

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

Eduarda Signor

**AVALIAÇÃO DA INTEGRALIDADE NA REDE DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DO INTERIOR DO RS**

**Santa Maria, RS
2016**

Eduarda Signor

**AVALIAÇÃO DA INTEGRALIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE EM MUNICÍPIOS DO INTERIOR DO RS**

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

Orientador(a): Prof^ª. Dr^ª. Teresinha Heck Weiller
Coorientador(a): Prof^ª. Dr^ª. Suzinara Beatriz Soares de Lima

Santa Maria, RS
2016

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

Signor, Eduarda
Avaliação da integralidade na rede de Atenção Primária à Saúde em municípios do interior do RS / Eduarda Signor.- 2016.
108 p. ; 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, 2016

1. Enfermagem 2. Saúde coletiva 3. Avaliação dos serviços de saúde I. Heck Weiller, Teresinha II. Soares de Lima, Suzinara Beatriz III. Título.

Eduarda Signor

**AVALIAÇÃO DA INTEGRALIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE EM MUNICÍPIOS DO INTERIOR DO RS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Aprovado em 26 de janeiro de 2016:

Teresinha Heck Weiller, Dr^a (UFSM)
(Presidente da banca/Orientadora)

Luis Felipe Dias Lopes, Dr (UFSM)
(Membro da Banca Avaliadora)

Luiz Anildo Anacleto da Silva, Dr (UFSM)
(Membro da Banca Avaliadora)

Sheila Kocourek, Dr^a (UFSM)
(Membro da Banca Suplente)

Santa Maria, RS
2016

Dedico este trabalho a minha
família,

As minhas eternas
companheiras Capitu e
Dunguinha,

E em especial aos meus pais,
Mari e Maneco.

AGRADECIMENTOS

Ao longo da minha trajetória obtive apoio e o carinho de muitas pessoas, que me propiciaram as condições emocionais necessárias para que este sonho se tornasse realidade.

Agradeço primeiramente à *Deus*, por me conceder tantas vitórias na vida.

Agradeço à minha *Mãe Marilei* e ao meu *Pai Gelson*, por me apoiar, incentivar e me levar até onde cheguei.

Agradeço o meu *namorado Davi*, por ter tanta paciência e suportar a distância para que eu pudesse alcançar meus objetivos.

Agradeço à todos os meus *amigos*, pelas tantas palavras de apoio e incentivo, também, pelo tantos momentos descontração, apesar da correria do cotidiano.

Agradeço eternamente à minha orientadora e amiga, *Profª Drª Teresinha Heck Weiller*, pela parceria, paciência e todo o apoio durante o percurso. Muito Obrigada!

Agradeço a minha co-orientadora *Profª Drª Suzinara Beatriz Soares de Lima*, por ter aceito meu convite e por todo o apoio necessário.

Agradeço ao *Prof. Dr. Luis Felipe Dias Lopes* pelas incansáveis explicações e pela enorme paciência.

Agradeço ao *Prof Dr. Luiz Anildo Anacleto da Silva*, meu eterno professor e amigo.

Agradeço à *banca examinadora*, Dr. Luiz Felipe Dias Lopes, Dr. Luiz Anildo Anacleto da Silva e Drª Sheila Kocourek, pelas contribuições para a realização deste trabalho.

À *Universidade Federal de Santa Maria* e ao *Programa de Pós-Graduação em Enfermagem* por possibilitar que este sonho se concretizasse e que pode contribuir para a minha qualificação profissional.

À *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)* pela concessão de bolsa de mestrado o que possibilitou ter dedicação integral ao curso.

Ao *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico* pelo fomento para a realização desta pesquisa.

À todas as pessoas que, de alguma forma, se fizeram presente nessa trajetória.

Obrigada, com todo meu coração!

"Você tem que encontrar aquilo que você gosta. E isso é verdade tanto para seu trabalho quanto para seus companheiros. Seu trabalho vai ocupar uma grande parte da sua vida, e a única maneira de estar verdadeiramente satisfeito é fazendo aquilo que você acredita ser um ótimo trabalho. E a única maneira de fazer um ótimo trabalho é fazendo o que você ama fazer. Se você ainda não encontrou, continue procurando. Não se contente. Assim como com as coisas do coração, você saberá quando encontrar. E, como qualquer ótimo conhecimento, fica melhor com o passar dos anos. Então continue procurando e você vai encontrar. Não se contente."

Steve Jobs

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Mestrado
Universidade Federal de Santa Maria

AValiação DA INTEGRALIDADE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DO INTERIOR DO RS

AUTORA: EDUARDA SIGNOR
ORIENTADORA: PROF^a DR^a TERESINHA HECK WEILLER
COORIENTADORA: PROF^a DR^a SUZINARA BEATRIZ SOARES DE LIMA
Local e Data da qualificação: Santa Maria, 26 de janeiro de 2016.

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)”, na qual foi desenvolvida uma pesquisa avaliativa da integralidade nos serviços de Atenção Primária à Saúde de 32 municípios pertencentes a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, na versão adulto. De acordo com a Lei 8.080/90, a integralidade se caracteriza como um composto e incessante das ações e ofícios preventivos e curativos, coletivos e individuais, estabelecidos em toda a densidade tecnológica do sistema de saúde. **Questão norteadora:** quais são os escores da integralidade na rede de atenção primária à saúde da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS? **Objeto de estudo:** avaliação da integralidade na Atenção Primária à Saúde por adultos ≥ 18 anos em municípios da 4ª CRS/RS. **Objetivo do estudo:** medir a presença e extensão do atributo da integralidade na APS a partir da aplicação do instrumento PCATool-Brasil versão adulto nos municípios pertencentes da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS. **Metodologia:** Pesquisa de abordagem quantitativa com delineamento transversal. A coleta de dados ocorreu de fevereiro a agosto de 2015 nos serviços de APS nos municípios integrantes a 4ª CRS/RS. A população do estudo contemplou adultos maiores de 18 anos que realizam atendimento junto a porta da Atenção Primária à Saúde, totalizando 1076 usuários adultos. A coleta dos dados por meio de entrevistas com utilização de *tablet*, com aplicação do PCATool-Brasil versão adultos. Os dados foram exportados e organizados no *software Epi Info* versão 7.0 e calculados no programa *Statistical Analysis System (SAS)* versão 9.0. O projeto matricial foi submetido e aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, com número do CAAE: 34137314.4.0000.5346 em 14/08/2014. Foram respeitados os aspectos éticos das pesquisas com seres humanos, seguindo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados** são compostos por dois artigos publicáveis que foram submetidos à revistas científicas, o primeiro artigo aponta que a integralidade baseia-se no acolhimento, humanização em abordagem com o usuário, cuidado integral que os usuários recebem da equipe multiprofissional, processo de referência e contrarreferência e criação de vínculo com o usuário. Em sua totalidade, os artigos foram classificados como nível de evidência 6. No segundo artigo, foram entrevistados 1076 usuários adultos, e verificado mediante perfil socioeconômico que 76.30% dos usuários são do sexo feminino, 43.97% estão na faixa etária de 18 a 38 anos, a situação conjugal que prevaleceu é casada com 41.88% e 69.40% se autodeclararam de cor branca. Os participantes relatam que o meio de transporte mais utilizado para chegar até a APS é a pé 59.79%. Quanto a formação, a maioria 55.13% declarou ter realizado o ensino

fundamental completo e/ou incompleto, destes 74.07% não possuem plano de saúde privado, prevalecendo os indivíduos que não possuem carteira de trabalho assinada, com 72.85%, quanto a renda familiar a maioria 42.63% declarou receber de 1 a 2 salários mínimos. **Conclusão:** Embora a APS seja indispensável para a efetivação dos serviços de saúde, ainda existem muitos desafios a serem superados, no sentido de melhorar a organização do sistema e os cuidados em saúde, investindo no aumento de profissionais gestores e equipes multiprofissionais e na capacitação dos mesmos; infraestrutura adequada, modelo de atenção e na fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde e no subfinanciamento.

Descritores: Atenção primária à saúde; Assistência à saúde; Avaliação da qualidade dos cuidados de saúde; Avaliação em saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Master's degree dissertation
Post-graduation Program in Nursing
Universidade Federal de Santa Maria

EVALUATION OF THE ENTIRE NETWORK PRIMARY HEALTH CARE IN MUNICIPALITIES OF RS INTERIOR

AUTHOR: EDUARDA SIGNOR

ADVISOR: PROF^a DR^a TERESINHA HECK WEILLER

CO-ADVISOR: PROF^a DR^a SUZINARA BEATRIZ SOARES DE LIMA

Date and location of the Oral Dedense: Santa Maria, January 26th, 2016.

Dissertation member of the matrix project "PCATool (Primary Care Assessment Tool): Primary Care Evaluation at the 4th Coordination state Health Regional Rio Grande do Sul (4th CRS / RS)," in which an evaluative research integrity has been developed the Primary Health Care services of 32 municipalities in the 4th Regional Coordination of the Rio Grande do Sul Health, the adult version. According to Law 8.080/90, completeness is characterized as a compound and incessant actions and preventive and curative crafts, collective and individual, established across the technological density of the health system. **Guiding question:** what are the scores of comprehensive network of primary health 4th Regional Coordination of Health / RS? **Object of study:** evaluation of primary health care for adults ≥ 18 years in municipalities of the 4th CRS / RS. **Study Objective:** To measure the presence and extent of completeness of the attribute in the APS from the aplicação the PCATool-Brazil instrument adult version in the municipalities belonging to the 4th Regional Coordination of Health/RS. **Methodology:** Quantitative research approach with cross-sectional design. Data collection occurred from February to August 2015 the PHC services in the municipalities members of the 4th CRS / RS. The study population included adults over 18 years providing assistance at the door of Primary Health Care, totaling 1076 uduários adults. Data collection through interviews with the use of tablet, applying the PCATool Brazil-adult version. Data were exported and organized in software Epi Info version 7.0 and calculated in the Statistical Analysis System (SAS) version 9.0. The Matrix project was submitted to and accepted by the Ethics Committee of the Federal University of Santa Maria, with CAAE Number: 34137314.4.0000.5346 on 08/14/2014. The ethical aspects of research involving human beings were respected, according to Resolution 466/12 of the National Health Council. **Results** are composed of two publishable articles that were submitted to scientific journals, the first article points out that the total is based on the host, humanization in approach with the user, comprehensive care that users receive the multidisciplinary team, referral process and counter and create bonds with the user. In its entirety, the articles were classified as level of evidence 6. In the second article, we interviewed 1076 adult users, and verified by socioeconomic profile that 76.30% of users are female, 43.97% are in the age group of 18 to 38 years the marital status that prevailed is married to 41.88% and 69.40% declared themselves white. Participants report that the means of transport most used to get up to walk APS is 59.79%. As for training, most 55.13% reported having performed finished elementary school and/or incomplete, these 74.07% do not have private health insurance, whichever individuals who do not have a formal contract with 72.85%, as family income Most 42.63%

declared receive 1-2 times the minimum wage. **Conclusion:** Although APS is essential for the effectiveness of health services, there are still many challenges to be overcome in order to improve the system's organization and the health care, investing in increased professional managers and multidisciplinary teams and in training thereof; adequate infrastructure, health care model and the fragmentation of the offering and health services and underfunding.

Descriptors: Primary Health Care; Delivery of Health Care; Quality Assurance, Health Care; Health Evaluation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Mapa dos municípios que integram a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS.....	24
----------	---	----

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** Relação dos municípios da 4ªCRS/RS conforme a representatividade amostral. (N=32)
- Tabela 2** Perfil sociodemográfico dos usuários dos serviços de APS dos municípios da 4ª CRS, de acordo com a avaliação de alto e baixo escore do atributo integralidade. 2016. (N=1076)
- Tabela 3** Perfil sociodemográfico dos usuários dos serviços de APS na experiência dos usuários dos municípios sede de Santa Maria e Santiago de acordo com a avaliação de alto e baixo escore do atributo integralidade. 2016. (N=625)
- Tabela 4** Comparação entre as médias do escore da integralidade entre serviços disponíveis e serviços prestados. 2016. (N=625)

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Apresentação das estratégias de busca utilizadas nas Bases de Dados para seleção dos artigos. LILACS, PUBMED, SCOPUS e WEB OF SCIENCE.

Quadro 2 Classificação por identificação, base de dados, ano, idioma e níveis de evidência.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AMQ	Avaliação para a Melhoria da Qualidade
APS	Atenção Primária à Saúde
CAA/DAB	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários da Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DECS	Descritores de Ciências da Saúde
DP	Desvio Padrão
ESF	Estratégia da Saúde da Família
IBGE	Instituto de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
MESH	Medical Subject Headings
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitário de Saúde
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PCPC	Primary Care Police Center
PEC	Plano de Expansão de Cobertura
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNASH	Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PPGENF	Programa de Pós Graduação em Enfermagem
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SAS	Statistical Analysis System
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A	Parecer Consubstanciado do CEP
ANEXO B	Instrumento de coleta de dados
ANEXO C	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE APÊNDICES

APÊNCICE A Perfil Socioeconômico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
OBJETIVO.....	04
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	05
Atenção primária à saúde.....	05
Redes de Atenção à Saúde.....	09
Avaliação dos serviços de saúde.....	11
Integralidade na assistência do Sistema Único de Saúde.....	14
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	18
Delineamento do estudo.....	18
Cenário de estudo.....	18
Critérios de inclusão e exclusão.....	19
Amostra/População.....	19
Coleta de dados.....	20
Variáveis da integralidade.....	21
Análise dos Dados.....	22
Transformação da escala.....	22
Princípios éticos.....	23
4 RESULTADOS.....	26
Artigo 1.....	26
Artigo 2.....	36
5 DISCUSSÕES.....	49
6 CONCLUSÃO.....	52
7 REFERÊNCIAS.....	53
ANEXOS.....	62
APÊNDICES.....	70

1 INTRODUÇÃO

Em 1990, após a implantação inovadora de assistência à saúde no Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi elevada à destaque. A APS foi definida como o primeiro nível de assistência em saúde, caracterizada por atributos essenciais e derivados (STARFIELD, 2002; CONILL, 2008).

A APS se organiza a partir de quatro atributos essenciais, o primeiro aborda a integralidade, que implica em realizar arranjos para que o usuário receba todo o serviço de atenção à saúde. O segundo, o acesso de primeiro contato, que por sua vez consiste na acessibilidade e no uso dos serviços a cada novo problema ou um novo episódio problemático. O terceiro, a coordenação da atenção que caracteriza-se pela disponibilidade de informações acerca de dificuldades e serviços anteriores e o reconhecimento de informações relacionadas às necessidades para o presente atendimento. E por fim, a longitudinalidade na atenção pressupõe a existência de uma fonte reguladora e seu uso ao longo do tempo. Contempla ainda a APS os três atributos derivado, os quais incluem a competência cultural sendo o primeiro, a qual envolve a atenção às necessidades da população com características culturais diferenciadas. O segundo, a orientação comunitária, reconhece as necessidades, planejam e avaliam em conjunto essa assistência qualificada, e por fim o terceiro, a orientação centrada na família, que é considerada como potencializadora do cuidado, bem como de risco à saúde no contexto familiar da atenção integral (STARFIELD, 2002).

A integralidade, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), se assinala como conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos em todos os níveis de densidade tecnológica dos sistemas de saúde (BRASIL, 2001a). A integralidade é compreendida pela vinculação entre os serviços e as práticas que os profissionais realizam atrelada as políticas, como atributos das respostas governamentais as necessidades de saúde da população. Esta, engloba a assistência em saúde ofertada através da integração das ações de promoção, prevenção e cura, realizadas com o intuito de garantir a população as condições de vida e prevenção de risco e danos à saúde (TEIXEIRA, 2003).

Com o intuito de que as ações desenvolvidas no espaço de atenção básica atente para o cuidado integral ao indivíduo de forma eficaz, é relevante que seja considerada as necessidades das redes de serviços para enfrentar os problemas de saúde apresentados

pela população (LIMA et al., 2012). Assim, configura-se o modelo sistematizado nos níveis de densidade tecnológica, que é uma rede de serviços que trabalha para dar acesso para que os problemas e fatores de risco possam ser solucionados, interferindo na qualidade de vida dos usuários, incluindo a articulação entre os serviços privados e públicos (VIANA, 2012).

Para que a assistência à saúde tenha qualidade, faz-se necessário o cumprimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando o atendimento de qualidade aos usuários, envolvendo análise crítica dos contextos sociais (PINHEIRO; MATTOS, 2003). A avaliação dos atributos da APS em concordância com as diretrizes e princípios SUS, ocorre em âmbito nacional, regional e local, fornecendo subsídios para que haja mudanças, principalmente na implantação e nas tendências de universalização (VIANA, 2012).

Nesse sentido, a literatura aponta a existência de um instrumento potente para avaliação da APS o qual foi desenvolvido por Starfield et al., (2001) denominado *Primary Care Assessment Tool* (PCATool). Este, foi validado no Brasil e avalia o grau de orientação da APS através da avaliação dos atributos essenciais e derivados. O PCATool-Brasil é aplicado a profissionais de saúde e usuários, visando mensurar às ações de saúde de adultos, crianças e profissionais, refletindo os diferentes graus em relação aos serviços de saúde (SHI; STARFIELD; JIAHONG, 2001; HARZHEIM et al., 2006).

Entende-se que a avaliação da APS possibilitará a identificação da presença e extensão dos atributos essenciais e derivados, de modo fundamental para definir um serviço como orientado a partir dos preceitos da APS (BRASIL, 2001b), garantindo os princípios previstos na Constituição Federal de 1988 que orienta os preceitos da integralidade, universalidade e o controle social.

Deste modo, o PCATool-Brasil se torna um importante instrumento, visando suprir a ausência de rigor na identificação e diferenciação dos distintos modelos de atenção em atuação nos serviços da rede de saúde, buscando evidências acerca da efetividade da APS e resultando em implicações importantes sobre a definição das políticas públicas (BRASIL, 2010a).

A inexistência de outros instrumentos validados, que também mensuram a presença e extensão dos atributos da APS, faz do PCATool-Brasil um estudo relevante, visando a realização de pesquisas rigorosas e de qualidade. O instrumento pode ser

utilizado para investigações acadêmicas, em rotinas das equipes de APS e também pelos diferentes níveis da gestão do SUS no Brasil (HARZHEIM et al., 2010).

O PCATool-Brasil permite identificar aspectos estruturais e diversos processos dos serviços de saúde, por meio de entrevistas aplicadas por pesquisadores previamente treinados. Ele exige comprovação e revisão do processo de trabalho na busca por qualidade, planejamento e execução das ações da assistência, assegurando o esforço na melhoria da atenção à saúde aos indivíduos (HARZHEIM et al., 2010). Assim, tem-se como objeto de estudo a integralidade na APS.

O tema avaliação faz parte da minha atuação a partir dos primeiros semestres do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Campus Palmeira das Missões, despertando interesse em realizar pesquisas acerca de instrumentos que possibilitassem contribuir para a melhoria dos serviços da APS. A experiência como bolsista voluntária em pesquisas que relacionavam a gestão dos serviços, envolvendo serviços de saúde, associada aos conhecimentos adquiridos no curso de enfermagem, assim como a leitura crítica e reflexiva de textos envolvendo a gestão e a atenção nos serviços de saúde, desafiaram-me a compreender com mais especificidade a intersecção de processos avaliativos inseridos na APS.

Diante dessa necessidade, na construção do projeto de trabalho de conclusão de curso, foi realizado um estudo acerca dos desafios relacionados à gestão e educação, em um serviço de saúde do SUS, em um município de pequeno porte integrante à 15ªCRS/RS.

Ao ingressar no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGENF/UFSM) em 2014, passei a integrar o Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem, vindo a realizar constantes trabalhos com o tema da avaliação da APS.

A partir da realização de leituras acerca da avaliação, foi constatado que o PCATool-Brasil é um instrumento quantitativo relevante, que diferencia distintos modelos de atenção e favorece as evidências sobre a real efetividade da APS, resultando em consequências importantes para a definição das políticas públicas.

Somado a isso, perante a inexistência de instrumentos validados que objetivam mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados de APS em diferentes serviços de saúde nacionais, ressaltam a importância de realização do estudo disponibilizado por uma ferramenta validada que permite a realização de pesquisas com maior rigor e qualidade (BRASIL, 2010a).

Visto que, os processos avaliativos ainda não estão incorporados no cotidiano das práticas de gestão e buscando a obtenção de melhores resultados nos serviços de saúde, este estudo tem por finalidade cooperar para a implantação e realização de processos avaliativos no cotidiano das práticas de atenção à saúde da rede de APS dos municípios que integram a 4ª CRS/RS. Da mesma forma, busca este trabalho contribuir para a qualificação das ações de saúde implementada por gestores e trabalhadores da APS visando assegurar a integralidade da atenção.

A dissertação será apresentada em forma de artigo científico neste sentido, o primeiro artigo se trata de uma revisão integrativa que aborda os benefícios da integralidade na APS, já o segundo artigo são os resultados da pesquisa que apresenta o escore da integralidade da rede de APS dos municípios integrantes a 4ªCRS/RS.

Diante do exposto, apresenta-se a **questão norteadora de pesquisa:** qual é o escore da integralidade da atenção a adultos na APS em municípios da 4º CRS/RS? **Objetivo geral** medir a presença e extensão da integralidade na APS nos municípios pertencentes da 4ª CRS/RS. Tem-se como **objetivos específicos:** verificar as evidências científicas dos benefícios da integralidade na APS; caracterizar os usuários adultos da APS dos municípios integrantes à rede da 4ª CRS/RS; verificar a associação de variáveis socioeconômicas, demográficas dos usuários da APS com o escore da integralidade.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica apresentada a seguir, é subdividida em 4 capítulos. O primeiro aborda a Atenção Primária à Saúde; o segundo capítulo versa acerca das Redes de Atenção à Saúde; o terceiro trata da avaliação dos serviços de saúde e por fim, o quarto tópico debate sobre a integralidade na Atenção Primária à Saúde.

2.1 Atenção Primária à Saúde

A APS foi conceituada como modelo de organização de Sistemas Nacionais de Saúde 1920, no Reino Unido por Lord Dawson de Penn. Este defrontou-se com a missão de elaborar uma proposta de provisão de serviços médicos junto ao Seguro Nacional de Saúde Inglês. Como resultado deste trabalho, expôs em seu relatório a necessidade de reformular uma rede de serviços de saúde com acesso universal o qual contemplasse ações no âmbito curativas e preventivas. Desta forma, a rede atuaria em modelo hierárquico em três níveis de atenção sendo o primeiro os centros de saúde primários, seguidos de centros de saúde secundários e por fim, tendo como referência os hospitais escola (SAVASSI, 2013; STARFIELD, 2002).

A Assembleia Mundial de Saúde, realizada em 1970, procedeu na concepção da APS como uma estratégia eficaz ao desenvolvimento de sistemas de saúde, que garante o nível mínimo e acesso universal de saúde à todos os indivíduos, e intensificar a APS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

A conferência de Alma-Ata realizada em 1978, passa a ser marco referencial para APS, a qual define que os cuidados primários são essenciais, e baseados em métodos e tecnologias práticas, onde são colocadas ao alcance universal dos indivíduos, famílias e comunidades, a partir da participação e a um custo que as federações possam manter todas as fases do desenvolvimento. No mesmo ano, a OMS propôs a meta de garantir Saúde para todos no ano de 2000, como decorrência foi instituída uma agenda para reformulação do setor no cenário internacional, com destaque na oferta da APS à população, e recomendando mudanças no desenho dos serviços de saúde, tendo como

base a regionalização, hierarquização e integração dos serviços (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999; SATARFIELD, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

O conceito de APS amplia-se aos apontadores assistenciais como uma proposta de serviços integrados e acessíveis, por meio de clínicos responsáveis por atingir a meta de cuidados em saúde, estabelecendo parcerias com pacientes e exercidas no contexto familiar e comunitário. A APS, apresentada pela OMS como o primeiro nível de atenção à saúde, centrada e organizada perante sistemas de saúde. Diversas nações fundamentaram-se nesta perspectiva, com o intuito de melhorar a relação custo-benefício, no entanto não obtiveram os mesmos resultados (STARFIELD, 1992; CUETO, 2004; STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005 RIBEIRO; SCHRAIBER, 2007).

Fundamentado pelo modelo de saúde americano “Health Centers” (tradução livre: centros comunitários de saúde integral), após 1960 é instituído no Brasil, um planejamento de serviços de saúde básica, através do movimento médico sanitário, designado as dificuldades coletivas da população. Estes centros de saúde tinham como principal meta, realizar ações de combate e prevenção de agravos perante atos coletivos, individuais e de grupos específicos. No entanto, a proposta falhou dando espaço ao modelo Médico-Previdenciário, que garantia atendimento individual à população. Como consequência, houve crescimento da rede pública ambulatorial e expansão dos objetivos fixados pela Alma-Ata assim, em 1979, a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS) reproduziu ações de saúde através dos serviços básicos, que buscava criar uma rede regional e integrada para o nível secundário e terciário da atenção (BRASIL, 1986; RIBEIRO; SCHRAIBER, 2007).

Enquanto o Brasil enfrentava a crise de atenção médico previdenciária, uma forte herança foi deixada no cumprimento da dívida social. Membros da liderança do movimento sanitário da Nova República, em 1985, assumiram posições estratégicas nas instituições responsáveis pela política de saúde do Brasil (UGÁ, 2005).

Com a crise instalada, repercutiu no enfraquecimento do governo militar, sendo possível ampliar as discussões acerca da formação de uma rede de serviços básicos. A partir da crise, foi criado o Plano Nacional de Expansão da Cobertura (PEC), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) como estratégias alternativas ao modelo previdenciário em decadência (RIBEIRO; SCHRAIBER, 2007; CONILL, 2008).

O processo da Reforma Sanitária acarretou na criação de políticas que tinham diferenças na abordagem conceitual e, algumas propostas alternativas para a organização de sistemas e serviços de saúde, alcançando desdobramentos políticos, sociais, jurídicos, parlamentares e políticos-institucionais (MENDES, 1995).

A Constituição Federal marca a criação do SUS, em 1988, como sistema de saúde em vigor em todo o país, com o intuito de assegurar aos cidadãos o acesso universal aos serviços e, estabelece a saúde como direito de todos. O processo permitiu a configuração de uma nova face dos serviços de saúde, com prioridade nas ações coletivas e preventivas substituindo as ações individuais e curativas que eram predominantes à época (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005; CARNEIRO et.al., 2008).

A Lei 8.080 de 1990 define os princípios doutrinários do SUS orientados para a universalização, a equidade do acesso aos serviços de saúde e a integralidade na assistência. Define também os princípios organizativos os quais estão acertados na descentralização da gestão, na regionalização e hierarquização dos serviços, na resolutividade nos níveis de atenção e na execução das ações e serviços de saúde, com o intuito de facilitar o acesso e priorizar as demandas e necessidades da população (BRASIL, 1990; NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

Com a consolidação do SUS, e com o intuito de assegurar atendimento às demandas populacionais, foi implantado na década de 90 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Frente os resultados positivos alcançados pelo PACS, foi instituído o Programa de Saúde da Família (PSF), estratégias que passam a organizar a atenção primária no Brasil (BRASIL, 2000; BRASIL, 2001a).

Após a implantação e fixação do PACS e do PSF, foram acrescentadas equipes multiprofissionais, constituídas por enfermeiros, médicos generalistas, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Visando obter os objetivos do PSF que buscava concretizar ações preventivas, curativas e de reabilitação junto aos usuários, foi instituído o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), o qual incluía na equipe de saúde de referência da APS, os profissionais de saúde bucal, bem como a introdução de ações buscando reduzir as carências nutricionais, a realização de ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental no espaço da APS (BRASIL, 2001a; SIMÃO; ALBUQUERQUE; ERDMANN, 2007).

Após a introdução de atividades assistenciais, de vigilância, controle de doenças e promoção da saúde, é instituído o Piso de Atenção Básica (PAB), visando um novo

modelo de financiamento e sustentabilidade para a atenção à saúde. Para que os municípios passassem a receber do PAB, foi introduzido a necessidade dos gestores serem qualificados para atuarem neste nível de atenção como condição para o recebimento de recursos financeiros na esfera estadual e federal (FINKELMAN, 2002; RIBEIRO; SCHRAIBER, 2007).

O PSF foi implantado no Brasil na metade da década de 90, e em 2006 a ESF ganha notoriedade no País, sendo inserida juntamente com o Pacto em Saúde. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) promulgada em 2012 pelo MS, considera o termo AB como equivalente a APS. Ambas as expressões estão associadas aos princípios e diretrizes do SUS e, definidas como um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2003; BRASIL, 2006; BRASIL, 2012a).

Starfield (1992) define a APS como o primeiro nível de assistência à saúde dentro do sistema, caracterizado pela continuidade e integralidade da atenção, coordenação da assistência, atenção centrada na família, a orientação comunitária e as competências culturais dos profissionais. A partir disso, foram definidos quatro atributos essenciais da APS dentre eles o acesso de primeiro contato do usuário ao serviço de saúde, a continuidade, a integralidade da atenção e a coordenação da atenção. Destaca-se também a presença de três atributos derivados são eles a orientação familiar, orientação comunitária e competência cultura (STARFIELD; XU; SHI, 2001).

A definição da APS, estabelecida por Starfield (1992), está sendo utilizada pelo MS as quais foram definidas pelo Acesso de primeiro contato que diz respeito a utilização e acesso aos serviços de saúde como fonte de cuidado. Longitudinalidade traduz a existência de uma fonte continuada de cuidados, assim como sua utilização ao longo do tempo. Integralidade traduz ações que solucionam as necessidades dos usuários, os serviços disponíveis e prestados pelos UBS, que abrangem a promoção, proteção e prevenção de agravos à saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. A Coordenação demonstra interação do cuidado ofertado nos diversos pontos da rede de APS, reconhecimento dos problemas abordados e buscando a integração do cuidado aos usuários.

Considera ainda, três atributos derivados, o primeiro refere-se a orientação familiar que atenta para o contexto familiar, pois o mesmo interfere no processo de saúde e doença. O segundo considera a orientação comunitária que aborda as necessidades de saúde na comunidade, através de contato direto com a população e com

os dados epidemiológicos, e por fim, reconhece a competência cultural que desafia os profissionais de saúde a compreender, respeitar as características culturais dos grupos populacionais e sua influência na saúde (STARFIELD; XU; SHI, 2001).

Para Viana (2012), os atributos da APS (integralidade, longitudinalidade, acesso e coordenação da atenção), podem ser avaliados separadamente, embora estejam inter-relacionados na prática assistencial, individual e coletiva. De tal modo, um serviço de saúde centrado na realização de atendimentos à população pode ser considerado provedor de APS quando apresentam os quatro atributos. Pois o poder de interação com os indivíduos e com a comunidade aumenta no momento da inclusão dos atributos derivados.

2.2 Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são compreendidas como organizações conjuntas de serviços de saúde, que estão ligadas entre si, com um único objetivo, por ações cooperativas e interdependentes permitindo ofertar à população uma atenção contínua e integral (MENDES, 2011).

Sem utilizar o termo RAS, elas tem sido relatadas por diversos autores dentre eles, Mendes (1998) que mencionou movimentos indispensáveis para sua consolidação, no intuito de reorganizar a engenharia do sistema de atenção à saúde. Também, o mesmo autor abordou como alternativa sistematizada para a construção das RAS no SUS, assim realizando uma crítica análise da fragmentação do sistema público brasileiro, sugerindo a elaboração processual de sistemas conectados e a gestão da clínica (MENDES, 2001; 1998).

Para LaForgia (2006), ao tratar a temática RAS, realiza uma crítica à fragmentação do SUS e ao desordenamento do sistema de saúde, com o intuito de solucionar o problema, propõem que essas devam coordenar o sistema, que pudesse reduzir as tautologias presentes e ordenar os objetivos com as verbas públicas, promovendo a inclusão clínica com os mecanismos de governança.

O MS em 2008 investigou a história das RAS no SUS, constituindo motivos para a sua concretização, definindo seus princípios e conceitos no intuito de estabelecer

um processo de mudança para as RAS, juntamente com jurisdições conexas de atenção à saúde e linhas de cuidado (BRASIL, 2008).

O MS, o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) acordaram em 2010 a Portaria nº 4.279 que institui a organização das RAS, juntamente com suas diretrizes no âmbito do SUS, que é conceituada a partir de arranjos e ações organizacionais de serviços de saúde, com diferentes níveis de densidade tecnológica, amparadas através de sistemas de apoio gestor, técnico e logístico, procurando garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010b).

Lavras (2011) afirma que as RAS são estruturadas a partir de arranjos de organização de unidades de saúde, pontos de atenção à diagnóstico e terapia para o desenvolvimento de cuidados de níveis de densidade tecnológica diferenciada, os quais são conectados pelo sistema de apoio e gestão, objetivando assegurar a integralidade aos usuários.

Assim, as principais características das RAS estão na perspectiva de formação de relações entre os diversos pontos de atenção, sendo a AB o primeiro nível de comunicação, ofertando atendimento contínuo e integral, objetivando que o centro das atenções sejam voltadas às necessidades de saúde da população, dispondo de atendimento multiprofissional e por fim, que haja compartilhamento dos objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010b).

Complementando, as RAS se organizam por linhas de cuidado, objetivando determinadas patologias e grupos prioritários na abrangência da vigilância epidemiológica, assegurando as intervenções de promoção da saúde e prevenção das doenças, nos diversos pontos da rede, acatando as ações coordenadas pela APS (MENDES, 2011).

Pela Portaria nº 4.279, foram pactuados, juntamente com a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), cinco temas para compor as RAS, a primeira é a Rede Cegonha, a segunda Rede de Atenção às Urgências e Emergências, terceira Rede de Atenção Psicossocial, a quarta a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e a última a Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas (Brasil, 2010b).

A partir da reformulação das RAS foi possível observar este atributo como grande instrumento de gestão e operacionalização, sendo fundamentado na apreciação de governança pública, formando diversos nós para uma nova organização das relações federativas (federal, estadual, municipal), juntamente com as instituições privadas e as

instituições sem fins lucrativos, bem como os atores da sociedade civil (BRASIL, 2010b).

No que se refere ao financiamento das RAS, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) aprova em períodos anuais um volume de recursos para destinação em construções, reformas, ampliações e para aquisição de medicamentos, estes investimentos são destinados à ampliação e solidificação da infraestrutura do SUS. São recursos destinados para concretizar avanço das condições de hospitais, Centros de Atenção Psicossocial, Centros Especializados em Reabilitação, maternidades, hemocentros, urgência e emergência, bem como para às capacitações e auxílios técnicos com universidades e instituições. Além disso, o Ministério da Saúde em 2013 expandiu o financiamento através da transferência Fundo a Fundo. (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2014).

2.2 Avaliação dos Serviços de Saúde

O conceito de avaliação é nomeado por Donabedian (1980), o qual é utilizado para a compreensão do conceito de avaliação em saúde, a partir da concepção de processo, resultado e estrutura. Define processo como sendo as atividades que envolvem os profissionais de saúde e os usuários. A análise pode ser realizada sob o ponto de vista técnico ou administrativo. O resultado é o produto final da assistência ofertada, considerando saúde, satisfação de padrões e expectativas. A estrutura diz respeito aos recursos físicos, humanos, materiais e os financeiros necessários para uma assistência médica em saúde, abrangendo o financiamento e oferta de mão-de-obra qualificada.

Avaliar constitui-se em atribuir um juízo de valor e é resultante de critérios e normas com base em um método científico. A avaliação pode ser interna que é realizada pela equipe que não faz parte da organização ou externa efetivada pela própria organização (HARTZ et al., 2008).

Contandriopoulos (2006) conceitua a avaliação como uma atividade essencial na aplicação de valor a uma intervenção, diante de uma ferramenta responsável por fornecer dados verdadeiros, permitindo que os envolvidos constituam um julgamento capaz de ser traduzido em ação.

Diante deste exposto, a avaliação ganha credibilidade a nível mundial, principalmente em países que reformularam o modelo de assistência à saúde. Os atendimentos que são realizados em ambulatorios são diferenciados daqueles praticados na APS, pois os que realizam ações programáticas são fundamentais para a fixação das políticas públicas (GOLÇALVES, 2007).

O alcance de informações que avaliam a satisfação ou a insatisfação dos usuários, e os motivos que levam a estas, são importantes dados para que se realizem ações direcionadas à qualidade da assistência. Neste contexto, a população se enquadra como fonte primária de informações relacionadas ao processo técnico em relação aos seus agravos de saúde (DONABEDIAN, 2005).

Partindo da necessidade de avaliar a APS, o MS incentiva centros acadêmicos, através de investimentos, apoio e realização de pesquisas avaliativas e de monitoramento. Em 2000 é criada a Coordenação de Investigação fazendo parte do Departamento de Atenção Básica (DAB), tendo como finalidade a realização de avaliação da AB mostrando sua eficiência, eficácia e efetividade (BRASIL, 2005a; RIBEIRO, 2007).

No Brasil estão sendo desenvolvidas iniciativas com enfoque na avaliação da AB e, além das pesquisas incentivadas pelo MS para avaliar os serviços de saúde para direcionar a elaboração e a reorientação de políticas e programas (FELISBERTO, 2006).

O propósito principal de realizar métodos avaliativos na AB é auxiliar nas decisões dos gestores priorizando investimentos, identificando dificuldades, bem como assessorando na reorientação de serviços ofertados aos usuários. Desta forma, avaliar as práticas rotineiras das instituições e o impacto destas no estado de saúde da população é parte desse processo (GONÇALVES, 2007).

Os processos avaliativos são importantes para a gestão no campo da saúde, e as atribuições dos avaliadores integram um conjunto de atividades realizadas pelos gestores e pela equipe multiprofissional de saúde. As três esferas governamentais são corresponsáveis no que se refere aos processos avaliativos na AB, desta forma reforçam a personalidade formativa, pedagógica e reorientadora de políticas e práticas, superando o clássico enfoque punitivo e burocrático (BRASIL, 2005a).

Em agosto de 1998 foi instituído o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), que teve por objetivo melhorar a qualidade dos serviços hospitalares prestados aos usuários do SUS. Em 2003 a SAS do MS optou por

redesenhar o PNASH, transformando em Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) visando avaliar os serviços de saúde do SUS em sua estrutura, processo e resultado relacionado ao risco, acesso e satisfação dos usuários (BRASIL, 2003).

Em 2005, o MS implementa a Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) da AB, inserido em um progresso ininterrupto da qualidade no campo da saúde da família, objetivando alcançar melhores resultados nas condições de saúde dos usuários (BRASIL, 2005a).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) tem como objetivo aplicar estratégias indutoras de qualidade, bem como institucionalizar a cultura de avaliação da AB e no SUS. Desta forma, as diretrizes executam a gestão pública com base na introdução, monitoramento, avaliação e resultados mensuráveis, com garantia de acesso e qualidade integral a todos os usuários (BRASIL, 2012a).

Tem-se como objetivo da APS solucionar entre 80 a 90% dos problemas de saúde da população, racionalizando a utilização de outros níveis de atenção, ofertar assistência às pessoas, fornecendo serviços curativos, preventivos e promoção à saúde com base na integralidade, acompanhar os cuidados das pessoas sem barrar o acesso pela idade, sexo ou patologia, coordenar os cuidados ofertados pelos diversos níveis de densidade tecnológica e ser referência a população a partir de novos problemas de saúde detectados (STARFIELD, 2002).

Com o intuito de avaliar quantitativamente a APS, é criado por Starfield e Cols um Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, o Primary Care Assessment Tool (PCATool). Este instrumento originalmente apresenta versões autoaplicáveis designadas a crianças (PCATool versão Criança), adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto), e a profissionais de saúde, também ao coordenador/gerente do serviço de saúde (PCATool versão Profissional). O PCATool mede a presença e extensão dos 4 atributos essenciais e de 3 atributos derivados da APS (STARFIELD et al., 2000; STARFIELD; XU; SHI, 2001).

Este instrumento foi desenvolvido embasado no modelo avaliativo da qualidade dos serviços de saúde proposto por Donabedian (2005). Desta forma, a avaliação é baseada na mensuração de aspectos estruturais, de processo e resultado dos serviços de saúde pesquisado. Os elementos estruturais abrangem o acesso, magnitude de serviços, definição da população e continuidade do cuidado. Já os elementos de processo incluem

os padrões de utilização dos serviços e o apontamento dos problemas relacionados à saúde (STARFIELD; SHI, 2009; HARZHEIM et al., 2010).

No mesmo sentido, Campbell, Roland e Buetow (2000) apresentam a atenção básica como um agrupamento das relações entre profissionais e usuários intercedidos pelos serviços de saúde. Desse modo, o PCATool contribui para a avaliação do processo de atenção à saúde dispensado na APS (BRASIL, 2010a).

Com o intuito de adaptar para a realidade brasileira, o instrumento original passou por um processo de tradução e tradução reversa, adaptação, debriefing, validação de conteúdo e de construto, além da análise de confiabilidade (HARZHEIM et al., 2006).

O PCATool-Brasil torna-se um dispositivo que identifica e diferencia diversos modelos de atenção à saúde, e busca encontrar a verdadeira efetividade da APS, juntamente com as políticas públicas. Como não existem outros instrumentos que validados no Brasil, que objetivam avaliar os atributos da APS torna o PCATool uma ferramenta imprescindível na realização de trabalhos com fidedignidade, podendo ser utilizado em pesquisas por universidades como também para monitorar a qualidade da APS no cotidiano de trabalho (HARZHEIM et al., 2010).

As ferramentas foram validadas por Starfield; Xu e Shi (2001) e demonstraram sua capacidade de avaliar a qualidade do cuidado na APS. A partir da análise da aplicação do instrumento (PASSARIN, 2007; STARFIELD; SHI, 2009), constitui-se um conjunto de escores para cada atributo os quais são consolidados em um escore global, caracterizando o grau de orientação do serviço para APS.

2.3 Integralidade da Assistência no Sistema Único de Saúde

Os serviços de saúde no Brasil, não se articulavam em redes, tendo em vista que os usuários eram vistos de forma fragmentada, sendo atendidos por diversos níveis de atenção. Em 1988, com a consolidação do SUS, as diretrizes e princípios organizaram-se com o intuito garantir a integralidade na atenção em saúde ofertada a população. Os processos organizacionais dos serviços objetivavam desenvolver práticas integrais, agregadoras e de acolhimento, bem como o estabelecimento de vínculo com os usuários

do SUS, com o intuito de construir relações afetivas com os cuidadores. Estes, possibilitam tornar a integralidade um eixo prioritário e norteador de novos modos de agir e de gestão do cuidado nas diversas instituições, permitindo a construção de conhecimentos inovadores (PINHEIRO; LUZ, 2003).

Um dos principais desafios do SUS é fortalecer a integralidade na assistência em saúde. De acordo com a Lei 8.080/90, a integralidade se caracteriza um composto de ações e ofícios preventivos e curativos, coletivos e individuais, estabelecidos em toda a densidade tecnológica do sistema de saúde. A integralidade, universalidade e a equidade estabelecem o tríplice conceito atrelado, expressando ou traduzindo o ideário da Reforma Sanitária brasileira que serviu de alicerce para construção do SUS (CECÍLIO, 2001).

Mesmo que os princípios do SUS ainda não tenham alcançado a completude, é inadmissível esconder o progresso obtido na implantação do mesmo. No entanto, faz-se necessário que haja o reconhecimento de que muito ainda é preciso ser feito para garantir a acessibilidade aos serviços de saúde para o conjunto da população (PINHEIRO et al., 2005).

No SUS, a integralidade se efetiva através de quatro dimensões, a primazia das ações de promoção e prevenção, a atenção nos três níveis de densidade tecnológica e articulação das ações de promoção, proteção, prevenção, bem como e abordagem integral do indivíduo e das famílias (GIOVANELLA et. al., 2002; GIOVANELLA; COSTA; CARVALHO; CONILL, 2002).

A primeira dimensão reafirma a existência críticas e recusa o sistema de saúde que beneficia a especialização e a medicalização. A segunda adota a integralidade como um método de garantir acesso aos diferentes níveis de atenção, levando em consideração as diferenças na densidade tecnológica da assistência à saúde. A terceira dimensão refere-se à articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos. A última dimensão relata a abordagem integral ao indivíduo e de seus familiares, expressados no modelo de como os profissionais respondem aos que os procuram em busca de atenção à saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; GIOVANELLA; COSTA; CARVALHO; CONILL, 2002).

Intercedido pelo diálogo, a integralidade remete-nos a um ambiente de convívio que surge do encontro entre trabalhadores e usuários. Dentro desse ambiente de convívio, se conformam o acolhimento e a implantação de vínculo, dispositivos

fundamentais para que a integralidade se concretize, visto que sem os quais não existe cultivo de responsabilização (GOMES; PINHEIRO, 2005).

A integralidade e a equidade se remetem ao campo de micro políticas de saúde entusiasmando a melhoria e qualidade da assistência ofertada aos usuários do SUS (CECÍLIO, 2001). Neste sentido, Silva et al., (2005) relata que as práticas apresentadas desempenham espaços construtivos de integralidade na medida em que novas atitudes de atuar aparecem consoantes com esses princípios. Desta forma, a integralidade não é somente uma diretriz do SUS, mas sim, uma dimensão a ser constituída constantemente pelos intérpretes de seus métodos na atenção e cuidado em saúde.

A integralidade convocada pela renovação das práticas, tendo por objetivo criar vínculo, acolhimento e autonomia com os usuários, valorizando a subjetividade ao trabalho em saúde e às necessidades individuais dos sujeitos, visando qualquer tipo de intervenção e cuidado centrado no usuário. Para exercer a integralidade, é necessário repensar as práticas de saúde, a conformações dos serviços que ainda são marcados pela descontinuidade assistencial (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Nesse sentido, a organização do processo de trabalho das equipes, nasce como ponto de partida no processo de modificação dos serviços de saúde, funcionando com foco nos usuários e suas necessidades individuais e coletivas (FRANCO; MAGALHÃES-JUNIOR, 2007). Para Crevelim e Peduzzi (2005), é necessário realizar constante vinculação acerca dos saberes e práticas assistenciais diversas, idealizando o trabalho em equipe como propósito na composição de cuidado integral, buscando garantir a atenção integral entre usuários e profissionais. Pois, a população e os grupos sociais são recebidos como participantes dos processos, e tornando-se indispensável aprofundar a compreensão dessa participação.

Para Pinheiro e Luz (2003) a integralidade concretiza-se a partir da organização do processo de trabalho, criação de vínculo entre usuários e profissionais, manutenção da autonomia para que os usuários procurem o serviço de saúde para o atendimento de suas demandas, e a satisfação de suas necessidades.

Partindo-se do pressuposto que as ações em saúde devam adequar-se às diferentes realidades locais, o debate acerca do modelo ideal a ser implementado na APS, buscou efetivação das práticas e das diretrizes do SUS, as quais buscam promover a assistência humanizada, incentivando o estabelecimento de vínculo e corresponsabilização entre o serviço de saúde e a comunidade. Para responder a esses desafios, foi instituído em 1994 o PSF, que na sequência, foi reestruturado passando

para a modalidade de ESF com a expectativa de que a mesma contribuísse para reestruturar os sistemas locais de saúde (SILVA et al., 2005; MATTOS, 2004).

Para Vázquez et al., (2003), a integralidade sugere a ampliação e desenvolvimento do cuidar na saúde, a fim de aperfeiçoar profissionais humanizados e responsáveis pelos resultados da organização do serviço e das práticas de atenção à saúde, capazes de realizar acolhimento, possuir sensibilidade perante as diversas dimensões do processo saúde/doença buscando a criação e manutenção de vínculo com os usuários do SUS.

A integralidade é subdividida em serviços disponíveis e serviços prestados. Os serviços disponíveis são as ações, procedimentos ou orientações que são executadas no serviços de saúde avaliado. Já a integralidade nos serviços prestados objetiva identificar os assunto que são abordados pelos profissionais durante as consultas (BRASIL, 2010a).

Portanto, é reconhecida a expressividade da integralidade presente nos serviços de saúde, no que tange os serviços prestados e serviços disponíveis aos usuários, objetivando disponibilizar cuidado integral à saúde em um contexto biopsicossocial, bem como no que se refere as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, quando na sua efetividade, agregada nas práticas de orientações para a proteção e promoção da saúde, resultará em boas práticas de cuidado integral e na confiança nos serviços de saúde pública que prioriza as práticas de promoção da saúde (FERREIRA; COSTA; ANDRADE, 2015).

Figura 2 – Municípios que integram a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (sede em Santa Maria).

O território de abrangência da 4ª CRS/RS localizada na região central do Estado do RS, a qual abrange 32 municípios e possui duas regiões de saúde denominadas de Verdes Campos e Entre Rios. A região Verdes Campos é constituída por 21 municípios, sendo eles: 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 Polêsine; Agudo; Dilermando Aguiar; Restinga Seca; Paraíso do Sul; Formigueiro; São Sepé e Vila Nova do Sul. Já a região Entre Rios é composta por 11 municípios: Santiago; Itacurubi; Unistalda; Capão do Cipó; São Francisco de Assis; Nova Esperança do Sul; Jaguari; Jari; Mata; São Vicente do Sul e Cacequi.

A sede da 4ª CRS localiza-se no município de Santa Maria/RS, a 286 km da capital Porto Alegre. Em 2012, a população residente nesta regional era de 542.357 mil habitantes (IBGE, 2012).

A realização deste estudo, além de subsidiar a implementação de estratégias e ações para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos na região estudada, possibilitou verificar a aplicabilidade e validade do instrumento PCATool-Brasil, em especial o atributo da integralidade, em 32 municípios.

3.3 Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão - possuir idade ≥ 18 anos na data da entrevista e ser usuários a mais de 6 meses do serviço de saúde. Critérios de exclusão – usuários adultos em que seja primeiro acesso junto à APS, e que não possui condições de saúde cognitiva para responder ao instrumento de pesquisa.

3.4 Amostra/População

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado através de amostragem probabilística, com base na estimativa da média populacional de cada município, visando a obtenção de uma amostra representativa por município. Não pode-se evitar a ocorrência do erro amostral, porém é possível limitar seu valor através da escolha de uma amostra de tamanho adequado (BARBETTA, 2014). A tabela 1 traz a relação dos municípios da 4ª CRS/RS conforme a representatividade amostral que foi realizado através do cálculo, utilizando a fórmula a seguir:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot N}{e^2 (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}} \quad (3.1)$$

assim:

n = amostra

Z($\alpha/2$) = 1,96 (Valor tabelado – Distribuição normal padrão)

p = percentual estimado

q = 1 – p (complemento de p)

e = erro amostral

α = 0,05 (nível de significância)

A população desta pesquisa foi de 404.741 adultos maiores de 18 anos que residem no local e, ser responsável legal por crianças que utilizam a APS como porta de entrada ao serviço de saúde. A partir dessa população e aplicação da fórmula (3.1) chegou-se a uma amostra mínima de 1.076 indivíduos (erro amostral = 5%). A amostra foi estratificada conforme a proporção do tamanho da população de cada município em relação a população geral.

A seleção da amostra ocorreu através de amostragem não probabilística, pelo método de conveniência (não aleatório). A amostra por conveniência envolve o uso das pessoas mais convenientemente disponíveis. O método tem a vantagem de ser rápido, barato e fácil (POLLIT, 2011). Ou seja, os participantes do estudo foram as pessoas que chegam até o serviço de saúde da APS. Desta forma, pode-se ter um viés de seleção pois a amostra foi selecionada por um julgamento de valor, sendo constituída apenas pelos mais acessíveis (PEREIRA, 2013).

Tabela 1. Relação dos municípios da 4ª CRS/RS conforme a representatividade amostral. 2016.

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
Rjestinga 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
Nova 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)

3.5 Coleta de Dados

Os dados foram coletados no período de janeiro a agosto de 2015 mediante a aplicação do PCATool-Brasil. A coleta de dados na APS, ocorreu em horário de atendimento das unidades (manhã e tarde), aproveitando a rotina de atendimento. Foi solicitado um local para a realização da pesquisa garantindo privacidade e conforto dos participantes. Os participantes da pesquisa localizavam-se nas unidades de saúde aguardando por consultas ou atendimento.

Os dados foram coletados em entrevistas individuais, através do instrumento de avaliação da capacidade e desempenho dos serviços de atenção primária (PCATool-Brasil) traduzido e validado pelo MS (BRASIL, 2010a).

Os dados foram digitados no programa *EPI-INFO versão 7.0* através de *tablet*, posteriormente exportadas para o banco de dados do programa *Statistical Analysis System (SAS) versão 9.0* para análise.

O formulário foi aplicado de forma presencial composto por 06 pesquisadores vinculados ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSM, os quais passaram por uma formação de 10 horas, quando foram abordados conteúdos relacionados à pesquisa e a técnica de abordagem das entrevistas. Durante a formação para aplicação do instrumento, foi realizada uma atividade com o instrumento de coleta de dados, por meio de simulações de entrevista para familiarização.

O instrumento de avaliação dos serviços de atenção primária PCATool-Brasil apresenta, em sua origem, três versões autoaplicáveis, designados a adultos maiores de 18 anos (versão adulto), profissionais de saúde ou coordenador/gerente do serviço de saúde (versão profissional) e a crianças (versão criança), medindo a presença e extensão de 4 atributos essenciais e 3 atributos derivados da APS (STARFIELD et al., 2000; STARFIELD; XU; SHI, 2001). Porém, para este estudo será aplicado somente os questionários que avaliam a integralidade da APS (ANEXO B), pois é possível identificar as potencialidades e fragilidades ou pontos que requerem atenção especial de estratégias de educação em saúde. O dados do perfil socioeconômico aplicado aos adultos, encontra-se disponível no apêndice A.

3.6 Variáveis da integralidade

3.6.1 Integralidade - O atributo é formado por 2 componentes:

Integralidade – Serviços Disponíveis(G):

Itens: G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8 e G9

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (G1 + G2 + G3 + G4 + G5 + G6 + G7 + G8 + G9) / 9$$

Integralidade – Serviços Prestados (H):

Itens: H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12 e H13

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (H1 + H2 + H3 + H4 + H5 + H6 + H7 + H8 + H9 + H10 + H11 + H12 + H13) / 13$$

Na versão adulto, as questões H12 e H13 não devem ser aplicadas a homens, logo será dividida por 11 (BRASIL, 2012a).

3.7 Análise dos Dados

A avaliação da APS será considerada como a presença e a extensão de um atributo essencial da APS, a integralidade. A aplicação do instrumento permite a construção de escores para cada dimensão, medindo a presença e extensão dos atributos, por meio de média aritmética dos itens constantes. As respostas são em escala de Likert, sendo “com certeza sim = 4”, “provavelmente sim = 3”, “provavelmente não = 2”, “com certeza não = 1” e “não sei / não lembro = 9”. Essa avaliação advém do conjunto de escores, gerando um escore global que assinala o grau de orientação do serviço (BRASIL, 2012a).

Se um entrevistado a soma das respostas em branco com respostas “9” atingir 50% ou mais do total de itens de um componente, não é calculado o escore deste componente para este entrevistado, ficando em branco no banco de dados. E se para um

entrevistado a soma das respostas em branco com respostas “9” for inferir a 50% do total de itens, é transformado o valor “9” para valor “2”, esta transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelos participante (BRASIL, 2010a).

3.7.1 Transformação da escala

O valor obtido para este escore final é transformado para uma escala de 0 a 10, tornando-se uma variável quantitativa contínua:

$$\text{escore} = \frac{(\text{escore obtido} - 1) \times 10}{4 - 1}, \quad (3.2)$$

assim, o escore final do atributo da integralidade pode ser dicotomizado em duas categorias, representando baixo escore quando o escore $< 6,6$ e alto escore quando o escore $\geq 6,6$ (BRASIL, 2010a).

Para as variáveis contínuas foi calculada a média como medidas de posição central e desvio-padrão como medida de variabilidade. A distribuição de normalidade das variáveis foi avaliada pelo Teste de Shapiro-Wilk.

O Teste Qui-quadrado foi utilizado para análise de associação das variáveis para identificar quais destas variáveis poderiam estar associadas à classificação da atenção do serviço referido como fonte regular de atenção à saúde. Para verificar a significância estatística nas comparações entre proporções, foi realizado o Teste de Qui-quadrado, com tolerância de erro ao aceitar as diferenças significantes de até 5%

Foi utilizado o alfa de Cronbach para retratar a existência de validade interna e os dados fidedignos do constructo no que se refere aos serviços prestados e serviços disponíveis assim, valores menores que 0.7 são considerados baixos e valores maiores ou igual a 0.7 avaliados como alto.

3.8 Aspectos Éticos

O estudo decorre do projeto cadastrado na Plataforma Brasil aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, sob número do CAEE: 34137314.4.0000.5346

em 14/08/2014. Os preceitos éticos foram baseados na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012b).

Salienta-se quanto aos aspectos éticos da pesquisa, o respeito a 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. Foram assegurados também que danos previsíveis sejam evitados e ressaltado a relevância social da pesquisa. Foram tomadas medidas que visam prever procedimentos que asseguram a confidencialidade e a privacidade, bem como, a proteção da imagem e a não estigmatização, certificando-se da não utilização das informações em prejuízo dos participantes, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico, ou de uma possível desistência a qualquer momento (BRASIL, 2012b).

A pesquisa foi realizada mediante assinatura pelos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respeitando à dignidade humana conforme a Resolução 466/12 (ANEXO C).

Os **benefícios** da pesquisa para os participantes são indiretos, na forma de contribuir com o incentivo de novos processos avaliativos da APS. A pesquisa trouxe maior conhecimento acerca da integralidade nos municípios pesquisados, bem como para os gestores da 4ªCRS/RS. A partir dos resultados obtidos neste estudo, ofertamos os resultados como forma de subsídio para implementação de estratégias e ações para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde ofertados.

A participação no estudo envolve **riscos**, neste sentido o participante poderá ter algum desconforto psicológico ao responder as perguntas. Neste caso, foi interrompido o questionário e ou desistência da participação do estudo, quando for de vontade dos participantes, sem qualquer tipo de penalização. O projeto foi financiado através do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), edital Universal 014/2014.

Após a coleta, os dados ficarão armazenados na sala 1305a do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, sob responsabilidade da Professora Dr^a Teresinha Heck Weiller.

A divulgação dos resultados se dará a partir da realização de seminário a ser organizado com aos gestores municipais de saúde que participaram do estudo, bem como com gestores da esfera regional (4ª CRS/RS).

A divulgação dos resultados para o serviço será realizada através de seminário junto à reunião de Comissão de Intergestores Regional (CIR) da 4ª CRS, que será realizada após a divulgação das dissertações de mestrado.

4 RESULTADOS

Neste capítulo, serão abordados os resultados da dissertação, que é composta por dois artigos publicáveis que serão submetidos às revistas científicas. O primeiro trata do estado da arte no que tange os benefícios da integralidade na APS, já o segundo artigo trás os resultados da pesquisa realizada acerca da avaliação da integralidade do âmbito da APS.

ARTIGO 1

BENEFÍCIOS DA INTEGRALIDADE COMO ATRIBUTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RESUMO

O **objetivo** do estudo foi verificar as evidências científicas dos benefícios da integralidade na APS. Para o alcance dos objetivos alvitrados, optou-se pelo **método** de revisão integrativa de literatura, assim o levantamento bibliográfico foi realizado em setembro de 2014. A coleta de dados foi realizada nas bases LILACS, PUBMED, SCOPUS e WEB OF SCIENCE, sendo selecionados 16 artigos que foram classificados de acordo com os sete níveis de evidências. Os **resultados** apontam que a integralidade baseia-se no acolhimento, humanização em abordagem ao usuário, cuidado integral que os usuários recebem da equipe multiprofissional, processo de referência e contrarreferência e criação de vínculo. Em sua totalidade, os artigos foram classificados como nível de evidência 6. Assim, **conclui-se** que esta revisão possibilitou evidenciar os benefícios da integralidade nos serviços de Atenção Primária à Saúde, porém foi constatado a redução de artigos publicados em periódicos que relacionam aos benefícios da integralidade da APS disponíveis na íntegra.

Descritores: Atenção primária à saúde; Assistência integral à saúde; Integralidade em saúde; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

As mudanças de paradigmas do processo saúde e doença no Brasil ocorreram no final do século XX, que refletiram na organização e estruturação dos serviços de saúde para a solidificação do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas modificações alteraram a organização assistencial e técnica da saúde, incluindo no processo formativo da enfermagem (SILVA; SENA, 2008).

Em setembro de 1990 é criada a Lei 8080 pela Constituição Brasileira de 1988, a qual estabelece diretrizes para a coordenação do SUS, ofertando a população condições de promoção, proteção e recuperação da saúde. A integralidade, como princípio doutrinário, é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis da complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

É assinalada pela integralidade e continuidade da atenção centrada na saúde da família, participação e orientação da comunidade e das competências culturais dos profissionais. São definidos quatro atributos essenciais para a Atenção Primária à Saúde (APS), são eles 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. A definição de APS, foi estabelecida por Starfield (1992), e está sendo utilizada no Brasil pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

A definição de APS é demarcada pelo primeiro nível do sistema de saúde e porta preferencial de entrada no sistema, que fornece atenção à pessoa, não direcionada a doença e sim para todas as necessidades e problemas. A otimização da atenção primária em saúde tem como objetivo a saúde dos indivíduos, seja no meio físico ou social, não focalizando na enfermidade individual do sujeito (STARFIELD, 1992).

A integralidade é definida como um princípio do SUS, considerando as dimensões biológicas, culturais e sociais dos cidadãos, que orientam as políticas e as ações abrangentes às demandas e necessidades da sociedade para o acesso à rede de saúde pública. Na Atenção Básica (AB), a integralidade é constituída no dia-a-dia do trabalho multiprofissional que ocorre entre os usuários dos serviços e a equipe de saúde (SILVA; SENA, 2008).

A terminologia integralidade é utilizada para assinalar um dos princípios do SUS, expressando a ação do movimento sanitário. Ele tem funcionado como imagem-objeto, sugerindo propriedades almejavéis do SUS e de suas práticas desempenhadas, juntamente com as características predominantes (MATTOS, 2004). Para Merhy (2002), o cuidado integral em saúde ocorre a partir de combinações de tecnologias leves, leveduras e duras.

As complexidades dos problemas, para Matos e Pires (2009) afetam a saúde da população brasileira, que buscam pelos serviços prestados pelas unidades de APS, colocam a equipe multiprofissional em um constante desafio, no momento que se trata de pensar e realizar seu trabalho integral. Cada vez mais está crescendo a complexidade

do trabalho em saúde, que impõem enfoque interdisciplinar, pois o profissional isoladamente não consegue atingir toda a demanda do cuidado.

Para Franco e Magalhães-JR (2004), a assistência é multiprofissional, em conformidade com as diretrizes de acolhimento e criação de vínculo com os usuários, sendo a equipe a principal responsável pelos cuidados dados usuários. A integralidade demanda que o fluxo dos usuários passa por um cenário principalmente no fluxo dos usuários para o acesso aos mesmos. Para que a integralidade seja efetiva, faz-se necessário a garantia do acesso dos usuários na rede básica, secundária, na rede de urgência e emergência, incluindo a atenção hospitalar.

As mudanças na integralidade são visíveis, acontecem em diversos momentos, porém ainda não alcançaram a generalização nem a visibilidade que é esperado. É importante dispensar cuidado ao exame dessas experiências, que transformam os exercícios na direção da integralidade. É trivial reconhecer e considerar as condições que tornam possível sua emergência, assim, refletindo sobre os potenciais e os limites dessa fusão. Averiguar as experiências que existem na integralidade é importante para as agendas de pesquisa em saúde (MATTOS, 2004).

A elaboração do estado da arte acerca da temática integralidade permite refletir sobre seus benefícios no âmbito da APS, pois o objetivo deste estudo foi verificar as evidências científicas acerca dos benefícios da integralidade na APS.

METODOLOGIA

Para o alcance dos objetivos alvitrados, optou-se pelo método de revisão integrativa de literatura, que possibilita sintetizar trabalhos finalizados, sobre um determinado tema, de uma maneira sistematizada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento pesquisado. As seguintes etapas foram percorridas: identificação do tema, formulação da questão de pesquisa e definição dos objetivos, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, seleção dos estudos, estabelecimento das informações a serem extraídas dos artigos, avaliação das evidências e análise (categorização), discussão e apresentação da síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Considerando que a integralidade é um atributo de avaliação da atenção primária e traz importantes resultados e consequências no cuidado para a prática

multiprofissional, para orientar este estudo, a questão de pesquisa formulada foi: quais as evidências científicas dos benefícios da integralidade na APS?

O levantamento bibliográfico foi realizado em setembro de 2014. A partir do questionamento, procedera-se a coleta de dados nas bases LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PUBMED (Literatura internacional em ciências da saúde), SCOPUS e WEB OF SCIENCE. Os critérios estabelecidos para a inclusão dos artigos foram: artigos que abordassem a temática da integralidade na atenção primária, artigos disponíveis na íntegra nos idiomas português, inglês e espanhol, artigos com o resumo disponível e artigos publicados entre os anos de 2001 e 2013. Como critérios de exclusão foram considerados as revisões bibliográficas, estudo de caso clínico, artigos incompletos e que não responderam a questão de pesquisa.

Foi utilizado o Operador Booleano "AND e OR" nas buscas. No quadro apresentado a seguir, pode-se observar as Bases de Dados utilizadas, juntamente com o Descritores empregados.

Quadro 1: Apresentação das estratégias de busca utilizadas nas Bases de Dados para seleção dos artigos. LILACS, PUBMED, SCOPUS e WEB OF SCIENCE.

Base de Dados	Estratégia de busca
LILACS	“atenção primária a saúde” AND “assistência integral a saúde” OR “atenção integral a saúde”
PubMed	“primary health care” AND “comprehensive health care” OR “integrality”
SCOPUS	“primary health care” AND “comprehensive health care” OR “integrality”
Web of Science	“Primary health care” AND “comprehensive health care” OR “integrality”

No LILACS foram encontrados 104 artigos, que foi realizada a leitura de todos os títulos e resumos, aplicando os critérios de inclusão e exclusão supracitados e finalizando com uma pré-seleção de 20 artigos. Após a leitura do texto completo, 09 artigos foram selecionados por responderem a questão da pesquisa em voga.

No PubMed foram encontrados 09 artigos após aplicação do filtro delimitador do período relacionado ao marco teórico e do filtro idiomático, realizada a leitura do texto completo, foram selecionados 07 artigos. Após a leitura dos textos na sua íntegra, apenas 02 artigos foram selecionado para responder a questão de pesquisa.

Na base SCOPUS, foram encontradas 127 ocorrências após aplicação do filtro delimitador do marco teórico e idiomático. Após a leitura destes, na sua integralidade 10 artigos foram selecionados, por responderem a questão norteadora.

Na base Web Of Science foram encontrados 11 trabalhos que após leitura do textos completos, foi selecionado apenas 01 artigo.

Os estudos foram classificados de acordo com os sete níveis de evidências (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT; 2005). Na literatura, as evidências têm sido caracterizadas de forma hierárquica e contínua, dependendo do tipo de desenho de pesquisa e qual abordagem metodológica empregada no estudo. Para avaliar a qualidade das evidências, o profissional de saúde deve compreender a abordagem metodológica na qual a pesquisa está inserida (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A escolha do período do marco teórico se justifica pela definição dos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde no ano de 2001, utilizados para avaliação da APS, conforme estabelecido por Starfield et al., (2001).

RESULTADOS

O corpus deste estudo é composto por 16 artigos, a especificidade das produções foram analisadas de acordo com o ano das publicações, idiomas, autores, objetivo, principais resultados, tipo de estudo, delineamento e ainda foi realizada a análise dos níveis de evidência.

Dos 16 artigos, o percentual de trabalhos publicados por ano crescente foi, em 2008 (25,00%), seguido de 2009 (12,50%), 2010 (6,25%), 2011 (31,25%), 2012 (18,75%) e 2013 (6,25%). Destes 50,00% foram localizados no LILACS, 31,25% no SCOPUS, 12,50% no PUBMED e 6,25% no Web Of Science. Quanto ao idioma do estudo, sua totalidade estão publicados na língua portuguesa.

Dentre as publicações 7 artigos são na área da enfermagem (43,75%), seguido de 5 na área da saúde coletiva (31,25%), 3 manuscritos (18,75%) na medicina e 1 na área da odontologia (6,25%).

Segundo a classificação por nível de evidência (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005), constatou-se 9 artigos de abordagem qualitativa (56,25%), 4 de abordagem quali-quantitativa (25,00%) e 3 quantitativos transversais (18,75%), assim em sua totalidade com nível de evidência 6.

O quadro 2 apresenta a identificação, a base de dados pesquisadas, o ano de publicação, o idioma e o nível de evidência.

ID	ID/BASE	BASE	ANO	EVIDÊNCIA
A1	05/104	LILACS	2012	6
A2	16/104	LILACS	2012	6
A3	28/104	LILACS	2009	6
A4	29/104	LILACS	2012	6
A5	47/104	LILACS	2011	6
A6	74/104	LILACS	2008	6
A7	77/104	LILACS	2008	6
A8	79/104	LILACS	2008	6
A9	03/09	PUBMED	2011	6
A10	05/09	PUBMED	2011	6
A11	10/127	SCOPUS	2013	6
A12	32/127	SCOPUS	2011	6
A13	35/127	SCOPUS	2011	6
A14	54/127	SCOPUS	2010	6
A15	77/127	SCOPUS	2008	6
A16	16/23	WEB OF SCIENCE	2009	6

Quadro 2. Classificação por identificação, base de dados, ano, idioma e níveis de evidência.

Em relação às evidências científicas encontradas que descrevem a integralidade como um atributo considerável no âmbito da APS e apresentando os benefícios desta, destaca-se a integralidade no que tange o acolhimento e humanização em abordagem com o usuário (SILVA et al.; 2012; SOARES; MISHIMA; MEINCKE, 2009; BOTTARI; VASCONCELLOS; MENDONÇA, 2008; SOUZA et al., 2008).

Outro benefício destacado pelos estudos se dá em relação ao cuidado integral que os usuários recebem da equipe multiprofissional. Os participantes dos estudos destacam positivamente o cuidado integral nas consultas de boa qualidade e acompanhamento aos indivíduos (AYRES et al., 2012; ROCHA et al., 2008; CARDOSO et al., 2011; LESSA; VETTORE, 2010; SOUZA; GARNELO, 2008; KANTORSKI et al., 2009; FURTADO et al., 2013).

Estudos de Costa, Queiro e Zeitoune (2012); Gomes et al., (2011), apontam que o processo de referência e contrarreferência é importante para que a integralidade esteja presente. Este benefício evidenciado torna o serviço de saúde mais valorizado perante a ótica dos usuários.

A criação de vínculo entre profissional e usuário, afirmado por Rocha et al., (2008), Arce, Sousa e Lima (2011), é destacado como benefício encontrado nos serviços

de saúde, visto que a formação de vínculo faz com que os profissionais se aproximem da realidade da população, melhorando a interação dos usuários perante a equipe.

DISCUSSÃO

A partir da construção deste estudo de revisão, percebe-se que são recentes e escassas as produções publicadas acerca dos benefícios do atributo da integralidade na APS, encontrando apenas 16 manuscritos que apontam para a temática. Apesar dos avanços do SUS, os atributos ainda não estão completamente implantados no cotidiano dos serviços de saúde, motivo pelo qual o atributo da integralidade está sendo menos visível perante os trabalhos publicados, havendo uma redução do número de artigos selecionados no corpus deste estudo.

Identificou-se que a maioria dos estudos encontrados foram desenvolvidos no Brasil, o que pode estar relacionado ao fato do país ser uma referência mundial em serviços de APS, uma vez que possui um Sistema Único de Saúde público, composto por princípios e diretrizes que atendem a toda população, disponível especialmente através de uma estratégia de saúde voltada a atender a família e a comunidade (BRASIL, 2012a).

Diante das diretrizes do SUS, a integralidade tem por objetivo atender a todos os usuários que procuram por serviços de saúde, garantindo-lhe acesso universal e igualitário (MOLINER; LOPES, 2013). A integralidade articulada com a universalidade, constrói ações e serviços preventivos e curativos em todos os níveis de densidade tecnológica do sistema, sem preconceito ou privilégio de qualquer espécie (FRANÇA et al., 2012).

A continuação pelo modelo de saúde biomédico e a lacuna visualizada acerca da adesão aos atributos da APS tornam necessário o debate sobre o desenvolvimento de recursos humanos para o SUS, procurando opções de que as práticas atendam aos desafios necessários para que a APS seja efetiva (STARFIELD, 2002).

Parte-se do pressuposto que os trabalhadores praticam atividades embasadas em valores e concepções, e é necessário entender como reflete acerca desse princípio e sobre sua operacionalização. Valorizar a integralidade na práxis profissional, vivenciando situações de potencialidades e fragilidades que são encontradas no dia a dia de trabalho. Entretanto podem existir situações advindas da atuação de alguns profissionais que não estão comprometidos com os princípios da integralidade, os quais produzem efeitos nos processos de integração da equipe multiprofissional e de

articulação com outros serviços de saúde, fragilizando o princípio da integralidade (LIMA et al., 2012).

As três esferas de governo devem estar preocupadas com a integralidade, visando assumir responsabilidade pela organização dos serviços assim, garantindo acesso à atenção de qualidade na rede assistencial. Arranjos de organização em rede exigem métodos de comunicação e relação, nos quais, o modelo de um sistema adequado de informação entra como facilitador em diversos processos de trabalho (BRASIL, 2005b).

Em um estudo de Lima et al., (2012), os participantes compreendem que a integralidade está interligada com a abordagem de acolhimento e de respeito no ato do cuidado aos usuários. Destacam o olhar aos cidadãos em sua totalidade, nas dimensões psicológicas, sociais e físicas, entendendo as dificuldades explanadas, expressadas por doenças ou alterações biológicas e o diálogo estabelecido entre os usuários e os trabalhadores, construindo vínculo e acolhimento. Destaca-se ainda a disponibilidade de realizar atenção humanizada, mesmo na ausência de profissionais da área da medicina.

A concepção de integralidade está vinculada com as dimensões organizacionais do sistema de saúde, formando rede integrada em diversos serviços que consideram as necessidades da população. Destaca a importância de sistemas informativos que facilitem a comunicação entre todos os níveis da rede. Aponta a comunicação falha entre os trabalhadores de saúde, considerada um desafio na efetivação do cuidado integral, apesar dos profissionais realizarem encaminhamentos, o processo de referência e contrarreferência parece não acontecer. Os usuários são atendidos pelos diversos serviços de saúde e recebem cuidado fragmentado, da mesma forma como recebem as informações acerca da sua saúde ou doença (LIMA et al., 2012).

A integração, interdisciplinaridade, comunicação e o diálogo entre os profissionais estão sendo fundamentais para que o programa seja planejado de acordo com a existência da tecnologia viável, após uma experiência de referência e contrarreferência que se constitui em uma política pública nos municípios (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

Para Tesser, Neto e Campos (2010), o acolhimento visa a melhoria entre as relações dos serviços, é firmado entre com os usuários e os profissionais a escuta, o processamento da demanda e a busca pela resolução, se possível. ARTIGO BORGES SILVA 2015. Corroborando, Merhy et al., (1994) analisam o acolhimento como eixo para o modelo tecnoassistencial em defesa da vida, incidindo na humanização das

relações dos trabalhadores e os serviços de saúde. Assim, usuários e profissionais produzem a escuta na perceptiva da consolidação de vínculo e comprometimento.

CONCLUSÃO

A partir da discussão deste estudo, foi observado a diminuição de artigos publicados relacionados aos benefícios da integralidade da APS disponíveis na íntegra. Importante seria gerar incentivos para que seja investido na publicação de pesquisas que relacionem os benefícios dos atributos da APS podendo estes ser importantes demonstrativos para mensurar a qualidade dos serviços de saúde.

Na percepção dos usuários, a integralidade só é evidente nos serviços de saúde se estiver atrelada à criação de vínculo entre profissionais e usuários, acolhimento, cuidado humanizado perante a equipe de saúde e a qualidade durante as consultas.

Diante dos resultados, foi observado que a maioria dos estudos são recentes sendo o trabalho mais antigo publicado em 2008 e o mais atual em 2013. Fato pode ser compreendido devido à definição dos atributos da APS em 2001 ainda ser recente.

Também, pode-se observar que o nível de evidencia que prevaleceu neste estudo foi de força seis, correspondente a evidências provenientes de estudos descritivos ou qualitativos.

A maioria dos estudos estavam disponíveis na Base de dados LILACS, com artigos predominantemente sendo os estudos originados no Brasil, episódio que indica que o Brasil possui um sistema de atenção primária à saúde que serve como referência mundial. Também, percebe-se a prevalência de artigos publicados na área da enfermagem, fato que indica que a área tem avançado no campo de conhecimento e tem investido em pesquisas e publicações objetivando o fortalecimento da ciência e da inovação no campo da APS.

Desta forma, percebe-se a importância da integralidade na perspectiva da APS, e que não sejam medidos esforços para que a mesma seja efetivada através da criação de vínculo, acolhimento, cuidado integral, respeito, humanizado em relação aos usuários e profissionais, bem como promover avaliações cotidianas para manter a qualidade das ações e serviços disponíveis, no que se refere a integralidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARCE, V.A.R.; SOUSA, M.F.; LIMA, M.G. A práxis da Saúde Mental no âmbito da estratégia saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n, 2, p. 541-560, 2011.

AYRES, J.R.C.M.; CARVALHO, Y.M.; NASSER, M.A.; SALTÃO, R.M.; MENDES, V.M. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Comunicação Saúde Educação**, v.16, n.40, p.67-81, jan./mar, 2012.

BOTTARI, C.M.S.; VASCONCELLOS, M.M.; MENDONÇA, M.H.M. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. S111-S122, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. A implantação da unidade de saúde da família. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde; 2004. (**Cadernos de Atenção Básica, 1**).

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080**. Brasília: 1990.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem** – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

CARDOSO, T.Z.; PEREIRA, M.J.B.; CAMPOS, L.V.O.; MATUMOTO, S.; MISHIMA, S.M.; FORTUNA, C.M.; CARDOSO, O.O. Processo de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem na atenção Básica à Saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1087-93, nov-dez, 2011.

COSTA, R.F.; QUEIROZ, M.V.O.; ZEITOUNE, R.C.G. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 466-472, jul/set, 2012.

FRANÇA, I.S.X.; BAPTISTA, R.S.; ABRÃO, F.M.S.; COURA, A.S.; FRANÇA, E.G.; PAGLIUCA, L.M.F. O des-cuidar do lesado medular na atenção Básica: desafios bioéticos para as políticas de saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 236-43, mar-abr, 2012.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES, H.M.Jr. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. Publicado no livro: O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano; **HUCITEC**, 2ª.edição, São Paulo, SP, 2004.

FRATINI, J.R.G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição Para a integralidade em saúde. **Cienc Cuid Saude**, v. 7, n. 1, p. 065-072, Jan/Mar, 2008.

FURTADO, M.C.C.; BRAZ, J.C.; PINA, J.C.; MELLO, D.F.; LIMA, R.A.G. A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 2, mar/abr, 2013.

GOMES, K.O.; COTTA, R.M.M.; 2 ARAÚJO, R.M.A.; 2 CHERCHIGLIA, M.L.; MARTINS, T.C.P. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 881-892, 2011.

LESSA, C.F.M.; VETTORE, M.V. Gestão da Atenção Básica em Saúde Bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.3, p.547-556, 2010.

LIMA, I.F.S.; LOBO, F.S.; ACIOLI, K.L.B.O.; AGUIAR, Z.N. Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n, 4, p. 944-52, 2012.

KANTORSKI, L.P.; JARDIM, V.M.R.; PEREIRA, D.B.; COIMBRA, V.C.C.; OLIVEIRA, M.M. A integralidade no cotidiano de trabalho na estratégia saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 30, n. 4, p. 594-601, dez, 2009.

MATOS, E.; PIRES, D.E.P. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.18, n. 2, Abr-Jun, 2009.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, 2004.

MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: **Lippincot Williams & Wilkins**; 2005.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, Out-Dez, 2008.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C.O. organizador. Inventando a mudança em saúde. São Paulo: Editora **HUCITEC**; 1994.

MERHY, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: **HUCITEC**, 2002.

MOLINER, J.; LOPES, S.M.B. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. **Saúde Soc. São Paulo**, v.22, n.4, p.1072-1083, 2013.

ROCHA, P.M.; UCHO, A.C.; ROCHA, N.S.P.D.; SOUZA, E.C.C.F.; ROCHA, M.L.; PINHEIRO, T.X.A. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. S69-S78, 2008.

SILVA, K.L.; RIBEIRO, H.C.T.C.; PEREIRA, L.D.; MARTINS, B.R.; VIANA, J.A.; BELGA, S.M.M.F. Plano diretor de atenção primária como estratégia de educação permanente: perspectiva dos facilitadores. **Rev Rene**, v. 13, n. 3, p.552-61, 2012.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n.1, 2008.

SOARES, M.C.; MISHIMA, S.M.; MEINCKE, S.M.K. A integralidade da atenção às mulheres com câncer de colo uterino. **Cienc Cuid Saude**, v. 8, n. suplemento, p. 62-69, 2009.

SOUZA, E.C.F.; VILAR, R.L.A.; ROCHA, N.S.P.D.; UCHOA, A.C.; ROCHA, P.M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. S100-S110, 2008.

SOUZA, M.L.P.; Garnelo, L. “É muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. S91-S99, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Primary care: concept, evaluation and policy**. New York: Oxford University Press; 1992.

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. 161-175, 2001.

TESSER, CD.; NETTO, PP.; CAMPOS, GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 3, p. 3615-3624, 2010.

ARTIGO 2

AVALIAÇÃO DA INTEGRALIDADE NA REDE DE APS EM DOIS MUNICÍPIOS DO INTERIOR DO RS

RESUMO

De acordo com a Lei 8.080/90, a integralidade se caracteriza como um composto e incessante das ações e ofícios preventivos e curativos, coletivos e individuais, estabelecidos em toda a densidade tecnológica do sistema de saúde. O **objetivo** é identificar o atributo da integralidade na APS de dois municípios integrantes à 4ª CRS/RS. O estudo é de abordagem quantitativa tipo descritiva transversal, a amostra foi delimitada através de cálculo amostral, baseado em estimativa da média populacional, assim foram entrevistados 1076 usuários adultos, através do método não-probabilístico de conveniência. Os dados foram coletados por meio do instrumento PCATool-Brasil através do programa Epi-Info versão 7.0, fazendo uso de tablet, em seguida, os dados foram analisados no software *Statistical Analysis System (SAS)*, versão 9.0. Os **resultados** revelam que a integralidade obteve baixos escores no que tange os serviços prestados e os serviços disponíveis, tanto no municípios de Santa Maria quanto no município de Santiago. As mulheres brancas também mostraram-se mais insatisfeitas, avaliando negativamente a integralidade na APS. **Conclusão:** A maioria da população que faz uso da APS é feminina, indivíduos de cor autodeclarada branca, o desafios é buscar expandir a APS, para a oferta de programas e ações voltadas a população masculina, bem como aprimorar os serviços e ações no que se referem a integralidade dos serviços prestados e disponíveis, voltados ao cuidado dos usuários adultos.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Integralidade em Saúde; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi concretizada a partir de dois modelos de organizações na modalidade de Programação em Saúde em 1970 e, Programa de Saúde da Família (PSF) em 1990 (SALA et al., 2011), sendo que o PSF mais tardar, deu origem à Estratégia da Saúde da Família (ESF).

A ESF é organizada como o principal modelo de aplicação da Atenção Básica (AB), tendo como princípio a atuação através do diagnóstico situacional, defrontar os problemas de saúde juntamente com a comunidade sempre buscando o cuidado dos usuários e suas famílias, pactuar com instituições e organizações sociais e espaços de construção da cidadania (STARFIELD, 1998).

A AB é definida como porta de entrada, prioritariamente ao Sistema Único de Saúde (SUS). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) resoluta a AB como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que compreende a

promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação e manutenção da saúde. É orientada pelos princípios da integralidade, universalidade, acessibilidade, coordenação, vínculo e continuidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2006).

A APS estrutura-se a partir do princípio da integralidade, nos modelos de organização das ações (PAIM, 2004). A integralidade é compreendida pela articulação entre promoção, prevenção e recuperação da saúde que são aplicadas na efetivação do cuidado em saúde, através de ações que estruturam no mesmo espaço. Competem os saberes técnicos e as práticas dos profissionais da equipe que atuam no cuidado em saúde (MATTOS, 2004).

O processo de renovação e expansão da APS é recente, estimulando mudanças no modelo assistencial, lançando estratégias de avaliação do impacto da saúde. Deste modo, avaliação torna-se um instrumento importante, ancorada em indicadores subsidia a compreensão do impacto da saúde da família no SUS (GIOVANELLA, 2012; ALENCAR et al., 2014).

O marco teórico para a avaliação é proposto por Donabedian (1980; 1995), que a define a partir da tríade estrutura, processo e resultado. Essa abordagem permite uma melhor sistematização do processo, tendo como objetivo a avaliação e considerando as diversas metodologias disponíveis (SAMICO; COL., 2010). Para Contandriopoulos (2002) avaliar incide em realizar um julgamento de valor acerca de uma intervenção com o objetivo de contribuir na tomada de decisão. Starfield (2002) afirma que avaliar as práticas de integralidade permitem identificar conjuntos que fazem parte e definem a APS.

Para avaliar a APS está disponível um instrumento que mensura os atributos (SHI; STARFIELD; JIAHONG, 2001), denominado Primary Care Assessment Tool (PCATool), nas versões adulto, criança e profissional, objetivando medir a presença e extensão de cada atributo (STARFIELD, 2002). O instrumento foi validado no Brasil e tende a produzir escores para cada atributo, que possibilita mensurar o grau de orientação da APS nos diversos sistemas de saúde (HARZHEIM et al., 2006).

Partindo da necessidade e importância de investir em pesquisas de avaliação (STARFIELD, 2002), e reconhecendo que a integralidade executada pela APS contribui para a garantia da qualidade, este estudo optou pela utilização do instrumento PCATool-Brasil versão adulto, como forma de investigar os escores da integralidade obtidos na rede de APS em dois municípios integrantes à 4ª CRS/RS. Desta forma, o

objetivo deste estudo é identificar o atributo da integralidade a partir da aplicação do instrumento PCATool-Brasil versão adulto na APS em dois municípios que integram à 4ª CRS/RS.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa de avaliação dos modelos de APS relativa à extensão do atributo integralidade nos cuidados primários à saúde do adulto, em dois municípios que integram a 4ª CRS/RS.

Este estudo faz parte de um projeto matricial intitulado “PCATool: avaliação da atenção primária na 4ª CRS/RS”. Estudo transversal e descritivo, realizada nos serviços de APS de 32 municípios que pertencem a 4ª CRS/RS. Após realização de capacitação dos pesquisadores, os dados foram coletados de janeiro a agosto de 2015, tendo financiamento através do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), Edital Universal 014/2014.

A 4ª CRS/RS é composta por 32 municípios, esta é a constituída por duas regiões de saúde são elas; Entre Rios composta por 11 municípios e sede administrativa localizada em Santiago; e a Região Verdes Campos é composta por 22 municípios, sua sede administrativa está localizada no município de Santa Maria.

A amostra foi delimitada através de cálculo amostral, baseado em estimativa da média populacional. Foram entrevistados 1076 usuários adultos, através do método não-probabilístico de conveniência. Os dados foram coletados por meio do instrumento PCATool-Brasil através do programa Epi-Info versão 7.0 fazendo uso de tablet. Em seguida, os dados foram analisados no software *Statistical Analysis System (SAS)*, versão 9.0.

A população estudada foi constituída por usuários adultos residentes e cadastrados nas áreas de abrangência das unidades de APS. Foram incluídas somente as unidades básicas localizadas no perímetro urbano por limitações logísticas. Os critérios de inclusão dos participantes para a aplicação do questionário foram: ser usuário há mais de seis meses dos serviços de APS (ESF ou outros serviços); ser maior de 18 anos; aceitar participar do estudo, assinando o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE).

A avaliação da integralidade foi realizada pelo componente Integralidade presente no instrumento PCATool-Brasil, versão adulto. O instrumento é composto por

uma escala Likert sendo que as respostas para cada um dos itens são: “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). Transformado para uma escala de 0 a 10 (baixo escore < 6,6 e alto escore \geq 6,6).

Houveram casos em que o participante respondeu 50% de respostas 9 (não sei/não lembro), os seus escores não foram calculados. Quando o participante respondeu menos que 50% de respostas 9, esta foi convertida no valor 2 (provavelmente não), transformação necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que era desconhecida pelo participante (BRASIL, 2010a).

O Teste Qui-quadrado foi utilizado para análise de associação das variáveis para identificar quais destas variáveis poderiam estar associadas à classificação da atenção do serviço referido como fonte regular de atenção à saúde. Para verificar a significância estatística nas comparações entre proporções, foi realizado o teste de qui-quadrado, com tolerância de erro ao aceitar as diferenças significantes de até 5%

Este estudo se baseou nos preceitos éticos que permeiam a Resolução nº 466/12. Aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM pelo CAAE: 34137314.4.0000.5346.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Esse estudo buscou avaliar o atributo integralidade nos serviços de APS em dois municípios da 4ª CRS/RS, esta localizada no centro do Estado do Rio Grande do Sul, composta por 32 municípios, destes, 22 municípios com menos de dez mil habitantes; 6 municípios com até 20 mil habitantes; 3 com até 40 mil habitantes; e apenas 1 com mais de 50 mil habitantes.

A região administrativa da 4ª CRS/RS é organizada por duas micro-regiões de saúde Entre Rios constituída por 11 municípios com sede administrativa no município de Santiago e a Região Verdes Campos é formada por 22 municípios, com sede no município de Santa Maria.

Foram entrevistados 1076 usuários adultos, que correspondem a rede de APS da 4ª CRS/RS incluídas no estudo. Deste, 76,30% são do sexo feminino, dentre estes 43,97% estão na faixa etária de 18 a 38 anos. A situação conjugal que prevaleceu é casado com 41,88% e 69,40% se autodeclararam de cor branca. Os participantes relatam que o meio de transporte mais utilizado para chegar até a APS é a pé 59,79%. Quanto a formação, a maioria 55,13% declarou ter realizado o ensino fundamental completo e/ou

incompleto, destes 74,07% não possuem plano de saúde privado, prevalecendo os indivíduos que não possuem carteira de trabalho assinada, com 72,85%, quanto a renda familiar a maioria 42,63% declarou receber de 1 a 2 salários mínimos.

Em relação a APS do município sede da região Verdes Campos (Santa Maria), foram entrevistados 526 usuários adultos, destes 78,90% são do sexo feminino, 52,76% na faixa etária de 18 a 38 anos, 44,27% cursaram o ensino médio completo/incompleto, 36,40% são casados, 67,05% se autodeclararam de cor branca, 78,20% não possuem plano de saúde privado, 64,24% se deslocam a pé até a unidade de saúde, 65,71% não possuem carteira de trabalho e a renda familiar que prevaleceu é de 1 a 2 salários mínimos com 43,62%.

No município de Santiago, sede da região Entre Rios, participaram do estudo 99 adultos usuários da APS, destes, 75,76% são do sexo feminino, 58,67% estão na faixa etária de 18 a 38 anos, 49,49% são casados, 68,69% de autodeclararam de cor branca, 71,72% não possuem plano de saúde privado, 81,82% se deslocando até a unidade de APS a pé, 73,74% não possuem carteira de trabalho, a renda familiar que prevaleceu é de 1 a 2 salários mínimos para 39,39% e 38,38% estão na faixa etária de 39 a 59 anos.

A pesquisa identificou diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) as quais estão representadas em negrito nas tabelas a seguir. A **tabela 1** apresenta o escore da integralidade (alto e baixo escore) associado às características sociodemográficas dos usuários adultos da rede de APS dos 32 municípios que integram a 4ª CRS/RS.

Na **tabela 2**, são apresentadas as variáveis do perfil sociodemográfico dos usuários adultos da rede de APS residentes nos municípios sedes (Santa Maria e Santiago) com a avaliação da integralidade por alto a baixo escore.

Dentre as variáveis sociodemográficas, a formação ($p=0,034$), raça ($p=0,020$) e renda familiar ($p=0,007$) apresentaram-se associadas significativamente à rede de APS dos municípios da 4ª CRS/RS. No município sede da região Entre Rios (Santiago) foi associado significativamente o sexo ($p=0,047$), e no município sede Verdes Campos (Santa Maria), a raça ($p=0,035$) obteve associação.

Tanto na rede de APS da 4ª CRS/RS, quanto nos municípios sede das regiões Entre Rios e Verdes Campos (Santiago e Santa Maria), a prevalência de mulheres que frequentam a APS é alta. Com nível de significância ($p=0,047$) na Sede Santiago. Estudos de Schraiber et al., (2010); Figueiredo (2005); Lins et al., (2014) e Carneiro et al., (2014), mostram que historicamente a APS era estruturada para atender mulheres e

crianças, e o horário de funcionamento coincidiam com a jornada de trabalho dos usuários, assim dificultando a procura e o atendimento de pessoas do sexo masculino.

O aspecto cultural é associado aos homens como modelos de masculinidade, força, virilidade, objetividade, distanciamento emocional e pela realização de comportamentos de risco. Já as mulheres, são identificadas como frágeis e sensíveis, baseadas no contexto reprodutivo. Somado a isso, o homem usuário é identificado por revelar não ter paciência na espera por atendimento contrapondo-se a postura feminina de ser paciente (MACHIN et al., 2011). A diminuição da presença de homens nos serviços (FIGUEIREDO, 2005), é uma característica masculina, associada à desvalorização do autocuidado e a despreocupação com a saúde. Salienta-se que os homens tendem a não procurar a APS pois esta não dispõem de atividades específicas à população masculina.

No entanto, seria uma ferramenta importante buscar expandir o olhar dos profissionais da APS, incentivando a criação de programas e ações voltadas a população masculina, sendo um atrativo para que os homens procurem à APS, visto que a saúde masculina também é alvo de diversos acometimentos. É fundamental, no campo da saúde pública que sejam realizadas discussões voltadas aos sentidos atribuídos à sexualidade masculina, não somente para a prevenção do câncer de próstata, mas também em outras ações ligadas pelas definições atribuídas para poder serem melhor tratados (GOMES, 2003).

Poucos são os estudos que abordam a discussão entre as raças e a procura por atendimento na APS, porém, neste estudo foi evidenciado a prevalência de indivíduos autodeclarados brancos, sendo significativo (0,020) na 4ª CRS/RS com 69,40% e, 67,05% na sede Santa Maria (0,035). Em outras pesquisas, foram observadas a prevalência de usuários adultos autodeclarados brancos (HARZHEIM et al., 2013; SILVA, FRACOLLI; 2014). Possivelmente, este dado está associado ao fato de estarmos em regiões que conta com a presença de descendentes de europeus (IBGE, 2010).

No Brasil encontramos elevado número de indivíduos com baixa escolaridade (IBGE, 2010), dado este confirmado na pesquisa, tanto no cenários da rede de APS da 4ª CRS/RS com (55,13%), quanto no município sede da regional Entre Rios (58,76%), foi constatado que a maioria dos participantes possuem ensino fundamental completo/incompleto. Estudos de Carneiro et al., (2014) evidenciam que o ensino fundamental incompleto foi detectado por 39,00% do total de usuários pesquisados. Da

mesma forma, estudos de Brandão, Giovanella e Campos (2013), evidenciam que em unidade de APS localizadas em regiões de alta vulnerabilidade, metade dos usuários não possuem ensino fundamental completo, apontando que os usuários da APS em geral possuem baixa escolaridade.

Contraopondo-se, no município sede da região Verdes Campos (Santa Maria), a formação que teve prevalência foi ensino médio completo/incompleto, com 44,27%, estudos apontam (BÓS; BÓS, 2004; RIBEIRO et al., 2006; RODRIGUES et al., 2009) que a diminuição da procura pela APS, está diretamente relacionada ao aumento da escolaridade, uma vez que os indivíduos com maior escolaridade tendem a procurar outros estabelecimentos assistência à saúde. Estudos (ANSARI; LADITKA; LADITKA, 2006) apontam que quanto maior os anos de escolaridade, melhor as condições de renda, trabalho e saúde, conseqüentemente, menores os índices de hospitalizações e procura por atendimentos.

A renda familiar nos municípios da 4ª CRS/RS (42.63%) e nos municípios sedes (Santa Maria 43,62% e Santiago 39,39%) prevaleceu entre 1 a 2 salários mínimos, confirmando estudos recentes de Araujo et al., (2014); Carneiro et al., (2014). Para Lopes e Oliveira (2004), a renda é considerada um aspecto importante nas condições de saúde constituindo-se uma variável para mensurar o grau de desenvolvimento socioeconômico dos usuários. Pois indivíduos com baixa renda, tendem a morar em periferias dos municípios, onde normalmente encontram-se localizadas as unidade de APS.

Os resultados deste estudo apontam que a maioria dos adultos usuários da APS apresentam renda insuficiente para destinar com gastos pertinentes as demandas de saúde, e caso não tenham acesso as medicações através do SUS, podem acabar abandonando o tratamento, devido ao custo muito elevado. A maioria dos usuários participantes da pesquisa não possuem plano de saúde privado (74,07%) como é o caso dos usuários adultos da rede dos municípios da 4ª CRS/RS.

Tabela 1– Perfil sociodemográfico dos usuários dos serviços de APS dos municípios da 4ª CRS, de acordo com a avaliação de alto e baixo escore do atributo integralidade. 2015. (N=625)

PCATool-Brasil versão Adulto					
Integralidade					
Variável	Alto escore (≥6,6)		Baixo escore (<6,6)		P*
	87		538		
	N	%	N	%	
Sexo					0,953
Feminino	68	78,16	422	78,44	
Masculino	19	21,84	116	21,56	
Faixa etária					0,515
18 a 38 anos	41	47,13	268	49,91	
39 a 59 anos	33	37,93	172	32,03	
60 a 91 anos	13	14,94	97	18,06	
Formação					0,034
Ensino fundamental	44	50,57	241	45,05	
Ensino médio	26	29,89	232	43,36	
Ensino superior	12	13,79	49	9,16	
Pós-Graduação	2	2,30	2	0,37	
Não alfabetizado	3	3,45	11	2,06	
Situação conjugal					0,574
Casado	19	21,84	145	27,15	
Solteiro	35	40,23	204	38,20	
Outro	33	37,93	185	34,64	
Raça					0,020
Branco	49	56,32	369	69,10	
Negro	21	24,14	110	20,60	
Outro	17	19,54	55	10,30	
Plano de saúde					0,430
Possui	17	19,54	125	23,36	
Não possui	70	80,46	410	76,64	
Transporte					0,286
A pé	55	63,22	362	67,66	
Carona	3	3,45	12	2,24	
Transporte coletivo e escolar	5	5,75	52	9,72	
Bicicleta e transporte próprio	24	27,59	109	81,95	
Carteira de trabalho					0,420
Sim	32	36,78	173	32,40	
Não	55	63,22	361	67,60	
Renda familiar					0,007
Até 1 salário	25	28,74	153	28,49	
De 1 a 2 salários	34	39,08	234	43,58	
De 2 a 3 salários	13	14,94	102	18,99	
De 3 a 4 salários	5	5,75	32	5,96	
Mais de 4 salários	10	11,49	16	2,98	

* Teste Qui-quadrado (teste de associação)

Tabela 2 – Perfil sociodemográfico dos usuários dos serviços de APS na experiência dos usuários dos municípios sede de Santa Maria e Santiago de acordo com a avaliação de alto e baixo escore do atributo integralidade. 2015. (N=625)

PCATool-Brasil versão Adulto										
Integralidade										
Variável	Santa Maria n=526				P*	Santiago n=99				P*
	Alto escore (≥6,6)		Baixo escore (<6,6)			Alto escore (≥6,6)		Baixo escore (<6,6)		
	n	%	N	%	N	%	n	%		
Sexo					0,253					0,047
Feminino	47	73,44	368	76,65		21	91,30	54	71,05	
Masculino	17	26,56	94	20,35		2	8,70	22	28,95	
Faixa etária					0,665					0,656
18 a 38 anos	33	51,56	244	52,93		8	34,78	24	31,58	
39 a 59 anos	23	35,94	144	31,24		10	43,48	28	36,84	
60 a 91 anos	8	12,50	73	15,84		5	21,74	24	31,58	
Formação					0,142					0,259
Ensino fundamental	34	53,13	194	42,17		10	43,48	47	62,67	
Ensino médio	19	29,69	213	46,30		7	30,43	19	25,33	
Ensino superior	9	14,06	44	9,57		3	13,04	5	6,67	
Pós-Graduação	0	0,00	1	0,22		2	8,70	1	1,33	
Não alfabetizado	2	3,13	8	1,74		1	4,35	3	4,00	
Situação conjugal					0,689					0,815
Solteiro	15	23,44	127	27,73		4	17,39	18	23,68	
Casado	23	35,94	167	36,46		12	52,17	37	48,68	
Outro	26	40,63	164	35,81		7	30,43	21	27,63	
Raça					0,035					0,131
Branco	35	54,69	315	68,78		14	60,87	54	71,05	
Outro	15	23,44	90	19,65		6	26,09	20	26,32	
Negro	14	21,88	53	11,57		3	13,04	2	2,63	
Plano de saúde					0,528					0,426
Possui	12	18,75	102	22,22		5	21,74	23	30,26	
Não possui	52	81,25	357	77,78		18	78,26	53	69,74	
Transporte					0,302					0,126
A pé	40	62,50	296	64,49		15	65,22	66	86,84	
Carona	2	3,13	11	2,40		1	4,35	1	1,32	
Transporte coletivo e escolar	3	4,69	50	10,89		2	8,70	2	2,63	
Bicicleta e transporte próprio	19	29,69	102	22,22		5	21,74	7	9,21	
Carteira de trabalho					0,088					0,269
Sim	28	43,75	151	32,97		4	17,39	22	28,95	
Não	36	56,25	307	67,03		19	82,61	54	71,05	
Renda familiar					0,069					0,110
Até 1 salário	20	31,25	125	27,11		5	21,74	28	36,84	
De 1 a 2 salários	25	39,06	204	44,25		9	39,13	30	39,47	
De 2 a 3 salários	9	14,06	95	20,61		4	17,39	7	9,21	
De 3 a 4 salários	4	6,25	24	5,21		1	4,35	8	10,53	
Mais de 4 salários	6	9,38	13	2,82		4	17,39	3	3,95	

*Teste Qui-quadrado (teste de associação)

A tabela 3 apresenta as médias da integralidade da APS em relação aos serviços prestados e serviços disponíveis, atribuídos pelos adultos usuários da APS dos municípios das sedes (Santa Maria e Santiago) da 4ª CRS/RS.

Tabela 3- Comparação entre as médias do escore da integralidade entre serviços disponíveis e serviços prestados. 2015. (N=624)

Atributo	Escore (0-10)									
	Santa Maria n=526					Santiago n=99				
	Méd	DP	Min	Max	α	Méd	DP	Min	Max	A
Integralidade										
Serviços Prestados	3,24	2,33	0,00	10,0	0,823	4,07	2,51	0,00	10,0	0,848
Serviços Disponíveis	5,87	1,54	1,06	9,79	0,623	6,65	1,74	2,11	9,63	0,861

* α Alfa de Cronbach

Na sede do município de Santa Maria, identifica-se desvio padrão (DP) dos serviços prestados de 2,33 e serviços disponíveis 1,54, já na sede do município de Santiago, DP de 2,51 para os serviços prestados e de 1,74 para serviços disponíveis. Os dados revelaram um alfa de Cronbach de 0,823 para serviços prestados e de 0,623 (considerado baixo) para serviços disponíveis no município de Santa Maria. No município de Santiago, alfa de Cronbach de 0,848 para serviços prestados e 0,861 para serviços disponíveis, fato que mostra a existência de validade interna e dados fidedignos no constructo.

Observa-se o escore nos dois municípios sede da 4 CRS/RS, no que se refere aos serviços prestados da integralidade (Santa Maria = 3,24 e Santiago = 4,07). Os escores evidenciados são considerados baixos. Em estudos realizados foram observados baixo escore à integralidade que representa os serviços prestados (CASTRO et al., 2012; BRAZ et al., 2013), reafirmando a realidade evidenciada neste estudo.

Além disso, os serviços disponíveis também mostraram-se baixos (Santa Maria 5,87 e Santiago 6,65), no entanto, média ainda maior que os serviços prestados. Dados observados em um estudo realizado em Minas Gerais (SILVA; FRACOLLI, 2014), apontam baixos escores médios na avaliação de usuários da APS, no que se refere aos serviços prestados e disponíveis.

Corroborando a isso, no município de Montes Claros, em estudo de Oliva et al., (2015) revelam a insatisfação dos usuários quanto à integralidade, ao refletir sobre a qualidade da assistência, identifica que o atributo anseia melhorar a resolutividade da assistência, bem como organizar os serviços prestados à população. Ainda, é observado o estudo de Oliveira (2007), que relata dados semelhantes encontrados no município de Porto Alegre, que expõem escores baixos em relação a integralidade.

A baixa avaliação, é interpretada por Silva e Fracoli (2014) de duas formas: a primeira se refere ao instrumento, mesmo validado no Brasil o rol de serviços elencados não estão adequados à realidade da APS participante do estudo; a segunda traz que as ações e os serviços propostos encontram-se abaixo das necessidades dos usuários e não contemplam a atuação da APS, deixando de fora as ações de prevenção e promoção da saúde, seguindo o modelo tradicional de tratamento e reabilitação da saúde.

A fragilidade encontrada na integralidade tende a enfraquecer a APS na agenda decisória nas políticas de saúde, tornando-a carente nas características de modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático (VIANA et al., 2002). Estudos de Sala et al., (2011) evidenciam a necessidade de mudanças visto que a integralidade é um dos pilares da organização do SUS.

Contudo, Oliva et al., (2015) avaliam na perspectiva de usuários boa avaliação no que tange os serviços disponíveis, resultado disso, o município de Montes Claros realiza ações de promoção da saúde, com orientações à saúde dos usuários, evitando que estes saiam em busca de serviços secundários e terciários na rede de atenção de maneira desnecessária, proporcionando fortalecimento do vínculo do profissional com usuário.

Priorizando a realização de serviços de promoção e prevenção tendem a aumentar a integralidade da assistência. Os serviços estão focados na prevenção de doenças, agravos e limitada prática de prevenção, estímulo ao autocuidado e suporte social, mostrando necessidade de investimento em ações como a formação profissional e implementação de práticas voltadas para a prevenção, orientação com repercussão na saúde coletiva (ARAÚJO et al., 2014).

Os desafios para o alcance da integralidade estão relacionados aos problemas de organização e estruturação dos serviços avaliados. A identificação das necessidades dos usuários está relacionada com a compreensão dos conceitos da saúde, e a APS poderá reconhecer os problemas que causam as doenças com melhor compreensão da integralidade (ARAÚJO; MENDONÇA; SOUSA, 2015).

A concepção de integralidade por Lima et al., (2012) está vinculada com as dimensões organizacionais do sistema de saúde, formando rede integrada em diversos serviços que levam em consideração as necessidades da população. Destacando também a importância de sistemas informativos que facilitem a comunicação entre todos os níveis da rede.

Para que a integralidade seja efetiva para Linard, Castro e Cruz (2011), faz-se o trabalho conjunto de diversos núcleos profissionais que atuam no campo da saúde

coletiva, interligando os saberes para atuar em equipe multiprofissional no cuidado em saúde, agregando os contextos percebidos para que o atendimento integral se consolide à APS.

Nesse sentido, estudo de Noronha et al., (2009) aponta a necessidades das unidades de saúde disponibilizarem mais serviços para suprir as demandas básicas de saúde dos usuários, como no investimento em medicamentos e vacinas, também nota-se a necessidade de melhor qualificação dos profissionais no que se refere aos cuidados à pacientes usuários de drogas, álcool, indivíduos com problemas de saúde mental, dentre outros.

CONCLUSÃO

Cabe destacar que a integralidade é um dos princípios do SUS, que objetiva suprir a demanda e as necessidades dos usuários a partir de um olhar integral ao indivíduo, considerando o sujeito em sua totalidade, promovendo, protegendo e recuperando a saúde da população, ofertando melhor qualidade de vida e atenção à saúde.

No entanto, o presente estudo revelou que a integralidade junto aos serviços de APS obteve baixos escores no que tange os serviços prestados e os serviços disponíveis, tanto no municípios de Santa Maria quanto no município de Santiago. O gênero feminino e indivíduos autodeclarados brancos também mostraram-se insatisfeitos, avaliando negativamente a integralidade, tanto nos municípios que integram a 4^a CRS/RS quanto nos municípios sede das regiões de saúde, Santa Maria e Santiago. Observa-se ainda que a maioria da população que faz uso do serviço, ainda é feminina e usuários que se autodeclararam de cor branca, neste sentido, é necessário expandir o olhar da APS, criando programas e ações voltadas a população masculina, com o objetivo de atrair os homens visto que a saúde masculina também é alvo de diversos acometimentos. Outro apontamento mostra que adultos com renda de 1 a 2 salários mínimos procuram mais pela APS, assim, acredita-se que indivíduos com baixa renda tendem a residir em periferias dos municípios, onde normalmente estão situadas as unidades de saúde, fato que convoca os profissionais de saúde a repensarem as suas práticas de saúde.

Faz-se necessário o aprimoramento dos serviços e ações no que se referem a integralidade dos serviços prestados e disponíveis, voltados ao cuidado dos usuários

adultos, vale ressaltar que a única média próxima do ideal foi encontrada em Santiago (6,65) pelos serviços prestados, porém ainda distante para ser considerada satisfatória.

Cabe ainda a necessidade de incentivar gestores e profissionais da APS para que promovam parcerias junto as universidades, tendo em vista a realização de pesquisas avaliativas no intuito de qualificar a atenção e a gestão dos serviços de saúde, reconhecendo que a integralidade executada pela APS contribui para a garantia da integralidade da atenção.

Considera-se importante a realização de processos de educação em saúde para usuários criarem autonomia do seu processo de cuidado, também incentivar gestores e profissionais para a realização de ações educativas no dia a dia, visando transformar o processo de trabalho e assim, construindo integralidade de forma mais sólida e eficiente.

Este estudo possui limitação visto ter sido desenvolvido em uma única CRS do RS, cujo perfil se caracteriza por ser de pequenos municípios. Assim, espera-se que este estudo possa contribuir para que gestores de saúde, profissionais e entidades acadêmicas possam continuar desenvolvendo investigações sobre o tema somando esforços para a consolidação do SUS no país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, M.N.; COIMBRA, L.C.; MORAIS, A.P.P.; SILVA, A.A.M.; PINHEIRO, S.R.A.; QUEIROZ, R.C.S. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 353-364, 2014.

ANSARI, Z.; LADITKA, J.N.; LADITKA, S.B. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. **Med Car Res Rev**, v. 63, n. 6, p. 719-41, 2006.

ARAÚJO, J.P.; VIERA, C.S.; TOSO, B.R.; COLLET, N.; NASSAR, P.O. Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança. **Acta Paul Enferm**; v. 27, n. 5, p. 440-6, 2014.

ARAÚJO, R.L.; MENDONÇA, A.V.M.; SOUSA, M.F.S. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **SAÚDE DEBATE** rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.387-399, abr-jun, 2015.

BÓS, A.M.G.; BÓS, A.J.G. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Rev Saude Publica**, v. 38, n. 1, p. 113-20, 2004.

BRANDÃO, A.L.R.B.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C.E.A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 103-114, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRAZ, J.C.; MELLO, D.F.; DAVID, Y.G.M.; TEIXEIRA, S.A.; PRADO, A.S.; FURTADO, M.C.C. Longitudinalidade e integralidade no cuidado a menores de um ano. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 46, n. 4, p. 416-23, 2013.

CARNEIRO, M.S.M.; MELO, D.M.S.; GOMES, J.M.; PINTO, F.J.M.; SILVA, M.G.C. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **SAÚDE DEBATE - RIO DE JANEIRO**, v. 38, n. ESPECIAL, p. 279-295, out, 2014.

CASTRO, R.C.L.; KNAUTH, D.R.; HARZHEIM, E.; HAUSER, L.; DUNCAN, B.B. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad Saúde Pública**, v. 28, p. 1772-84, 2012.

CONTANDRIOPOULOS, A.P et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.A.M. (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas. 3. ed. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, p.29–46, 2002.

DONABEDIAN, A. **Evaluating the Quality of Medical Care**. The Milbank Quarterly, United States, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

_____. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. The Definitions of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Harbor: Health Administration Press, 1980.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 1, p. 21, 2012.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 825-829, 2003.

HARZHEIM, E et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 274-84; Out-Dez, 2013.

HARZHEIM, E.; STARFIELD, B.; RAJMIL, L.; ÁLVAREZ-DARDET, C.; STEIN, A.T. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de

Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad Saude Publica**, v. 22, n. 8, p.1649-1659, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades@. 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php?lang=>>>. Acesso em: 19.11.2015.

LIMA, I.F.S.; LOBO, F.S.; ACIOLI, K.L.B.O.; AGUIAR, Z.N. Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 4, p. 944-52, 2012.

LINARD, A.G.; CASTRO, M.M.; CRUZ, A.K.L. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da estratégia saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm**; Porto Alegre (RS), v. 32, n. 3, p. 546-53. Set, 2011.

LINS, I.L.; NETO, R.T.L.; LEITE, S.F.P.; OLIVEIRA, J.M.C.; FELIPE, F.A. FERREIRA, N.B. Avaliação da Assistência Prestada na Estratégia de saúde da família na Ótica do Usuário. Id on Line **Revista de Psicologia**, v.8, n.24, p. 21-33; nov, 2014.

LOPES, F.A.M.; OLIVEIRA, F.A. **Aspectos epidemiológicos de idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família- PSF**. Textos Didáticos do Curso de Especialização em Saúde da Família e Disciplina de Patologia Geral da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro- FMTM. Uberaba (MG): FMTM, 2004.

MACHIN, R et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4503-4512, 2011.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, 2004.

NORONHA, M.G.R.C.S.; CARDOSO, O.S.; MORAES, T.N.P.; CENTA, M.L. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, p. 497-506, 2009.

OLIVA, A.C.D.; MOURA, C.M.R.; LIMA, C.A.; COSTA, F.M.; ROCHA, J.F.D. Avaliação dos atributos do cuidado primário de saúde na perspectiva do usuário. **Revista UNIABEU Belford Roxo**, v.8, n. 18; janeiro-abril, 2015.

OLIVEIRA, M.M.C. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

PAIM, J. S. Saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa/Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

RIBEIRO, M.C.S.A.; BARATA, R.B.; ALMEIDA, M.F.; SILVA, Z.P. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde por usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. **Cienc Saude Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 1011-22, 2006.

RODRIGUES et al., Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 604-12, 2009.

SALA, A.; LUPPI, C.G.; SIMÕES, O.; MARSIGLIA, R.G. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p.948-960, 2011.

SAMICO, I et al., (Orgs.). **Abordagens metodológicas na avaliação em saúde**. In: **AVALIAÇÃO em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

SCHRAIBER, L.B et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad Saude Publica**, v. 26, n. 5, p. 961-70, maio, 2010.

SHI, L.; STARFIELD, B.; JIAHONG, X. **Validating the adult primary care assessment Tool**. *J Fam Pract*, v. 50, n. 2, p.161-175, 2001.

SILVA, S.A.; FRACOLLI, L.A. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. **Saúde debate** - Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, P. 692-705, out-dez, 2014.

STARFIELD, B. **Primary care: balancing health needs, services, and technology**. Oxford: Oxford University Press, 1998.

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

VIANA, A.L.D.; PIERANTONI, C.R.; HEIMANN, L.S.; LIMA, L.D.; OLIVEIRA, R.G. **Indicadores de monitoramento da implantação do PSF em grandes centros urbanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

5 DISCUSSÕES

Neste estudo a fundamentação teórica realizada teve o intuito de apresentar o histórico da APS, das Redes de Atenção, da avaliação dos serviços e da integralidade em saúde, com objetivo de avaliar a integralidade da Atenção Primária à Saúde nos municípios que integram a 4ª CRS/RS.

A APS é assinalada pela atenção ambulatorial não especializada, a partir de unidades de saúde através de um sistema que desenvolve atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, marcada por atividades de saúde pública. Estas unidades ofertam o primeiro contato dos usuários com o sistema e onde são solucionados grande parte dos problemas de saúde (LAVRAS, 2011).

Sua organização se iguala ao modelo do Programa Saúde da Família proposto pelo Ministério da Saúde, sendo um estratégia de universalização da APS e reorientação do sistema de saúde do país, que objetiva realizar ações de promoção, prevenção e assistência da saúde integrada (SALA et al., 2011) Assim, uma linha fundamental da APS está na perspectiva da integralidade (PAIM, 2004).

O cuidado integral se vincula ao atendimento ampliado da demanda dos usuários, sendo corresponsável na construção do SUS, ainda é um desafio para a construção do sistema (MATTOS, 2004). Já a integralidade busca uma assistência diferenciada, transformadora e centrada às necessidades dos indivíduos (FONTOURA; MAYER, 2006).

Para Mattos (2004), a integralidade se articula na promoção, prevenção e recuperação da saúde na efetivação do cuidado através de ações organizadas no mesmo espaço, aplicando saberes e ações que se articulam. Convergem então, saberes técnicos e práticas dos diferentes atores da equipe multiprofissional que operam no cuidado ao indivíduo.

Em estudo de Lima et al., (2011) os entrevistados compreendem que a integralidade está interligada com a abordagem de acolhimento e de respeito no ato do cuidado aos usuários, destacando o olhar aos cidadãos em sua totalidade, nas dimensões psicológicas, sociais e físicas. Entender as dificuldades explanadas, expressadas por doenças ou alterações biológicas se faz necessário por meio do diálogo estabelecido entre usuários e trabalhadores, construindo vínculo e acolhimento e cuidado

humanizado. Para Felisberto (2006), a integralidade torna-se um atributo proeminente na avaliação da qualidade do cuidado em saúde e incentivar pesquisas para avaliação dos serviços de APS a partir da visão dos usuários, é uma ferramenta imprescindível na institucionalização da avaliação e organização do sistema.

O Ministério da Saúde vem promovendo ações avaliativas no âmbito da APS, com isso, a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB) tem disponibilizado manuais com o intuito de fornecer suporte para a realização de processos avaliativos no âmbito do SUS. Além disso, estão sendo desenvolvidos diversos estudos acerca da avaliação em saúde por pesquisadores de instituições governamentais e não governamentais (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Para Viana (2012) a avaliação dos atributos da APS em concordância com as diretrizes e princípios, ocorre em âmbito nacional, regional e local, fornecendo subsídios para que as mudanças ocorram, principalmente na implantação e nas tendências de universalização. Diante de diversos instrumentos quantitativos, destaca-se o PCATool-Brasil, pois mostrou-se eficaz nas estratégias de avaliação e comparação dos serviços de APS com diversas formas de organização (ALMEIRA; MANCINKO, 2006).

Neste sentido, foi realizado uma pesquisa transversal descrita com o intuito de avaliar o serviços de saúde na perspectiva da integralidade e, pôde-se perceber que a predominância nas características dos adultos revelam a prevalência de mulheres brancas, casadas na faixa etária de 18 a 38 anos de idade, e ter realizado apenas o ensino fundamental, com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos e sem possuir carteira assinada.

Também, o baixo escore da integralidade prevaleceu na pesquisa, corroborando, outros estudos desenvolvidos em municípios de pequeno porte, que apontam a necessidade de disponibilizar serviços a fim de suprir demandas básicas de saúde, como no investimento de medicamentos, vacinas, mais profissionais qualificados para atender a demanda (NORONHA et al., 2009).

Estudos de Silva e Fracoli (2014); Viana (2012); Sala et al., (2011); Pereira et al., (2011) apontam fragilidades para se atingir a integralidade, no que se refere as ações educativas e de aconselhamento, que ainda são incipientes, revelando também o modelo assistencial voltado nas práticas curativas

Corroborando, Linard, Castro e Cruz (2011) apontam para que a integralidade seja efetiva, faz-se necessário que os profissionais de saúde dos diversos núcleos que

atuam na APS, busquem interligar os saberes para atuar em equipe multiprofissional no cuidado em saúde, agregando os contextos percebidos para que o atendimento integral se consolide à APS.

6 CONCLUSÃO

Embora a APS seja indispensável para a efetivação dos serviços de saúde, ainda existem muitos desafios a serem superados, no sentido de melhorar a organização do sistema e os cuidados em saúde. Para suprir as necessidades, deve-se investir no aumento de profissionais, gestores e equipes multiprofissionais e, investir na capacitação dos mesmos; infraestrutura adequada, modelo de atenção e na fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde e no subfinanciamento (MENDES, 2012). Também, se faz necessário a valorização dos serviços públicos, de salários mais justos e qualificar as redes (LINS et al., 2014).

É importante refletir acerca da integralidade na prática e teoria, para que seja constituída uma assistência com foco nos princípios e diretrizes do SUS e não somente como um serviço ofertado na prestação de assistência aos usuários.

Este estudo tem como intento contribuir com o ensino, a pesquisa e a assistência em saúde, possibilitando discussões amplas acerca da avaliação da APS, visando a qualificação da atenção, transformação do processo de trabalho e incentivar futuras pesquisas na temática. Também, motivar gestores para investir em processos avaliativos para que ocorram mudanças na rede de atenção dos serviços, visando a melhoria da APS.

Este estudo possui limitação visto ter sido desenvolvido em uma única coordenadoria de saúde que abrange pequenos municípios. Assim, espera-se que este estudo possa contribuir na tentativa de que gestores de saúde, profissionais e entidades acadêmicas possam desenvolver investigações a respeito da temática, para solucionar problemas que persistem no cotidiano dos serviços de saúde.

7 REFERÊNCIAS

ALENCAR, M.N.; COIMBRA, L.C.; MORAIS, A.P.P.; SILVA, A.A.M.; PINHEIRO, S.R.A.; QUEIROZ, R.C.S. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 353-364, 2014.

ALMEIRA, C.; MACINKO, J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília; **Organização Pan-Americana de Saúde**, p. 215, 2006.

ANSARI, Z.; LADITKA, J.N.; LADITKA, S.B. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. **Med Car Res Rev**, v. 63, n. 6, p. 719-41, 2006.

ARAÚJO, J.P.; VIERA, C.S.; TOSO, B.R.; COLLET, N.; NASSAR, P.O. Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança. **Acta Paul Enferm**; v. 27, n. 5, p. 440-6, 2014.

ARAÚJO, L.U.A.; GAMA, Z.A.S.; NASCIMENTO, F.L.A.; OLIVEIRA, H.F.V.; AZEVEDO, W.M.A.; JUNIOR, H.J.B.A. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3521-3532, 2014.

ARAÚJO, R.L.; MENDONÇA, A.V.M.; SOUSA, M.F.S. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **SAÚDE DEBATE rio de Janeiro**, v. 39, n. 105, p.387-399, ABR-JUN, 2015.

ARCE, V.A.R.; SOUSA, M.F.; LIMA, M.G. A práxis da Saúde Mental no âmbito da estratégia saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 541-560, 2011.

AYRES, J.R.C.M.; CARVALHO, Y.M.; NASSER, M.A.; SALTÃO, R.M.; MENDES, V.M. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Comunicação Saúde Educação**, v.16, n.40, p.67-81, jan./mar, 2012.

BARBETTA, P.A. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. 8ª ed. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2014.

BÓS, A.M.G.; BÓS, A.J.G. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Rev Saude Publica**, v. 38, n. 1, p. 113-20, 2004.

BOTTARI, C.M.S.; VASCONCELLOS, M.M.; MENDONÇA, M.H.M. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. S111-S122, 2008.

BRANDÃO, A.L.R.B.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C.E.A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 103-114, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde – **A estratégia de redes regionalizadas de atenção à saúde: princípios e diretrizes para sua implementação no SUS**. Brasília, Secretaria de Atenção à Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. A implantação da unidade de saúde da família. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde, (**Cadernos de Atenção Básica, 1**), 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

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

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

_____. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: leis, normas e portarias atuais**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080**. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010b. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010b. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Secretaria Executiva, Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. In: Proceedings of the VIII Conferência Nacional de Saúde; Brasília, 1986.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria

de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família**. Brasília. Ministério da Saúde, p. 36, 2001a.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005b.

BRAZ, J.C.; MELLO, D.F.; DAVID, Y.G.M.; TEIXEIRA, S.A.; PRADO, A.S.; FURTADO, M.C.C. Longitudinalidade e integralidade no cuidado a menores de um ano. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 46, n. 4, p. 416-23, 2013.

CAMPBELL, S.M.; ROLAND, M.O.; BUETOW, S.A. Defining quality of care. **Soc Sci Med**, England, v. 51, n. 11, p. 1611-1625, 2000.

CARDOSO, T.Z.; PEREIRA, M.J.B.; CAMPOS, L.V.O.; MATUMOTO, S.; MISHIMA, S.M.; FORTUNA, C.M.; CARDOSO, O.O. Processo de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem na atenção Básica à Saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1087-93, nov-dez, 2011.

CARNEIRO, A.D et. al. Prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros no PSF: aspectos, éticos e legais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 756-65, 2008.

CARNEIRO, M.S.M.; MELO, D.M.S.; GOMES, J.M.; PINTO, F.J.M.; SILVA, M.G.C. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **SAÚDE DEBATE - RIO DE JANEIRO**, v. 38, n. ESPECIAL, p. 279-295, out, 2014.

CASTRO, R.C.L.; KNAUTH, D.R.; HARZHEIM, E.; HAUSER, L.; DUNCAN, B.B. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad Saúde Pública**, v. 28, p. 1772-84, 2012.

CECILIO, L.C.O. **As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta Pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 24, n. S1, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, A.P et al. **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos.** In: HARTZ, Z.A.M. (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.29–46, 2002.

_____. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 705-10, 2006.

COSTA, R.F.; QUEIROZ, M.V.O.; ZEITOUNE, R.C.G. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 466-472, jul/set, 2012.

CREVELIM, M.A.; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2005.

CUETO, M. The origins of Primary Health Care and selective Primary Health Care. **Am J Public Health**, v. 94, n. 11, 2004.

DONABEDIAN, A. **Evaluating the Quality of Medical Care.** The Milbank Quarterly, United States, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

_____. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring.** The Definitions of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Harbor: Health Administration Press, 1980.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Cien Saude Colet**, v. 11, n.3, p. 553-563, 2006.

FERREIRA, T.L.S.; COSTA, I.C.C.; ANDRADE, F.B. Avaliação do atributo integralidade em serviços de puericultura na atenção primária à saúde. **Revista Ciência Plural**, v. 1, n. 1, p. 22-9, 2015.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.

FINKELMAN, J. **Caminhos da Saúde Pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz; Opas/OMS, p. 236-313, 2002.

FONTOURA, R.T., MAYER, C.N. **Uma breve reflexão sobre a integralidade.** Revista Brasileira de enfermagem. Brasília, v.59, n.4, p.532-572, jul. 2006.

FRANÇA, I.S.X.; BAPTISTA, R.S.; ABRÃO, F.M.S.; COURA, A.S.; FRANÇA, E.G.; PAGLIUCA, L.M.F. O des-cuidar do lesado medular na atenção Básica: desafios bioéticos para as políticas de saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 236-43, mar-abr, 2012.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. **Integralidade na assistência à saúde – a organização das linhas do cuidado.** In: MERHY, E.E. et al. O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4. ed. São Paulo, cap. 4, p.125-133, 2007.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES, H.M.Jr. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado**. Publicado no livro: O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano; HUCITEC, 2ª.edição, São Paulo, SP, 2004.

FRATINI, J.R.G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição Para a integralidade em saúde. **Cienc Cuid Saude**, v. 7, n. 1, p. 065-072, Jan/Mar, 2008.

FURTADO, M.C.C.; BRAZ, J.C.; PINA, J.C.; MELLO, D.F.; LIMA, R.A.G. A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 2, mar/abr, 2013.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 1, p. 21, 2012.

GIOVANELLA, L.; COSTA, L.V.; CARVALHO, A.I.; CONILL, E.M. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde Debate**, v. 26, n. 60, p.37-61, 2002.

GIOVANELLA, L.; LOBATO, L.; CARVALHO, A.L.; CONNIL, E.M.; CUNHA, E.M. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde Debate**, v. 26, p. 37-61, 2002.

GOMES, K.O.; COTTA, R.M.M.; 2 ARAÚJO, R.M.A.; 2 CHERCHIGLIA, M.L.; MARTINS, T.C.P. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 881-892, 2011.

GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar./ago, 2005.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 825-829, 2003.

GONÇALVES, M.R. **Associação entre a qualidade da atenção primária à saúde e o processo de atenção aos portadores de diabetes mellitus adscritos aos serviços de saúde em Porto Alegre. 2007**. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

HARTZ, Z et al. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos a prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008.

HARZHEIM, E et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 274-84; Out-Dez, 2013.

HARZHEIM, E.; GONÇALVES, M.R.; OLIVEIRA, M.M.C.; TRINDADE, T.G.; AGOSTINHO, M.R.; HAUSER, L. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – Primary Care Assessment Tool – PCATool – Brasil**. Brasília, Ministério da Saúde, 2010.

HARZHEIM, E.; STARFIELD, B.; RAJMIL, L.; ÁLVAREZ-DARDET, C.; STEIN, A.T. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad Saude Publica**, v. 22, n. 8, p.1649-1659, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades@. 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php?lang=>>>. Acesso em: 19.11.2015.

KANTORSKI, L.P.; JARDIM, V.M.R.; PEREIRA, D.B.; COIMBRA, V.C.C.; OLIVEIRA, M.M. A integralidade no cotidiano de trabalho na estratégia saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 30, n. 4, p. 594-601, dez, 2009.

LAFORGIA, G. **Rationale and objectives**. São Paulo, World Bank, Brazilian and international experiences in integrated care networks, 2006.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LESSA, C.F.M.; VETTORE, M.V. Gestão da Atenção Básica em Saúde Bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.3, p.547-556, 2010.

LIMA, I.F.S.; LOBO, F.S.; ACIOLI, K.L.B.O.; AGUIAR, Z.N. Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 4, p. 944-52, 2012.

LINARD, A.G.; CASTRO, M.M.; CRUZ, A.K.L. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da estratégia saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm**; Porto Alegre (RS), v. 32, n. 3, p. 546-53. Set, 2011.

LINS, I.L.; NETO, R.T.L.; LEITE, S.F.P.; OLIVEIRA, J.M.C.; FELIPE, F.A. FERREIRA, N.B. Avaliação da Assistência Prestada na Estratégia de saúde da família na Ótica do Usuário. Id on Line **Revista de Psicologia**, v.8, n.24, p. 21-33; nov, 2014.

LOPES, F.A.M.; OLIVEIRA, F.A. **Aspectos epidemiológicos de idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família- PSF**. Textos Didáticos do Curso de Especialização em Saúde da Família e Disciplina de Patologia Geral da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro- FMTM. Uberaba (MG): FMTM, 2004.

MACHIN, R et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4503-4512, 2011.

MATOS, E.; PIRES, D.E.P. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.18, n. 2, Abr-Jun, 2009.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, 2004.

MATTOS, R.A. **Os sentidos da Integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: **Lippincot Williams & Wilkins**, 2005.

MENDES E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

_____. **A APS no Brasil**. In: MENDES, E.V, organizador. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 71-99, 2012.

_____. **A reengenharia do sistema de serviços de saúde no nível local: a gestão da atenção à saúde**. In: MENDES, E.V. (Organizador) – A organização da saúde no nível local. São Paulo, Ed. HUCITEC, 1998.

_____. **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças do Sistema Único de Saúde**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

_____. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador, Casa da Qualidade, Tomo I, 2001.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, Out-Dez, 2008.

MERHY, E.E. **Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico assistencial em defesa da vida**. In: CECÍLIO, L.C.O. organizador. Inventando a mudança em saúde. São Paulo: Editora HUCITEC; 1994.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MOLINER, J.; LOPES, S.M.B. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. **Saúde Soc. São Paulo**, v.22, n.4, p.1072-1083, 2013.

NASCIMENTO, M.S.; NASCIMENTO, M.A.A. Prática da enfermeira no programa de saúde da família: a interface da vigilância em saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 333-45, 2005.

NORONHA, M.G.R.C.S.; CARDOSO, O.S.; MORAES, T.N.P.; CENTA, M.L. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, p. 497-506, 2009.

OLIVA, A.C.D.; MOURA, C.M.R.; LIMA, C.A.; COSTA, F.M.; ROCHA, J.F.D. Avaliação dos atributos do cuidado primário de saúde na perspectiva do usuário. **Revista UNIABEU Belford Roxo**, v.8, n. 18; janeiro-abril, 2015.

OLIVEIRA, M.M.C. **Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada.** [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. esp, p. 158-64, 2013.

PAIM, J. S. Saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa/Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PASARÍN, M.I. An instrument to evaluate primary health care from the population perspective. **Aten Primaria, Spain**, v. 39, n. 8, p. 395-401, 2007.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 493, 2013.

PINHEIRO, R, MATTOS, R.A, organizadores. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2003.

PINHEIRO, R. et al. **Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade?** Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** PINHEIRO, P.; MATTOS, R.A. (orgs). Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ: ABRASCO, p. 11-31, 2005.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. **Práticas eficazes x modelos ideias: ação e pensamento na construção da integralidade.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro - ABRASCO, p. 7-34, 2003.

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

RIBEIRO, F.A.; SCHRAIBER, L.B.; **Atenção Primária (APS) e Sistemas de Saúde no Brasil: perspectiva histórica.** 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

RIBEIRO, M.C.S.A.; BARATA, R.B.; ALMEIDA, M.F.; SILVA, Z.P. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde por usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. **Cienc Saude Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 1011-22, 2006.

ROCHA, P.M.; UCHO, A.C.; ROCHA, N.S.P.D.; SOUZA, E.C.C.F.; ROCHA, M.L.; PINHEIRO, T.X.A. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. S69-S78, 2008.

RODRIGUES et al., Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 604-12, 2009.

SALA, A.; LUPPI, C.G.; SIMÕES, O.; MARSIGLIA, R.G. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p.948-960, 2011.

SAMICO, I et al., (Orgs.). **Abordagens metodológicas na avaliação em saúde**. In: **AVALIAÇÃO em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

SAVASSI, L.C.M. **Atenção Primária e Hanseníase: desafios educacionais e assistenciais** /Belo Horizonte, 2013.

SCHRAIBER, L.B et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad Saude Publica**, v. 26, n. 5, p. 961-70, maio, 2010.

SHI, L.; STARFIELD, B.; JIAHONG, X. **Validating the adult primary care assessment Tool**. *J Fam Pract*, v. 50, n. 2, p.161-175, 2001.

SILVA, K.L.; RIBEIRO, H.C.T.C.; PEREIRA, L.D.; MARTINS, B.R.; VIANA, J.A.; BELGA, S.M.M.F. Plano diretor de atenção primária como estratégia de educação permanente: perspectiva dos facilitadores. **Rev Rene**, v. 13, n. 3, p.552-61, 2012.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n.1, 2008.

SILVA, L.M.S et al. Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a coresponsabilidade entre o Programa de Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/AIDS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 14, n. 2, p. 97-104, 2005.

SILVA, S.A.; FRACOLLI, L.A. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. **Saúde debate** - Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, P. 692-705, out-dez, 2014.

SIMÃO, E.; ALBUQUERQUE, G.L.; ERDMANN, A.L. Atenção Básica no Brasil (1980-2006): alguns destaques. **Rev. RENE**, Fortaleza, v.8, n.2, p.1-103, maio/ago, 2007.

SOARES, M.C.; MISHIMA, S.M.; MEINCKE, S.M.K. A integralidade da atenção às mulheres com câncer de colo uterino. **Cienc Cuid Saude**, v. 8, n. suplem, p. 62-69, 2009.

SOUZA, E.C.F.; VILAR, R.L.A.; ROCHA, N.S.P.D.; UCHOA, A.C.; ROCHA, P.M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. S100-S110, 2008.

SOUZA, M.L.P.; GARNELO, L. “É muito dificultoso!”: Etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. S91-S99, 2008.

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

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Primary care: balancing health needs, services, and technology**. Oxford: Oxford University Press, 1998.

_____. **Primary care: concept, evaluation and policy**. New York: Oxford University Press; 1992.

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

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. **Contribution of primary care to health systems and health**. Milbank memorial Fund Quartely, New York, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

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.

TEIXEIRA, R.R. **O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro - ABRASCO, p. 89-111, 2003.

TESSER, CD.; NETTO, PP.; CAMPOS, GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 3, p. 3615-3624, 2010.

UGÁ, M.; MARQUES, R. **O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos**. In: Lima N, Gerschmann S, Edler F, Suárez J (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 193-234, 2005.

VÁZQUEZ, M.L et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 579-91, mar/abr, 2003.

VIANA, A.L.D.; PIERANTONI, C.R.; HEIMANN, L.S.; LIMA, L.D.; OLIVEIRA, R.G. **Indicadores de monitoramento da implantação do PSF em grandes centros urbanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

VIANA, L.M.M. **Avaliação da atenção primária à saúde de Teresina na perspectiva das usuárias**. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2012.

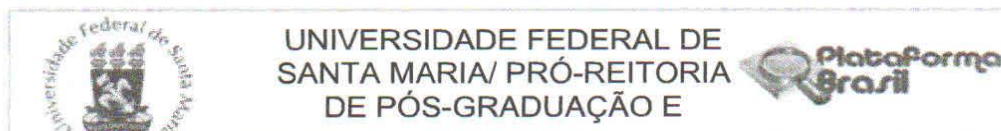
WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care**. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. (Health for All series, n. 1) Geneva, 1978.

_____. **Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN)**. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?, 2004.

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

ANEXOS

ANEXO A



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 weiller

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

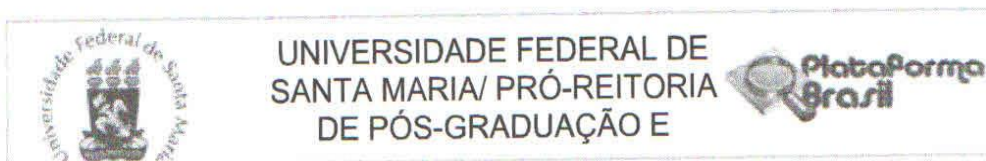
Apresentação do Projeto:

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: 756.292

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).

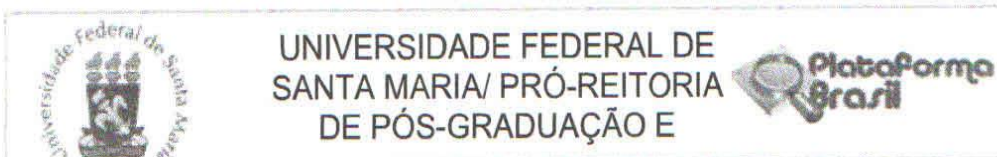
Objetivos Secundários:

- 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: 756.292

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).

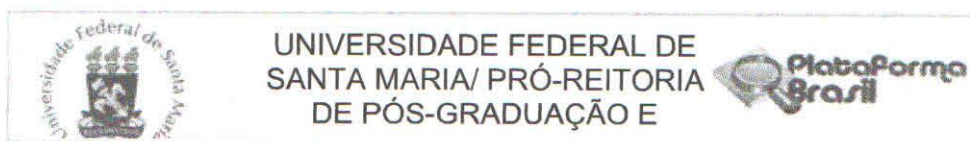
Recomendações:

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 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: 756.292

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 B

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto					
G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS					
<i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.					
Indique, por favor, se no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" esses serviços ou orientações estão disponíveis:					
(Repetir a cada 3-4 itens: "Está disponível no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro")					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G1 - Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2 - Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3 - Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G4 - Vacinas (imunizações).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G5 - Avaliação da saúde bucal (Exame dentário).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G6 - Tratamento dentário.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G7 - Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G8 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G9 - Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G10 - Sutura de um corte que necessite de pontos.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G11 - Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G12 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G13 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	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**

G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.

Indique, por favor, se no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" esses serviços ou orientações estão disponíveis:

(Repetir a cada 3-4 itens: "Está disponível no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro")

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G14 - Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G15 - Remoção de verrugas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G16 - Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G17 - Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G18 - Cuidados pré-natais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G19 - Remoção de unha encravada.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G20 - Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G21 - Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama...	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G22 - Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma).	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**

H - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro".

Em consultas, ao "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir essa frase a cada 3-4 itens).

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
H1 - Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2 - Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3 - Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H4 - Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5 - Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6 - Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H7 - Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H8 - Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H9 - Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H10 - Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H11 - Como prevenir quedas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H12 - Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H13 - Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

APÊNDICES

APÊNDICE A**PERFIL SOCIOECONÔMICO****Sexo**

Feminino

Masculino

Faixa etária

18 a 38 anos

39 a 59 anos

60 a 91 anos

Formação

Ensino fundamental

Ensino médio

Ensino superior

Pós-Graduação

Não alfabetizado

Situação conjugal

Casado

Solteiro

Outro

Raça

Branco

Negro

Outro

Plano de saúde

Possui

Não possui

Transporte

A pé

Carona

Transporte coletivo e escolar

Bicicleta e transporte próprio

Carteira de trabalho

Sim

Não

Renda familiar

Até 1 salário

De 1 a 2 salários

De 2 a 3 salários

De 3 a 4 salários

Mais de 4 salários

Sexo

Feminino

Masculino

Faixa etária

18 a 38 anos

39 a 59 anos

60 a 91 anos

Formação

Ensino fundamental

Ensino médio

Ensino superior

Pós-Graduação

Número de filhos

Nenhum

Um

Dois

Três

Quatro

Cinco ou mais

