria da Graça Garcia Andrade; Consuelo Sampaio Meneses; Nicanor Rodrigues da Silva Pinto; Denizi Oliveira Reis; Silvia Santiago; Ana Lucia Medeiros de Souza; Sandra Maria Spedo.	Problematizar as possibilidades de a rede básica exercer função estratégica.	A rede básica funciona como posto avançado do SUS, produzindo valores de uso mesmo para os pacientes utilizadores de serviços de alta complexidade; a rede básica é vista como lugar de coisas simples;	Os autores apontam que a ABS como lugar onde as pessoas buscam recursos fundamentais para compor o cuidado de que precisam. Além disso, a necessidade de investimentos na ABS para que ela possa, progressivamente, ampliar sua capacidade de intervir ativamente nos processos reguladores.
A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto/SP. ⁹	Mayra Fernanda de Oliveira, Ricardo Alexandre Arcêncio, Antonio Ruffino-Netto, Lúcia Marina Scatena, Pedro Fredemir Palha, Tereza Cristina Scatena Villa.	Identificar e analisar a porta de entrada no sistema de saúde de Ribeirão Preto para diagnóstico de TB.	Destes, 61% chegaram ao local de diagnóstico por encaminhamento e apenas 29% se apresentaram espontaneamente; 66% procuraram por serviços de atenção primária, 34% por serviços de nível secundário e terciário. Além disso, 88% foram diagnosticados fora de sua área de abrangência.	Para os autores um dos pontos cruciais é a forma de organização dos serviços de saúde no âmbito local, o qual tem privilegiado a lógica na atenção á demanda espontânea em detrimento a necessidade de reorganizar sob o prisma das condições crônicas que exigem resolubilidade na atenção.
Acessibilidade à atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. ¹⁰	Luciano Sepúlveda Oliveira, Leilane Graziela Nascimento Almeida, Marco Aurélio Sepúlveda Oliveira, Gabriel Brasil Gil, Alcione Brasileiro Oliveira Cunha, Maria Guadalupe Medina, Rosana Aquino Guimarães Pereira.	Caracterizar a acessibilidade à utilização de serviços de saúde em duas Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário da Liberdade (DSL).	Autores encontraram que 50% dos usuários procuram o serviço primário. Destaca-se que com relação à acessibilidade organizacional encontraram-se dificuldades por parte dos usuários como: tempo de agendamento da consulta, horário de funcionamento do serviço, escuta dos profissionais da recepção, escuta dos profissionais de nível superior e identificar o nome do ACS, fato este que pode estar contribuindo para afastar o paciente da procura pelo serviço de saúde.	As informações obtidas com este estudo se mostram de grande relevância para o planejamento e o aprimoramento dos serviços de saúde no distrito pesquisado

Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. ¹¹	Antônio da Cruz Gouveia Mendes, Gabriella Morais Duarte Miranda, Karla Erika Gouveia Figueiredo, Petra Oliveira Duarte, Betise Mery Alencar Sousa Macau Furtado.	Este estudo tem por objetivo avaliar a acessibilidade nas Unidades Básicas da Estratégia de Saúde da Família (UB-ESF) e Unidades Básicas Tradicionais (UB-T) da cidade do Recife em 2009.	Os resultados indicaram uma boa vinculação e adscrição dos usuários evidenciando a atenção básica como porta de entrada do sistema de saúde. Na confrontação entre UB-ESF e UB-T as avaliações são ESF.	Portanto, a estratégia de reorientação do modelo de saúde a partir da AB precisa avançar, tendo ainda um caminho a percorrer para garantir uma maior acessibilidade da população e maior qualificação da atenção à saúde.
Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. ¹²	Alcione Brasileiro Oliveira Cunha, Ligia Maria Vieira-da-Silva.	Analisar a implantação de ações voltadas para a acessibilidade à atenção básica em um município da Bahia, Brasil,	Maioria das unidades apresentaram nível intermediário de implantação de ações voltadas para a acessibilidade. As unidades de ESF tiveram melhor desempenho devido à presença de ações voltadas para o acolhimento e a referência a serviços especializados, porém apresentaram problemas para a marcação de consultas.	Persistem barreiras organizacionais no município estudado. Recomenda-se a formulação de política específica para melhoria da acessibilidade voltada para a organização da oferta na perspectiva de mudança do modelo assistencial.
Acesso realizado ao Programa de Saúde da Família em área com “alta” cobertura do subsistema privado. ¹³	Aylene Bousquat, Adriana Gomes, Maria Cecilia Goi Porto Alves.	O perfil do acesso realizado aos distintos serviços ofertados pelo PSF em área com importante cobertura do sistema privado é identificado em unidade de saúde na cidade de Santo André, estado de São Paulo.	As razões de prevalência, quando estimadas por meio do modelo múltiplo de Poisson indicam que os fatores que influem no perfil de acesso são afiliação ao subsistema privado e renda.	Deste modo, os autores consideram que o local escolhido podem contribuir para um aprofundamento das possibilidades e dos constrangimentos da implantação de unidades de saúde da família em boa parte do território brasileiro.
Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. ¹⁴	Nelson Ibañez, Juan S. Yazle Rocha, Paulo Carrara de Castro, Manoel Carlos Sampaio de Almeida Ribeiro, Aldaisa Cassanho Forster, Maria H. D. Novaes, Ana Luiza d’Avila Viana.	Apresentar os resultados da avaliação de desempenho da atenção nos serviços de Atenção Básica.	A avaliação feita por usuários e acompanhantes aponta o índice geral de 50%, o que qualifica como pouco satisfatória. Em relação à avaliação dos trabalhadores da saúde de unidades tradicionais e PSF, mostrou que os profissionais que trabalham no PSF avaliam o desempenho como sendo melhor.	Para os autores as abordagens analíticas múltiplas poderão contribuir de forma importante com novos conhecimentos a serem utilizados para as decisões nos diferentes níveis de gestão e no monitoramento e melhoria de nossos serviços.

<p>Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.¹⁵</p>	<p>Maria Fernanda Lima-Costa, Maria Aparecida Turci, James Macinko.</p>	<p>Foram comparados indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde de adultos por plano privado, Estratégia Saúde da Família (ESF) e unidade básica de saúde (UBS) “tradicional” no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.</p>	<p>Os indicadores de uso (longitudinalidade, procura por atenção e consultas médicas) apresentaram melhor desempenho entre usuários regulares da ESF e afiliados a plano privado em comparação aos cobertos pela UBS. Os indicadores de qualidade (dificuldades para obter consultas, existência de filas, queixa para obtenção de medicamentos e obtenção de consultas em 24 horas) foram melhores entre afiliados a plano privado.</p>	<p>Os resultados do trabalho mostram heterogeneidade no perfil de utilização e na qualidade dos serviços oferecidos pelas diferentes fontes de atenção em saúde.</p>
<p>Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados.¹⁶</p>	<p>Patty Fidelis de Almeida, Márcia Cristina Rodrigues Fausto, Lígia Giovanella.</p>	<p>Descrever e analisar ações empreendidas em quatro centros urbanos para fortalecer a estratégia saúde da família (ESF) no Brasil.</p>	<p>Em todos os municípios foram identificadas ações para fortalecer os serviços de APS, com destaque para: aumento da oferta de atenção primária à saúde com diminuição das barreiras de acesso, estruturação dos serviços de APS como porta de entrada do sistema, ampliação da resolutividade.</p>	<p>Para os autores para efetivar a função de porta de entrada e serviço de uso regular são necessárias ações para equalizar o atendimento das demandas programada e espontânea, sendo que a última representa o maior desafio à organização do processo de trabalho das equipes.</p>
<p>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.¹⁷</p>	<p>Cornelis Johannes van Stralen, Soraya Almeida Belisário, Terezinha Berenice de Sousa van Stralen, Ângela Maria Dayrell de Lima, Alice Werneck Massote, Cláudia di Lorenzo Oliveira.</p>	<p>Percepção do desempenho de unidades básicas de saúde com e sem Saúde da Família em cidades com mais de 100 mil habitantes em Goiás e Mato Grosso do Sul.</p>	<p>As percepções dos profissionais são sempre mais favoráveis em comparação às dos usuários. Analisando os dados por dimensão, observou-se que para todas as dimensões os “dados das ESFs” são mais favoráveis com exceção da “dimensão do acesso”.</p>	<p>Os autores apontam para a redefinição do objeto de intervenção no nível da atenção básica: a pessoa, família ou grupos que almejam qualidade de vida, superação de riscos de adoecimento e orientação quando entram na rede da tecnologia médica.</p>

Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde Da Família. ¹⁸	Raquel Borba ROSA, Alisia Helena Weis PELEGRINI, Maria Alice Dias da Silva LIMA.	Analisar a visão dos usuários sobre resolutividade da assistência de uma Unidade de Saúde da Família e a relação com sua satisfação.	A visão dos usuários sobre resolutividade está relacionada com sua percepção sobre solução de seus problemas de saúde e, para alguns, está associada à obtenção de encaminhamentos para atendimentos especializados. Há relação entre encontrar resolutividade sempre ou na maioria das vezes e estar muito satisfeito.	Conclui-se que a satisfação dos usuários e sua visão sobre resolutividade da assistência contribuem para organização e aperfeiçoamento dos serviços de saúde.
Social and health indicators as a measure of access to primary healthcare in Brazil. ¹⁹	Ana Cristina Viana Campos, Carolina Marques Borges, Andrea Maria Duarte Vargas, Cláudio Rodrigues Leles, Efigênia Ferreira e Ferreira.	O objetivo foi investigar a influência de indicadores sociais e de saúde no acesso à Atenção Primária na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.	As condições de desenvolvimento foram significativamente maiores em cidades com baixa cobertura da ESF. As condições socioeconômicas foram significativamente mais relevantes em municípios com alta cobertura de primeira consulta odontológica e com maior número médio de consultas médicas.	Condições socioeconômicas e de desenvolvimento podem ser decisivas para a identificação dos municípios com melhores e piores indicadores de atenção primária.
Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil. ²⁰	Gisele Alsina Nader Bastos, Giovâni Firpo Del Duca, Pedro Curi Hallal, Iná S Santos.	Estimar a prevalência e analisar fatores associados à utilização de serviços médicos no sistema público de saúde	Prevalência de utilização de serviços médicos nos últimos três meses foi de 60,6%, quase a metade (42,0%) em serviços públicos. Os serviços públicos mais utilizados foram os postos de saúde (49,5%). Na análise ajustada e estratificada por sexo, homens com idade avançada e mulheres mais jovens tiveram maior probabilidade de utilizarem os serviços médicos no sistema público.	Apesar de expressiva redução na utilização de serviços médicos de saúde no sistema público nos últimos 15 anos, os serviços públicos têm atingido uma parcela anteriormente desassistida (indivíduos com baixa renda e escolaridade).
Validación de la versión en español del cuestionario PCAS1 para evaluar la atención primaria de salud. ²¹	Narly Benachi Sandoval, Alejandro Castillo Martínez, Josep M. Vilaseca Llobet, Susanna Torres Belmonte, Ester Risco Vilarasau.	Adaptação e validação do questionário PCATool	Obteve-se uma correlação adequada para validação da versão em Espanhol do instrumento. Além disso, os autores expõem que os domínios (atributos) ficaram de acordo com alfa de Cronbach em excelente, bom e aceitável (em específico acessibilidade com 0,79).	Os autores afirmam que a escala é válida e confiável para avaliar cuidados de saúde primários a partir de um conjunto de abordagem de cuidados com base na relação médico-paciente.

Tabela 2 - Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa extraídos da base de dados PubMed.

Nome do artigo	Autores	Intervenção estudada	Resultados	Conclusões
Access to primary health care among homeless adults in Toronto, Canada: results from the Street Health survey. ²²	Erika Khandor, Kate Mason, Catharine Chambers, Kate Rossiter, Laura Cowan, Stephen W. Hwang	Investigação do acesso aos cuidados primários de saúde junto de uma amostra representativa de adultos moradores de rua em Toronto, Canadá.	Dos 366 participantes incluídos no estudo, 156 (43%) relataram ter um médico de família. Após o ajuste para possíveis fatores de confusão e co-variáveis, as probabilidades de ter um médico de família diminuiu significativamente a cada ano adicional em que o participante não apresentasse residência fixa.	Para as autoras não ter um médico da família está associado com os principais indicadores de cuidados de saúde: acesso e estado de saúde. Nesse sentido, sugere-se no estudo que são necessários maiores esforços para assegurar condições favoráveis ao acesso aos serviços de saúde.
Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. ²³	Marluce Maria Araújo Assis, Washington Luiz Abreu de Jesus.	Discutir as diferentes abordagens, a análise do contexto e as políticas voltadas para grupos especiais sobre acesso.	As análises revelam uma diversidade de abordagens sobre acesso na formulação e implementação de políticas públicas e no seu potencial para mudanças na organização do sistema de saúde. Identificaram-se avanços na diminuição das iniquidades e na ampliação do acesso na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial na atenção básica. Observaram-se também limites relacionados à acessibilidade, fragmentação, descentralização e regionalização da rede de assistência, com inadequação no processo de acolhimento e da atenção a grupos específicos.	Buscou-se desenvolver uma postura crítica para refletir e intervir nas práticas e serviços, tendo como imagem objetivo. uma atenção responsável, integral, resolutiva, equânime e de qualidade
Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. ²⁴	Nivaldo Carneiro Junior, Cássio Silveira.	Apresentar a experiência de organização de um serviço de saúde em atenção primária, o Centro de Saúde-Escola Barra Funda na cidade de São Paulo.	Reflexão acerca das variadas formas de vida sociais encontradas em áreas centrais de centros urbanos, em particular aquelas que vivem à margem dos processos de inclusão e sofrem graus acentuados de vulnerabilidade e marginalidade no acesso a bens e serviços.	A possibilidade de se implementar políticas de saúde que promovam intervenções eficazes junto a segmentos sociais excluídos dos serviços de saúde, efetivando dessa forma o princípio da universalização.

Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. ²⁵	Barbara Starfield.	Demonstrar os benefícios dos sistemas de saúde de APS orientada evidenciando uma maior eficácia, maior eficiência e maior equidade.	A existência de características-chave da política de saúde na APS: cobertura financeira universal sob controle ou regulamentação governamental, as tentativas de distribuir os recursos de forma equitativa, à integralidade dos serviços. Todos estes, em combinação, na melhora de cuidados primários: maior acesso primeiro contato e usar, mais cuidado com foco em pessoa ao longo do tempo.	A APS pode agora ser medidos e avaliados; todas as inovações e melhorias em que deve servir suas características essenciais, a fim de ser útil aos usuários.
--	--------------------	---	---	--

Tabela 3 - Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa extraídos da base de dados SCOPUS.

Nome do artigo	Autores	Investigação estudada	Resultados	Conclusões
Does higher quality primary health care reduce stroke admissions? A national cross-sectional study. ²⁶	Michael Soljak, Amaia Calderon-Larrañaga, Pankaj Sharma, Elizabeth Cecil, Derek Bell, Gerrard Abi-Aad, Azeem Majeed,	Determinar se a taxa de internação por acidente vascular cerebral é reduzido em prevenção primária e secundária eficaz na atenção primária.	Média (três anos) as taxas de internação AVC quando realizada regressão de Poisson observa-se que a prevalência diminui os fatores de risco para internação hospitalar. Demonstrando a efetividade das ações programadas na APS.	Para os autores em países com sistemas de saúde primários definidos, o potencial de reduzir as internações, melhorando ainda mais a qualidade de saúde/clínica dos cuidados que são disponíveis e que poderão ser implementados de saúde primários.
Satisfaction, demand, and opening hours in primary care: An observational study. ²⁷	Claire Morgan, Hendrik Beerstecher	Motivos para satisfação do usuários na APS.	Satisfação com o horário de funcionamento melhorou ligeiramente para práticas que oferecem consultas extras e/ou horários flexibilizados.	Satisfação com o horário de funcionamento responde ao aumento da capacidade, mas não está ligado a um período de tempo específico.
Accessibility from the patient perspective: Comparison of primary healthcare evaluation instruments. ²⁸	Jeannie L. Haggerty, Jean-Frédéric Lévesque, Darcy A. Santor, Frederick Burge, Christine Beaulieu, Fatima Bouharaoui, Marie-Dominique	Comparar o acessibilidade medida em subescalas validadas que avaliam a APS do ponto de vista do paciente.	Escalas demonstraram que a satisfação do usuário ao acesso está relacionado à infraestrutura e aos serviços disponíveis na APS.	Acesso de primeiro contato é a melhor medida para a acessibilidade organizacional

Population and primary health-care team characteristics explain the quality of the service. ²⁹	Beaulieu, Raynald Pineault, David Gass. Joan Gené-Badia, Carlos Ascaso, Georgia Escaramis-Babiano, Arantxa Catalán-Ramos, Enriqueta Pujol-Ribera. Laura Sampietro-Colom	Características do acesso e qualidade do serviço de Atenção Primária à Saúde.	O Acesso e a relação médico-paciente não foram afetados pelos fatores estruturais. Coordenação de equipe melhorou em equipes rurais e naqueles prestação de cuidados em grupos idosos. A qualidade do acesso é favorável em equipes de ensino, em mais equipes experientes e aqueles que atendem a população com um nível socioeconômico mais baixo.	Para que ocorra avaliação do desempenho da equipe da APS deve-se ter como base indicadores de qualidade dos serviços de saúde, características socioeconômico da população e de experiência da equipe e atividades de ensino.
---	--	---	--	---

Em relação ao objetivo desta revisão, ou seja, as evidências científicas acerca do atributo essencial acesso de primeiro contato na APS, observou-se que nos artigos que compõem a amostra o acesso aos serviços de saúde tem sido relatado como um dos principais desafios e problemas relacionados à assistência.

Essas dificuldades podem estar associadas tanto às características do atendimento quanto às barreiras estruturais, organizacionais e geográficas^(8-15; 18-21). O tempo de agendamento constitui-se como uma barreira evidente para os usuários que procuraram pela UBS de referência. Ainda, observou-se nos artigos que compõem a presente revisão integrativa a persistência de problemas tradicionais relacionados à acessibilidade organizacional¹², como o longo tempo de espera para realização da consulta e a ausência permanente de marcação de consulta além de filas, fatos que podem estar contribuindo não apenas para afastar o usuário da procura pelo serviço de saúde, mas, sobretudo, interferir no acesso a rede de serviços.

No que se refere às barreiras geográficas²⁷, a facilidade de acesso e a proximidade física das UBS, confirmam as famílias que relataram chegar a essas unidades a pé, minimiza os esforços de deslocamento contribuindo para esses avaliarem como positiva a relação com o serviço. Ainda, identificou-se que a rede básica não é vista como posto avançado do SUS⁸, mas sim, como local de coisas simples; a rede básica como espaço da impotência compartilhada entre equipes e usuários.

Desse modo a APS caracteriza-se como a porta de entrada do sistema de forma a manter vínculo com as famílias e as comunidades, na realidade brasileira, manter alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. Para Starfield⁵, é a APS que deve coordenar os fluxos dos usuários entre os vários serviços de saúde, buscando garantir maior equidade ao acesso e à efetiva utilização das demais tecnologias e serviços do sistema, para responder às necessidades de saúde da população.

Em relação à resolutividade^(10-14; 20-23), esta se relaciona com sua percepção sobre solução de seus problemas de saúde e, para alguns, está associada à obtenção de encaminhamentos para atendimentos especializados cobertura da ESF e demais serviços, daí a frustração decorrente da percepção da impotência ou da não governabilidade da equipe da UBS para produzir uma efetiva articulação com os outros níveis do sistema de saúde. Segundo gerentes e gestores¹⁴, a principal estratégia para organização da porta de entrada nas USF é o acolhimento, que busca articular o atendimento à demanda espontânea e às ações programadas.

No caso do acesso, os valores são baixos tanto para os centros de saúde tradicionais como para saúde da família ^(8; 13- 20). A necessidade de se implementar políticas de saúde que promovam intervenções eficazes no âmbito da APS.

CONCLUSÃO

Concluindo a presente revisão integrativa na busca de evidência disponíveis, em relação atributo essencial acesso de primeiro contato na APS. Entende-se a necessidade de uma ampliação nas políticas de saúde, bem como planejamento e organização com maior empenho dos gestores para que as APS funcione de forma integralizada e aliada à comunidade, como forma de cumprir seu papel de prevenção, promoção e proteção da saúde, diminuindo assim os agravos.

Além disso, no que se refere ao acesso de primeiro contato, este se revela orientador para a rede de cuidado, ou seja, se não houver garantia deste não haverá efetividade na longitudinalidade, integralidade e coordenação dos cuidados na APS. Para tanto, o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes.

Dessa forma, a reorientação do modelo de saúde e o fortalecimento das políticas da APS colaboram na resolução de problemas de gestão, de recursos financeiros e humanos bem como, melhorar os percursos da terapêutica, pois quanto mais fortalecida estiver a APS mais ações serão desempenhadas e os funcionamentos das políticas serão mais eficazes como forma de garantia de práticas de regularização como preconizado.

REFERÊNCIAS

1. Mattos RA. Desenvolvendo e oferecendo ideias: um estudo sobre a elaboração de propostas de política de saúde no âmbito do Banco Mundial [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/06.pdf>

2. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Cuidados primários de saúde relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma Ata 1978. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância; 1979.
3. Haggerty JL, Yavich N, Báscolo EP, Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. *Rev Panam Salud Pulica*. 2009; 26(5): 377–84. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n2/a03v29n2.pdf>
4. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Health service use in a population covered by the Estratégia de Saúde da Família (Family Health Strategy). *Rev Saude Publica*. 2009; 43(4): 595-603.
5. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
6. Donabedian A. La calidad de La atención médica. La prensa mexicana, 1984. In: Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria continua da qualidade do contexto da Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Saúde –Materno Infantil*; v 5, n 1 p 63-69, 2005.
7. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.
8. Cecílio LCO, Andrezza R, Carapinheiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG, et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes Temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. *Ciência&Saúde Coletiva*, 17(11):2893-2902,2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a05.pdf>
9. Oliveira MF, Arcêncio RA, Ruffino-Netto A, Scatena LM, Palha PF, Villa, TCS. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto/SP. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(4):898-904. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a15.pdf>
10. Oliveira LS et al. Acessibilidade à atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciência&Saúde Coletiva*, 17 (11): 3047 – 3056, 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n11/v17n11a20.pdf>
11. Mendes ACG et al. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Ciência&Saúde Coletiva* 17 (11): 2903-2912, 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n11/v17n11a06.pdf>
12. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad. Saúde Pública*, Rio de

- Janeiro, 26(4):725-737, abr, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/15.pdf>
13. Bousquat A et al. Acesso realizado ao Programa de Saúde da Família em área com “alta” cobertura do subsistema privado. *Ciência&Saúde Coletiva* 17 (11): 2913-2921, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a07.pdf>
 14. Ibañez, N et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência&Saúde Coletiva*, 11 (3): 683-703, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30983.pdf>
 15. Lima-Costa MF et al. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(7):1370-1380, jul., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n7/11.pdf>
 16. Almeida et al. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica* 29(2), 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n2/a03v29n2.pdf>
 17. Van Stralen CJ 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, 24 Sup 1:S148-S158, 2008. Disponível em: <http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT%20pubs/van%20Stralen%202008.pdf>
 18. Rosa RB, Pelegrini AHW, Lima MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2011 jun;32(2):345-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a19v32n2.pdf>
 19. Campos ACV et al. Social and health indicators as a measure of access to primary healthcare in Brazil. *Ciência&Saúde Coletiva*, 16 (11): 4349-4335, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a07v16n11.pdf>
 20. Bastos GAN et al. Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2011;45(3):475-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2332.pdf>
 21. Benachi Sandoval N, Castillo Martínez A, Vilaseca Llobet JM, Torres Belmonte S, Risco Vilarasau E. Validación de la versión en español del cuestionario PCAS para evaluar la atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(1):32–9. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n1/05.pdf>

22. Khandor et al. Access to primary health care among homeless adults in Toronto, Canada: results from the Street Health survey. *Open Medicine* 2011;5(2):e94. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3148004/>
23. Assis MMA Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência&Saúde Coletiva*. 17 (11): 2865-2875,2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>
24. Carneiro Jr N. Silveira C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(6):1827-1835, nov-dez, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a26v19n6.pdf>
25. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. 0213-9111/\$ – see front matter © 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22265645>
26. Soljak MA, Calderon-Larrañaga AB, Sharma PC, Cecil EA, Bell DS, Abi-Aad GE, Majeed AA. Does higher quality primary health care reduce stroke admissions? A national cross-sectional study (2011) *British Journal of General Practice*, 61 (593), pp. e801-e807. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22137417>
27. Morgan CL, Beerstecher HJ. Satisfaction, demand, and opening hours in primary care: An observational study (2011) *British Journal of General Practice*, 61 (589), pp. e498-e507. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21801562>
28. Haggerty JLA, Lévesque JFB, Santor DAC, Burge, FD, Beaulieu, CE, Bouharaoui, FE, et al. Accessibility from the patient perspective: Comparison of primary healthcare evaluation instruments (2011) *Healthcare Policy*, 7 (SPEC. ISSUE), pp. 94-107. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3399437/>
29. Gené-Badia JABC, Ascaso CD, Escaramis-Babiano GD, Catalán-Ramos AA, Pujol-Ribera EA, Sampietro-Colom LE Population and primary health-care team characteristics explain the quality of the service (2008) *Health Policy*, 86 (2-3), pp. 335-344. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18241954>

ARTIGO 2 – PCATOOL BRASILVERSÃO ADULTO: - AVALIAÇÃO DO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO EM DUAS REGIÕES DE SAÚDE NO SUL DO BRASIL¹

RESUMO

Objetivo: avaliar a qualidade do Acesso de Primeiro Contato em duas Regiões de Saúde do sul do Brasil. Método: estudo descritivo e transversal, no qual foram entrevistadas 1068 usuários adultos em duas Regiões de Saúde. Foi utilizado o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária *Primary Care Assessment Tool* Brasil na versão adulto e feito os testes qui-quadrado de Pearson e U Mann-Whitney. Resultados: Verificou-se que a dimensão “acessibilidade” apresentou baixo escore em ambas as Regiões de Saúde. Por outro lado, a “utilização” foi à dimensão mais bem avaliada em ambas as Regiões de Saúde. Ao avaliar a correlação entre as regiões e respectivos modelos assistenciais a dimensão “acesso” apresentou significância estatística em todos modelos ($p < 0,05$). Conclusão: na perspectiva das usuárias, todos os serviços possuem atributos que precisam ser melhorados

Descritores: Acesso aos serviços de Saúde; Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde; Atenção Primária à Saúde, Regionalização, Enfermagem

ABSTRACT

Objective: To evaluate the quality of the primary contact access in two health regions in southern Brazil. Method: Descriptive cross-sectional study in which 1068 adults were interviewed users in two health regions was used the *Primary Care Assessment Tool* Brazil in the adult version and made the chi-square test of Pearson and U Mann Whitney. Results: It was found that the "accessibility" dimension had low scores in both health regions The "use" was the best evaluated dimension in both health regions In assessing the correlation between regions and their care models a.. dimension "access" statistically significant in all models ($p < 0.05$). Conclusion: the perspective of the users, all services have attributes that need to be improved.

Keywords: Health Services Accessibility; Health care quality, access and evaluation; Primary Health Care; Regional Health Planning; Nursing

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad de la primera conexión de contactos en dos regiones de salud en el sur de Brasil. Método: descriptivo estudio transversal en el que se entrevistó a 1068

¹ Artigo será submetido à Revista Latino-Americana de Enfermagem em fevereiro de 2016.

adultos usuarios en dos regiones de salud se utilizó el Instrumento de Evaluación de la Atención Primaria de Atención *Primary Care Assessment Tool* en la versión Brasil para adultos e hizo la prueba de chi-cuadrado de Pearson y U de Mann Whitney. Resultados: Se encontró que la dimensión "accesibilidad" tuvo bajas puntuaciones en ambas regiones sanitarias Por otra parte, la "utilización" era la dimensión mejor evaluada en ambas regiones sanitarias Para evaluar la correlación entre las regiones .. sus modelos de atención a la dimensión "acceso" estadísticamente significativa en todos los modelos ($p < 0,05$). Conclusión: la perspectiva de los usuarios, todos los servicios tienen atributos que necesitan ser mejoradas.

Palabras Clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud; Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud; Atención Primaria de Salud; Regionalización; Enfermería

INTRODUÇÃO

De acordo com as propostas de Alma-Ata (1978), a Atenção Primária à Saúde é compreendida como função central do sistema nacional de saúde, integrando um processo permanente de assistência sanitária, que inclui prevenção, promoção, cura e reabilitação como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico, envolvendo a cooperação com outros setores para promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde ⁽¹⁾.

O Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de princípios organizativos têm na descentralização da gestão para os municípios, a regionalização e a hierarquização dos serviços, a resolutividade em todos os níveis de atenção e a participação social na formulação das políticas públicas de saúde e no controle de sua execução os pilares estruturantes do sistema de saúde brasileiro ⁽²⁾. No Brasil, a Atenção Básica é sinônimo para Atenção Primária à Saúde a qual é caracterizada por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no local em que vivem essas populações ⁽³⁾.

Além disso, de acordo com o Ministério da Saúde ⁽³⁾ a APS deve integrar a primeira instância de regulação dos serviços mediante análise modelos de organização espaço

territorial. Assim, os conceitos que fundamentam a regionalização, fornecem conceitos de regiões de saúde e revelam-se como forma de construir a integração de serviços em rede, estruturados de maneira a garantir a efetividade da integralidade da atenção à saúde.

A partir da análise territorial tem-se que algumas regiões (de maior porte e suporte econômico-financeiro e estrutural-viário, comunicação e outros) deveriam se responsabilizar pela manutenção de serviços de maior custo e tecnologia sanitária a ser disponibilizado para os municípios da região. A organização da Região de Saúde favorece a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social. Para a constituição de uma rede de atenção à saúde regionalizada em uma determinada região, é necessário a pactuação entre todos os gestores envolvidos, do conjunto de responsabilidades não compartilhadas e das ações complementares ⁽²⁾.

Desse modo, a região de saúde é essencial para integrar as ações e serviços de saúde dos entes federativos, qualificar a gestão do SUS e garantir a integralidade. Por isso deve ser constituída sob a ótica sanitária e não meramente administrativa. Todavia, não ser reduzida e tida como mera divisão administrativa do Estado e, sim como o locus da integralidade. Precisa ser capaz de resolver a quase totalidade das necessidades de saúde da população regional e ser integrante do sistema nacional, estadual e intermunicipal, o qual encontra na região de saúde o espaço de sua atuação de saúde para o usuário.

Por ocasião da promulgação do Pacto de Gestão de 2006 ⁽⁴⁾ é retomada da regionalização como diretriz fundamental do SUS, eixo estruturante para a pactuação e descentralização das ações. Atualmente, as regiões de saúde são entendidas com “...recortes territoriais inserido em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território” ⁽²⁾.

O acesso universal e igualitário à atenção em saúde ordenado pela APS de ter como base a avaliação de risco individual e coletivo, cronologia e especificidades. Desta forma, as regiões de saúde devem conter, no mínimo, ações e serviços de APS, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde. A continuidade do cuidado está condicionada a garantida do acesso a todos os serviços e ações de saúde, inclusive atenção hospitalar, por meio de pactuação das RAS ⁽²⁾. A realização de estudos com temática da avaliação subsidiam a implementação de estratégias e ações para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos nas regiões ⁽⁵⁾.

Neste sentido, a relevância deste estudo baseia-se na avaliação das evidências sobre o acesso e efetividade da APS, com consequências para redefinição das políticas públicas regionais, com utilização da versão do PCATool (*Primary Care Assessment Tool*)^(5,6)

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade dos serviços de APS dos usuários adultos a partir da dimensão Acesso de Primeiro Contato em duas Regiões de Saúde que compõem a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS).

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, do tipo transversal, com abordagem quantitativa, realizado na APS dos municípios que integram a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, a qual é composta por duas regiões de Saúde: Verdes Campos e Entre Rios, totalizando 32 municípios, cujo modelo de atenção é composto por UBS Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF), UBS Tradicional (UBS/T) e UBS Mista (UBS/Mista). Constituíram participantes da pesquisa adultos maiores de 18 anos usuários do serviço. Para o cálculo da amostra, foram considerados os seguintes parâmetros: estimativa populacional para o ano de 2014 igual a 559.498 habitantes e de adultos de 406.741⁽⁷⁾ com distribuição de normalidade 1,96, $p=0,5\%$, e 0,3 e $\alpha 0,05$. O cálculo foi feito no programa EpiInfo®. A amostra foi constituída por 1.068 usuários adultos.

A capacitação foi feita por um coordenador de pesquisa e a equipe de campo foi formada por seis entrevistadoras que não tinham relação com o serviço, sendo cinco enfermeiros e uma nutricionista, devidamente capacitados para as entrevistas.

Realizou-se de forma conjunta com todos os membros da equipe a aplicação do questionário com 97 usuários adultos em unidades de saúde de um município do estudo para avaliação do instrumento de pesquisa e alinhamento dos entrevistadores, fato que foi considerado satisfatório não havendo necessidade de ajustes do questionário e desta forma, as informações foram incluídas no banco de dados.

A etapa de coleta de dados teve início em fevereiro de 2015 e finalizou-se em agosto de 2015 com a utilização da Tecnologia da Informática (TI) a qual se utilizou *tablets* com o *software* Epi Info® 7.0 com digitação em sua interface do questionário sócio demográfico e o instrumento PCATool Brasil Versão Adulto⁽⁵⁾ com recurso de salvamento de questionário após o mesmo ser todo preenchido. Dessa forma, a organização e tabulação do banco de

dados foi otimizada, uma vez que o *software* exporta diretamente os dados coletados em seu sistema para *notebook*, representando assim confiabilidade dos dados coletados ao eliminar a chance de erros de digitação.

Durante esse período, as entrevistas foram realizadas no horário de funcionamento das unidades básicas de saúde, não havendo perdas ou recusas. Destaca-se que os critérios de inclusão basearam-se em: não ser o primeiro acesso ao serviço. Entre os selecionados era realizado o convite para participar do estudo, além da explicação acerca dos objetivos do mesmo, ressaltando-se o anonimato em conformidade com as pesquisa que envolvem seres humanos ⁽⁸⁾. Aqueles que aceitavam participar assinavam duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O instrumento utilizado é constituído de duas partes: uma, identificando o perfil sociodemográfico dos usuários adultos; outra, o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool), versão adulto, que contém 87 itens divididos em dez componentes relacionados aos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS). Ressalta-se que o presente estudo faz a análise da dimensão Acesso de Primeiro Contato (Utilização e Acessibilidade) a qual é composto por 15 itens divididos em Utilização e Acessibilidade ⁽⁵⁾.

As respostas foram do tipo Likert, com intervalo de um a quatro (1 a 4) para cada questão. As respostas possíveis para cada um dos itens foram: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/não lembro” (valor=9). Para se obter o escore de qualidade da dimensão Acesso de Primeiro Contato dos serviços de APS, a média de cada valor dos itens que o compõem ⁽⁵⁾.

Após a consolidação dos dados relativos à dimensão Acesso de Primeiro Contato, os valores foram transformados em escala contínua, variando entre zero e dez, utilizando a fórmula a seguir: $\text{Escala} = [(\text{escore obtido} - 1) \times 10] / 3$. Valores de escores $\geq 6,6$ foram definidos como elevados e equivalentes ao valor três ou mais (≥ 3) na escala Likert, enquanto valores $\leq 6,6$ foram considerados baixos ⁽⁵⁾.

Para avaliação das associações entre os atributos da atenção primária e as características dos usuários utilizou-se o teste Qui-quadrado. Os testes realizados assumiram nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%. Os pacotes estatísticos utilizados foram *SPSS Statistics, versão 19.0*. Para comparar a avaliação na Regiões de Saúde Verdes Campos e Entre Rios utilizou-se o teste Teste U Mann-Whitney e para os escores

atribuídos ao Acesso de Primeiro Contato da Atenção Primária em Saúde por modelo de atenção à saúde das Regiões de Saúde Verdes Campos e Entre Rios teste Teste U Mann-Whitney. Para todas as análises estatísticas, adotou-se o nível de significância de 5%.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria sob Parecer número 34137314.4.0000.5346 e contou com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) edital 014/2014.

RESULTADOS

A análise dos dados da pesquisa foi feita sob a perspectiva das duas Regiões de Saúde que compõe a 4ª CRS/RS. Dessa forma, o inquérito de avaliação foi composto de 1.068 usuários adultos no serviço de APS. As características sócio demográficas desses usuários demonstram que na Região Verdes Campos à utilização dos serviços quanto ao tipo de UBS tem predomínio na UBS/ESF 38,48% de usuários na Entre Rios UBS/T 16,95% de usuários captados.

A descrição sumária das características gerais da amostra de usuários adultos encontra-se na Tabela 1. Da amostra de adultos entrevistados, na Região Verdes Campos 38,46% acessavam UBS/ESF, 25,00% UBS/T e 13,39% UBS Mista compondo 76,87% da amostra. Na Região Entre Rios 3,65% acessavam UBS/ESF, 16,95% UBS/T e 2,53% UBS/Mista compondo 23,13% da amostra. Ao analisar a faixa etária observa-se 36,95% de 18 a 38 anos para região Verdes Campos 9,80% de 39 a 59 para região Entre Rios, quando analisado a amostra total temos 45,71% na faixa de 18 a 38.

Predominaram usuárias do sexo feminino 58,50% na região Verdes Campos e 17,66% região Entre Rios. Em relação à formação em ambas regiões identificou-se como Ensino Fundamental (incompleto e completo) 40,34% Região Verdes Campos e 14,82% Entre Rios. Quanto à situação conjugal tem-se predomínio de casados 20,06% Verdes Campos e 11,16% Entre Rios, salienta-se que a variável Outros 26,76% Verdes Campos e 6,85% Entre Rios é composta por declarados viúvos ou união estável. Quando questionados com relação à cor houve predominância em ambas as regiões da auto declaração branca 54,22% Verdes Campos e 15,48% Entre Rios, ainda reitera-se que a variável outros 8,35% Verdes Campos e 1,41% é composta por autodeclarados pardos ou indígenas. Na variável utilização do sistema privado de saúde declaram não possuir 56,85% Verdes Campos e 17,17% Entre Rios.

Quanto ao meio de transporte para chegar até a UBS 44,09% Verdes Campos e 59,57% Entre Rios referem chegar a pé, enquanto 21,76% Verdes Campos e 4,60% utilizam

transporte coletivo. Ao questionados sobre Emprego formalizado os usuários adultos em ambas regiões 54,33% Verdes Campos e 18,55% apontar emprego informal.

O Índice Composto de Utilização dos Serviços foi considerado Alto 69,90% Região Verdes Campos e 21,42% Região Entre Rios. Contudo, o Índice composto Avaliação do Escore Acessibilidade foi considerado baixo para 76,92% Verdes Campos e 21,31% Entre Rios.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos usuários adultos do serviço de Atenção Primária à Saúde nas Regiões Verdes Campos e Entre Rios (4ª CRS/RS), RS Brasil, 2015.

	Verdes Campos		Entre Rios		Total		p-valor*
	N	%	n	%	N	%	
Tipo de Unidade							
UBS ESF	411	38,48	39	3,65	450	42,13	<,0001 ^a
UBS Tradicional	267	25,00	181	16,95	448	41,95	
UBS Mista	143	13,39	27	2,53	170	15,92	
Total	821	76,87	247	23,13	1068	100	
Faixa Etária							
18 – 38	392	36,95	93	8,77	458	45,71	0,0186 ^a
39 – 59	299	28,18	104	9,80	403	37,98	
60- 91	125	11,78	48	4,52	173	16,31	
Total	816	76,91	245	23,08	1061	100	
Sexo							
Masculino	197	18,41	58	5,42	255	23,83	0,8830 ^b
Feminino	626	58,50	189	17,66	815	76,17	
Total	823	76,92	247	23,08	1070	100	
Formação							
Fundamental (incompleto e	430	40,34	158	14,82	588	55,16	<,0001 ^a
Médio (incompleto e completo)	310	29,08	59	5,53	369	34,62	
Superior (incompleto e completo)	62	5,82	15	1,41	77	7,22	
Pós Graduação	3	0,28	4	0,38	7	0,66	
Não alfabetizado	15	1,41	10	0,94	25	2,35	
Total	820	76,92	246	23,06	1066	100	
Situação Conjugal							
Solteiro	204	19,14	55	5,16	259	24,30	0,0863 ^b
Casado	330	30,06	119	11,16	449	42,12	
Outros	285	26,74	73	6,85	358	33,58	
Total	829	76,83	247	23,17	1066	100	
Cor							
Branco	578	54,22	165	15,48	743	69,70	0,0030 ^a
Negro	152	14,26	67	6,29	219	20,54	
Outros	89	8,35	15	1,41	104	9,76	
Total	819	76,83	247	23,66	1066	100	
Plano de Saúde privado							
Sim	213	19,89	64	6,00	277	25,98	0,9758 ^b
Não	606	56,85	183	17,17	789	74,02	
Total	819	76,83	247	23,17	1066	100	
Meio de Transporte utilizado até							
A pé	470	44,09	165	15,48	635	59,57	0,0206 ^a
Carona	20	1,88	9	0,84	29	2,72	
Transporte Coletivo/Escolar	97	9,10	24	2,25	121	11,35	
Transporte Próprio	232	21,76	49	4,60	281	26,36	
Total	819	76,83	247	23,17	1066	100	
Número de Filhos							
Nenhum	120	11,25	38	3,56	158	14,81	0,6245 ^b
Um	209	19,59	65	5,09	247	25,68	
Dois	227	21,27	62	5,81	289	27,09	
Três	148	13,87	41	3,84	189	17,71	
Quatro	66	6,19	18	1,69	84	7,87	
Cinco	49	4,59	23	2,16	72	6,75	
Mais de cinco	1	0,09	0	0,0	1	0,09	
Total	820	76,85	247	23,15	1067	100	
Emprego formalizado							
Sim	238	22,41	50	4,71	288	27,12	0,0055 ^a
Não	577	54,33	197	18,55	774	72,88	
Total	815	76,74	247	23,26	1062	100	

Renda familiar total							
Até R\$ 788,00	246	23,08	119	11,16	365	34,24	
De R\$ 789,00 a R\$ 1576,00	373	34,99	82	7,69	455	42,68	
De R\$ 1577,00 a R\$ 2364,00	135	12,66	27	2,53	162	15,20	<,0001 ^a
De R\$ 2365,00 a 3152,00	37	3,47	9	0,84	46	4,32	
Mais de 3153,00	28	2,63	10	0,94	38	3,56	
Total	819	76,83	247	23,17	1066	100	
Avaliação do Escore Utilização							
Alto	744	69,60	229	21,42	973	91,02	
Baixo	78	7,30	18	1,68	96	9,98	0,2886 ^b
Total	822	76,89	247	23,11	1069	100	
Avaliação do Escore Acessibilidade							
Alto	35	3,27	19	1,78	54	5,05	
Baixo	788	73,64	228	21,31	1016	94,95	0,0303 ^a
Total	823	76,92	247	23,08	1070	100	

*Teste do Qui-quadrado; ^a Grupos Associados ^b Grupos não associados.

A Tabela 2 apresenta à média dos escores atribuídos a dimensão de Acesso de Primeiro Contato com respectivas perguntas realizadas. Observa-se que da dimensão a que obteve a menor média 3,38 foi o composto da Acessibilidade na Região Verdes Campo seguido de 4,18 na Região Entre Rios do mesmo composto.

Tabela 2 - Escores atribuídos à dimensão Acesso de Primeiro Contato da Atenção Primária em Saúde pelos usuários adultos dos serviços de saúde das Regiões de Saúde: Verdes Campos e Entre Rios. 4ª CRS/RS, RS Brasil, 2015.

Atributo Acesso de Primeiro Contato	Indicadores	Média dos Escores (IC 95 %)		p-valor*
		Verdes Campos	Entre Rios	
		\bar{x} Intervalo	\bar{x} Intervalo	
Índice Composto da Utilização	B1 - Quando você necessita de uma consulta de revisão, você vai neste serviço de saúde antes de ir a outro serviço de saúde?	3,71 (3,65-3,76)	3,85 (3,78 – 3,91)	0,0071 [†]
	B2- Quando você tem um novo problema de saúde, você vai neste serviço de saúde antes de ir a outro serviço de saúde?	3,52 (3,45-3,58)	3,72 (3,63 – 3,8)	0,0006 [†]
	B3 - Quando você tem que consultar um especialista, o seu serviço de saúde tem que encaminhar você obrigatoriamente?	3,62 (3,56-3,67)	3,46 (3,33 – 3,58)	0,0117
	-	8,73 (8,57 – 8,88)	8,93 (8,69 – 9,16)	0,2737
	C1- Serviço fica aberto no sábado ou no domingo?	1,31 (1,25 – 1,36)	1,2 (1,13 – 1,26)	0,1553
	C2 – Serviço fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	1,58 (1,51 – 1,64)	2,1 (1,96 – 2,23)	<,0001 [†]
	C3 – Quando serviço está aberto e você adoecer alguém de lá atende você no mesmo dia?	2,72 (2,63 – 2,80)	3,35 (3,23 – 3,46)	<,0001 [†]
	C4 – Quando o serviço está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	2,76 (2,67 – 2,84)	3,08 (2,94 – 3,21)	0,0002 [†]
	C5 -Quando o serviço está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	1,80 (1,71 – 1,88)	2,3 (2,12 – 2,47)	<,0001 [†]
	C6 Quando o está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	1,25 (1,20 – 1,29)	1,29 (1,19 – 1,38)	0,6238
	C7 Quando o serviço está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	1,22 (1,17 – 1,26)	1,32 (1,22 – 1,41)	0,1828
	C8 - É fácil marcar hora para uma consulta de revisão neste serviço?	2,43 (2,34 – 2,51)	2,90 (2,75 – 3,04)	<,0001 [†]
C9 - Quando você chega no no serviço de saúde você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	2,64 (2,53 – 2,72)	2,90 (2,73 – 3,06)	0,0047 [†]	
C10 – Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no serviço de saúde?	2,63 (2,53-2,72)	3,11 (2,88 – 3,33)	<,0001 [†]	
C11 – É difícil para você conseguir atendimento médico no serviço de saúde quando pensa que é necessário?	2,46 (2,36 – 2,55)	2,29 (2,11 – 2,46)	0,1060	
C12 – Quando você tem que ir ao serviço de saúde, você tem que faltar ao trabalho ou à escola?	3,38 (3,26 – 3,50)	3,29 (2,07 – 3,20)	0,1060	
Índice Composto do Acessibilidade	-	3,38 (3,26-3,49)	4,18 (3,99 – 4,36)	<,0001 [†]

* Teste de Mann Whitney [†] Diferença significativa (p<0,05)

Ao observarmos o composto Utilização dos Serviços, acessar a unidade para consultas de revisão foi o indicador que obteve maior escore na avaliação dos usuários adultos em ambas regiões com média de 3,71 Região Verdes Campos e 3,85 Região Entre Rios ($p < 0,005$). Seguido da utilização de acesso para novo problema de saúde média 3,52 Região Verdes Campos e 3,72 Região Entre Rios. Na avaliação global do Índice Composto da Utilização dos Serviços não houve diferença estatisticamente significativa com média 8,73 Região Verdes Campos e 8,93 Região Entre Rios ($p = 0,2737$).

No composto do Acessibilidade, a facilidade em marcar consulta após às 20h apresentou média de 1,58 para Região Verdes Campos e 2,1 para Região Entre Rios. Quanto à disponibilidade de ser atendido no mesmo dia 2,72 para Região Verdes Campos e 3,35 para Região Entre Rios. Ao analisar a comunicação com a unidade via telefone quando aberta 2,76 para Região Verdes Campos e 3,08 para Região Entre Rios, já quando a unidade está fechada observa-se mesma avaliação negativa com média de 1,80 para Região Verdes Campos e 2,3 para Região Entre Rios. Bem como a facilidade para consulta observa-se 2,43 para Região Verdes Campos e 2,90 para Região Entre Rios. Em relação o tempo de espera entre o acolhimento e a consulta 2,64 para Região Verdes Campos e 2,90 para Região Entre Rios. As barreiras organizacionais para marcação de consultas 2,63 para Região Verdes Campos e 3,11 para Região Entre Rios. Na avaliação global do Índice Composto Acessibilidade houve diferença estatisticamente significativa 3,38 para Região Verdes Campos e 4,18 para Região Entre Rios ($p = <, 0001$).

Tabela 3 - Escores atribuídos ao Acesso de Primeiro Contato da Atenção Primária em Saúde por modelo de atenção à saúde das Regiões de Saúde: Verdes Campos e Entre Rios. 4ª CRS/RS, RS Brasil, 2015.

	Verdes Campos		Entre Rios		p-valor*	Verdes Campos		Entre Rios		p-valor*	Verdes Campos		Entre Rios		p-valor†
	UBS/ESF		UBS/ESF			UBS/T		UBS/T			UBS/Mista		UBS/Mista		
	\bar{x}	Intervalo	\bar{x}	Intervalo		\bar{x}	Intervalo	\bar{x}	Intervalo		\bar{x}	Intervalo	\bar{x}	Intervalo	
B1 [§]	3,65	3,56 – 3,73	3,92	3,76 – 4,07	0,0197 [†]	3,77	3,68 – 3,85	3,82	3,73 – 3,90	0,5127	3,80	3,70 – 3,90	3,92	3,77 – 4,06	0,2738
B2 [§]	3,38	3,27 – 3,48	3,82	3,60 – 4,03	0,0057 [†]	3,61	3,51 – 3,71	3,68	3,56 – 3,79	0,3164	3,76	3,66 – 3,86	3,92	3,77 – 4,06	0,1005
B3 [§]	3,58	3,49 – 3,66	3,58	3,27 – 3,88	0,7803	3,67	3,57 – 3,76	3,38	3,22 – 3,53	0,0004 [†]	3,64	3,50 – 3,78	3,91	3,65 – 4,16	0,2087
Utilização	8,44	8,20 – 8,67	9,25	8,66 – 9,83	0,0202 [†]	8,97	8,78 – 9,15	8,76	8,46 – 9,05	0,1070	9,12	8,86 – 9,37	9,63	9,21 – 10,0	0,0357 [†]
C1 [§]	1,27	1,18 – 1,35	1,12	1,01 – 1,22	0,4619	1,10	1,05 – 1,14	1,18	1,09 – 1,26	0,0990	1,80	1,60 – 2,00	1,44	1,10 – 1,77	0,1499
C2 [§]	1,66	1,55 – 1,76	1,76	1,44 – 2,07	0,7840	1,57	1,45 – 1,68	2,22	2,04 – 2,39	0,0265	1,39	1,24 – 1,53	1,81	1,41 – 2,20	0,0010 [†]
C3 [§]	2,51	2,39 – 2,62	3,20	2,87 – 3,52	0,0010 [†]	2,81	2,66 – 2,95	3,36	3,21 – 3,50	<,0001 [†]	3,11	2,92 – 3,29	3,48	3,17 – 3,78	0,1401
C4 [§]	2,72	2,58 – 2,84	3,48	3,16 – 3,79	0,0002 [†]	2,88	2,73 – 3,02	2,98	2,80 – 3,15	0,3637	2,65	2,43 – 2,86	3,22	2,80 – 3,64	0,0325 [†]
C5 [§]	1,80	1,68 – 1,91	2,49	2,04 – 2,93	0,0020 [†]	1,77	1,62 – 1,91	2,20	1,99 – 2,40	0,0017 [†]	1,87	1,66 – 2,08	2,77	2,20 – 3,33	0,0025 [†]
C6 [§]	1,20	1,14 – 1,25	1,20	0,98 – 1,41	0,6724	1,15	1,08 – 1,21	2,25	1,14 – 1,35	0,1019	1,55	1,37 – 1,72	1,66	1,18 – 2,13	0,8191
C7 [§]	1,20	1,14 – 1,25	1,18	0,97 – 1,39	0,4043	1,11	1,05 – 1,16	1,29	1,17 – 1,40	0,0040 [†]	1,49	1,31 – 1,66	1,70	1,22 – 2,18	0,4136
C8 [§]	2,44	2,31 – 2,56	2,69	2,28 – 3,09	0,2373	2,30	2,14 – 2,45	2,91	2,73 – 3,08	<,0001 [†]	2,64	2,43 – 2,85	3,18	2,76 – 3,60	0,0538 [†]
C9 [§]	1,67	1,56 – 1,77	1,77	1,45 – 2,08	0,2323	1,58	1,32 – 1,83	2,22	2,04 – 2,39	<,0001 [†]	1,39	1,24 – 1,53	1,81	1,41 – 2,20	0,0048 [†]
C10 [§]	2,69	2,56 – 2,81	2,46	1,99 – 2,92	0,3535	2,43	2,26 – 2,59	2,91	2,72 – 3,09	0,0002 [†]	2,85	2,63 – 3,06	3,48	3,09 – 3,86	0,0177 [†]
C11 [§]	2,69	2,56 – 2,81	2,82	2,41 – 3,22	0,4175	2,57	2,40 – 2,73	3,07	2,90 – 3,24	0,0001 [†]	2,77	2,55 – 3,00	3,81	3,58 – 4,04	0,0002 [†]
C12 [§]	2,43	2,29 – 2,56	2,46	2,00 – 2,91	0,8496	2,46	2,28 – 2,63	2,23	2,02 – 2,43	0,1016	2,52	2,28 – 2,75	2,40	1,86 – 2,93	0,6178
Acesso	3,30	3,19 – 3,40	3,91	3,42 – 4,39	0,0230 [†]	3,13	2,94 – 3,31	4,11	3,88 – 4,33	<,0001 [†]	4,03	3,88 – 4,17	5,04	4,48 – 5,59	0,0066 [†]

* Teste deU Mann-Whitney \bar{x} Média [§] Indicadores conforme Tabela 2 [†] Diferença significativa (p <0,05).

Correlacionando o modelo de atenção entre as regiões observa-se significância estatística quanto ao primeiro profissional (médico ou enfermeiro) a ser procurado em um evento adverso de saúde com média de 3,65 para Região Verdes Campos e 3,92 para Região Entre Rios para UBS/ESF além de média 3,38 para Região Verdes Campos e 3,82 para Região Entre Rios quando questionados sobre um novo evento de saúde. Aponta-se que para encaminhamentos a serviços especializados a média 3,67 para Região Verdes Campos e 3,38 para Região Entre Rios obteve significância estatística.

Na avaliação global de Utilização dos serviços quando correlacionadas UBS/ESF entre as regiões tem-se média 8,44 para Verdes Campos e média 9,25 para Entre Rios e UBS/Mista média de 9,12 para Verdes Campos e média de 9,21 para Entre Rios.

Ao questionar sobre o horário de funcionamento após as 20h das UBS obtiveram UBS/T média de 1,57 para Região Verdes Campos e 2,22 para Região Entre Rios e UBS/Mista média de 1,39 para Região Verdes Campos e 1,44 para Região Entre Rios. Quanto a realizar atendimentos de casos agudizados UBS/ESF obteve média de 2,51 para Região Verdes Campos e 3,20 para Região Entre Rios e UBS/T média de 2,81 para Região Verdes Campos e 3,36 para Região Entre Rios. Ao questionar sobre a comunicação com a unidade via telefone significaram-se média entre UBS/ESF com média de 2,72 para Região Verdes Campos e 3,48 para Região Entre Rios e UBS/Mista média de 2,65 para Região Verdes Campos e 3,22 para Região Entre Rios. Já quanto questionados se haviam meio de comunicação quando a UBS estivesse fechada as correlações entre os modelos de atenção e as regiões apresentaram UBS/ESF média 1,80 para Região Verdes Campos e 2,49 para Região Entre Rios, UBS/T 1,77 para Região Verdes Campos e 2,20 para Região Entre Rios e UBS/Mista média de 1,87 para Região Verdes Campos e 2,77 para Região Entre Rios. Quanto à disponibilidade de marcação de consultas observa-se nas UBS/T média de 2,30 para Região Verdes Campos e 2,91 para Região Entre Rios, na UBS/Mista 2,64 para Região Verdes Campos e 3,18 para Região Entre Rios. No tempo de gasto na sala de espera tem-se UBS/T média de 1,58 para Região Verdes Campos e 2,22 para Região Entre Rios e na UBS/Mista média de 1,39 para Região Verdes Campos e 1,81 para Região Entre Rios. Indagados a respeito das dificuldades em marcar consulta a UBS/T com média de 2,43 para Região Verdes Campos e média de 2,91 para Região Entre Rios e UBS/Mista média de 2,85 para Região Verdes Campos e 3,48 para Região Entre Rios. Na referencia sobre conseguir atendimento quando o usuário pensa ser necessário UBS/T com média de 2,57 para Região Verdes Campos e média 3,07 para Região Entre Rios e na UBS/Mista média de 2,77 pra Região

Verdes Campos e média de 3,81 para Região Entre Rios e UBS/ESF entre as regiões não houve correlação estatística.

Na avaliação global da Acessibilidade aos serviços quando correlacionadas UBS/ESF entre as regiões tem-se média 3,30 para Região Verdes Campos e média 3,91 para Região Entre Rios, UBS/T média de 3,13 para Região Verdes Campos e média de 4,11 para Região Entre Rios e UBS/Mista média de 4,03 para Região Verdes Campos e média de 5,04 para Região Entre Rios.

DISCUSSÃO

Observou-se neste estudo que na amostra de usuários dos serviços de saúde é similar àqueles de outros estudos de usuários da Atenção Básica ^(9,10). A maior demanda nos serviços de saúde, são de usuários do sexo feminino em regiões de saúde, indicando que as mulheres utilizam os serviços de saúde com mais frequência, além de assumirem a responsabilidade em procurar atendimento para seus familiares ⁽¹¹⁾.

Mais da metade dos entrevistados não possuía o ensino fundamental completo o que está de acordo com a literatura. Isto pode ser explicado pela instalação das unidades de saúde em regiões de maior vulnerabilidade social, confirmando com isso que a escolaridade de usuários dos serviços de saúde em geral é baixa ⁽¹¹⁾.

Estudo ^(10,12, 13) apontam que a população com um menor grau de escolaridade tende a emitir menos juízos de valor e ser mais condescendente com os serviços de saúde que lhe são prestados expressando graus mais elevados de satisfação como o que foi observado no Índice Utilização dos Serviços.

Em relação à faixa etária dos usuários entrevistados, a idade média foi em torno dos 40 anos, com destaque para faixas etárias mais elevadas fato este que pode justificar pelas políticas de saúde que focalizam determinados grupos da população.

Temos ainda que a auto avaliação em saúde é um indicador mundialmente empregado para avaliar o estado de saúde hoje esse indicador pode ser obtido em inquéritos nacionais no Brasil, como nas PNAD ⁽¹⁴⁾. O acesso aos serviços de saúde foi mais bem avaliado que a utilização, contrariando outros estudos ⁽¹⁵⁾.

Chama atenção no estudo para o meio de transporte utilizado pelos usuários para chegar até unidade semelhantes a estudos ⁽¹⁶⁾ o qual se identifica as barreiras geográficas para garantia do acesso ao serviço

Quanto a Utilização dos serviços de saúde com relação a qual profissional é procurado em caso de consultas de rotina, a procura do serviços em caso de um novo evento adverso de saúde bem como encaminhamento para consulta com especialista o estudo traz avaliação positiva em ambas Regiões de Saúde. Tais resultados confirmam estudos⁽¹⁵⁾ em que o Índice Composto da Utilização dos Serviços bem avaliado nas regiões estudadas.

Com relação à disponibilidade do serviço ser acessado sábado e domingo o estudo demonstrou não haver diferença estatisticamente significativa entre as duas regiões de saúde. No indicador que avalia se o serviço fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20h obteve-se diferença estatisticamente significativa entre as regiões. Desta forma a avaliação foi considerada insatisfatória em ambos indicadores corroborando com estudos que apontam a indisponibilidade de atendimento nos fins de semana e atendimento após as 18 horas como obstáculos para o acesso^(15,16,17),

Ao relacionar a disponibilidade diária ou via telefone da atenção à saúde quando o serviço de saúde está aberto para primeira e fechado para segunda as médias demonstram resultados abaixo do esperado em ambas regiões com identificado em estudos^(15,17).

A existência de barreiras organizacionais nos serviços em abas regiões avaliadas foram identificadas por meio da dificuldade dos usuários para agendamento de consulta de revisão, tempo de espera superior a 30 minutos e necessidade de contar várias pessoas para que este agendamento se efetivasse semelhante encontrado em estudos⁽¹⁵⁾ que avaliam a APS os quais comprometem o desempenho do serviço. Segundo Van Stralen et al.⁽¹⁹⁾ estes indicadores representa à maior ou menor facilidade da população para obter uma consulta. Entretanto, ressalta-se que não devemos reduzir a atenção primária à prestação de consultas médicas, todavia esta atenção não pode abdicar da atenção clínica prestada pelos profissionais de saúde. Realidades estas encontradas em estudos⁽¹⁶⁾ os quais também obtiveram médias inferiores aos valores de classificação com relação ao horário de atendimento e os meios de comunicação com o serviço. De modo que para transpor estes obstáculos de acesso de primeiro contato, é necessário que os usuários falem ao trabalho ou à escola para conseguirem realizar agendamento ou atendimento⁽¹⁵⁾.

A avaliação do Índice Composto do Acesso obteve índices baixos em ambas as regiões estudadas. Este composto em estudo⁽¹⁸⁾ é resultante da oferta de serviços, da sua distribuição geográfica, da disponibilidade e da qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, dos mecanismos de financiamento, do modelo assistencial e as informações sobre o sistema. Ademais o acesso pode ser afetado por limitações nestes indicadores.

O acesso aos serviços de saúde na APS como serviço de primeiro contato, articula outros níveis, pressupõe a constituição de uma rede integrada de serviços de saúde, a qual funciona como porta de entrada para o atendimento, ao longo do tempo. Ainda contribui coordenando ou integrando os outros níveis de atenção, fornecidos em algum ponto do sistema de saúde.

No presente estudo observou-se diferenças entre modelos de atenção quando comparados entre as Regiões de Saúde. O Índice Composto da Utilização do serviço ainda que bem avaliado em todos os modelos de atenção das Regiões apresenta no modelo UBS/Mista melhor média de avaliação, seguido do modelo UBS/ESF. Destaca-se que houve uma correlação significativa em ambos os modelos das regiões estudadas.

O Índice Composto do Acesso por sua vez teve menor média não sendo identificado diferença entre os modelos de atenção na APS. Estudo traz o acesso, tanto na ESF como na UBS tradicional, como um dos pontos de estrangulamento do sistema, ficando esta característica organizacional prejudicada nos serviços de APS podendo causar prejuízos à necessidade dos usuários comprometendo o desempenho do serviço^(3,9,15,19).

O presente estudo mostra que nas regiões estudadas a UBS/ESF não se apresenta como potencializadora do acesso tendo em vista a avaliação superior nos modelos de UBS/T e UBS/Mista em relação à UBS/ESF. Contrariando estudos que apontam a ESF como um potente modelo na garantia do acesso⁽²¹⁾, integralidade, longitudinalidade e coordenação da atenção na APS.

Tem-se que o acesso é considerado um dos atributos essenciais para o alcance da qualidade nos serviços de Saúde⁽²⁰⁾. Ademais, o modelo de atenção à saúde vigente é orientado pelas diretrizes da atenção básica, e tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização e expansão. Proporciona maior acesso e resolubilidade a partir do trabalho de equipes que assumem a responsabilidade pela população de uma área geográfica definida onde são desenvolvidas ações individuais e coletivas de forma integral e contínua^(3,10)

Por fim quando analisado os resultados da pesquisa, identificamos que a dimensão Acessibilidade, que avalia quanto o serviço de saúde é disponível ao usuário e sua capacidade de atendimento para a rotina ou para a demanda espontânea, recebeu a pior avaliação. Contrariando estudos^(9,16,17) que apontam esta dimensão bem avaliada.

CONCLUSÃO

Este estudo traz importantes resultados para os serviços avaliados e também para as políticas públicas de atenção à saúde de ambas Regiões de Saúde. Todos os serviços possuem, na avaliação dos usuários, dimensões que precisam ser aprimoradas. Desse modo, monitorar as atividades dos serviços contribuem para a construção de novos mecanismos de atenção, sobretudo, no planejamento e inclusão dos usuários.

Ainda, Os resultados obtidos neste estudo podem fornecer subsídios para análise mais ampliada do contexto assistencial, ao serem verificadas as distribuições e características dos serviços de saúde, há semelhanças, especialmente se considerar a dimensão que obteve a menor média foi “acessibilidade” 3,38 para Região Verdes Campos e 4,18 para Região Entre Rios. Identificando um relação conflituosa, sobretudo, no que se refere à resolubilidade frente às demandas do usuário.

É preciso destacar, que os resultados abrangem duas Regiões de Saúde. Ao passo que estas, via política pública, preconiza a pactuação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a APS como centro regulador.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Promoção da saúde: carta de Ottawa, declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: MS; 1996
2. Brasil. Ministério da Saúde. 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. Diário Oficial da União, Brasília: DF; 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: DF; 2012
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: DF; 2006
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool. Brasília: MS; 2010. (MS. Normas e Manuais Técnicos).
6. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool- Brasil adultos. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; [acesso 01 ago 2015];8(29):274-84. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)829](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)829)

7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas - DPE. Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS. NOTA: Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2011.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466. Regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 2012.
9. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Cien Saúde Coletiva*. 2006;11(3):683-703.
10. Bastos ACS, Santana EM, Nunes M. O estudo etnográfico da satisfação de usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Cien Saude Colet* 2002; 7(3):581-589
11. Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.1, pp. 103-114. ISSN 1413-8123.
12. Cotta RMM, Marques E S, Maia TM, Azeredo CM, Schott M, Franceschini SCC, et al. Satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. *Scientia Medica* 2005; 15(4):227-234.
13. Barata RB. Condições de Saúde da População Brasileira. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Carvalho AI, Noronha JC, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 173:175
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE; 2003.
15. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, Santos AM, Alves MTSSB, Lamy ZC et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(11):3321-31.
16. Pereira MJB, et al. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 48-55, mar. 2011.
17. Sala A, et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 948-960, dez. 2011
18. Van Stralen CJ, Belisário SA, Van Stralen TBD, Lima AMD, Masote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre a atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(Supl. 1):148-158.

19. Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F. Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective. Oxford: Oxford University Press; 1993.
20. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. [acesso 01 de ago 2015]; 726 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf
21. Pereira MJB, Mishima SM, Bava MCG, Santos JS, Matumoto S, Fortuna CM, et al. Atributos essenciais da atenção primária à saúde: comparação do desempenho entre unidades de saúde tradicionais e unidades da estratégia de saúde da família [Internet]. In: XXIIème Congrès de l' ALASS. 2011 [acesso 01 de ago 2015]; Lausanne. Anais. Lausanne: CALASS, ALASS; 2011. p. 1-10. Disponível em: http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2011/Sesion_V/sesion27/02-09_sesion27_2-pt.pdf.

6 CONCLUSÃO

Os resultados apontados pelo presente estudo mostram que o atributo Acesso de Primeiro Contato foi avaliado como satisfatório em sua dimensão Utilização, que é vista como o contato direto do usuário com o serviço. Dessa forma, tendo em vista que é resultante da interação do usuário que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. Contudo, a dimensão acessibilidade apresentou-se insatisfatório não apenas em ambas regiões como também nos modelos de assistência à saúde.

Portanto repensar a forma pela qual se caracteriza a oferta de serviços de saúde ou do ajuste entre a oferta e a população, representa alternativa na garantia na mudança do modelo voltado para a resolução dos problemas imediatos, uma vez que, a ausência de um ponto de entrada, especialmente, a acessibilidade como elemento estrutural faz com que a atenção adequada não seja obtida, logo, adiada. Desse modo, os estudo indica que a APS revela-se a entrada no serviço, tendo a avaliação do Acesso de Primeiro Contato como forma de identificar a capacidade de prestação dos serviços.

Soma-se a contribuição da TI como área de conhecimento que necessita ser incorporada pela Enfermagem Brasileira para que seja delineada a via de domínio necessária para consolidar seu escopo de conhecimento e suas intervenções práticas. Embora desafios consideráveis permaneçam no sentido de dominar as ferramentas, os recursos e entender a Informática na pesquisa em Enfermagem, o seu impacto como o demonstrado no estudo revela-se satisfatório. Assim, possibilitou organizar à pesquisa, reduzir a ocorrência de erros e melhorar a qualidade e a segurança da coleta em grandes populações. Ainda destaca-se o auxílios para a pesquisa, que implicou na formação da estratégia para a coleta de dados.

Por fim, investimentos na APS para que ela possa, progressivamente, ampliar sua capacidade de intervir ativamente nos processos regulatórios, consolidando gradualmente sua legitimidade perante os usuários como efetivo centro de comunicação com os demais serviços.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição Federal, 1988

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080D dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: **Ministério da Saúde** DF; 1990

_____. Ministério da Saúde. Documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. Brasília: **Ministério da Saúde**; 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2012.

_____. Portaria Portaria Nº 4.279. Estabelece Diretrizes Para A Organização Da Rede De Atenção À Saúde No Âmbito Do Sistema Único De Saúde (SUS). **Diário Oficial da União** 2010a.

_____. 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. **Normas e manuais técnicos**. Brasília : Ministério da Saúde, 2010b.

_____. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466. Regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2012. p.59.

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

BROUSSELLE, A CHAMPAHNE, F. CONTANDRIOPOULOS A.P. HARTZ, Z. Avaliação conceitos e métodos/ organizado por Astrid Brousselle et al. Tradução Michel Colin – Rio de Janeiro. 22ª ed. Editora **Fiocruz**, 2011

CAMPOS, G.W.S. Debate sobre o artigo de Conill. **Cad. Saúde Pública** 2008; 24 Sup 1: S7-S27

CASTRO, Josué de. *Geografia da Fome*. São Paulo: Brasiliense, 1957.

CHIZZOTTI, A. **A pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 2005

CUNHA, A.B.O; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad Saude Publica**, Brasília n. 26 2010. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/15.pdf>

DASSOW, P. L. Measuring performance in primary care: what patient outcome indicators do physicians value?. **J Am Board Fam Med**. v. 20, n. 1, p. 1-8, jan./fev., 2007.

DONABEDIAN, A. Aspects of Medical Care Administration: Specifying requirements for Health Care. **Harvard University Press**, Cambridge; 1973

_____. Evaluation de la calidad de la atención médica. In: White KL, editor. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington (USA): Organización Panamericana de La Salud: **OPAS-Public**; 1992. p. 382-404.

_____. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. New York, USA: **Oxford University Press**; 2003.

_____. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**. United States; 2005

DUNCAN, B. B. et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Services Research**, London, v. 6, n. 156, p. 1-13, Dec. 2000.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **Rev RAEGA**, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009. Editora UFPR

GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: **Atlas**, 2010.

HARTZ, Z.M; SILVA, L.M.V. Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro; **Fiocruz**; 2005

HAGGERTY, J.L; YAVICH, N; BÁSCOLO, E.P. Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de La Atención Primaria en América Latina. Um marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. **Rev Panam Salud Publica**. 2009;26(5):377-84. Ham C. Evaluations and impact of disease management programmes. Bonn: **Conference of Bonn**; 2007.

HARZHEIM, E. et al. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. **Cad de Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, 2006

IBGE, Diretoria de Pesquisas - DPE. Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS. NOTA: **Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2011**.

MACHADO, M.F.A.S.; *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MALOUIN, R. A; STARFIELD, B; SEPULVEDA, M. J. Evaluating the Tools Used To Assess the Medical Home. **Manag Care**. v. 18, n. 6, p. 44-8, jun., 2009

MATTOS, R.A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Ciênc Saúde Coletiva** 2004; 6: 377-89.

MENDES, E.V. Distritos Sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde. São Paulo: **Hucitec**: Abrasco, 1993.

_____. E V. As redes de atenção à saúde. Organização Panamericana da Saúde, 2ª edição. Brasília: 2011. 549 p.

MENDES, A.C.G. Uma agenda para a saúde. São Paulo: **Editora Hucitec**; 1996.

_____. A delicadeza esquecida: Avaliação da qualidade das Emergências. Recife: **Editora Universitária da UFPE**; 2010.

MILLMAN, M. Access to Health care in America. Washington, DC: **National Academy Press**, 1993.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Orientação no desenvolvimento de estratégias de qualidade e segurança com uma abordagem de sistema de saúde. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; 6-12 de setembro de 1978; Alma-Ata, URSS, [acesso em 01 de set 2015] Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.

PALHA, P. Saúde Global. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** Editorial mar.-abr. 2014; 22(2): 177-8.

PATON, M.Q. Utilization-focused evaluation. The new century text. Thousands Oaks. London – New Deli: **SAGE Publications**, 1997.

PEREIRA, M. G. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: **Guanabara Joogan**, Ed. 16. 2013.

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

RACOVEANU, N.T; JOHANSEN, K.S. Tecnología para el mejoramiento contínuo de la calidad de la atención sanitaria. **Foro Mundial Salud** 1995; 16: 158-65.

RIGHI, L.B; SOUSA, L.; ROHDE, P; MACHARELLI, A.A; BAIBICH, M.E. S;

ROBINSON, P.G; Apoio para a Produção de Redes de (em) Saúde: efeitos de percursos formativos em humanização da atenção e gestão do SUS **Sau. & Transf. Soc.**, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 59-68, 2014

SAMPAIO, LFR. Debate sobre o artigo de Conill. **Cad. Saúde Pública** 2008; 24 Sup 1: S7 – S27

SANTOS, M. A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção 4. ed. 2. reimpr. - São Paulo: **Editora da Universidade de São Paulo**, 2006.

_____. Por Uma Outra Globalização: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: **Record**; 2003.

STARFIELD, B. Primary Care: concept, evaluation and policy. New York: **Oxford University Press**, 1992.

_____. A framework for primary care research. **J Fam Pract.** v. 42, n. 2, p. 181-5, fev., 1996.

_____. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO. Brasil, **Ministério da Saúde**, 2002.

_____. B. *et al.* Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, United States, v. 105, n. 4, p. 998-1003, Apr. 2000.

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

STARFIELD, B. XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, United States, v. 50, n. 2, p. 161-75, 2001.

STARFIELD, B.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q.** v. 83, p. 457-502, 2005.

STETLER, C. B.; MORSI, D.; RUCKI, S.; BROUGHTON, S.; CORRIGAN, B. FITZGERALD, J. et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. **Applied Nursing Research**, Philadelphia, v. 11, n. 4, p. 195-206, Nov. 1998.

TEIXEIRA, C. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cad Saúde Pública** 2002; 18 Supl: 153-62.

TRAVASSOS, C; CASTRO, M.S.M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde. In: Giovanella L. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: **Fiocruz, Cebes**; 2008. p. 215-243.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saude Publica** 2004; 20(Supl. 2):190-198

UNGLERT, C.V.S. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). Distritos Sanitários: processo social de mudança nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde. São Paulo: **Hucitec**: Abrasco, 1993. p. 221-235.

VILLAROSA, F. N. A estimativa rápida e a divisão do território no Distrito Sanitário. Brasília: **Organização Pan-Americana de Saúde**, 1993.

WEILLER, T. H. O acesso na rede pública de saúde de Ijuí/RS: um cenário de controvérsias. Ribeirão Preto, 2008. Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/USP- área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

WEISS, C. Evaluation for decisions hinged only on information: a response to Patton. **Evaluation Practice**, 9(3): 15:28, 1988,

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. (Health for All series, n. 1) Geneva, 1978.

_____. Primary Health Care 21: Everybody's Business. Amaty, Kazakhstan, 1999.

_____. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva, World Health Organization/Public Health Agency of Canada, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

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
 Ambos

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 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 (4ªCRS/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

APÊNDICE C – 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 – INSTRUMENTO PCATOOL –BRASIL VERSÃO ADULTO (ATRIBUTO ACESSO)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto
A - GRAU DE AFILIAÇÃO

A1 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

Não
 Sim (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____
Endereço: _____

A2 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?

Não
 Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima
 Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____
Endereço: _____

A3 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

Não
 Sim, mesmo que A1 & A2 acima.
 Sim, o mesmo que A1 somente.
 Sim, o mesmo que A2 somente.
 Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor, dê o nome e endereço).

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____
Endereço: _____

Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFERMEIRO A SER AVALIADO

AGORA, o entrevistador identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:

- Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item A5).
- Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A5).
- Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item A5).
- Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item A5).
- Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na respostas A3 (Preencha o item A5).
- Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A4 e A5).

A4 - Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez: _____

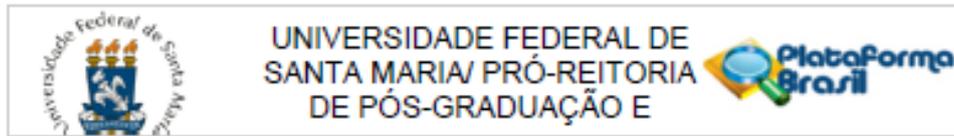
Esclareça ao entrevistado que:
A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a):
A5 - _____
("nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde"). (Vá para a Seção B)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto					
B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO					
Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
B1 - Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2 - Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3 - Quando você tem que consultar um especialista, o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" tem que encaminhar você obrigatoriamente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool- Brasil versão Adulto					
C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE					
Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" fica aberto no sábado ou no domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está aberto e você adoecer alguém de lá atende você no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C7 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C8 - É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, "check-up") neste "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C9 - Quando você chega no seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C10 - Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C11 - É difícil para você conseguir atendimento médico do seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" quando pensa que é necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C12 - Quando você tem que ir ao "nome do médico / enfermeira / local", você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO B - APROVAÇÃO DO 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 weiler

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34137314.4.0000.5346

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

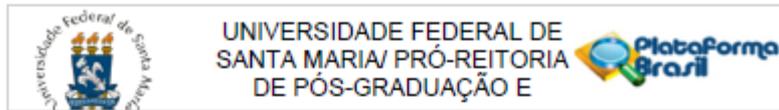
Apresentação do Projeto:

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 (4ªCRS/RS) com sede no município de Santa Maria.

O número estimado de sujeitos é 4000 pessoas, destas 500 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 Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 756.252

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 as coletas 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 a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS, por meio da aplicação do instrumento PCATool (Primary Care Assessment Tool versões Criança,Adulto e Profissionais).

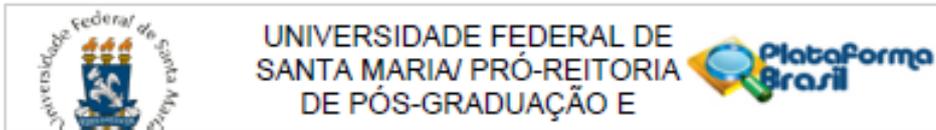
Objetivos Secundários:

- 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. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 756.252

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 GAP, TCLE, Termo de Confidencialidade, bem como a autorização do órgão responsável pelos locais onde ocorrerá o estudo (4ª Coordenadoria de Saúde).

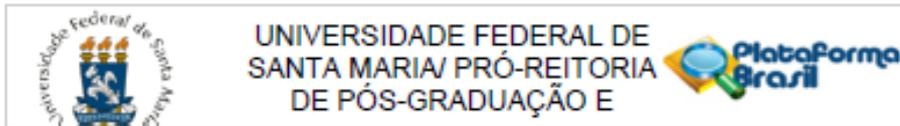
Recomendações:

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 a 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. Roraima, 1000 - prédio da Retoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 756.252

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 19 de Agosto de 2014

Assinado por:
 CLAUDEMIR DE QUADROS
 (Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

ANEXO C – DECISÃO EDITORIAL

Assunto:	[APS] Decisão editorial
De:	'Isabel Cristina Leite - Editora Executiva' via Revista de APS (revista.aps@ufjf.edu.br)
Para:	adalvane.damaceno@yahoo.com.br;
Cc:	danielibandeira22@gmail.com; namirhodali@hotmail.com; weiller2@hotmail.com;
Data:	Segunda-feira, 15 de Junho de 2015 12:01

Sr Adalvane Nobres Damaceno,

Foi tomada uma decisão sobre o artigo submetido à revista Revista de APS,
"ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA".

A decisão é: aprovação do manuscrito com provável publicação no número 19(1)

Isabel Cristina Leite - Editora Executiva
Universidade Federal de Juiz de Fora
Fone 32 32293835
revista.aps@ufjf.edu.br

Revista de Atenção Primária a Saúde
<http://www.aps.ufjf.br>