

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

Fábio Mello da Rosa

**INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE POR ADULTOS**

**Santa Maria, RS  
2018**

**Fábio Mello da Rosa**

**INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE POR ADULTOS**

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

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Teresinha Heck Weiller  
Coorientador: Prof. Dr. Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

MELLO DA ROSA, FÁBIO

INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE POR ADULTOS / FÁBIO MELLO DA  
ROSA.- 2018.

108 p.; 30 cm

Orientadora: TERESINHA HECK WEILLER

Coorientadora: JESSYE MELGAREJO DO AMARAL GIORDANI  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem, RS, 2018

1. Atenção Primária a Saúde 2. Integralidade 3.  
Avaliação em saúde I. HECK WEILLER, TERESINHA II.  
MELGAREJO DO AMARAL GIORDANI, JESSYE III. Título.

**Fábio Mello da Rosa**

**INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE POR ADULTOS**

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

**Aprovado em 23 de março de 2018**

---

**Teresinha Heck Weiller, Dr.<sup>a</sup> (UFSM)**  
(Presidente/Orientadora)

---

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

---

**Pedro Fredemir Palha, Dr. (USP)**

---

**Luísa Helena do Nascimento Tôrres, Dr.<sup>a</sup> (UFSM)**

---

**Laís Mara Caetano da Silva, Dr.<sup>a</sup> (UFSM)**

Santa Maria, RS  
2018

## AGRADECIMENTO

Agradeço a DEUS, por dar-me sabedoria, força para superar as dificuldades.

A meus pais Aurélio (in memoriam) e Nilza, por terem me ensinado os valores da educação e possibilitar que hoje estivesse aqui, superando todas as dificuldades em nome da educação dos filhos, muito obrigado.

A minha, esposa e amiga Katusci, pelas palavras de incentivo e pela paciência e companheirismo nas horas difíceis. Obrigado por estar ao meu lado e compartilhar esta alegria.

As colegas Rafaela e Isabel pela parceria e coleguismo nesses dois anos de troca de saberes.

As colegas Elisa e Bruna pela paciência, dedicação e responsabilidade na produção científica.

Aos colegas do grupo de pesquisa pelo empenho e persistência na coleta dos dados da pesquisa e também pelas discussões sobre a saúde que queremos.

Ao colega Adalvane pela disponibilidade e dedicação, sempre disposto a ajudar agregando conhecimento na produção acadêmica.

Aos colegas do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS) pela compreensão e amizade nos momentos de ausência do serviço.

A secretaria de município da saúde por me disponibilizar tempo para minha qualificação profissional e compreender minha necessidade por maior conhecimento.

Ao professor Jessye pela amizade, paciência e sabedoria que me possibilitou conhecer um pouco mais de epidemiologia por meio do seu saber.

A professora Teresinha, minha querida mestre, orientadora e amiga pelas palavras de incentivo, motivação e tranquilidade nas horas de ansiedade, e por ter acreditado em meu potencial me possibilitando mais essa vitória, conte comigo sempre.

Por fim a todas as pessoas que acreditam que podemos ter uma saúde universal, de qualidade, igualitária e gratuita a todos os cidadãos brasileiros.

## RESUMO

### INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE POR ADULTOS

Autor: Fábio Mello da Rosa

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Teresinha Heck Weiller

Coorientador: Prof. Dr. Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

A Atenção Primária, enquanto nível do sistema de saúde responsável pela entrada de todas as novas necessidades e problemas da população e pela organização de um sistema de saúde integrado, apresenta funções exclusivas no âmbito do sistema de saúde, bem como atributos próprios, sendo a atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e a integralidade. Um dos instrumentos de avaliação em saúde, que cumpre o papel de mensurar quantitativamente a qualidade dos serviços de saúde a partir dos atributos da APS, é o Primary Care Assessment Tool versão Brasil. O objetivo deste trabalho foi analisar a prevalência e os fatores associados da integralidade do cuidado percebida por adultos nos serviços de atenção primária à saúde dos 32 municípios que compõem a 4<sup>o</sup> Coordenadoria Regional de Saúde/RS, em 2015 e obter os indicadores bibliométricos sobre o instrumento de pesquisa Primary Care Assessment Tool versão Brasil. Trata-se de um estudo epidemiológico observacional transversal multinível (municípios e indivíduos). A população do estudo foi composta de adultos dos 32 municípios pertencentes à região da 4<sup>o</sup> Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). Para realização da coleta de dados foi utilizado o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde *Primary Care Assessment Tool* - Brasil, validado na sua versão adulto, acrescido de um questionário com informações socioeconômicas e demográficas. Os dados foram analisados no software Stata 11. Foram realizadas análises das frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas. Os preceitos éticos respeitaram a Resolução 466/2012. Em relação aos resultados, no primeiro artigo recuperaram-se 149 estudos nas bases de dados LILACS, PubMed, SCOPUS e WoS, que permitiram conhecer a incidência dos estudos por ano de publicação, da versão do PCATool, os atributos, os cenários de aplicação e a procedência das instituições. Identificou-se as áreas do saber multiprofissional, o quantitativo de autores, a qualificação do 1<sup>o</sup> autor, as palavras chaves, o tipo de estudo, outros instrumentos, periódicos e o fator de impacto. No segundo artigo foram encontradas as maiores prevalências de integralidade nos municípios de pequeno porte, com PIB per capita maior, na região Entre Rios e com até 28,6% de ICSAB. Em relação às características individuais, as maiores prevalências estavam entre adultos do sexo feminino, com 80 anos ou mais, não alfabetizadas, desempregadas e que utilizam unidades com modelo de atenção mista. Evidenciou-se, em especial na Atenção Primária em Saúde, que o uso do instrumento PCATool é adequado para avaliar a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados. A mensuração desses contribui para que os gestores municipais e regional de saúde possam realizar o planejamento das políticas públicas de forma mais segura na medida que o mesmo subsidia a avaliação das ações que estão sendo realizadas no território. Ao apontar potencialidades e/ou fragilidades dos serviços, sinaliza a reorientação das práticas de atenção à saúde. Entende-se ser necessário mais estudos longitudinais e pesquisas avaliativas que incorporem fatores contextuais no que tange os serviços de saúde e, por conseguinte, avaliação de outras características dos municípios além das apresentadas neste estudo.

**Palavras Chave:** Atenção Primária a Saúde. Integralidade. Avaliação em saúde.

## ABSTRACT

### INTEGRALITY OF CARE IN THE USE OF PRIMARY HEALTH CARE SERVICES BY ADULTS

Autor: Fábio Mello da Rosa

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Teresinha Heck Weiller

Coorientador: Prof. Dr. Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

Primary Care, as a level of the health system responsible for the entry of all the new needs and problems of the population and for the organization of an integrated health system, presents exclusive functions within the health system, as well as its own attributes. attention to first contact, longitudinality, coordination of care and completeness. One of the instruments of health evaluation, which plays the role of quantitatively measuring the quality of health services based on the attributes of PHC, is the Primary Care Assessment Tool Brazil version. The objective of this study was to analyze the prevalence and associated factors of the integrality of care perceived by adults in the primary health care services of the 32 municipalities that compose the 4th Regional Health Coordination / RS in 2015 and to obtain the bibliometric indicators on the instrument results for Primary Care Assessment Tool in Brazil. This is a cross-sectional observational epidemiological study (municipalities and individuals). The study population was composed of adults from the 32 municipalities belonging to the region of the 4th Regional Health Coordination (CRS). The data collection was performed using the Primary Care Assessment Tool - Brazil, validated in its adult version, plus a questionnaire with socioeconomic and demographic information. Data were analyzed in Stata 11 software. Analyzes of the absolute and relative frequencies of the studied variables were performed. The ethical precepts respected Resolution 466/2012. In the first article, 149 studies were retrieved in the LILACS, PubMed, SCOPUS and WoS databases, which allowed to know the incidence of studies by year of publication, PCATool version, attributes, application scenarios and the origin of the institutions. The areas of multiprofessional knowledge, the number of authors, the qualification of the first author, the key words, the type of study, other instruments, periodicals and the impact factor were identified. In the second article, the highest prevalences of completeness were found in small municipalities, with higher per capita GDP, in the Entre Rios region and with up to 28.6% of ICSAB. Regarding the individual characteristics, the highest prevalences were among female adults, 80 years of age or older, not literate, unemployed and using units. It was evidenced, especially in Primary Health Care, that the use of the PCATool instrument is adequate to evaluate the presence and extension of the essential attributes and derivatives. The measurement of these contributes so that the municipal and regional health managers can carry out the planning of the public policies of more secure way to the extent that it subsidizes the evaluation of the actions that are being carried out in the territory. By pointing out the potentialities and / or weaknesses of services, it signals the reorientation of health care practices. It is understood that more longitudinal studies and evaluative surveys are needed that incorporate contextual factors in the health services and, therefore, evaluation of other characteristics of the municipalities beyond those presented in this study.

Keywords: Primary Health Care. Integrality. Health assessment.

## LISTA DE FIGURAS

### APRESENTAÇÃO

Figura 1 – Modelo teórico da integralidade do cuidado na utilização de serviços de atenção primária à saúde por adultos, de acordo com características individuais e contextuais..... 33

### ARTIGO 01

Figura 1 – Fluxograma de fases do estudo de revisão ..... 40

Figura 2 – Características da procedência das Instituições de Ensino Pesquisadoras e local da coleta dos dados.... 43

Figura 3 – Características das publicações em relação as palavras mais recorrentes..... 45

### ARTIGO 02

Figura 1 – Modelo teórico da integralidade do cuidado na utilização de serviços de atenção primária à saúde por adultos, de acordo com características individuais e contextuais..... 67

Figura 2 – Detalhamento do percurso amostral na forma de fluxograma (n= 971) ..... 68



## LISTA DE TABELAS

### APRESENTAÇÃO

Quadro 1 – Relação dos municípios da 4ª CRS/RS de acordo com a representatividade amostral.....	30
---	----

### ARTIGO 02

Quadro 1 – Relação dos municípios da 4ª CRS/RS de acordo com a representatividade amostral.....	63
Tabela 1 – Descrição da amostra, prevalência de integralidade e razões de prevalência bruta para as variáveis contextuais, em adultos, Brasil, 2015 (n=971).....	69
Tabela 2 – Descrição da amostra, prevalência de integralidade e razões de prevalência bruta para as variáveis individuais, em adultos, Brasil, 2015 (n=971).....	69
Tabela 3 – Razões de Prevalências ajustadas e seus respectivos intervalos de 95% de confiança de acordo com os modelos, em adultos, Brasil, 2015 (n=971).....	70

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica  
AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família  
APS – Atenção Primária à Saúde  
CIASS – Avaliação Clínica para Fortalecimento de Sistemas  
CPCI – Índice de Componentes de Atenção Primária  
CRS – Coordenadoria Regional de Saúde  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
EUROPEP – Avaliação de Cuidados de Prática Geral  
GEPESC – Grupo de Estudos Pesquisa em Saúde Coletiva  
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
ICC – Coeficiente de Correlação Intraclasse  
ICSAB – Internações por Condições Sensíveis a Atenção Básica  
IES – Instituição de Ensino Superior  
IPC – Processos Interpessoais de Cuidados  
LOS – Lei Orgânica da Saúde  
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde  
PCATool – Primary Care Assessment Tool  
PCPC – Primary Care Policy Center  
PIB – Produto Interno Bruto  
PMAQ – Programa de Avaliação para a Qualificação  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
POA – Porto Alegre  
PPGENF – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-UFSM  
PSF – Programa de Saúde da Família  
RS – Rio Grande do Sul  
SAS – Statistical Analysis System  
SM – Santa Maria  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UBS T – Unidade Básica de Saúde Tradicional  
UBS/ESF – Unidade Básica de Saúde Estratégia de Saúde da Família  
UFPB – Universidade Federal da Paraíba  
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
UFSM – Universidade Federal de Santa Maria  
USP – Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>1.1.</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>14</b>
1.1.1.	Objetivo Geral .....	15
1.1.2.	Objetivos Específicos.....	15
<b>2.</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1.</b>	<b>ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b> .....	<b>16</b>
<b>2.2.</b>	<b>INTEGRALIDADE</b> .....	<b>20</b>
<b>2.3.</b>	<b>AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA APS</b> .....	<b>23</b>
<b>3.</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>28</b>
<b>3.1.</b>	<b>ESTUDO DE REVISÃO BIBLIOMÉTRICA</b> .....	<b>28</b>
<b>3.2.</b>	<b>ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO</b> .....	<b>29</b>
<b>3.3.</b>	<b>ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	<b>34</b>
<b>4.</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>35</b>
<b>4.1.</b>	<b>ARTIGO 01</b> .....	<b>35</b>
<b>4.2.</b>	<b>ARTIGO 02</b> .....	<b>59</b>
<b>5.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>89</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>91</b>
	<b>APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO</b> .....	<b>99</b>
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE</b> .....	<b>99</b>
	<b>ANEXO A – INSTRUMENTO PCATool-BRASIL VERSÃO ADULTO</b>	
	<b>ATRIBUTO INTEGRALIDADE</b> .....	<b>101</b>
	<b>ANEXO B – CARTA DE APRECIÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM</b>	
	<b>PESQUISA</b> .....	<b>104</b>
	<b>ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>108</b>

## 1. INTRODUÇÃO

É de conhecimento geral que inúmeras são e sempre foram as discussões acerca da saúde, tanto em nível nacional quanto internacional, a fim de se aproximar de forma mais concisa e adequada às necessidades humanas de saúde. Nesse sentido, no Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, propôs a criação de um modelo de saúde que respondesse, de forma universal, a demandas de saúde da população brasileira. Por conseguinte, esse modelo passou a ser denominado de Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público, organizado a partir de uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo e sob controle dos usuários, buscando melhorar a qualidade da atenção à saúde dispensada no país (BRASIL, 1990).

É interessante destacar que, na direção de qualificar as práticas de saúde, segmentos internacionais iniciam discussões sobre Atenção Primária a Saúde (APS) e suas estratégias de fortalecimento por meio de políticas públicas. Para tanto, concebe Atenção Primária enquanto nível do sistema de saúde responsável pela entrada de todas as novas necessidades e problemas da população e pela organização de um sistema de saúde integrado. Vale dizer que apresenta funções exclusivas no âmbito do sistema de saúde, bem como atributos próprios, como a atenção ao primeiro contato, à longitudinalidade, à coordenação do cuidado e à integralidade (STARFIELD, 2004).

Segundo Oliveira (2007), APS foi definida como essencial à saúde, a qual se organiza a partir de tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis e universalmente acessíveis a indivíduos e famílias nas comunidades. No Brasil, desde a criação do SUS, a APS passa a ser denominada, Atenção Básica (AB). Ela busca reorientar o modelo assistencial por meio de estratégias alicerçadas na universalidade e integralidade do cuidado. Dessa forma, observa-se a relevância das disposições da APS na ordenação das práticas desenvolvidas nos serviços de saúde do Brasil.

Por conseguinte, na reorientação do modelo assistencial, surge em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia da Saúde da Família (ESF), com o propósito de superar o modelo tradicional vigente no campo da saúde. Sabe-se que esse modelo objetivou a reorganização das práticas sanitárias em novas bases e critérios em substituição ao modelo tradicional de assistência (BRASIL, 1996).

Nesse contexto, a atenção básica desde a criação do SUS e, posteriormente, da ESF, apresentou um considerável avanço, como a expansão da cobertura dos serviços de APS e o aumento do acesso a ações de saúde para grande parte da população brasileira. Em consequência, houve melhoria significativa em muitos resultados para a saúde coletiva no País (PAIM et al., 2011).

Mesmo com tantos avanços, o SUS enfrenta muitos desafios que demandam ações governamentais em busca de caminhos que possam levar a mudanças na organização do sistema e dos serviços de saúde e na forma de cuidar dos usuários. Para que esse quadro seja modificado, MERHY; MALTA; SANTOS, (2004) afirmam que é preciso investir em ações transformadoras para interferir no modelo constituído.

Para Paim et al. (2011), os desafios enfrentados pelos SUS são, na verdade, políticos. Assim, só serão resolvidos a partir dos esforços conjuntos dos indivíduos e da sociedade com a intenção de garantir ao sistema sua sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica, além de instituir uma cultura nos profissionais de saúde de planejar suas ações com base em indicadores de saúde.

Assim, para o SUS superar os desafios atuais, é necessária uma maior mobilização política que atue no sentido de reestruturar o financiamento das ações de saúde e de redefinir os papéis dos setores público e privado. Somado a isso, a adequação do modelo de atenção para atender às necessidades da população e do País e à promoção da qualidade do cuidado e da segurança dos pacientes (PAIM et al, 2011).

Para tanto, as ações em saúde devem ser ofertadas integralmente e gratuitamente à todas as pessoas de acordo com suas necessidades e demandas do território, a partir de um planejamento prévio das atividades. Isso leva em consideração, entre outros aspectos, os atributos da APS.

Na perspectiva de refletir sobre o planejamento e execução das ações, é relevante que instrumentos de avaliação da APS sejam gerados para embasar de forma consistente as decisões tomadas pelos segmentos deliberativos da saúde. Sobretudo, deve mensurar os atributos essenciais e derivados da APS, como dispositivo de qualificação do cuidado em saúde. Em consonância com a discussão ora proposta, um dos instrumentos de avaliação em saúde, que cumpre o papel de mensurar quantitativamente a qualidade dos serviços de saúde, é o PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL (PCATool) versão Brasil (HARZHEIM et al., 2013).

Dessa maneira, a relevância do estudo baseia-se na utilização do instrumento para fomentar a reflexão sobre a efetividade da APS. Tudo isso por meio de um instrumento

validado que possibilita produzir dados sobre a realidade dos serviços, tencionando os trabalhadores, gestores e controle social a repensar a forma operante das políticas públicas de saúde no seu território.

Dessa forma, o estudo foi desenvolvido a partir da utilização de duas abordagens metodológicas que se complementam, estudo epidemiológico e revisão bibliométrica. O estudo epidemiológico, segundo Pereira (2012) é o ramo das ciências da saúde que analisa, na população humana, a ocorrência, a distribuição e os fatores determinantes dos eventos relacionados com a saúde. A revisão bibliométrica é a técnica quantitativa e estatística de medição dos índices de produção e disseminação do conhecimento científico (ARAÚJO, 2006).

Diante do contexto da temática estudada, elaboraram-se as seguintes questões norteadoras: qual é a presença e extensão do atributo da integralidade do cuidado percebida por adultos nos serviços de atenção primária à saúde e seus respectivos contextos socioespaciais? Quais os indicadores bibliométricos da produção científica da temática?

Desse modo, pode-se afirmar que o objetivo deste estudo foi analisar a prevalência e os fatores associados a integralidade do cuidado percebida por adultos nos serviços de atenção primária à saúde dos 32 municípios que compõem a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS, em 2015.

Os resultados do estudo realizado poderão contribuir para a necessidade de planejar, desenvolver e executar, ações em saúde por meio de instrumentos que proporcionem um quantitativo de dados e informações, a fim de apontar as dificuldades e potencialidades dos serviços, com isso, contribuir para a reorientação das práticas em saúde na APS.

A pesquisa se insere nas atividades do Grupo de Estudos de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva (GEPESC) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-UFSM (PPGENF/UFSM), que integra a linha de pesquisa Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde e se propõe a alavancar produções científicas acerca dos temas que envolva o Sistema Único de Saúde (SUS). Ademais, busca fomentar a reflexão quanto ao trabalho realizado, de forma a potencializar e fortalecer o cuidado em saúde na perspectiva da avaliação em saúde.

## **1.1. OBJETIVOS**

### 1.1.1. Objetivo Geral

Analisar a integralidade do cuidado em saúde por adultos nos serviços de atenção primária à saúde na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS

### 1.1.2. Objetivos Específicos

Analisar a prevalência e os fatores associados da integralidade do cuidado percebida por adultos nos serviços de atenção primária à saúde dos 32 municípios que compõem a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS, em 2015.

Descrever as características socioeconômicas, demográficas e de serviço de saúde dos usuários e municípios participantes do estudo;

Estimar a prevalência e os fatores associados à integralidade do cuidado percebida por adultos em relação às características individuais e contextuais;

Realizar uma revisão bibliométrica da literatura sobre estudos primários investigando a temática sobre o instrumento de pesquisa PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL (PCATool) versão Brasil.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Inúmeros debates sobre saúde foram realizados na tentativa de reorganizar a atenção do cuidado com a saúde. Isso com o propósito de alavancar propostas que contemplassem as necessidades de saúde da população, à medida que os modelos assistencialistas se mostravam insuficientes em âmbito internacional (POLIGNANO, 2000).

É interessante ressaltar que a renovação dessas propostas (OPAS, 2005) devem constituir a base dos sistemas nacionais de saúde por ser a melhor estratégia para produzir melhorias sustentáveis e maior equidade no estado de saúde da população.

Ao encontro dessas necessidades, em 1986 a Carta de Otawa (BRASIL, 2002) trouxe uma nova concepção de saúde pública no mundo, com ênfase à Promoção da Saúde como elemento essencial para o desenvolvimento de discussões e ações pautadas pela autonomia e protagonismo dos sujeitos. Tendo como matriz teórica a 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986) e a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), nasce à proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, regulamentado pela lei 8080/90.

Assim, na busca de qualificar a APS, foi implementado em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF). Ele traz como proposta alterar a concepção de atuação dos profissionais de saúde, saindo da medicina curativa e passando a atuar na integralidade da assistência, tratando o indivíduo como sujeito dentro da sua comunidade socioeconômica e cultural, considerando o indivíduo na sua dimensão global (SILVA, 2011)

Entende-se que o PSF preconizava uma equipe mínima por unidade composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Cada grupo se responsabilizava por áreas geográficas definidas e com populações adscritas, com 600 a 1.000 famílias (PSF) (BRASIL, 2010).

Posteriormente, o PSF foi transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF) e representou uma alternativa significativa e estruturante para a política de saúde brasileira, com vistas a atender aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Outra preocupação era superar um modelo ineficiente de assistência à saúde e objetivar a reorganização da



prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência (BRASIL, 1996).

A ESF foi legitimada a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), lançada em 2006 e reformulada em 2012, na tentativa de fortalecer e legitimar a atenção básica alinhado pelo Pacto pela Saúde, um acordo no qual os gestores de cada nível de governo assumem compromissos mútuos sobre as metas e responsabilidades em saúde (DA SILVA, 2015). Atualmente, a PNAB foi reformulada e trouxe, na sua redação, algumas novidades que ainda precisam ser discutidas pelos gestores municipais.

Assim, a ESF prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das famílias, com ênfase na Atenção Primária em Saúde (APS), na complementaridade e integralidade das ações e serviços de saúde e na co-responsabilização pela promoção do cuidado em saúde entre profissionais/usuários/família/comunidade (BRASIL, 2001; 2011). Ainda, nesse sentido, Costa e Carbone (2004) destacam que a Estratégia Saúde da Família (ESF) imprimiu uma nova dinâmica de atuação e de relacionamento entre os serviços de saúde e a população a partir da APS.

Para Monnerat et al (2007), a ESF representa, após a implementação do SUS, uma nova forma de fazer saúde, apresenta uma visão ampliada do processo saúde-doença e ultrapassa as visões biologistas e curativas historicamente predominantes na assistência à saúde e, também, passa a ter na família, na comunidade e no território o centro da atenção à saúde. Para o autor a ESF rompe com o modelo tradicional ao não aguardar a demanda chegar até a unidade de saúde, uma vez que age preventivamente, identificando as necessidades em saúde e organizando a demanda a partir do território. Desse modo, a demanda é reorganizada, e o foco da atenção sai da doença para contemplar a saúde em seu conceito ampliado.

Com essa definição, a ESF vem ganhando destaque nas discussões no âmbito da APS e ao mesmo tempo, apontada como caminho necessário para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, estratégia prioritária para organização da APS. Assim, o Ministério da Saúde, volta-se para romper com essa fragmentação e construir, de fato, uma rede integrada de serviços de saúde, que tem como centro organizador a APS e como estratégia de organização dos serviços no nível primário a ESF (BARRA, 2013)

Em 2014, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresentou cobertura de 62,3% da população brasileira, em torno de 121 milhões de habitantes, com equipes em 5.463 municípios, de um total de 5.561 (BRASIL, 2015) o que reflete o grande alcance e acerto da principal política de atenção primária do SUS.

Nessa perspectiva, a APS/AB pode ser definida como um conjunto de valores que possibilita o acesso ao direito ao mais alto nível de saúde: a solidariedade e a equidade. Esses valores se conformam em um conjunto de princípios, sob responsabilidade governamental, de sustentabilidade, intersetorialidade e participação social. Dessa forma, é definida como um conjunto indissociável de elementos estruturantes do sistema de saúde. Para que um serviço seja orientado para APS deve apresentar os atributos essenciais e derivados os quais são compostos da dimensão do acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, orientação familiar e comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2001).

Nos últimos anos, especialmente no Brasil, a definição operacional da APS, sistematizada por Starfield (1992) vem sendo utilizada, inclusive pelo Ministério da Saúde (MS), para orientação das políticas públicas de saúde nesse nível de atenção. A partir dessa definição, conceituam-se os quatro atributos essenciais e derivados (STARFIELD, 2001) dos serviços de APS:

- Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.

- Longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.

- Integralidade: leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.

- Coordenação da atenção: pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação

entre os serviços. Ademais, a presença de outras três características, chamadas atributos derivados, qualificam as ações dos serviços de APS (STARFIELD, 2001):

- Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar): na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.

- Orientação comunitária: reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjuntos serviços.

- Competência cultural: adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

A avaliação da APS proposta (STARFIELD, 2001), permite que os atributos possam ser avaliados separadamente, apesar de se apresentarem intimamente inter-relacionados na prática assistencial, individual ou coletiva, dos serviços da APS. Assim, um serviço de atenção básica dirigido à população geral pode ser considerado provedor de atenção primária quando apresenta os quatro atributos essenciais. Isso aumenta seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados.

Dessa maneira, no momento em que um serviço de saúde é fortemente orientado para o alcance da maior presença desses atributos, ele se torna capaz de prover atenção integral à comunidade adstrita. Essa definição da atenção primária à saúde pode, dessa forma, guiar estratégias de avaliação e investigação dos serviços e sistemas de saúde baseados na APS. A identificação rigorosa da presença e extensão dos atributos citados é fundamental para definir um serviço como realmente orientado para a Atenção Primária à Saúde (STARFIELD, 2001).

Além disso, a identificação dos atributos da Atenção Primária à Saúde permite verificar a associação entre eles e os resultados os quais podem medir a efetividade da atenção sobre a saúde da população. Paralelamente ao aumento da cobertura dos serviços de atenção primária no Brasil, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), evidencia-se, nacional e internacionalmente, crescente associação entre melhores desfechos de saúde e maior presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde (STARFIELD, 2001).

Comprova-se que a APS fortalecida eleva a capacidade de resolver os problemas de saúde por meio da coordenação das Redes de atenção à saúde, tornando os sistemas mais custo-efetivos, tanto em termos de organização interna, na alocação de seus recursos e na gestão clínica, como também pela sensibilidade de se ajustar de acordo com a conjuntura socioeconômica, demográfica e epidemiológica. (BRASIL, 2010b).

## 2.2. INTEGRALIDADE

A Lei Orgânica de Saúde (LOS) regulamentou os princípios do SUS, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, dentre eles destaca-se a integralidade. Esta, “[...] 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 de complexidade do sistema”. (BRASIL, 1990)

A partir de 1990, a integralidade vem sendo pautada na legislação brasileira e assegura ao usuário o cuidado de saúde na sua totalidade. Assim, a oferta de serviços que correspondam as demandas de saúde da população é também cuidar integralmente do cidadão, respeitando sua singularidade ou proporcionando espaços coletivos de cuidado (BRASIL, 1990).

Mattos (2001, p.61) define a integralidade a partir de três conjuntos de sentidos: relacionado às práticas dos profissionais de saúde; à organização dos serviços e das práticas de saúde e à abrangência das políticas de saúde.

O primeiro sentido está relacionado ao movimento da medicina integral que criticava os currículos de base flexneriana formadores de médicos com atitudes fragmentárias e reducionistas, centrado na doença, tendo como campo privilegiado de atuação o hospital, desconsiderando o social, o coletivo, o público e a comunidade. O segundo sentido discute a tentativa de superar a dissociação entre as práticas de saúde pública e assistencial consolidada no país nos anos 70. Os serviços devem estar organizados para atender de forma abrangente as necessidades da população de sua responsabilidade. Nessa concepção, a integralidade não seria apenas uma atitude, mas um modo de organizar o processo de trabalho. O terceiro sentido corresponde às respostas governamentais dadas a problemas específicos de saúde. Nesse contexto, a integralidade está relacionada às configurações de políticas específicas e/ou especiais. Defende-se a ampliação do olhar sobre os sujeitos a serem tratados e do elenco de ações contempladas nestas políticas, tanto preventivas quanto assistenciais.

Entende-se, então, que a integralidade compreende aspectos que envolvem desde a regulação das políticas públicas do setor ao olhar para o sujeito-usuário dentro de uma lógica de atendimento que considere o cuidado nas mais diversas dimensões do ser humano. Além desses aspectos, é possível identificar sentidos relacionados à integração da equipe multiprofissional e a oferta e articulação dos serviços em níveis crescentes de complexidade tecnológica (Silva Júnior et al., 2006).

Desse modo, esse princípio busca assegurar ao usuário uma atenção que inclui ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Ou seja, o atendimento necessita se direcionar também para a saúde e não apenas para a doença. As ações preconizadas formam um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas. Do mesmo modo, as unidades prestadoras de serviço, em diferentes graus de complexidade e/ou densidade tecnológica, constituem um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral. (ARAÚJO et al., 2014)

Nessa lógica, emerge uma compreensão que perpassa os diversos sentidos da integralidade que se referem aos encontros entre equipe de saúde e as pessoas/usuários. Defender a integralidade é defender antes de tudo que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos. Mais do que isso, defender a integralidade nas práticas é defender que nossa oferta de ações deve estar sintonizada com o contexto específico de cada encontro (MATTOS, 2004).

Com isso, a integralidade entendida como um princípio doutrinário e organizativo do SUS, implica, necessariamente, a disponibilidade para trabalhar no campo da luta política e produção real no contexto social, menos determinado pelas configurações institucionais e normativas e, portanto, ser constituído e materializado através da textura conflituosa dos encontros diversos entre sujeitos e instituições (PINHEIRO; MARTINS, 2013).

Um outro sentido que a integralidade pode ter, em sua concepção, é o de se articular com as necessidades de saúde. Integralidade, então, seria tomar as necessidades de saúde dos usuários como referência para organizar o cuidado em saúde (em todos os encontros entre trabalhador e usuário que compõem o processo de produção do cuidado) (FEUERWERKER et al., 2016).

Vale ressaltar que as necessidades de saúde, que são amplas, englobam desde as boas condições de vida, ao direito de ser acolhido, escutado, desenvolver vínculo com

uma equipe que se responsabilize pelo cuidado continuado, além da garantia de acesso a todos os serviços e tecnologias necessárias para enfrentar o problema em questão. Além disso, tomar a integralidade como eixo da atenção implica tomar as necessidades de saúde como referência para organizar os serviços e as práticas de saúde, (FEUERWERKER et al., 2016).

Dessa forma, as equipes de saúde estão sendo desafiadas a articular serviços e ações interdisciplinares de modo que a produção do trabalho ocorra de forma integrada ampliando o olhar sobre seu processo de trabalho. Com isso, fica estabelecido uma conceituação de campo e núcleo entre os atores na tentativa de ampliação do processo de cuidado.

O Núcleo é constituído por aquele conjunto de conhecimentos e de atribuições (tarefas) específicos e característicos de cada profissão ou especialidade. Ajudam a construir sua identidade e especificidade. Já o Campo tem uma conceituação situacional e indica aquele conjunto eventual de conhecimentos e tarefas que uma profissão ou especialidade deverá se apropriar para lograr eficácia e eficiência. O Núcleo é composto de um conjunto estruturado de conhecimento e papéis, e constituem as disciplinas. O Campo representará uma abertura dessa identidade cristalizada ao mundo da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade (CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S., 2011. p 961-970).

Nesse contexto, construir a integralidade do cuidado a partir dos serviços constitui-se em um desafio para os trabalhadores da APS, pois, requer assumir a responsabilidade de organizar o sistema e coordenar suas ações, estabelecendo novas formas de comunicação e compartilhamento de responsabilidades, conforme propõem Starfield (2004) e Giovanella (2008). Somado a isso, está o desafio da avaliação como dispositivo para a gestão do cuidado e da organização da rede de atenção.

No entanto, é preciso estar atento para certas limitações da compreensão acerca do que realmente significa integralidade. Ela não se reduz ao acesso da população a diversos níveis de serviços de saúde, depende de outros fatores para se realizar. Também não pode ser confundida com totalidade, presumindo-se a formação de generalistas capazes de assumir todas as funções da clínica, sem levar em conta a complexidade do processo saúde-doença, e a necessidade de constituição de equipes multiprofissionais. Tal concepção privilegia a atenção médica (ARAÚJO, 2014).

Dessa forma, a integralidade se configura como um atributo importante no cuidado do usuário, além de supor a prestação de um conjunto de serviços ofertados pelas unidades de saúde, os quais asseguram o atendimento das necessidades demandadas pela população do território. Isso articula a oferta dos serviços em outros pontos da rede de atenção.

Nesse contexto, a busca por um cuidado em saúde se constitui no cotidiano da vida das pessoas, sendo as redes de serviços de saúde concebidas como uma rede social, cujas demandas por saúde são expressas por outras redes sociais, sejam elas de natureza comunitária ou identitária (PINHEIRO, 2013).

Essas demandas de adoecimento e de sofrimento das pessoas, centrada no usuário, em suas redes sociais e mediações (atores do cuidado: usuário, profissionais e gestores), podem ser fonte de conhecimento sobre integralidade. Da mesma forma que pensar novos objetos, novas abordagens e proposições observacionais para estudos sobre integralidade é preciso entender os paradoxos da hegemonia do conhecimento científico e tecnológico biomédico e as concepções doutrinárias do direito que alicerçam os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), além de tentar fortalecer a saúde como cidadania e não apenas a ausência de doença (PINHEIRO, 2013).

### **2.3. AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA APS**

Uma potencialidade na saúde pública do Brasil é o modelo de saúde e as metodologias de trabalho que permeiam as Equipes de Saúde da Família (ESF). Foi verificado, nos últimos anos, um crescente na implementação das equipes de saúde da família, tendo passado de 2.054 equipes em 1998 para um total de 33.193 equipes em 2013 (BRASIL, 2013).

Assim, é relevante atentar para o fortalecimento das políticas públicas e dos programas na saúde, bem como a necessidade de rever o enfoque que vem orientando tradicionalmente sua avaliação, uma vez que as demandas, que se impõem com mais força aos gestores, referem-se a um maior acesso, bem como, uma melhor qualidade na prestação desses serviços de saúde (CAMPOS, FURTADO 2011).

Weiller (2008) complementa ao dizer que a AB se destaca como principal nível da atenção e, por sua vez, é compreendida como porta de entrada do usuário nos serviços de saúde, diferindo-se dos outros níveis pela incorporação tecnológica. Assim, o sistema de saúde brasileiro, ao organizar a atenção à saúde em níveis de atenção, compreende que esta deve ser integral, bem como sua efetivação deve ocorrer em distintos momentos (níveis), garantindo desta maneira o acesso dos usuários à integralidade da assistência, ao mesmo tempo em que carece de metodologias que permitam acompanhar a expansão dos serviços.

As ações realizadas nos serviços de saúde, por meio de políticas ou programas de saúde, produzem o cuidado aos usuários, sendo esse cuidado coletivo ou individual, a partir da demanda singular de cada situação de saúde. Entende-se que necessita, posteriormente, avaliar de forma sistemática os resultados para pressupor avanços ou desafios desse trabalho.

Para o avanço e visibilidade dos resultados esperados do trabalho realizado nesses espaços inovadores, é necessário formas de avaliação das políticas e programas que envolvem os serviços de saúde, além de auxiliar no planejamento de ações mais efetivas, contribuindo na busca de uma sociedade mais saudável e prevenindo o desperdício de recursos, com a implantação de programas ineficazes (VAUGHAN, 2004). Além disso, um dos desafios do SUS evidencia-se pela necessidade de implementação de propostas de monitoramento e avaliação dos serviços, capaz de, a partir da análise do trabalho realizado, retomar as fragilidades e garantir uma maior efetividade nas ações futuras relacionadas às políticas de saúde.

Apesar de se reconhecer que existem inúmeras definições de Avaliação, seus contornos no campo da saúde se delimitam no âmbito das políticas e programas sociais, consistindo fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes. Isso permite aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Corroborando com os autores, Thiebaut et al., (2011) acreditam ser a avaliação inerente à atividade do ser humano. Assim, ela constitui o modo de pensar do homem, fazendo com que se construa uma representação do real. Desse modo, objetos, processos e práticas são continuamente submetidos ao seu julgamento, para que ele possa se posicionar e agir dentro do ambiente do qual faz parte (PUCCI, 2017).

Sabe-se que avaliação em saúde também pode ser considerada como um componente das práticas presentes em diversos âmbitos e campos do espaço social. As suas diversas possibilidades de expressão, nesses diferentes campos, têm gerado uma polissemia conceitual e metodológica que torna obrigatório, tanto para o gestor quanto para o pesquisador, uma explicação das suas opções teóricas e técnicas (HARTZ, SILVA 2005).



Ainda, a avaliação em saúde é apontada como uma abordagem capaz de fornecer indicadores que ajuízem a realidade e possibilitam intervenções a partir de normas e critérios bem-definidos e adequados ao tempo e local ao qual se referem. Avaliar possibilita o diagnóstico de uma situação inicial e o estabelecimento de metas a serem trabalhadas a partir das necessidades de mudanças observadas, além de poder fortalecer o compromisso e responsabilização da equipe pela qualidade da assistência prestada, sempre que esta participar do processo avaliativo (SANINE, 2014; BRUIN-KOOISTRA et al., 2012)

Com o propósito de melhorar a qualidade e definir mecanismos de monitoramento dos serviços de Atenção Básica, o SUS tem desenvolvido ferramentas de gestão, com apoio à implementação de processos avaliativos com diferentes escopos, mas que convergem, de um modo geral, no propósito de induzir práticas que traduzam as diretrizes do SUS (CASTANHEIRA et al., 2014)

Uma das primeiras iniciativas de institucionalização da cultura avaliativa da APS no SUS, como estratégia indutora de qualidade em saúde, foi o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ). Esse projeto contou com cooperação técnica e financeira da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e do Banco Mundial, além da assessoria técnica do Instituto de Qualidade em Saúde do Ministério da Saúde de Portugal. Foi lançado, em 2005, pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde com uma metodologia de autoavaliação e autogestão (BRASIL, 2012b; VASCONCELOS, 2011).

Somado a isso, a avaliação proposta pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) do SUS vem como estratégia de avaliação permanente para tomada de decisão e mecanismo central para melhoria da qualidade das ações de saúde. Considera que um serviço de qualidade deve compreender os princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social, e, dessa forma, tenta envolver todos os atores nesse processo avaliativo (AKERMAN, FURTADO 2015).

Inicialmente o PMAQ foi estruturado em quatro fases distintas, atualmente está organizado em três fases e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento, sendo: Adesão e Contratualização (primeira fase): fase em que há a adesão formal ao programa por meio da contratualização de compromissos e indicadores estabelecidos entre o MS e os gestores municipais, seguido de uma pactuação local entre gestores e equipes (BRASIL, 2016; AMARAL, 2017).

Certificação (segunda fase): é composta por avaliação externa, avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados e verificação da realização das autoavaliações. Essa é fase em que as equipes de saúde, os gestores municipais, estaduais e o MS desenvolvem as ações, sendo a fase das autoavaliações e das avaliações externas. Nessa etapa ocorre a classificação dos Municípios e equipes de saúde conforme o desempenho atingido, podendo variar entre Ótimo; Muito Bom; Bom; Regular; e Ruim (BRASIL, 2016; AMARAL, 2017).

Recontratualização (terceira fase): momento em que ocorre a repactuação das equipes de Atenção Básica e gestores com o acréscimo de novos padrões e indicadores da qualidade. Isso estimula um processo cíclico a partir dos resultados já alcançados (BRASIL, 2016). O Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento é contínuo e composto pelos seguintes elementos: autoavaliação, monitoramento de indicadores, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal (BRASIL, 2016; AMARAL, 2017).

É interessante ressaltar que o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*PCATool – Primary Care Assessment Tool*) Versão Brasil foi o mais utilizado para avaliar a APS nos distintos municípios brasileiros até 2013 (FRACOLLI et al, 2014). O formato ágil das questões, as diferentes versões para trabalhadores e usuários e o reconhecimento e validação em outros países contribuíram para sua disseminação no Brasil, propiciando o diálogo entre as opiniões dos dois segmentos (profissionais e usuários) fornecendo valiosos subsídios para a gestão do SUS (TANAKA et al, 2017).

O PCATool apresenta originalmente versões autoaplicáveis destinadas à avaliação dos atributos por cuidadores de crianças (PCATool versão Criança), a adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto), profissionais de saúde e, também, ao coordenador e/ ou gerente de serviço de saúde (PCATool versão Profissionais). O instrumento de avaliação foi concebido por Starfield & cols. (STARFIELD et al, 2000; STARFIELD, XU e SHI, 2001) na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center (PCPC)*. Esse tributo mede a presença e a extensão dos 04 atributos essenciais (acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado) e dos 03 atributos derivados (orientação familiar, competência cultural e orientação comunitária) da APS.

O instrumento foi estruturado a partir do modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1966). Este, baseia-se na mensuração de aspectos referentes à estrutura, ao processo e aos resultados dos serviços de saúde. No mesmo sentido, Campbell (2000) descreve o processo de atenção como o conjunto das

interações entre os usuários e os profissionais mediados pela estrutura do serviço de saúde. Desse modo, tendo em vista a fragilidade de ferramentas para medir essas interações no contexto da APS em nosso país, o PCATool se propõe preencher essas lacunas, promovendo medida de base individual sobre a estrutura e, principalmente, sobre o processo de atenção na APS.

Nessa perspectiva, cada atributo essencial identificado no instrumento, PCATool-Brasil, é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção. Isso pode ser exemplificado pelo atributo acesso de primeiro contato o qual se constitui a partir da reunião do componente acessibilidade (estrutura) e utilização (processo).

Para adaptá-lo à realidade brasileira, cada versão original do instrumento foi transformada em uma ferramenta aplicável por meio de entrevistadores e passou por um processo de tradução e tradução reversa, adaptação, *debriefing* validação de conteúdo e de construto, além da análise de confiabilidade (HARZHEIM, 2006; DUNCAN, 2006).

O instrumento, já validado no exterior (PASARÍN, 2007; LEE, 2000) passou a ser conhecido como Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool-Brasil. No processo de validação da versão Criança e Adulto, alguns itens não atingiram o ponto de corte estatístico definido pela literatura (orientação comunitária e familiar), (DEVELLIS, 1991). No entanto, optou-se por mantê-los na versão brasileira por se tratarem de aspectos fundamentais para avaliação da qualidade da APS. Os atributos derivados na versão para profissionais estão em processo atual de validação, mas é possível o uso de uma versão em espelho do instrumento validado para Adulto, com acréscimo de itens do atributo Integralidade da versão para Criança, como exemplifica o Manual.

Esse instrumento de avaliação é desafiador, ainda que permita avaliar quantitativamente a presença e extensão dos atributos da APS, não é unânime seu reconhecimento pelas equipes de saúde ou ainda é incipiente a rotina da avaliação nas práticas do cuidado. Em consequência, identifica-se uma baixa adesão na utilização do instrumento fato que corrobora para que os gestores não tenham elementos suficientes sobre a avaliação dos seus serviços para tomada de decisão.

### 3. MATERIAIS E MÉTODOS

Para alcançar os objetivos propostos na presente dissertação, foram utilizadas duas abordagens metodológicas: i) Revisão de Literatura; ii) Estudo Epidemiológico.

#### 3.1. ESTUDO DE REVISÃO BIBLIOMÉTRICA

Trata-se de um estudo de revisão com abordagem bibliométrica (CERVO et. al 2007; HAYASHI, 2013). Esse tipo de pesquisa permite o mapeamento da literatura científica, de determinada área de conhecimento, por meio da construção de indicadores bibliométricos que permitem analisar as produções de diferentes autores, grupos, instituições e regiões do mundo (HAYASHI, 2013; SILVA, 2011). Complementarmente às análises quantitativas, a pesquisa também lançou mão de análise qualitativa do conteúdo dos artigos para identificar, entre outros aspectos, os delineamentos metodológicos e as diferentes abordagens teóricas empregadas (HAYASHI, 2013). Dessa forma, se tomada apenas em seu significado restrito, a quantidade seria apenas tradução de um problema, e por isso precisa ser interpretada qualitativamente, justificando o uso complementar dos métodos utilizados (SILVA, 2011; GATTI, 2006).

Vale salientar que o percurso metodológico deste estudo foi realizado entre os meses de março a dezembro de 2017, por dupla independência e utilizando-se das recomendações dos documentos da Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). As etapas do estudo subdividiram-se em seis, sendo estas: 01) Definição da questão norteadora; 02) Definição das bases de dados; 03) Definição das palavras chaves; 04) Definição da estratégia de busca por meio da dupla independência; 05) Definição de critérios de inclusão e exclusão; e 06) Análise das publicações selecionadas, não foi realizado handsearching.

Na primeira etapa, definiu-se como questão norteadora: quais as características das produções científicas no cenário nacional e internacional que aplicaram o instrumento PCATool? Posteriormente, na segunda etapa, foi realizada a identificação das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Public Publish Medline (PubMed), SCOPUS (Elsevier) e Web of Science (WoS).

Na terceira etapa, foram definidas as palavras chaves “PCATool” e “PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL” e o operador booleano “OR”. Na quarta e quinta etapa, definiu-se como estratégia de busca ambas as bases: “PCATool” OR “PRIMARY CARE

ASSESSMENT TOOL” e aplicados os critérios de inclusão: Artigos primários, estudos que utilizaram o instrumento PCATool, artigos de validação do instrumento; não houve limite de idiomas; não foi estabelecida delimitação temporal, foi incluído todos os artigos publicados até 31 de dezembro de 2016; como critérios de exclusão: teses de mestrado e doutorado, resumos, literatura cinzenta e artigos em duplicidade.

Para a sistematização, análise e codificação das publicações selecionadas, na sexta etapa, utilizou-se o programa Microsoft Excel® e análise estatística descritiva simples. Foram recuperadas 389 publicações, sendo 39 na LILACS, 118 na PubMed, 131 na SCOPUS e 101 na Web of Science, e destas, 149 estudos se encaixaram nos critérios de inclusão.

### 3.2. ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

#### Delineamento

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional transversal multinível (municípios e indivíduos).

A população do estudo foi composta de adultos dos 32 municípios pertencentes à região da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). A sede da 4ª CRS localiza-se na região central do Estado no município de Santa Maria (SM), Rio Grande Sul (RS) a 286 km da capital Porto Alegre (POA). Em 2012, havia 542.357 mil habitantes e 148 unidades de APS divididas em duas regiões de saúde: Verdes Campos e Entre Rios (BRASIL, 2014).

A Região Verdes Campos é composta por 21 municípios e possui uma população de 417.906 habitantes sendo os municípios integrantes: Santa Maria; Quevedos; Júlio de Castilhos; Pinhal Grande; Toropi; São Martinho da Serra; Nova Palma; São Pedro do Sul; Itaara; Ivorá; Faxinal do Soturno; Dona Francisca; Silveira Martins; São João Polesine; Agudo; Dilermando Aguiar; Restinga Seca; Paraíso do Sul; Formigueiro; São Sepé e Vila Nova do Sul, totalizando 101 unidades de APS (40 UBS/T e 61 UBS/ESF). A Região Entre Rios é composta por 11 municípios e possui uma população de 123.915 habitantes sendo integrantes os municípios: Santiago; Itacurubi; Unistalda; Capão do Cipó; São Francisco de Assis; Esperança do Sul; Jaguari; Jari; Mata; São Vicente do Sul e Cacequi, totalizando 47 unidades de APS (20 UBS/T e 27 UBS/ESF) (IBGE, 2011).

O cálculo de tamanho de amostra foi para representatividade da 4ª CRS. O que foi considerado é o peso amostral de cada município para a faixa etária de adultos, segundo

o cálculo abaixo, sendo expressa na quadro 1. Com isso, 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.

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

Onde:

n = amostra

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

p = percentual estimado

q = 1 – p (complemento de p)

e = erro amostral

$\alpha = 0,05$  (nível de significância)

QUADRO 01 – Relação dos municípios da 4ª CRS/RS de acordo com a representatividade amostral.

<b>Município</b>	<b>N</b>	<b>N (≥ 18 anos)</b>	<b>n (≥ 18 anos)</b>
Santa Maria	274.838	198.768	529
Quevedos	2.2812	2.011	5
Julio de Castilhos	20.074	14.009	38
Pinhal Grande	4.568	3.211	9
Toropi	2.997	2.300	7
São Martinho da Serra	3.305	2.442	7
Nova Palma	6.579	4.754	11
São Pedro do Sul	16.802	12.488	41
Itaara	5.299	3.711	10
Ivora	2.149	1.652	5
Faxinal do Soturno	6.870	5.077	11
Dona Francisca	3.397	2.497	7
Silveira Martins	2.491	1.910	4
São Joao do Polêsine	2.654	2.037	3
Agudo	17.140	12.631	20
Dilermando de Aguiar	3.140	2.266	6
Restinga Seca	16.345	11.912	31
Paraíso do Sul	7.632	5.666	15
Formigueiro	7.119	5.273	14
São Sepé	24.448	17.816	47
Vila Nova Do Sul	4.362	3.151	9
Santiago	49.071	36.935	99
Itacurubi	3.441	2.487	8
Unistalda	2.450	1.789	5
Capão do Cipó	3.104	2.252	6
São Francisco de Assis	19.254	14.480	42

Cacequi	13.685	9.012	24
São Vicente do Sul	8.771	6.136	15
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
<b>TOTAL</b>	<b>559.498</b>	<b>406.741</b>	<b>1.076</b>

Fonte: IBGE (2015)

Para a realização da coleta de dados foi utilizado o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde *Primary Care Assessment Tool - PCATool-Brasil*, validado na sua versão adulto (STARFIELD et al, 2000; STARFIELD, XU e SHI, 2001), acrescido de um questionário com informações socioeconômicas e demográficas.

O PCATool mede a presença e a extensão dos 4 atributos essenciais e dos 3 atributos derivados da APS, com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (2005). Assim, o instrumento permite conhecer e avaliar o perfil do acesso, da longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção, além de orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural, sendo possível identificar pontos que requerem atenção especial de estratégias de educação em saúde.

É importante destacar que a coleta de dados ocorreu no período de janeiro a agosto de 2015 por meio de tablets com o software Epi Info® 7.0 para otimizar o processo de coleta e tabulação dos dados, o qual continha em sua interface o questionário socioeconômico e demográfico seguido do instrumento PCATool Versão Brasil Adulto. Dessa forma, foi possível exportar diretamente os dados coletados nos tablets para um notebook, além de representar uma confiabilidade dos dados coletados ao minimizar a chance de erros de digitação e dados repetidos. Assim, cada avaliador recebeu um Kit, constando de 01 tablet, Manual PCATool Versão Brasil impresso, mapa da 4ªCRS/RS, resolução autorizando a coleta de dados, tabela com as amostragens representativas com base na estimativa populacional, termos de consentimento livre e esclarecido e materiais de consumo.

Os instrumentos de pesquisa foram aplicados de forma presencial, por avaliadores e auxiliares de pesquisa (alunos de graduação e pós-graduação da UFSM), os quais foram previamente submetidos a um treinamento com carga horária de 10 horas compreendida de conteúdos relacionados à pesquisa e à técnica de abordagem dos avaliadores. Os dados foram coletados nas Unidades de Saúde, via contato prévio com os coordenadores, em

horários de funcionamento das mesmas, de forma a coincidir a coleta dos dados com a rotina de atendimento da unidade, sem que houvesse prejuízo no atendimento aos usuários, em um local reservado em cada unidade a fim de preservar o anonimato e a privacidade dos entrevistados. Os entrevistados foram selecionados nas UBS de acordo com a disponibilidade dos mesmos, ou seja, não foi realizada randomização para seleção dos usuários em seus domicílios.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão dos participantes: possuir idade  $\geq 18$  anos na data da coleta. E os critérios de exclusão foram: usuários com idade  $< 18$  anos na data da coleta, que fosse o primeiro acesso junto ao serviço ou usuários com dificuldades cognitivas para responder ao instrumento.

Como a proposta deste estudo foi realizar uma análise multinível, em dois níveis (individual e contextual), os dados do primeiro nível (individual) são referentes às entrevistas realizadas com usuários adultos (PCATool); e os dados do segundo nível (contexto) dizem respeito às características dos municípios nos quais residiam os usuários entrevistados. A fonte de informação das variáveis do primeiro nível são os dados do instrumento do PCATool versão adulto e do questionário socioeconômico e demográfico; e as fontes dos dados do segundo nível foram retiradas do Atlas de desenvolvimento humano (PNUD, 2016) e do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

Em relação às variáveis independentes contextuais (nível município), foram utilizados região de saúde (categórica: verdes campos / entre rios); Porte populacional (categórica: até 5mil hab / entre 5 e 10 mil hab / entre 10 e 20 mil hab / entre 20 e 50 mil hab / entre 50 e 100 mil hab / entre 100 e 500 mil hab); IDH (categórica: muito baixo / baixo / médio / alto / muito alto); Cobertura populacional por equipes de saúde da família (contínua: em proporção); Internações por condições sensíveis à APS (contínua: proporção).

As variáveis independentes individuais (nível equipe de saúde) foram sexo (categórica: feminino / masculino), Idade (contínua: em anos), Etnia (categórica: Branco / Pardo / Negro / Amarelo / Indígena), Escolaridade (categórica: Não alfabetizado / Ensino fundamental incompleto / Ensino fundamental completo / Ensino médio incompleto / Ensino médio completo / Ensino superior incompleto / Ensino superior completo / Outro), Plano de saúde (categórica: Sim / Não), Renda familiar (categórica: Até 1 salário / De 1 a 2 salários / De 2 a 3 salários / De 3 a 4 salários / Mais de 4 salários), Número de filhos (categórica: Nenhum / Um / Dois / Três / Quatro / Cinco ou mais),



Modelo de atenção da Unidade de Saúde (categórica: ESF / UBS / Mista), Situação conjugal (categórica: Casado / Solteiro / Viúvo / Divorciado / União estável).

As variáveis individuais (usuários adultos) dependentes foram questões do instrumento PCATool no atributo Integralidade – Serviços Disponíveis (G). Constituído por 22 itens (G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13, G14, G15, G16, G17, G18, G19, G20, G21, G22). Integralidade – Serviços Prestados (H). Constituído por 13 itens para mulheres (H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13) e 11 itens para homens (H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11).

Foram obtidas as médias de cada variável (G e H). Após uma média entre as duas variáveis ( $G+H/2$ ), sendo esta nova variável nomeada de Integralidade. A variável Integralidade foi dicotomizada a partir dos pontos de corte dos escores obtidos: baixo escore, quando  $<6,6$  e alto escore, quando  $\geq 6,6$ . Portanto, a variável desfecho Integralidade foi desta forma classificada: categórica (sim  $\geq 6,6$  / não  $< 6,6$ ), ou seja, é presença ao mesmo tempo da integralidade dos serviços disponíveis e prestados.

Para a explicação das relações entre as variáveis, foi elaborado pelo pesquisador um modelo teórico, o qual possibilitou organizar as dimensões (sócio-demográfica e serviço de saúde) e os níveis (individual e contextual), em função de não haver na literatura alguma fonte de informação abordando esta temática que integre fatores contextuais e individuais (Figura 1).

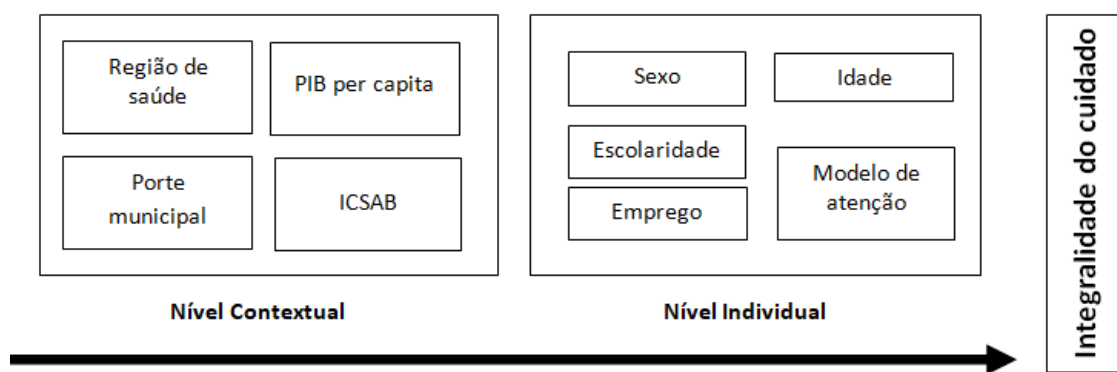


Figura 1: Modelo teórico da integralidade do cuidado na utilização de serviços de atenção primária à saúde por adultos, de acordo com características individuais e contextuais. Fonte: Pesquisa.

Os dados foram analisados no software Stata 11. Foram realizadas análises das frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas. Regressão de Poisson (Barros AJD, Hirakata VN, 2003) Multinível (comando `xtpoisson`, com o sub comando `re` para os efeitos randômicos) (RABE-HESKETH, SKRONDAL, 2008), foram utilizadas para

obtenção das razões de prevalências brutas e ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e nível de significância de 5%. (BASTOS, OLIVEIRA, VELASQUE, 2015) (SPIEGELMAN, HERTZMARK, 2005). A modelagem utilizada foi em dois estágios: Modelo 1 (apenas as variáveis contextuais no ajuste dentro do próprio bloco); e Modelo 2 (as variáveis contextuais mais as variáveis individuais). Para análise de ajuste dos modelos foi utilizado o *deviance* (loglikelihood).

### 3.3. ASPECTOS ÉTICOS

O estudo de revisão bibliométrica não é necessário submissão ao comitê de ética, uma vez que não é trabalhado com seres humanos diretamente, conforme os preceitos éticos baseados na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 que diz respeito a pesquisas envolvendo seres humanos e incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao estado (BRASIL, 2012a).

O estudo epidemiológico submetido à apreciação do Comitê de Ética de Pesquisa da UFSM, obtendo a aprovação sob o número do CAEE 34137314.4.0000.5346 (ANEXO 01). Financiado com recurso Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, edital Universal 2014.

Por conseguinte, a divulgação dos resultados da pesquisa para o serviço será por meio de um seminário junto à reunião da Comissão de Intergestores Regional (CIR) da 4ª CRS, que se realiza mensalmente. Será disponibilizado um material com os resultados para cada representante de município. No meio acadêmico, a divulgação dos resultados dar-se-á pela publicação de produções que contemplem os resultados da pesquisa.

## **4. RESULTADOS**

### **4.1. ARTIGO 01**

#### **PCATool: UM ESTUDO DE REVISÃO BIBLIOMÉTRICA**

#### **PCATool: A BIBLIOMETRIC REVIEW STUDY<sup>1</sup>**

##### **RESUMO**

Este estudo de revisão, com abordagem bibliométrica, objetivou conhecer as características das produções científicas que aplicaram o instrumento PCATool. Recuperaram-se 149 estudos, nas bases de dados LILACS, PubMed, SCOPUS e WoS, que permitiram conhecer a incidência dos estudos por ano de publicação, da versão do PCATool, os atributos, os cenários de aplicação e a procedência das instituições. Identificou-se as áreas do saber multiprofissional, o quantitativo de autores, a qualificação do 1º autor, as palavras chaves, o tipo de estudo, outros instrumentos, periódicos e o fator de impacto. Verificou-se a confiabilidade do instrumento para avaliar quantitativamente a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados na atenção primária em saúde, evidenciando as potencialidades e/ou fragilidades dos serviços e auxiliar na tomada de decisões e na reorientação das práticas de atenção à saúde.

**PALAVRAS CHAVES:** Atenção Primária à Saúde, Avaliação da Pesquisa em Saúde, Saúde Pública.

##### **ABSTRACT**

---

<sup>1</sup> Artigo formatado segundo as normas da "Ciência e Saúde Coletiva. Ressalta-se que este artigo, se encontra no formato final e já foi submetido ao referido periódico.

This study review, with a bibliometric approach, aims to know the characteristics of the scientific productions that applied the PCATool instrument. Were recovered 149 studies in the databases LILACS, PubMed, SCOPUS and WoS, which allowed us to know the incidence of studies by year of publication, the PCATool version, the attributes, the application scenarios and the origin of the institutions Identified the areas of knowledge, quantitative multidisciplinary authors, the qualification of the first author, key words, the type of study, other instruments, journals and impact factor. It was verified the reliability of the instrument to assess the presence and extent of essential attributes and derivatives in primary health care, demonstrating the potential and/or weaknesses of the services and assist in the process of decision-making and in reorientation health care practices.

**KEYWORDS:** Primary Health Care, Health Services Research, Public Health.

## INTRODUÇÃO

Inúmeras discussões têm sido feitas acerca da saúde pública tanto em nível nacional como internacional. A fim de ordenar essas ações o Relatório de Dawson em 1964<sup>1</sup> destacou um modelo de atenção à saúde que tencionou as discussões da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, a qual resultou na Declaração de Alma-Ata, que definiu o conceito da Atenção Primária à Saúde (APS) como:

“Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas... colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade.... Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde<sup>2</sup>”.

Para Oliveira,<sup>3</sup> APS foi definida como essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade. Destaca-se, também,

como um “espaço tático-operacional” de reorientar o sistema de saúde mediante a distritalização, utilizando modelos assistenciais alternativos que contemplem as necessidades de saúde e com o perfil epidemiológico da população<sup>4</sup>.

Assim, verifica-se que a APS pode ser definida como um conjunto de valores – direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade equidade – um conjunto de princípios – responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social, entre outros – e como um conjunto indissociável de elementos estruturantes – atributos – do sistema de serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação da atenção, orientação familiar e comunitária e competência cultural<sup>5</sup>.

Em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi proposta no Brasil a criação de um novo modelo de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS). Esse, de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo e sob controle dos usuários, buscando melhorar a qualidade da atenção à saúde no país<sup>6,7</sup>.

A Atenção Primária à Saúde, no Brasil, é denominada de Atenção Básica à Saúde e se caracteriza por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que compreendem a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde<sup>7</sup>. Destaca-se, no Brasil, que o Ministério da Saúde convencionou chamar a Atenção Primária como Atenção Básica à Saúde, porém, para fins didáticos neste estudo, o termo a ser utilizado é o de Atenção Primária à Saúde.

Ao reorientar o modelo assistencial, aspira-se à ordenação das práticas de cuidado por meio de estratégias sustentadas nos princípios da universalidade, equidade e integralidade do cuidado. Na perspectiva de refletir sobre o planejamento e execução das

ações de saúde é relevante que alguns instrumentos de avaliação da APS subsidiem de forma consistente a tomada de decisão pelos segmentos deliberativos da saúde.

Em consonância, destaca-se o Primary Care Assessment Tool (PCATool), como instrumentos de avaliação em saúde, o qual contribui para a mensuração quantitativa da qualidade dos serviços de saúde, proposto por Shi<sup>8</sup>, o qual está sendo usado em diferentes cenários de saúde mundial. A partir do exposto, questiona-se: quais as características das produções científicas no cenário nacional e internacional que aplicaram o instrumento PCATool? E como objetivo, conhecer as características das produções científicas que aplicaram o instrumento PCATool.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo de revisão com abordagem bibliométrica<sup>9,10</sup>. Esse tipo de pesquisa permite o mapeamento da literatura científica, de determinada área de conhecimento, por meio da construção de indicadores bibliométricos que permitem analisar as produções de diferentes autores, grupos, instituições e regiões do mundo<sup>10,11</sup>. Complementarmente às análises quantitativas, a pesquisa também lançou mão de análise qualitativa do conteúdo dos artigos para identificar, entre outros aspectos, os delineamentos metodológicos e as diferentes abordagens teóricas empregadas<sup>10</sup>. Dessa forma, se tomada apenas em seu significado restrito, a quantidade seria apenas tradução de um problema, e por isso precisa ser interpretada qualitativamente, justificando o uso complementar dos métodos utilizados<sup>11,12</sup>.

Vale salientar que o percurso metodológico deste estudo foi realizado entre os meses de março a dezembro de 2017, por dupla independência e utilizando-se das recomendações dos documentos da Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)<sup>13</sup>. As etapas do estudo subdividiram-se em seis, sendo

estas: 01) Definição da questão norteadora; 02) Definição das bases de dados; 03) Definição das palavras chaves; 04) Definição da estratégia de busca por meio da dupla independência; 05) Definição de critérios de inclusão e exclusão; e 06) Análise das publicações selecionadas, não foi realizado handsearching.

Na primeira etapa, definiu-se como questão norteadora: quais as características das produções científicas no cenário nacional e internacional que aplicaram o instrumento PCATool? Posteriormente, na segunda etapa, foi realizada a identificação das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Public Publish Medline (PubMed), SCOPUS (Elsevier) e Web of Science (WoS).

Na terceira etapa foram definidas as palavras chaves “PCATool” e “PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL” e o operador booleano “OR”. Na quarta e quinta etapa, definiu-se como estratégia de busca ambas as bases: “PCATool” OR “PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL” e aplicados os critérios de inclusão: Artigos primários, estudos que utilizaram o instrumento PCATool, artigos de validação do instrumento; não houve limite de idiomas; não foi estabelecida delimitação temporal, foi incluídos todos os artigos publicados até 31 de dezembro de 2016; como critérios de exclusão: teses de mestrado e doutorado, resumos, literatura cinzenta e artigos em duplicidade.

Para a sistematização, análise e codificação das publicações selecionadas, na sexta etapa, utilizou-se o programa Microsoft Excel® e análise estatística descritiva simples. Foram recuperadas 389 publicações, sendo 39 na LILACS, 118 na PubMed, 131 na SCOPUS e 101 na Web of Science, e destas, 149 estudos se encaixaram nos critérios de inclusão, detalhados na Figura 1 conforme modelo traduzido e adaptado PRISMA.

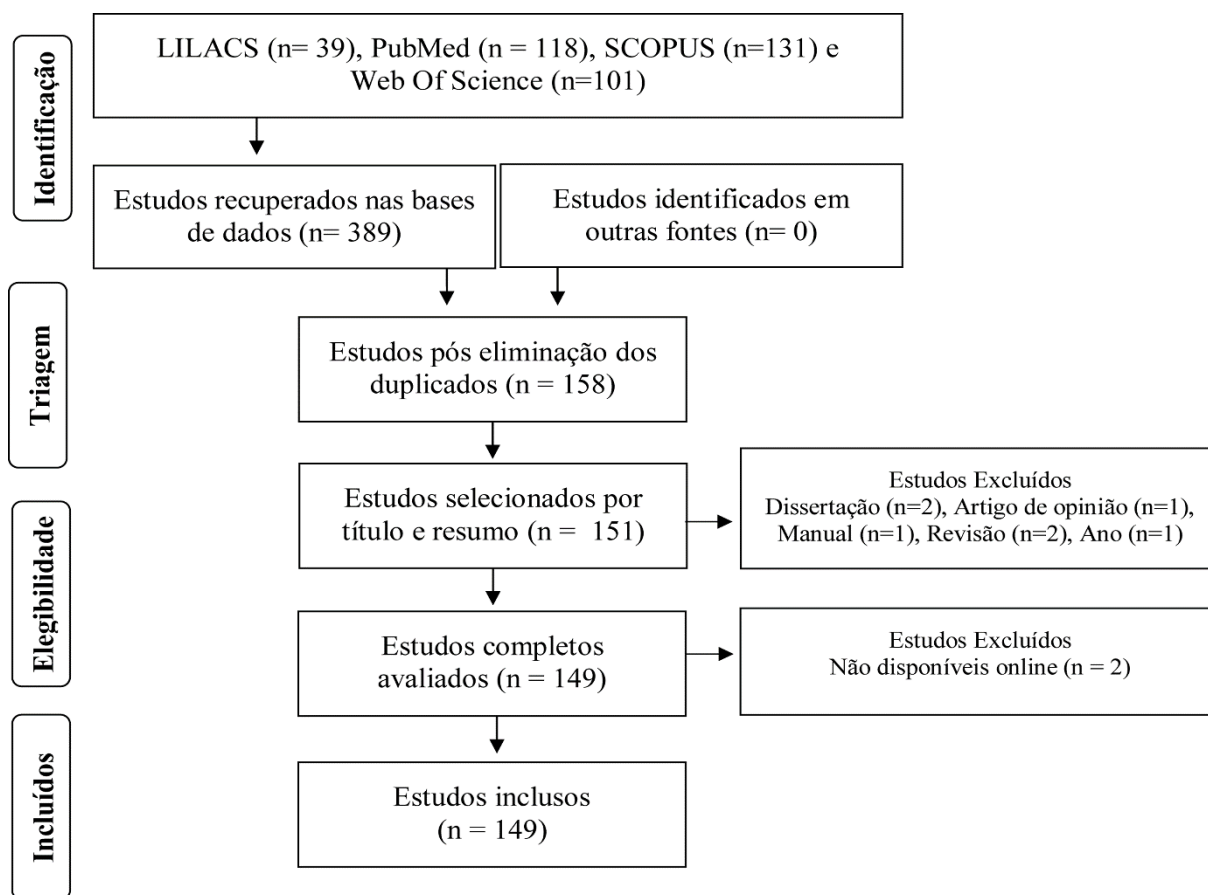


Figura 1: Fluxograma de fases do estudo de revisão.

Fonte: PRISMA, traduzido e adaptado

## RESULTADOS

Para a realização da bibliometria, as seguintes categorias de análise foram selecionadas: ano de publicação, versão do PCATool; atributos; cenário; procedência da instituição pesquisadora e da coleta de dados; instituição de ensino pesquisadora; área de conhecimento multiprofissional; quantitativo de autores; qualificação do 1º autor; palavras chaves; tipo de estudo; outros instrumentos; periódicos e o fator de impacto.

A distribuição temporal dos artigos apresenta-se no Gráfico 01, no qual o primeiro estudo datou de 2000, já o pico de publicações sobre a temática do PCATool ocorreu em



2015 (25 artigos), seguidos por 2016 e 2011 (24 artigos/ ano).

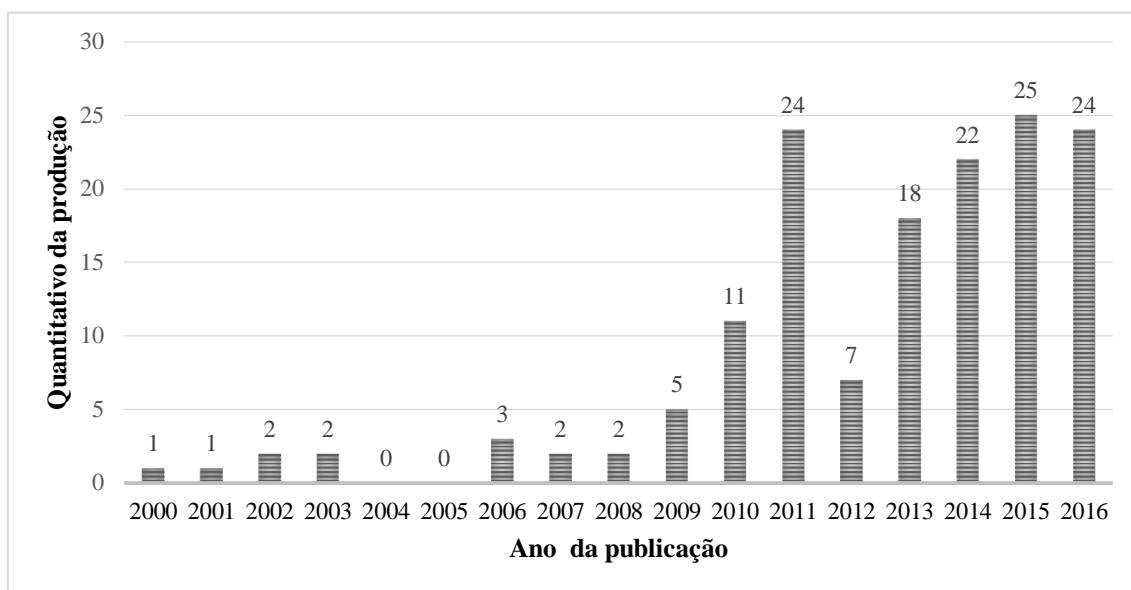


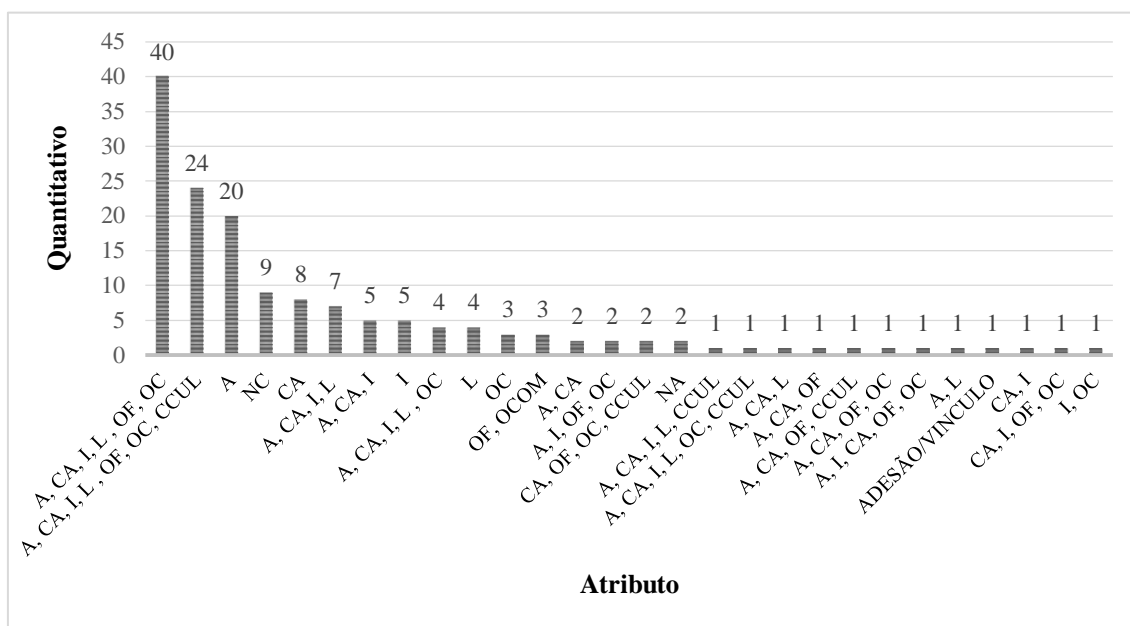
Gráfico 01: características em relação a frequência das publicações

**Fonte:** dados da pesquisa

Salienta-se que dos 98 estudos que utilizaram a Versão Adulto do PCATool, 33 artigos apresentaram especificidades, a saber: 5 avaliaram práticas de cuidados, 10 foram realizados com pacientes hospitalizados, 15 com portadores de patologias como Hipertensão, Diabetes e Tuberculose, outros 2 foram realizados com a população idosa e apenas 1 utilizou a população feminina. Nas 33 publicações do PCATool Versão Criança, apresentou-se uma diversidade na classificação etária da população. Já no PCATool Versão Profissional, foi identificado que entre os 15 participantes estavam: enfermeiros, médicos, gestores, preceptores médicos e especialistas em cuidados primários. Outros 15 estudos não identificaram a versão utilizada do PCATool.

Dentre os Atributos Essenciais, destaca-se que o “Acesso” foi utilizado em 112 publicações, a “Coordenação da Atenção” em 105; a “Integralidade” em 93 e a “Longitudinalidade” em 84. Nos Atributos Derivados a “Competência Cultural” foi abordada em 29 artigos, a “Orientação Comunitária” em 80 e a “Orientação Familiar” em 76. Em 11 estudos não foram mencionados os atributos utilizados. O gráfico 02

sistemiza as características das publicações em relação aos atributos estudado



**Gráfico 02:** Características das publicações em relação aos atributos estudados

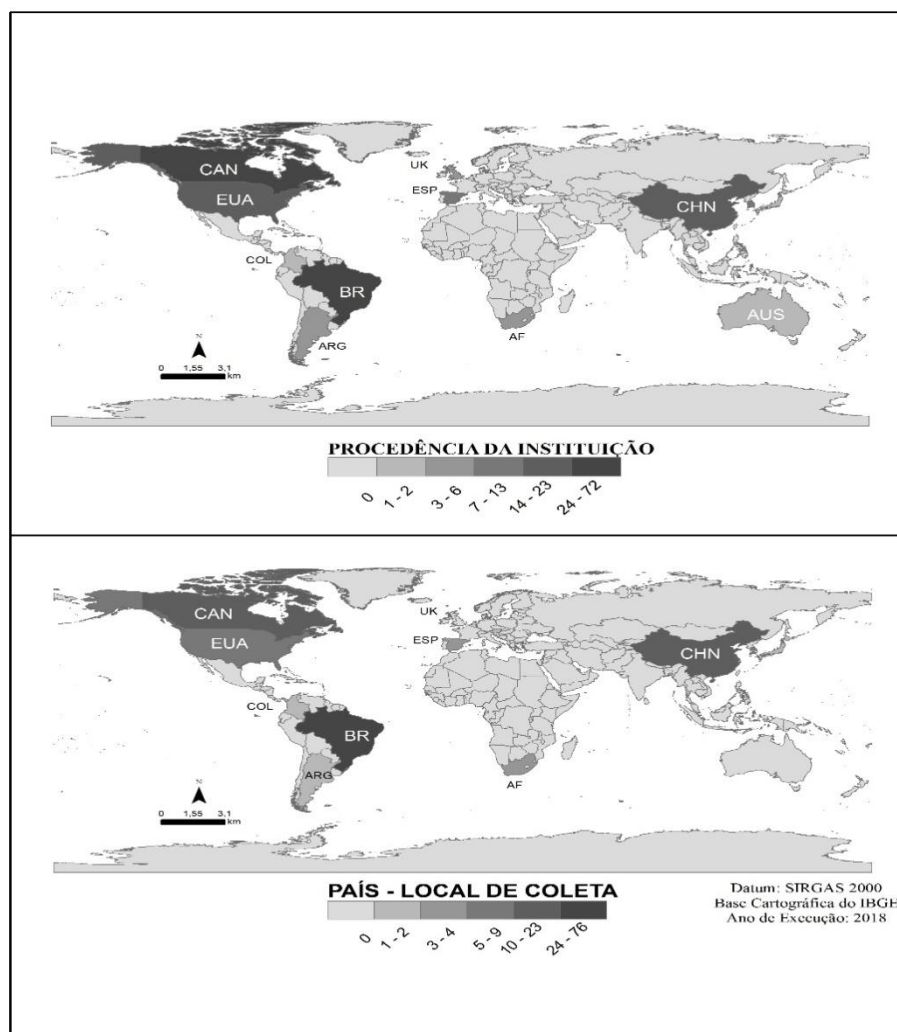
**Fonte:** Dados da pesquisa

**Legenda:** A(Acesso), CA (Coordenação da Atenção), I (Integralidade), L(Longitudinalidade), OC (Orientação Comunitária), OF (Orientação Familiar), CCUL (Competência Cultural).

Atenção Primária à Saúde foi o principal cenário de estudo com o uso do PCATool, sendo identificado em 97 publicações, dentre esses serviços destacaram-se a ESF, UBS, domicílio, escola, universidade, reserva indígena e comunidade quilombola. Outros 21 artigos utilizaram serviços ambulatoriais e hospitalares e 37 não identificaram o local da coleta do estudo.

Na Figura 2, apresenta-se a relação da procedência das Instituições de Ensino Pesquisadoras, por país, e os locais de coleta dos dados. Percebe-se que na maioria dos estudos o local da coleta é o mesmo país de origem da instituição, porém em alguns estudos o país da coleta se diferenciou do país da instituição. O continente Americano se destaca por concentrar 106 estudos, entre os países: o Brasil (73), Canadá (22), Estados Unidos da América (8), Argentina (1), Colômbia (1) e Caribe (1); seguido com 33 produções no continente Asiático, sendo, na China (23), Coreia do Sul (9) e Japão (1). No continente Europeu, identificaram-se 5 estudos, sendo, na Espanha (4) e Áustria (1);

identificaram-se dois estudos na África do Sul, no continente Africano, e dois estudos não identificaram o local da coleta de dados.



**Figura 2:** Características da procedência das Instituições de Ensino Pesquisadoras e local da coleta dos dados.

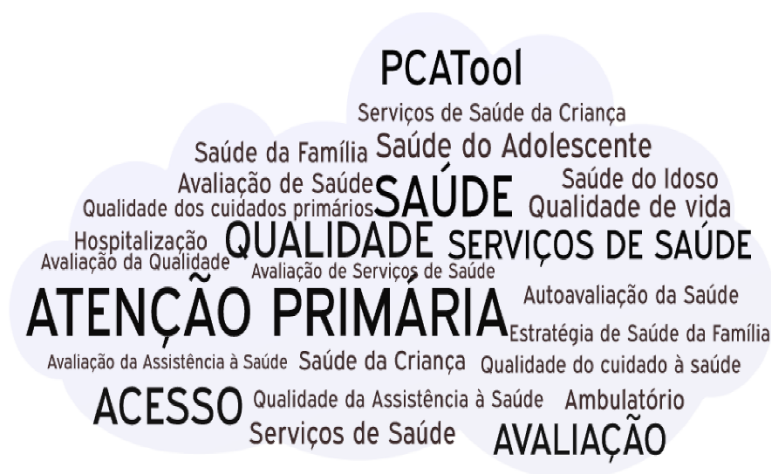
**Fonte:** Dados da pesquisa

Dentre as Instituições de Ensino Pesquisadoras (IES), as que mais realizaram estudos com o PCATool foram: Universidade de São Paulo (18 artigos), Universidade Federal da Paraíba (12 artigos), a Universidade de Ottawa (11 artigos), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (10 artigos) e a Universidade John Hopkins (8 artigos). As demais Instituições apresentavam menor número de publicação e 14 trabalhos não mencionaram a Instituição.

O enfoque multiprofissional foi apontado em 30 artigos, sendo que as áreas de conhecimento da Enfermagem e da Medicina sobressaíram-se em 15 estudos, seguido das áreas de Psicologia e Medicina com 03. Os cursos de nutrição, farmácia, biociências e saúde; administração; agronomia, fisioterapia; estatística, ciência; bioestatística, foram encontradas em apenas um estudo cada.

A maioria dos artigos (42) foi escrita por seis autores, seguida por publicações com cinco autores (27 artigos), 03 (17 artigos), 07 (16 artigos), oito (12 artigos) 04 (10 artigos), de 02 a 09 autores (8 artigos), 10 autores (4 artigos), 12 (2 artigos), 1/11 e 13 autores. Destaca-se a qualificação, do primeiro autor, Doutor foi encontrado em 22 artigos, seguido de mestre (08), pós-graduandos (02) e nos demais 117 estudos não continham a qualificação. Quanto à área de conhecimento, do primeiro autor, a Medicina foi citada em 38 artigos; Enfermagem (29); Fisioterapia, Nutrição e Psicologia (1 artigo cada) e 79 produções não especificaram a área de conhecimento.

As palavras chaves mais presentes nos estudos referem-se aos Serviços de Saúde, destacando-se a “Atenção Primária a Saúde” (mencionada em 86 artigos), seguido do termo “Avaliação” (64 artigos), “Saúde” (51 artigos) com suas respectivas especificidades, “Qualidade” (23 artigos), “Acesso” (18 artigos) e “PCATool” (9 artigos). As demais palavras-chaves apresentaram menor de número de publicação e a Figura 3 aponta as palavras mais recorrentes.



**Figura 3:** Características das publicações em relação as palavras mais recorrentes

**Fonte:** Dados da pesquisa

Em relação ao estudo do tipo epidemiológico, verificou-se que ele foi utilizado em 105 artigos, sendo mencionado o delineamento transversal (em 84 estudos), avaliativo (12), analítico (9), inquérito (4) e seccional (2), além das abordagens quantitativas (22) e descritivas (17). Os estudos mistos e qualitativos foram destacados, em 06 estudos cada, 32 publicações não identificaram o delineamento metodológico utilizado. Destacam-se em 38 artigos os dados sociodemográfico e socioeconômicos, 08 artigos utilizaram o Índice de Componentes de Atenção Primária (CPCI), em 05 artigos a Avaliação de Cuidados de Prática Geral (EUROPEP), demais publicações utilizaram em menor número a Pesquisa de Processos Interpessoais de Cuidados ver (IPC-II); Avaliação Clínica para Fortalecimento de Sistemas (CIASS), Avaliação da Melhoria e do Acesso e Qualidade (AMAQ), além da entrevista semiestruturada.

Vale dizer que os periódicos apresentam distintas áreas de interesse, a revista “Ciência e Saúde Coletiva” destaca-se por publicar 14 artigos, seguida da “Canadian Family Physician” e “Health Care Policy” com 08 artigos cada. Os demais periódicos apresentam número menor de publicação. O fator de impacto das produções apontou 31 artigos no intervalo de 0.183 a 0.999, 27 artigos de 1 à 1.999, 16 artigos de 2 à 2.999, 07

artigos de 3 à 3.999, 02 artigos de 4 à 4.999 das Revistas “Scientific Reports e The Annals of Family Medicine”, 1 artigo de 5 à 5.999 com a revista "Scientific Reports” e 01 artigo de 44.002 da “Published Online”. Foi observado que em 52 artigos não se aplica o fator de impacto e em 12 produções não continham o valor.

## **DISCUSSÃO**

O PCATool foi identificado pela primeira vez no estudo de Cassadyet al<sup>14</sup>, o qual avaliou as principais características dos serviços de atenção primária para crianças e jovens, por meio da Ferramenta de Avaliação de Atenção Primária-Versão Criança. Já a validação desse instrumento foi elaboradaThe Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations em Baltimore, Maryland (EUA)<sup>8</sup>. Para Prates et al<sup>15</sup> o aumento significativo dos estudos ocorreu a partir de 2010, ano em que o Ministério da Saúde Brasileiro implantou o Manual do Instrumento de Avaliação da APS (PCATool-BR) e o recomendou para a avaliação e o monitoramento da qualidade dos serviços da APS.

Posteriormente foi adaptado e validado em países como o Brasil<sup>16-18</sup>, Espanha<sup>19</sup>, Canadá<sup>20</sup>, Coréia do Sul<sup>21</sup>, China<sup>22, 23</sup>, Argentina<sup>24</sup>, África do Sul<sup>25</sup>, Japão<sup>26</sup>. No Brasil o PCATool foi adaptado para avaliar a atenção à tuberculose<sup>27</sup> e para indivíduos portadores de hipertensão arterial<sup>28</sup>. Os estudos realizados na Colômbia<sup>29</sup>, Caribe<sup>30</sup> e Áustria<sup>31</sup> utilizaram a versão original do PCATool.

A maioria das versões sofreram modificações conforme as características da população e sistemas de saúde, mas se respeitou o formato original do instrumento das Versões Criança/ Adulto/ Profissional, os atributos e a escala para respostas<sup>32</sup>. Apesar de outras adaptações serem identificadas na literatura como na Tailândia<sup>33</sup>, Uruguai<sup>34</sup>,

Paraguai<sup>32</sup>, Porto Rico<sup>32</sup> e Nova Zelândia<sup>35</sup>, esses locais, no entanto, não foram encontrados na nossa busca.

Alem disso, verificaram-se associações entre as Instituições de Ensino Pesquisadoras. Nos estudos de Muggah et al<sup>36</sup> a coleta dos dados foi desenvolvida no Canadá com a colaboração de Universidades da Austrália, Turci et al<sup>37</sup> no Brasil associou-se à Instituição dos EUA, Berra et al<sup>24</sup> da Argentina pesquisou com o Brasil, Rocha et al<sup>38</sup> e Berra et al<sup>39</sup> coletaram dados na Espanha em parceria com Instituição da Argentina, Tourigny et al<sup>40</sup> do Canadá associou-se com a Bélgica, Wei et al<sup>41</sup> da China associou-se com Londres e Estados Unidos; Wang et al<sup>42</sup> da China associou-se com Reino Unido e Zou et al<sup>43</sup> da China pesquisou com os EUA. Essa relação multicêntrica é, sem dúvida, um dos motivos que leva à colaboração, evidenciando uma tendência na comunidade científica<sup>44-47</sup>.

Apesar de o PCATool ser o instrumento mais utilizado para avaliar a APS, ele não é padronizado internacionalmente. Nos estudos, há associação com outras ferramentas as quais permitem avaliar o contexto social por meio de questionários socioeconômicos e sociodemográficos, as funções dos sistemas de saúde, características de um bom atendimento e a satisfação do usuário. Nessa perspectiva, Fracoli et al<sup>48</sup> apontam que o uso desses instrumentos visa criar ou qualificar propostas para os diversos contextos dos serviços de saúde. Assim, usou-se o PCATool em cenários distintos, além da delimitação física das Unidades de Saúde como o domicílio, comunidades de práticas, práticas de medicina familiar, escolas, universidades, reserva indígenas, comunidades quilombolas e serviços dos demais níveis de atenção em ambulatórios, Unidade de Pronto Atendimento e Hospitais.

É interessante ressaltar que o uso do PCATool, em diferentes contextos, permite perceber e avaliar a real efetividade dos cuidados primários, favorecerem a formação de

evidências sobre a APS e, conseqüentemente, a definição de políticas públicas<sup>17,49</sup>. Owolabi et al<sup>50</sup> destacam que países de alta renda com financiamento incoerente para APS têm uma conotação negativa: ‘cuidados primários para pobres’, indicando a desigualdade e a falta de responsabilidade pública. Lee et al<sup>49</sup>, por sua vez, apontam a vitalidade desse Modelo em um período de quatro anos, na qual a Coordenação da Atenção, promove, a longo prazo, a redução de hospitalização, testes laboratoriais, uso de salas de emergência e os custos.

Assim, percebe-se que os Atributos Essenciais e Derivados são pesquisados de maneira simultânea em 24 estudos, tal número poderia ser maior, uma vez que o Atributo da Competência Cultural está ausente no instrumento PCATool-BR, conforme sugere Prates et al<sup>15</sup>. Lins et al<sup>51</sup> apontam que os movimentos sociais, a comunidade e o perfil do profissional são fatores que interferem positivamente na avaliação dos Atributos de Acesso de Primeiro Contato e Integralidade. Para Russel et al,<sup>52</sup> a Integralidade é uma característica essencial da APS, porém, observam que a mesma diminui, em determinados locais, particularmente nos grupos minoritários. Os achados apontam um bom desempenho dos atributos da APS como em áreas rurais do Canadá<sup>53</sup>, em que a construção do vínculo é necessária para uma adesão satisfatória aos cuidados das condições crônicas. Em Xangai,<sup>54</sup> verifica-se a redução de agravos e despesas com o cuidado, assim como D’Avila et al<sup>35</sup> constata em outras regiões como Montevideu, Seul, Colômbia, Tibete e África do Sul.

Li et al<sup>54</sup> recomendam cuidado ao comparar os achados dos demais estudos internacionais, atentando-se às especificidades de cada contexto estudado. Prates et al<sup>15</sup>, no entanto, apontam limitações no uso do PCATool para a Avaliação dos Atributos como a dificuldades de encontrar estudos com desempenho adequado ou homogêneos dos serviços na APS, estudos que avaliaram somente alguns atributos e, inclusive, o próprio



instrumento que considera o mesmo peso para todos atributos. Muldoon et al<sup>55</sup> apontaram que essa prática é difícil de ser efetivada e avaliada, uma vez que no instrumento o número de perguntas em relação a alguns atributos, como a Orientação Comunitária, é relativamente pequeno e não oferecem por si só, uma visão ampliada e detalhada do atributo em questão. Todavia, em estudo recente de D'Avila et al<sup>35</sup>, reforça que o PCATool tem uma vantajosa comparabilidade internacional devido as validações atingirem propriedades psicométricas aceitáveis.

No Brasil, por exemplo, há uma concentração de estudos com o PCATool e de adaptações para avaliar contextos específicos como a Tuberculose e a HAS, o que pode ser justificado pela implementação de Programas para qualificar a atenção a saúde e substituir o modelo ineficiente e tradicional de assistência, a exemplo da Estratégia da Saúde da Família (ESF) lançada em 1994. Em decorrência disso, as IES brasileiras com alta produtividade, a exemplo da USP, UFPB e UFRGS, tornam-se reconhecidas por uma “solidez” científica. Guedes et al<sup>56</sup> destacam que quanto mais solidificada essa construção, maior probabilidade de os autores produzirem múltiplos estudos em determinado período.

Assim, sua finalidade é a produção de novos conhecimentos através de uma visão multicêntrica e multidisciplinar que possibilita a troca de experiências, soluções, ideias e opiniões assim como a redução de custos e tempo e otimização de recursos humanos e financeiros<sup>57</sup>. Entretanto, evidenciou-se uma lacuna nas produções encontradas em relação as áreas do saber, a qual Vanz et al<sup>44</sup> destacam não só como possibilidade de aprendizado, mas também o estímulo da criatividade e as novas perspectivas quando os colaboradores são oriundos de diferentes áreas do conhecimento. A coautoria, para Gasparian<sup>45</sup> e Yan et al,<sup>47</sup> permite identificar e conhecer as relações de colaboração e o padrão de relação entre os autores, mas é uma prática que provoca muitos debates e que

está longe de ser um consenso no meio científico e pode provocar conflitos, necessitando discutir a atribuição de autoria nos trabalhos científicos<sup>45-47, 57-59</sup>.

Em relação a qualificação do primeiro autor dos artigos, não foi observada uma padronização e, em sua maioria, eram doutores, mestres e pós-graduandos. A falta de critérios internacionalmente aceitos levou ao estabelecimento de diversas convenções particularizadas aos estudos científicos. Um grupo de revistas criou critérios e recomendações para designar a autoria e a colaboração<sup>60</sup>. Nos estudos com mais de seis autores foi identificado o seu envolvimento desde a concepção do trabalho científico até a aprovação da versão final a ser publicada<sup>45, 46, 57, 58</sup>.

Dessa maneira, a inexistência dos critérios de autoria também limita a identificação do pesquisador responsável pelo estudo, pois dificulta distinguir o autor do orientador. Marques<sup>58</sup>, Petroyanu<sup>45</sup>, Gasparyan<sup>46, 59</sup> e Yan et al<sup>47</sup> apontam que comumente o primeiro autor é o responsável pelo trabalho e o último é aquele que liderou e o supervisionou, os demais colaboradores tendem a aparecer nas posições intermediárias em ordem decrescente de contribuição. Deve-se, ainda, destacar a tendência de a maioria das revistas incluir em suas referências bibliográficas apenas os três primeiros autores, deixando os demais no anonimato, independentemente de seu valor na condução do trabalho (PETROIANU, 2010).

Ressalta-se, também, que a relevância de um periódico, por sua vez, pode ser estimada pelo mais produtivo em determinada área e que contenha um grande número de artigos sobre determinado assunto, conhecida como a Lei de Bradford<sup>56,61</sup>. Infere-se, assim, que as revistas “Ciência e Saúde Coletiva”, “Canadian Family Physician” e “Health Care Policy têm maior magnitude no núcleo do saber da “Saúde Coletiva”. Somando-se a isso, o número de citações de um artigo permite estimar o “Fator de Imediatismo” identificando a relevância das produções. Mingers et al<sup>62</sup>, no entanto, nem

sempre consideram que a citação de um jornal altamente prestigiado pode valer mais que um de menor. Ademais, o uso de palavras-chaves contribui para um maior acesso de determinadas revistas, as quais vêm sendo utilizada não só para identificar estilos nas redações, mas no processo de indexação automática eletrônico, determinando sobre o assunto do texto científico e tecnológico<sup>56</sup>.

O delineamento de estudo de uma pesquisa é uma ferramenta destinada a atender determinado objetivo ou, a tentativa de responder ou prover uma resposta a um dado problema ou hipótese. Isso possibilita a construção de um novo conhecimento aos profissionais de uma determinada área ou setor, a busca para a tomada de decisão ou uma ferramenta de gestão para os sistemas de saúde<sup>63, 64</sup>. No entanto, verificou-se que não há um consenso entre as publicações na descrição do delineamento do estudo, identificando-se apenas o cenário, amostra e coleta de dados, a intervenção e os métodos de análise. Pereira<sup>65</sup> aponta que nem todos os tópicos podem ser aplicados aos diversos tipos de investigação, mas que a falta de informações reflete como falha do autor, interferindo no julgamento do leitor, do revisor ou editor

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo permitiu conhecer as características das produções científicas globais que utilizaram o PCATool. Evidenciou-se, em especial na APS, que o instrumento é confiável para a avaliar a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados. A mensuração desses dados pode contribuir para o planejamento, desenvolvimento, execução e avaliação das ações em saúde. Ao apontar potencialidades e/ou fragilidades dos serviços, contribui, significativamente, para a tomada de decisões e reorientação das práticas de atenção à saúde.

Importante ressaltar que, também, foi observada uma lacuna na produção científica multicêntrica, em que a relação entre as universidades para a avaliação da saúde ainda precisa ser fortalecida, bem como o trabalho multiprofissional que se mostrou frágil na relação da pesquisa sobre este instrumento. Mesmo com um número significativo de trabalhos no contexto mundial, ainda há necessidade de estudos que inter-relacionem os resultados quantitativos do PCATool com as relações sócio demográficas e culturais próprias de cada contexto, uma lacuna a ser preenchida pela comunidade científica.

## REFERÊNCIAS

1. Organización Pan-Americana de Saúde (OPAS). Informe Dawson sobre al futuro de los servicios médicos y afines, 1920: informe provisional presentado al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña en 1920 por el Consejo Consultivo de Servicios Médicos y afines. *Publicacion Científica* 1964.
2. Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF). Cuidados primários de saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata (URSS). *UNICEF* 1979.
3. Oliveira MMC. *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.
4. Mendes EV, Paganini JM. Importancia de los sistemas locales de salud en la transformacion de los sistemas nacionales de salud: Los sistemas locales de salud: Conceptos, métodos, experiências. *Publicación Científica* 1990.
5. Starfield, B. *Atenção primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
6. Brasil. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial. Brasília, *Diário Oficial da União* 1986; 17-21 mar.
7. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
8. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract* [periódico na Internet] 2001 fev [acessado 2017 out 12]; 50(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT%20pubs/Shi%202001.pdf>

9. Cerro AL, Bervian PA, Silva R. *Metodologia Científica*. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2007.
10. Hayashi CRM. Apontamentos sobre a coleta de dados em estudos bibliométricos e cientométricos. *Filosofia e Educação* [periódico na Internet] 2013 out [acessado 2017 nov 12]; 5(20): [cerca de 14p.]. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/119296>
11. Silva MR, Hayashi CR, Hayashi MCPI. Análise bibliométrica e cientométrica: desafios para especialistas que atuam no campo. *InCID: R. Ci. Inf. e Doc* [periódico na Internet] 2011 jan/jun [acessado 2017 nov 12]; 2(1): [cerca de 9p.]. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/incid/article/view/42337/46008>
12. Gatti BA. Pesquisar em educação: considerações sobre alguns pontos-chave. *Dialogo Educ.* [periódico na Internet] 2006 set/dez [acessado 2017 nov 12]; 6(1): [cerca de 10p.]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189116275003>
13. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* [periódico na Internet] 2009 jul [acessado 2017 nov 12]; 151(4): [cerca de 6p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2707599/pdf/pmed.1000097.pdf>
14. Cassady C, Starfield B, Hurtado M, Berk R, Nanda J, Friedenber L. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*. [periódico na Internet] 2000 abr [acessado 2017 nov 12]; 105(4): [cerca de 5p.]. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.678.4220&rep=rep1&type=pdf>
15. Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar OS, Prates LL, Mendonça ET, Costa GD, Cotta RMMC. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Cien Saude Colet* [periódico na Internet] 2017 jul [acessado 2017 nov 10]; 22(6): [cerca de 14p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1881.pdf>
16. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. *Cad Saude Publica* [periódico na Internet] 2006 ago [acessado 2017 nov 2]; 22(8): [cerca de 10p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/13.pdf>
17. Harzheim E, Gonçalves MR, Oliveira MMC, Trindade TG, Agostinho MR, Hauser L. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool – Brasil. *Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde* 2010.
18. Almeida 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. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) 2006.
19. Paserin MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. A Tool to Evaluate Primary Health Care From the Population Perspective. *Aten Primaria* [periódico na

Internet] 2007 [acessado 2017 nov 2]; 39(8) [cerca de 7p.]. Disponível em: [http://www.jhsph.edu/sebin/g/g/2007\\_AP\\_Pasarin.pdf](http://www.jhsph.edu/sebin/g/g/2007_AP_Pasarin.pdf)

20. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, Rodrigue J. Practice features associated with patient-red accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med* [periódico na Internet] 2008 mar/abr [acessado 2017 nov 2]; 6(2) [cerca de 8p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2267415/pdf/0060116.pdf>

21. Lee JH, Choi YJ, Sung NJ, Kim SY, Chung SH, Kim J, Jeon TH, Park HK. Development of the Korean primary care assessment tool—measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. *Int J Qual Health Care* [periódico na Internet] 2009 dez [acessado 2017 nov 2]; 21(2) [cerca de 9p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19286829>

22. Wong SY, Kung K, Griffiths SM, Carthy T, Wong MC, Lo SV, Chung VC, Goggins WB, Starfield B. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. *BMC Public Health* [periódico na Internet] 2010 jul [acessado 2017 nov 2]; 10(397): [cerca de 11p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20602806>

23. Wang W, Shi L, Yin A, Lai Y, Maitland E, Nicholas S. Development and Validation of the Tibetan Primary Care Assessment Tool. *Biomed Res Int* [periódico na Internet] 2014 mai [acessado 2017 nov 2]; 2014 [cerca de 7p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4055487/>

24. Berra S, Hauser L, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Oliveira MMC, Starfield B, Harzheim E. Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Publica* [periódico na Internet] 2013 [acessado 2017 nov 2]; 33(1): [acessado 2017 nov 2]. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n1/30-39/es>

25. Bresick G, Sayed AR, Grange C, Bhagwan S, Manga N, Hellenberg D. Western Cape Primary Care Assessment Tool (PCAT) study: Measuring primary care organisation and performance in the Western Cape Province, South Africa (2013). *Afr J Prim Health Care Fam Med* [periódico na Internet] 2016 dez/mai [acessado 2017 nov 2]; 8(1): [cerca de 12p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4913443/>

26. Aoki T, Inoue M, Nakayama T. Development and validation of the Japanese version of Primary Care Assessment Tool. *Fam Pract* [periódico na Internet] 2016 fev [acessado 2017 nov 2]; 33(1): [cerca de 6p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26546033>

27. Villa TC, Ruffino-Netto A, Scatena LM, Andrade RL, Brunello ME, Nogueira JA, Palha PF, Sá LD, Assis MM, Vendramini SH, Monroe AA, Arcêncio RA, Arakawa T. Health services performance for TB treatment in Brazil: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* [periódico na Internet] 2011 set [acessado 2017 nov 2]; 11(1): [cerca de 8p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21955523>

28. Silva CS, Paes NA, Ribeiro TM, Figueiredo M, Cardoso MAA, Silva ATMC, Araújo JSS. Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na Internet] 2013 mai/set [acessado 2017 nov 2]; 47(3): [cerca de 7p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00584.pdf>
29. Shi L, Starfield B, Xu J, Politzer R, Regan J. Primary Care Quality: Community Health Center and Health Maintenance Organization. *South Med J* [periódico na Internet] 2003 ago [acessado 2017 out 23]; 96(8): [cerca de 8p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14515920>
30. Macinko J, Jimenez G, Cruz-Peñate M. Primary care performance in Dominica. *Rev Panam Salud Publica* [periódico na Internet] 2015 fev [acessado 2017 out 20]; 37(2): [cerca de 9p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25915015>
31. Stigler FL, Starfield B, Sprenger M, Salzera HJF, Campbell SM. Assessing primary care in Austria: room for improvement. *Fam Pract* [periódico na Internet] 2013 nov [acessado 2017 nov 2]; 30(2): [cerca de 5p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23148121>
32. Hauser L, Castro RCL, Vigo A, Trindade TG, Gonçalves MR, Stein AT, Duncam BB, Harzheim E. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [periódico na Internet] 2013 out/dez [acessado 2017 nov 24]; 8(29): [cerca de 11p.]. Disponível em: <https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/821>
33. Pongpirul K, Starfield B, Srivanichakorn S, Pannarunothai S. Policy characteristics facilitating primary health care in Thailand: a pilot study in transitional country. *Int J Equity Health* [periódico na Internet] 2009 mar [acessado 2017 nov 20]; 8 [cerca de 8p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2667426/>
34. Pizanelli M, Ponzo J, Buglioli M, Toledo A, Casinelli M, Gómez A. Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay. *Rev Med Urug* [periódico na Internet] 2011 jun [acessado 2017 nov 2]; 27(3) [cerca de 3p.]. Disponível em: <http://www.rmu.org.uy/revista/2011v3/art9.pdf>
35. D'Avila OP, Pinto LFS, Hauser L, Gonçalves MR, Harzheim E. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. *Cien Saude Colet* [periódico na Internet] 2017 [acessado 2017 nov 2]; 22(3) [cerca de 12p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0855.pdf>
36. Muggah E, Hogg W, Dahrouge S, Russell G, Kristjansson E, Muldoon L, Devlin RA. Patient-reported access to primary care in Ontario - Effect of organizational characteristics. *Can Fam Physician* [periódico na Internet] 2014 jan [acessado 2017 nov 20]; 60(1) [cerca de 8p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24452575>
37. Turci MA, Costa MFL, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad Saude Publica* [periódico na Internet] 2015

[acessado 2017 nov 15]; 31(9) [cerca de 13p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n9/0102-311X-csp-31-9-1941.pdf>

38. Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Pasarín MI, Berra S, Gotsens M, Borrell C. Assessment of primary care in health surveys: a population perspective. *Eur J Public Health* [periódico na Internet] 2012 fev [acessado 2017 nov 22]; 22(1) [cerca de 6p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21470974>

39. Berra S, Sanz MR, Rajmil K, Pasarín MI; Borrell C. Experiências com a atenção primária associadas à saúde, características sociodemográficas e uso de serviços em crianças e adolescentes. *Cad Saude Publica* [periódico na Internet] 2014 dez [acessado 2017 nov 2]; 30(12): [cerca de 12p.]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n12/0102-311X-csp-30-12-02607.pdf>

40. Tourigny A, Aubin M, Haggerty J, Bonin L, Morin D, Reinharz D, Leduc Y, St-Pierre M, Houle N, Giguère A, Benounissa Z, Carmichael PH. Patients' perceptions of the quality of care after primary care reform Family medicine groups in Quebec. *Can Fam Physician* [periódico na Internet] 2010 jul [acessado 2017 nov 23]; 56(7): [cerca de 9p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20631263>

41. Wei X, Li H, Yang N, Wong SY, Owolabi O, Xu J, Shi L, Tang J, Li D, Griffiths SM. Comparing quality of public primary care between Hong Kong and Shanghai using validated patient assessment tools. *PLoS One* [periódico na Internet] 2015 mar [acessado 2017 nov 2]; 10(3): [cerca de 15p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25826616>

42. Wang HH, Wong SY, Wong MC, Wang JJ, Wei XL, Li DK, Tang JL, Griffiths SM. Attributes of primary care in community health centres in China and implications for equitable care: a cross-sectional measurement of patients' experiences. *Q J Med* [periódico na Internet] 2015 jul [acessado 2017 nov 20]; 108(7) [cerca de 11p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25524909>

43. Zou Y, Xiao Zhang, Yuantao Hao, Leiyu Shi, Ruwei Hu. General practitioners versus other physicians in the quality of primary care: a cross-sectional study in Guangdong Province, China. *BMC Family Practice* [periódico na Internet] 2015 out [acessado 2017 nov 20]; 16(134) [cerca de 8p.]. Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-015-0349-z>

44. Vanz SAS, Stump IRC. Colaboração científica: revisão teórico-conceitual. *Perspectivas em Ciência da Informação* [periódico na Internet] 2010 mai/ago [acessado 2017 nov 20]; 15(2): [cerca de 14p.]. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/pci/article/view/1105>

45. Petroyanu A. Critérios para Autoria de um Trabalho Científico. *Rev Assoc Med Bras* [periódico na Internet] 2012 [acessado 2017 nov 20]; 24(2): [cerca de 4p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v48n1/a31v48n1.pdf>

46. Gasparyan AY. Authorship and contributorship in scholarly journals. *J Korean Med Sci* [periódico na Internet] 2013; [acessado 2017 nov 2]; 28: [cerca de 2p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23772140>



47. Yan E, Guns R. Predicting and recommending collaborations: an author-, institution-, and country-level analysis. *J Informetr* [periódico na Internet] 2014 [acessado 2017 nov 10]; 8(2): [cerca de 14p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3677992/>
48. Fracolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MSS, Cappellini VK, Almeida ACC. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Cien Saude Colet* [periódico na Internet] 2014 dez [acessado 2017 nov 12]; 19(12): [cerca de 9p.]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014001204851&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014001204851&script=sci_arttext&tlng=pt)
49. Lee JH, Choi YJ, Lee SW, Sung NJ, Kim SY, Hong JY. Association of the Length of Doctor-Patient Relationship with Primary Care Quality in Seven Family Practices in Korea. *J Korean Med Sci* [periódico na Internet] 2013 abr [acessado 2017 nov 20]; 28(4): [cerca de 7p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3617301/>
50. Owolabi O, Zhang Z, Wei X, Yang N, Li H, Wong SY, Wong MC, Yip W, Griffiths SM. Patients' socioeconomic status and their evaluations of primary care in Hong Kong. *BMC Health Serv Res* [periódico na Internet] 2013 nov [acessado 2017 nov 20]; 13(487): [cerca de 11p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24274660>
51. Lins TS, Soares FJP, Coelho JAPM. Avaliação dos Atributos em Atenção Primária à Saúde no Estágio em Saúde da Família. *Rev Bras Educ Med* [periódico na Internet] 2016 [acessado 2017 nov 20]; 40(3): [cerca de 9p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n3/1981-5271-rbem-40-3-0355.pdf>
52. Russell G, Dahrouge S, Tuna M, Hogg W, Geneau R, Gebremichae G. Getting it all done. Organizational factors linked with comprehensive primary care. *Family Practice* [periódico na Internet] 2010 out [acessado 2017 nov 20]; 27(5) [cerca de 6p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20534791>
53. Kristjansson E, Hogg W, Dahrouge S, Suna M, Bruinsma LM, Gebremichae G. Predictors of relational continuity in primary care: patient, provider and practice factors. *BMC Fam Pract* [periódico na Internet] 2013 [acessado 2017 nov 20]; 27(5): [cerca de 7p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20534791>
54. Li H, Wei X, Wong MCS, Wong SYS, Yang N, Griffiths SM. A Cross-Sectional Comparison of Perceived Quality of Primary Care by Hypertensive Patients in Shanghai and Shenzhen, China. *Medicina (Baltimore)* [periódico na Internet] 2015 ago [acessado 2017 nov 26]; 94(34):[cerca de 9p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4602902/>
55. Muldoon L, Dahrouge S , Hogg W , Geneau R , Russell G , Shortt M. Community orientation in primary care practices: Results from the Comparison of Models of Primary Health Care in Ontario Study. *Médico Can Fam* [periódico na Internet] 2010 jul [acessado 2017 nov 20]; 56(7): [cerca de 7p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20631283>
56. Guedes VLS, Borschiver S. Bibliometria: uma ferramenta estatística para a gestão da informação e do conhecimento, em sistemas de informação, de comunicação e de

avaliação científica e tecnológica. *Encontro nacional de ciências da informação*; 2006 jun; Salvador/BA.

57. Garcia CC, Martrucelli CRN, Rossilho MMF, Denardin OVC. Autoria em artigos científicos: os novos desafios. *Rev Bras Cir Cardiovasc* [periódico na Internet] 2010 ou/dez [acessado 2017 nov 2]; 25(4): [cerca de 8p.]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-76382010000400021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382010000400021)

58. Marques F. Hierarquia complexa. *Pesquisa FAPESP*; 2011 jun; p.40

59. Gasparyan AY. Researchers and Editors at the Heart of Science Communication. *J Korean Med Sci* [periódico na Internet] 2014 fev [acessado 2017 nov 2]; 29(2): [cerca de 3p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3923991/>

60. Albert T, Wager E. How to handle authorship disputes: a guide for new researchers. *The COPE Report* [periódico na Internet] 2003 [acessado 2017 nov 20]; [cerca de p.]. Disponível em: [https://publicationethics.org/files/2003pdf12\\_0.pdf](https://publicationethics.org/files/2003pdf12_0.pdf)

61. Guedes, VLS. A bibliometria e a gestão da informação e do conhecimento científico e tecnológico: uma revisão da literatura. *Ponto de Acesso* [periódico na Internet] 2012 ago [acessado 2017 nov 20]; 6(2): [cerca de 36p.]. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/revistaici/article/view/5695/4591>

62. Mingers J, Liying Y. Evaluating journal quality: A review of journal citation indicators and ranking in business and management. *Eur J Oper Res* [periódico na Internet] 2017 fev [acessado 2017 nov 2]; 257(1): [cerca de 14p.]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0377221716306130>

63. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem* [periódico na Internet] 2008 out/dez [acessado 2017 nov 2]; 17(4): [cerca de 7p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>

64. Aragão J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. *Revista Praxis* [periódico na Internet] 2011 ago [acessado 2017 nov 26]; 3(6): [cerca de 4p.]. Disponível em: <http://webserver.foa.org.br/praxis/numeros/06/59.pdf>

65. Pereira MG. A seção de método de um artigo científico. *Epidemiol. Serv. Saúde* [periódico na Internet] 2013 jan/mar [acessado 2017 nov 29]; 22(1): [cerca de 2p.]. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a20.pdf>

## 4.2. ARTIGO 02

### INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA OFERTA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM ADULTOS<sup>2</sup>

#### INTEGRITY OF CARE IN THE USE OF PRIMARY HEALTH CARE SERVICES IN ADULTS

Fábio Mello da Rosa<sup>1</sup>

Jessye Melgarejo do Amaral Giordani<sup>2</sup>

Teresinha Heck Weiller<sup>3</sup>

#### AFILIAÇÃO

1 Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria. Brasil. [enfmello07@gmail.com](mailto:enfmello07@gmail.com)

2 Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria. Brasil. [jessyesm@hotmail.com](mailto:jessyesm@hotmail.com)

3 Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria. Brasil. [weiller2@hotmail.com](mailto:weiller2@hotmail.com)

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Fábio Mello da Rosa, rua João Batista da Cruz Jobim, 240, ap 102, CEP 97060-330, telefone 55 999495941.

#### COLABORAÇÃO DOS AUTORES

F. M. Rosa, J. M. A. Giordani, contributed to the conception, methodology, analysis, revision, and final written version. T. H. Weiller, collaborated in the conception, revision of the article, and final written version.

#### AGRADECIMENTOS

The authors thank the National Council for Scientific and Technological Development - CNPq

---

<sup>2</sup> Artigo formatado segundo as normas do “Cadernos de Saúde Pública”. Ressalta-se que este artigo, se encontra no formato final para ser enviado ao referido periódico. Dessa forma, o número de laudas, bem como a formatação final, será revisado no momento da submissão ao periódico.

## RESUMO

**Objetivo:** analisar a prevalência e os fatores associados da integralidade do cuidado percebida por adultos nos serviços de atenção primária à saúde dos 32 municípios que compõem a 4º CRS/RS, em 2015. **Metodologia:** Trata-se de um estudo epidemiológico observacional transversal multinível. A população do estudo foi composta de adultos dos 32 municípios pertencentes à região da 4º CRS/RS. O cálculo do tamanho da amostra foi para representatividade da 4ª CRS/RS. Chegou-se a uma amostra mínima de 1.076 indivíduos (erro amostral = 5%). A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro e agosto de 2015. As fontes dos dados do nível contextual foram retiradas do Atlas de desenvolvimento humano e do Ministério da Saúde e das variáveis do nível individual são os dados do instrumento do PCATool versão adulto. Para a explicação das relações entre as variáveis foi elaborado um modelo teórico, organizando as dimensões e os níveis. Os dados foram analisados no software Stata 11. **Resultados:** As maiores prevalências de integralidade foram encontradas nos municípios de pequeno porte, com PIB per capita maior, na região Entre Rios e com até 28,6% de ICSAB. Em relação às características individuais, as maiores prevalências foram encontradas entre adultos do sexo feminino, com 80 anos ou mais, não alfabetizadas, desempregadas e que utilizam unidades com modelo de atenção mista. **Considerações finais:** Pode-se evidenciar a prevalência geral da integralidade nos serviços avaliados foi relativamente baixa (16,9%). Entende-se ser necessário estudos longitudinais, e pesquisas avaliativas incorporando fatores contextuais no que tange os serviços de saúde.

**Palavras chaves:** Avaliação em Saúde; Integralidade; Atenção Primária à Saúde.

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a definição operacional da Atenção Primária à Saúde (APS) sistematizada por Starfield<sup>1</sup> vem sendo utilizada para orientação das políticas públicas de saúde nesse nível de atenção. A partir dessa definição, acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção do cuidado foram conceituados como atributos essenciais dos serviços de APS<sup>2</sup>.

Nesse contexto, ressalta-se a importância não apenas de estudos que permitam avaliar a efetividade da APS de forma consistente, sustentando as discussões em evidências científicas para a realização de um melhor planejamento em saúde, contribuindo para a tomada de decisão pelos gestores da saúde, como também a associação entre os atributos e a efetividade da atenção sobre a saúde para a população. Institucionalizar a “cultura de avaliação” em nossos serviços de saúde, mesmo que os resultados das avaliações não apontem para decisões imediatas, mas embasem o julgamento proporcionando um resultado mais positivo possível, revelam uma estratégia factível para os serviços de saúde<sup>3</sup>.

É interessante ressaltar que a avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde, devendo ser contínuo e sistemático cujo tempo é definido em função do espaço que se estabelece<sup>4</sup>. Para avaliar os serviços de saúde da APS, deve-se considerar os aspectos individuais e populacionais para análise da qualidade da atenção, referindo a necessidade de abordagens que incluam os elementos de estrutura, processo e resultados para a avaliação da qualidade em saúde<sup>5</sup>.

Pode-se dizer que a proposta de obter uma avaliação em saúde com resultados confiáveis para a tomada de decisão, faz-se a partir da utilização de instrumento validado capaz de responder essa demanda. Destaca-se o Primary Care Assessment Tool (PCATool) o qual é reconhecido pelo Ministério da Saúde por avaliar quantitativamente os atributos da APS.

Em estudo de revisão que objetivou identificar instrumentos de avaliação da APS o PCATool mostrou-se o mais adequado<sup>6</sup>. O formato ágil das questões, as diferentes versões para profissionais, usuários e responsáveis por crianças, além do reconhecimento e validação em outros países contribuíram para sua aplicação no Brasil, propiciando o diálogo entre as opiniões dos dois segmentos (profissionais e usuários) fornecendo subsídios para a planejar a atenção em saúde. Reitera-se, a utilização do instrumento de

forma transversal ou periódica identificando os principais desafios para a oferta de uma APS de qualidade e resolutiva a população<sup>7</sup>. Após sua validação nas três versões (adulto, profissionais e criança), o instrumento PCATool, versão Brasil, tem avaliado a presença e extensão dos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade) e derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural) da APS<sup>8</sup>.

A partir dos pressupostos da APS, a integralidade é elencada como um atributo, conceituado como leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas nesse nível de atenção, aqui se incluem os encaminhamentos para especialidades médicas locais, hospitais, entre outros<sup>2</sup>.

Esse atributo também pode ser entendido como a necessidade de articular as necessidades de saúde do usuário, que vão desde as boas condições de vida ao direito de ser acolhido, escutado, desenvolver vínculo com uma equipe que se responsabilize pelo cuidado continuamente, além da garantia de acesso a todos os serviços e tecnologias necessários para enfrentar o problema em questão. Adotar a integralidade como eixo da atenção implica reconhecer as necessidades de saúde como referência para organizar os serviços e as práticas de saúde, conformando a rede de cuidados<sup>8</sup>.

Entende-se que a integralidade se configura como um atributo importante no cuidado do usuário, além de supor a prestação de um conjunto de serviços ofertados pelas unidades de saúde. Isso atende as necessidades demandadas pela população do território, articulando a oferta dos serviços em outros pontos da rede de atenção.

Diante da conjuntura apresentada, elaborou-se a seguinte questão norteadora: qual é a presença e extensão do atributo integralidade do cuidado percebida por adultos nos serviços de atenção primária à saúde e seus respectivos contextos sócio- espaciais?

Por conseguinte, o objetivo do estudo foi analisar a prevalência e os fatores associados da integralidade do cuidado percebida por adultos nos serviços de atenção primária à saúde dos 32 municípios que compõe a 4<sup>o</sup> Coordenadoria Regional de Saúde/RS, em 2015.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional transversal multinível (municípios e indivíduos).

A população do estudo foi composta de adultos dos 32 municípios pertencentes à região da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). A sede da 4ª CRS localiza-se na região central do Estado no município de Santa Maria (SM), Rio Grande Sul (RS) a 286 km da capital Porto Alegre (POA). Em 2012, havia 542.357 mil habitantes e 148 unidades de APS divididas em duas regiões de saúde: Verdes Campos e Entre Rios<sup>9</sup>.

Verifica-se que a Região Verdes Campos é composta por 21 municípios e possui uma população de 417.906 habitantes sendo os municípios integrantes: Santa Maria; Quevedos; Júlio de Castilhos; Pinhal Grande; Toropi; São Martinho da Serra; Nova Palma; São Pedro do Sul; Itaara; Ivorá; Faxinal do Soturno; Dona Francisca; Silveira Martins; São João Polesine; Agudo; Dilermando Aguiar; Restinga Seca; Paraíso do Sul; Formigueiro; São Sepé e Vila Nova do Sul, totalizando 101 unidades de APS (40 UBS/T e 61 UBS/ESF). A Região Entre Rios é composta por 11 municípios e possui uma população de 123.915 habitantes sendo integrantes os municípios: Santiago; Itacurubi; Unistalda; Capão do Cipó; São Francisco de Assis; Esperança do Sul; Jaguari; Jari; Mata; São Vicente do Sul e Cacequi, totalizando 47 unidades de APS (20 UBS/T e 27 UBS/ESF)<sup>10</sup>.

O cálculo de tamanho de amostra foi para representatividade da 4ª CRS. O que foi considerado é o peso amostral de cada município para a faixa etária de adultos, segundo o cálculo abaixo, sendo expressa no Quadro 1. Com isso, 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.

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

Onde:

n = amostra

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

p = percentual estimado

q = 1 – p (complemento de p)

e = erro amostral

$\alpha = 0,05$  (nível de significância)

QUADRO 01 – Relação dos municípios da 4ª CRS/RS de acordo com a representatividade amostral, Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2018.

<b>Município</b>	<b>N</b>	<b>N (≥ 18 anos)</b>	<b>n (≥ 18 anos)</b>
Santa Maria	274.838	198.768	529
Quevedos	2.2812	2.011	5
Julio de Castilhos	20.074	14.009	38
Pinhal Grande	4.568	3.211	9
Toropi	2.997	2.300	7
São Martinho da Serra	3.305	2.442	7
Nova Palma	6.579	4.754	11
São Pedro do Sul	16.802	12.488	41
Itaara	5.299	3.711	10
Ivora	2.149	1.652	5
Faxinal do Soturno	6.870	5.077	11
Dona Francisca	3.397	2.497	7
Silveira Martins	2.491	1.910	4
São Joao do Polésine	2.654	2.037	3
Agudo	17.140	12.631	20
Dilermando de Aguiar	3.140	2.266	6
Restinga Seca	16.345	11.912	31
Paraíso do Sul	7.632	5.666	15
Formigueiro	7.119	5.273	14
São Sepé	24.448	17.816	47
Vila Nova Do Sul	4.362	3.151	9
Santiago	49.071	36.935	99
Itacurubi	3.441	2.487	8
Unistalda	2.450	1.789	5
Capão do Cipó	3.104	2.252	6
São Francisco de Assis	19.254	14.480	42
Cacequi	13.685	9.012	24
São Vicente do Sul	8.771	6.136	15
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
<b>TOTAL</b>	<b>559.498</b>	<b>406.741</b>	<b>1.076</b>

Fonte: IBGE (2015)

Para a realização da coleta de dados foi utilizado o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde *Primary Care Assessment Tool - PCATool-Brasil* na sua versão adulto<sup>5,2</sup>, acrescido de um questionário com informações socioeconômicas e demográficas.

O PCATool mede a presença e a extensão dos 4 atributos essenciais e dos 3 atributos derivados da APS, com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian<sup>11</sup>. Assim, o instrumento permite conhecer e avaliar o



perfil do acesso, da longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção, além de orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural, sendo possível identificar pontos que requerem atenção especial de estratégias de educação em saúde.

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a agosto de 2015 por meio de tablets com o software Epi Info® 7.0 para otimizar o processo de coleta e tabulação dos dados, o qual continha em sua interface o questionário socioeconômico e demográfico seguido do instrumento PCATool Versão Brasil Adulto. Dessa forma, foi possível exportar diretamente os dados coletados nos tablets para um notebook, além de representar uma confiabilidade dos dados coletados ao minimizar a chance de erros de digitação e dados repetidos. Assim, cada avaliador recebeu um Kit, constando de 01 tablet, Manual PCATool Versão Brasil impresso, mapa da 4ªCRS/RS, resolução autorizando a coleta de dados, tabela com as amostragens representativas com base na estimativa populacional, termos de consentimento livre e esclarecido e materiais de consumo.

Os instrumentos de pesquisa foram aplicados de forma presencial, por avaliadores e auxiliares de pesquisa (alunos de graduação e pós-graduação da UFSM), os quais foram previamente submetidos a um treinamento com carga horária de 10 horas compreendida de conteúdos relacionados à pesquisa e à técnica de abordagem dos avaliadores. Os dados foram coletados nas Unidades de Saúde, via contato prévio com os coordenadores, em horários de funcionamento das mesmas, de forma a coincidir a coleta dos dados com a rotina de atendimento da unidade, sem que houvesse prejuízo no atendimento aos usuários, em um local reservado em cada unidade a fim de preservar o anonimato e a privacidade dos entrevistados. Os entrevistados foram selecionados nas UBS de acordo com a disponibilidade dos mesmos, ou seja, não foi realizada randomização para seleção dos usuários em seus domicílios.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão dos participantes: possuir idade  $\geq 18$  anos na data da coleta. E os critérios de exclusão foram: usuários com idade  $< 18$  anos na data da coleta, que fosse o primeiro acesso junto ao serviço e usuários com dificuldades cognitivas para responder ao instrumento.

Os dados do primeiro nível (individual) são referentes às entrevistas realizadas com usuários adultos (PCATool); e os dados do segundo nível (contexto) dizem respeito às características dos municípios nos quais residiam os usuários entrevistados. A fonte de informação das variáveis do primeiro nível são os dados do instrumento do PCATool versão adulto e do questionário socioeconômico e demográfico; e as fontes dos dados do

segundo nível foram retiradas do Atlas de desenvolvimento humano<sup>12</sup> e do Ministério da Saúde<sup>13</sup>.

Em relação às variáveis independentes contextuais (nível município), foram utilizadas as seguintes informações: região de saúde (categórica: verdes campos / entre rios); Porte populacional (categórica: até 5mil hab / entre 5 e 10 mil hab / entre 10 e 20 mil hab / entre 20 e 50 mil hab / entre 50 e 100 mil hab / entre 100 e 500 mil hab); Cobertura populacional por equipes de saúde da família (contínua: em proporção); Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (contínua: proporção).

As variáveis independentes individuais (nível equipe de saúde) foram: Sexo (categórica: feminino / masculino), Idade (categórica: em anos), Escolaridade (categórica: Não alfabetizado / Ensino fundamental incompleto / Ensino fundamental completo / Ensino médio incompleto / Ensino médio completo / Ensino superior incompleto / Ensino superior completo), Modelo de atenção da Unidade de Saúde (categórica: ESF / UBS / Mista).

As variáveis individuais (usuários adultos) dependentes foram questões do instrumento PCATool no atributo Integralidade – Serviços Disponíveis (G). Constituído por 22 itens (G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13, G14, G15, G16, G17, G18, G19, G20, G21, G22) e Integralidade – Serviços Prestados (H): Constituído por 13 itens para mulheres (H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13) e 11 itens para homens (H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11).

Foram obtidas as médias de cada variável (G e H). Após uma média entre as duas variáveis (G+H/2), sendo esta nova variável nomeada de Integralidade. A variável Integralidade foi dicotomizada a partir dos pontos de corte dos escores obtidos: baixo escore, quando  $<6,6$  e alto escore, quando  $\geq 6,6$ . Portanto, a variável desfecho Integralidade foi desta forma classificada: categórica (sim $\geq 6,6$  / não $<6,6$ ), ou seja, é presença ao mesmo tempo da integralidade dos serviços disponíveis e prestados.

Para a explicação das relações entre as variáveis foi elaborado um modelo teórico, organizando as dimensões (socioeconômica, demográfica e serviço de saúde) e os níveis (individual e contextual), em função de não haver na literatura alguma fonte de informação abordando essa temática que integre fatores contextuais e individuais (Figura 1).

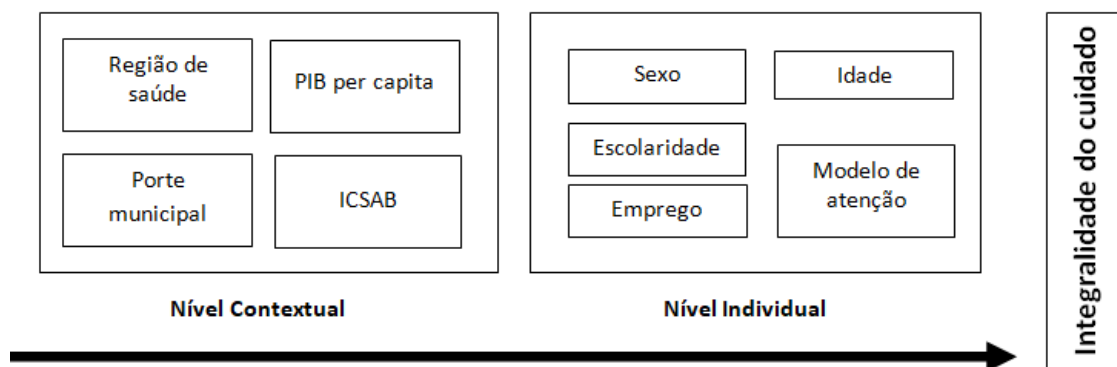


Figura 1: Modelo teórico da integralidade do cuidado na utilização de serviços de atenção primária à saúde por adultos, de acordo com características individuais e contextuais, 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, Rio Grande do Sul, 2018.

Os dados foram analisados no software Stata 11. Foram realizadas análises das frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas. Regressão de Poisson<sup>14</sup> Multinível (comando `xtpoisson`, com o sub comando `re` para os efeitos randômicos)<sup>15</sup>, foi utilizada para obtenção das razões de prevalências brutas e ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e nível de significância de 5%<sup>16,17</sup>. A modelagem utilizada foi em dois estágios: Modelo 1 (apenas as variáveis contextuais no ajuste dentro do próprio bloco); e Modelo 2 (as variáveis contextuais mais as variáveis individuais). Para análise de ajuste dos modelos foi utilizado o *deviance* (loglikelihood).

Assim, o presente estudo pertence ao projeto matricial “PCATool (Primary Care Assessment Tool): Avaliação da Atenção Primária à saúde na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS)” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria sob Parecer número 34137314.4.0000.5346 (ANEXO C) e contou com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico Edital 014/2014.

## RESULTADOS

A partir da amostra de 1076 usuários dos serviços de saúde, 971 entrevistas foram realizadas. Foram consideradas 9,75% de perdas (n=105), as quais se referem aos usuários com idade < 18 anos na data da coleta, que fosse o primeiro acesso junto ao serviço, usuários com dificuldades cognitivas para responder ao instrumento ou por apresentarem 50% ou mais de *missing* nos itens G e H conforme o manual do instrumento

utilizado (BRASIL, 2010a). O detalhamento desse percurso será apresentado na forma de fluxograma (Figura 2).

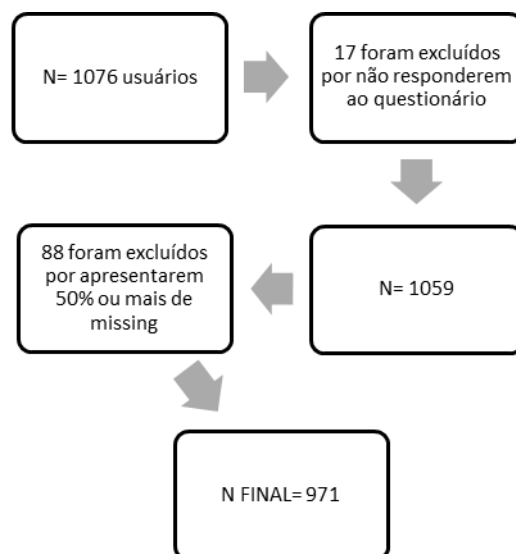


Figura 2 – Detalhamento do percurso amostral na forma de fluxograma (n= 971), 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, Rio Grande do Sul, 2015.

Em relação às características contextuais, 77,03% dos usuários pertenciam à Região de Saúde Verdes Campos, 49,02% residiam em municípios com mais de 50 mil habitantes, 62,51% dos usuários moravam em municípios com PIB per capita entre 13.663,00 e 16.935,00, e 70,13% dos usuários estavam em municípios que possuíam mais de 28% de internações por condições sensíveis a atenção primária (Tabela 1). No que se refere às características individuais dos usuários, 77,75% eram do sexo feminino, 47,78% estavam na faixa etária de 18-39 anos de idade, 41,52% possuíam ensino fundamental incompleto, 72,20% dos usuários eram desempregados, e 42,12% estavam em unidades tradicionais (Tabela 2).

A prevalência geral da integralidade nos serviços avaliados foi 16,9% (IC95%: 15,2-18,6). As maiores prevalências de integralidade foram encontradas nos municípios de pequeno porte, com PIB per capita maior, na região Entre Rios e com até 28,6% de ICSAB (Tabela 1). Em relação às características individuais, as maiores prevalências foram encontradas entre adultos do sexo feminino, com 80 anos ou mais, não alfabetizadas, desempregadas e que utilizam unidades com modelo de atenção mista (Tabela 2).

Tabela 1 – Descrição da amostra, prevalência de integralidade e razões de prevalência bruta para as variáveis contextuais, em adultos, Brasil, 2015 (n=971).

VARIÁVEL	n (%)	Prevalência de Integralidade	Razão de Prevalência bruta (IC95%)
<b>Porte Populacional</b>			
Mais de 50mil hab	476 (49,02)	10,9%	1
25mil a 50mil hab	81 (8,34)	21,0%	1,92 (1,11-3,32)
20mil a 25mil hab	44 (4,53)	15,9%	1,45 (0,66-3,20)
15mil a 20mil hab	157 (16,17)	15,9%	1,45 (0,90-2,34)
10mil a 15mil hab	45 (4,63)	17,8%	1,62 (0,77-3,42)
5mil a 10mil hab	81 (8,34)	28,4%	2,59 (1,59-4,24)
4mil a 5mil hab	23 (2,37)	30,4%	2,78 (1,26-6,13)
3mil a 4hab	38 (3,91)	42,1%	3,85 (2,20-6,74)
Até 3mil hab	26 (2,68)	34,6%	3,16 (1,56-6,42)
<b>PIB per capita</b>			
Até 13.662,00	262 (26,98)	19,5%	1
Entre 13.663,00 e 16.935,00	607 (62,51)	12,9%	0,80 (0,46-1,39)
Mais de 16.935,00	102 (10,50)	34,3%	1,86 (1,09-3,19)
<b>Região de Saúde</b>			
Verdes campos	748 (77,03)	15,1%	1
Entre rios	223 (22,97)	22,9%	1,06 (0,63-1,78)
<b>ICSAB</b>			
Mais de 28,6%	681 (70,13)	15,7%	1
Até 28,6%	290 (29,87)	19,7%	0,80 (0,47-1,33)

Nota: Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) são as hospitalizações causadas por doenças infecciosas evitáveis por imunização; as complicações que poderiam ser atenuadas por diagnóstico e tratamento precoces; e as complicações agudas de doenças não transmissíveis.

Tabela 2 – Descrição da amostra, prevalência de integralidade e razões de prevalência bruta para as variáveis individuais, em adultos, Brasil, 2015 (n=971).

VARIÁVEL	n (%)	Prevalência de Integralidade	Razão de Prevalência bruta (IC95%)
<b>Sexo</b>			
Masculino	216 (22,25)	15,3%	1
Feminino	755 (77,75)	17,4%	1,16 (0,79-1,70)
<b>Faixa etária</b>			
Entre 18 e 29	232 (23,89)	12,5%	1
Entre 30 e 39	232 (23,89)	16,4%	1,27 (0,78-2,07)
Entre 40 e 49	183 (18,85)	17,5%	1,21 (0,72-2,02)
Entre 50 e 59	167 (17,20)	21,6%	1,49 (0,90-2,47)
Entre 60 e 69	110 (11,33)	20,0%	1,42 (0,81-2,50)
Entre 70 e 79	40 (4,12)	12,5%	0,84 (0,32-2,21)
80 ou mais	7 (0,72)	28,6%	1,87 (0,43-8,02)
<b>Escolaridade</b>			
Não alfabetizado	23 (2,39)	30,4%	1
Fundamental incompleto	399 (41,52)	16,8%	0,48 (0,22-1,07)
Fundamental completo	122 (12,70)	25,4%	0,79 (0,34-1,89)
Médio incompleto	86 (8,95)	17,4%	0,64 (0,25-1,60)
Médio completo	262 (27,26)	10,7%	0,36 (0,15-0,84)
Superior incompleto	31 (3,23)	16,1%	0,67 (0,20-2,17)
Superior completo	38 (3,95)	23,7%	0,74 (0,27-2,04)

<b>Emprego</b>			
Sim	268 (27,80)	15,7%	1
Não	696 (72,20)	17,5%	0,97 (0,68-1,40)
<b>Modelo de atenção</b>			
ESF	406 (41,81)	17,0%	1
Tradicional	409 (42,12)	14,2%	0,93 (0,62-1,40)
Mista	156 (16,07)	23,7%	1,33 (0,84-2,11)

Na análise hierárquica, após os ajustes, entre os fatores contextuais (Tabela 3: Modelo 2), as maiores razões de prevalências de integralidade foram para os usuários que residiam em municípios com população entre 3 e 10 mil habitantes, em comparação a municípios com população superior a 50 mil habitantes. E entre os fatores individuais, os usuários com ensino médio completo foram os que apresentaram menor razão de prevalência de integralidade quando comparados com os usuários sem escolaridade. Os demais fatores do nível contextual (PIB per capita, região de saúde e ICSAB) bem como os fatores do nível individual dos usuários (sexo, faixa etária, emprego e unidade de saúde) não apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

A variância (*deviance*) foi -447.26259 no modelo vazio (sem as variáveis independentes). Este valor reduziu para -436.90381 na análise multivariável do modelo 1 e para -421.38843 na análise multivariada do modelo final (Modelo 2).

Tabela 3 – Razões de Prevalências ajustadas e seus respectivos intervalos de 95% de confiança de acordo com os modelos, em adultos, Brasil, 2015 (n=971).

VARIÁVEL	Razão de Prevalência (IC95%) Modelo 1	Razão de Prevalência (IC95%) Modelo 2
<i>Características contextuais</i>		
<b>Região de Saúde</b>		
Verdes campos	1	1
Entre rios	1,01 (0,59-1,73)	1,08 (0,62-1,88)
<b>Porto Populacional</b>		
Mais de 50mil hab	1	1
25mil a 50mil hab	2,43 (0,77-7,62)	2,33 (0,73-7,42)
20mil a 25mil hab	2,16 (0,81-5,75)	2,16 (0,79-5,89)
15mil a 20mil hab	1,47 (0,69-3,10)	1,60 (0,74-3,49)
10mil a 15mil hab	1,48 (0,55-3,98)	1,59 (0,58-4,34)
5mil a 10mil hab	2,62 (1,27-5,38)	2,48 (1,19-5,15)
4mil a 5mil hab	2,89 (1,04-8,00)	3,09 (1,09-8,81)
3mil a 4hab	3,50 (1,20-10,21)	3,47 (1,17-10,24)
Até 3mil hab	3,89 (1,58-9,59)	4,41 (1,73-11,22)
<b>PIB per capita</b>		
Até 13.662,00	1	1
Entre 13.663,00 e 16.935,00	0,86 (0,46-1,60)	0,97 (0,51-1,85)
Mais de 16.935,00	1,13 (0,58-2,19)	1,26 (0,64-2,49)
<b>ICSAB</b>		

Mais de 28,3%	1	1
Até 28,6%	0,67 (0,37-1,19)	0,73 (0,40-1,32)
<i>Características individuais</i>		
<b>Sexo</b>		
Masculino	-	1
Feminino	-	1,21 (0,80-1,82)
<b>Faixa etária</b>		
Entre 18 e 29	-	1
Entre 30 e 39	-	1,38 (0,84-2,28)
Entre 40 e 49	-	1,08 (0,63-1,86)
Entre 50 e 59	-	1,58 (0,92-2,68)
Entre 60 e 69	-	1,41 (0,76-2,59)
Entre 70 e 79	-	0,97 (0,35-2,63)
80 ou mais	-	2,59 (0,57-11,72)
<b>Emprego</b>		
Sim	-	1
Não	-	0,91 (0,60-1,36)
<b>Escolaridade</b>		
Não alfabetizado	-	1
Fundamental incompleto	-	0,46 (0,20-1,05)
Fundamental completo	-	0,79 (0,32-1,92)
Médio incompleto	-	0,73 (0,27-1,92)
Médio completo	-	0,38 (0,15-0,93)
Superior incompleto	-	0,80 (0,23-2,73)
Superior completo	-	0,73 (0,25-2,10)
<b>Modelo de Atenção</b>		
ESF	-	1
Tradicional	-	1,05 (0,70-1,56)
Mista	-	1,10 (0,67-1,81)

## DISCUSSÃO

O presente estudo analisou a prevalência e os fatores associados da integralidade do cuidado percebida por usuários adultos dos serviços de atenção primária à saúde dos 32 municípios que compõem a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS, em 2015.

A partir das análises realizadas, verificou-se que a prevalência geral da integralidade nos serviços avaliados foi baixa. A maior prevalência foi encontrada em municípios de pequeno porte, com PIB per capita maior, na região Entre Rios e com até 28,6% de ICSAB. Em relação às características individuais, as maiores prevalências foram encontradas entre adultos do sexo feminino, com 80 anos ou mais, não alfabetizados, desempregados e que utilizam unidades de saúde com modelo de atenção misto.

Verificou-se que municípios, de pequeno porte populacional, têm uma maior prevalência no atributo integralidade, podendo ser atribuído a descentralização

preconizada na legislação brasileira. Para Klering,<sup>19</sup> a descentralização da administração pública diminui a burocracia, gera maior sensibilidade em relação a problemas locais, maior representatividade a grupos minoritários, melhora a capacidade de gestão local, facilita a participação popular nas decisões; aumenta a flexibilidade e a capacidade de inovação; leva uma administração local a ser mais flexível e inovadora, e melhora a eficiência na distribuição dos serviços e de bens públicos, entre outros.

Dessa forma, municípios menores, as populações podem ficar mais próximas das administrações públicas. A administração das finanças pode ser realizada com maior controle, facilitando a gestão de recursos humanos podendo ser realizada com efetividade e os investimentos definidos e executado com participação e acompanhamento da sociedade<sup>19</sup>. Quando comparados, municípios de menor porte populacional, que apresentaram maior valor per capita de recursos para a AB, com os municípios de grande porte, identificou-se que a presença do atributo da integralidade é maior nos primeiros, resultante além de outros fatores possivelmente de investimentos na rede de atenção<sup>20</sup>.

Outro achado do estudo foi a maior prevalência da integralidade em municípios com o maior Produto Interno Bruto (PIB), isso se justifica levando em conta que um dos indicadores utilizados para mensurar desenvolvimento PIB per capita, considerando que a melhoria da qualidade de vida passa pelo crescimento econômico<sup>21</sup>. É bastante utilizado como indicador de desenvolvimento para explicar o bem-estar econômico e a realização de investimentos em determinadas regiões<sup>22</sup>. Para Nunes<sup>23</sup>, o PIB é um indicador da atividade que representa o valor total da produção de bens e serviços. O conhecimento do PIB de cada município facilita a geração de informações no setor público voltadas para o processo de gestão dos recursos. Para a maioria dos municípios ainda é inexpressivo, mas podem contribuir significativamente para que os gestores públicos possam avaliar a aplicação de gastos em seus municípios, dando nova dimensão à aplicação dos recursos disponíveis, aliando atendimento das demandas sociais com o desenvolvimento econômico<sup>24</sup>.

Sabe-se que a região de saúde é essencial para se sair desse impasse do fracionamento das ações e serviços de saúde, do isolamento, da centralização federal programática e sem visão de planejamento regional. Será pela região que se promoverá a integração dos serviços ora fracionados, em rede, unindo os municípios de forma sistêmica com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde sem perder o princípio constitucional da descentralização<sup>25</sup>. Essa é uma diretriz constitucional do SUS, ao mesmo tempo em que também, por conceituação constitucional, se constitui



como o resultado da integração das ações e serviços públicos em rede regionalizada e hierarquizada, compondo dessa forma as regiões de saúde<sup>26</sup>. Assim, a descentralização associada a uma interdependência operativa e orçamentária e a forte centralização federal, pela via dos programas de saúde federais, torna o SUS um sistema que, por si só, já é bastante complexo e de difícil gestão, insuficiente do ponto de vista administrativo<sup>24</sup>.

Vale salientar que também foi encontrada maior prevalência do atributo integralidade em municípios de pequeno porte, quando levado em consideração o parâmetro do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) que estipula como indicador de 28,6% de internações por causas sensíveis à atenção básica (ICSAB) em relação a todas as internações clínicas<sup>27,28</sup>. O resultado elevado significa que as internações sensíveis representam a maioria de internações de média complexidade e indiretamente mede a baixa resolutividade da atenção básica<sup>28</sup>. Dentre os fatores associados ao maior risco de hospitalização estão a ocorrência de internação prévia, falta de visitas regulares às unidades de saúde, atenção à saúde não realizada por uma equipe de saúde da família, internação solicitada por médicos que não atuam na equipe de saúde da família, disponibilidade de leitos hospitalares, falta de acesso e qualidade da atenção primária, residir em áreas não cobertas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e tempo de funcionamento da unidade de saúde<sup>29</sup>.

Pode estar também associado o financiamento para implantação e desenvolvimento de ações e políticas de saúde nos municípios brasileiros a exemplo o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que é uma das estratégias de diminuição das ICSAB. A implantação do mesmo tem como critério a soma da carga horária semanal dos profissionais sem considerar a população a ser atendida pelo município, facilitando dessa forma o cuidado da população de municípios de pequeno porte<sup>30</sup>.

Ressalta-se que a atenção básica desempenha papel organizador do processo de trabalho o qual objetiva a redução de internações ocorridas sobre as internações por condições sensíveis à atenção básica, podendo ser evitadas através de ações que promovam efetivamente a saúde das populações. A ICSAB constitui-se um indicador que poderá nortear o planejamento das ações de saúde e compete aos profissionais envolvidos a análise dessas informações, estabelecimento de metas, planejamento e avaliação de resultados<sup>30</sup>.

No que se refere às características individuais, as maiores prevalências foram encontradas entre adultos do sexo feminino, com 80 anos ou mais, não alfabetizadas, desempregadas e que utilizam unidades com modelo de atenção mista. A longevidade da

população determina importantes repercussões em vários campos, como na área social, da saúde e econômica. A busca da longevidade, de viver mais com saúde e bem-estar constitui uma das principais metas de vida da sociedade contemporânea<sup>31</sup>. O aumento da população idosa tem trazido desafios para os serviços de saúde, como a maior carga de doenças, incapacidades e aumento da demanda dos serviços de saúde da atenção primária e hospitalares<sup>32</sup>. A cada ano, novos idosos são incorporados à população brasileira e aqueles com 80 anos ou mais já correspondem a mais de 12% da população idosa<sup>33</sup>. Corroborando com os achados do estudo, a população acima de 80 anos apresenta uma das maiores taxas de crescimento da população idosa. Em 2025, há a previsão de 32 milhões de idosos no país, o que nos levaria ao sexto lugar no mundo em relação ao número de idosos na população. Com o avançar da idade, há prevalência de doenças crônicas e incapacitantes, as quais acarretam perda de autonomia, independência e dificuldades de adaptação do idoso ao mundo moderno<sup>34</sup>.

A maior prevalência do sexo feminino em idosos pode ser pelo fato que em 2000, para um grupo de 100 mulheres havia cerca de 81 homens; em 2050, haverá aproximadamente, 76. Esse fenômeno se acentua entre idosos com mais de 80 anos, chegando a 61 homens para cada 100 mulheres e alcançando a proporção de quase duas mulheres para cada homem. Nesse sentido, a relação do cuidado com a própria saúde deve ser considerada na medida em que os homens estão mais expostos aos riscos de acidentes de trabalho, ao tabagismo, alcoolismo e à violência, enquanto as mulheres procuram mais os serviços de saúde, fazem mais uso de medicamentos e apresentam maiores taxas de adesão aos programas de prevenção<sup>35</sup>.

Outro achado do estudo mostrou que a prevalência ocorreu em unidades mistas, sendo que nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), que tem como um dos seus pressupostos o cuidado longitudinal dos usuários do seu território, não houve prevalência. Fato que sinaliza para o usuário que a porta de entrada do sistema é aquela que está aberta, ou seja, para as pessoas o importante é ser atendida independente do modelo de atenção, uma vez que as ESFs em algumas não cobrem 100% do território do município e muitas vezes estão atendendo um número de usuários acima da capacidade preconizada pela legislação. Assim, organizar os serviços em rede, de modo a estabelecer a integralidade, viabiliza o acesso do idoso aos diversos níveis de assistência, tendendo a reverter a característica de um sistema desvinculado, de uma assistência descontinuada ao idoso, fragmentada e movida pela inércia existente nos serviços<sup>36</sup>.

Em relação ao achado não significativo para as variáveis de municípios de grande porte, com PIB per capita menor, na região Verdes Campos e com mais de 28,6% de ICSAB, deve estar associado provavelmente à demanda da população que a saúde de cada município deveria cuidar, acompanhado de um baixo investimento financeiro para atenção primária sob responsabilidade desses municípios. Isso contribui para um aumento das internações por causas sensíveis, uma vez que o município com a maior população na área estudada está localizado na região verdes campos.

Em relação aos achados não significativos para as características individuais, entre adultos do sexo masculino, abaixo dos 80 anos, alfabetizados, empregados e usuários de outros serviços, confirmam as evidências que apontam para o fato de que os homens utilizam pouco as unidades de saúde, apesar de ser a população com maior escolaridade, por sua vez maior poder aquisitivo e ter a opção de acessar outros serviços, inclusive privados para atendimento de suas demandas de saúde<sup>37</sup>.

O estudo apresenta como limitação um importante aspecto relacionado ao delineamento transversal, pois ele não possibilita afirmativas de causalidade. Os dados não foram coletados de forma probabilística, uma vez que os usuários entrevistados não foram sorteados, o que pode resultar em um possível viés de seleção. Finalmente, não se pode descartar a possibilidade de confundimento e viés residual, pois informações importantes podem não ter sido consideradas e analisadas.

Desse modo, os pontos fortes deste estudo vão desde a magnitude de municípios estudados, pois a maioria dos estudos com PCATool limitam-se a um ou dois municípios; também a utilização de um modelo estatístico que permite a análise multinível associando fatores contextuais e individuais; a possibilidade de subsidiar teoricamente gestores municipais, estaduais e federais para incluir como ponto relevante a integralidade no planejamento de suas ações; proporcionar aos profissionais de saúde como forma de educação permanente uma reflexão sobre os serviços disponíveis e prestados à população sob sua responsabilidade.

## **CONCLUSÃO**

Após os estudos, verificou-se que as características demográficas contextuais apresentaram associação significativa com a prevalência de integralidade, independente dos fatores individuais. Nos municípios menos populosos, observou-se maior prevalência de integralidade.

A prevalência geral da integralidade nos serviços avaliados foi baixa (16,9%), sendo que, as maiores prevalências de integralidade foram identificadas nos municípios de pequeno porte, com PIB per capita maior, na região Entre Rios e com até 28,6% de ICSAB, entre adultos do sexo feminino, com 80 anos ou mais, não alfabetizadas, desempregadas e que utilizam unidades com modelo de atenção mista. Embora, adultos com baixa escolaridade e desempregados tenham a disponibilidade dos serviços prestados e disponíveis nas unidades de saúde, é relevante apontar que não apenas esse público tenha a prevalência de integralidade, mas que usuários de todas as faixas etárias e independente das questões sociais e econômicas tenham em seu território a prevalência desse atributo conforme a sua demanda individual e coletiva.

Assim, avaliar as ações realizadas nos serviços de saúde, por meio de instrumentos validados, revela-se uma alternativa para tomada de decisão dos gestores e colaborando para escolha de suas prioridades, e por consequência, qualificando as ações no Sistema Único de Saúde.

Por fim, entende-se ser necessário estudos longitudinais e pesquisas avaliativas incorporando fatores contextuais no que tange os serviços de saúde. Por conseguinte, a avaliação de outras características municipais e individuais, além das apresentadas neste estudo, certamente contribuirá de forma significativa.

## REFERÊNCIAS

1. STARFIELD, B. *Primary Care: concept, evaluation and policy*. New York: Oxford University Press, 1992.
2. 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.
3. CONTANDRIOPOULOS AP. Avaliar a avaliação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z (org). *Avaliação: conceito e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p.263-272
4. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de acompanhamento e avaliação. *Avaliação na Atenção básica em Saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005
5. STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, 2002
6. FRACOLLI LA et al. Instrumentos de avaliação da atenção primária à saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.19, n. 12, p. 4851-4860, dez 2014.
7. HARZHEIM E, PINTO L.F, HAUSER L, SORANZ D. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência em saúde coletiva*. 2016; 21 (5):1399-1408: [online] [acesso em 2018 fev 02]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501399&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501399&script=sci_abstract&tlng=pt)
8. FEUERWERKER, L. C. M. et al. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1 ed. - Rio de Janeiro: Hexis, 2016.
9. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde** 2014. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>.
10. IBGE. Diretoria de |Pesquisa – DPE. Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS. **NOTA: Estimativa da população residente com data de referencia 1º de julho de 2011**.
11. DONABEDIAN, A. **Evaluating the quality of medical care**, 1966. *The Milbank quarterly*, UnitedStates, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.
12. PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Atlas do Desenvolvimento Humano dos Municípios**. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2016/>
13. \_\_\_\_\_. DATASUS. **Departamento de Informática do SUS**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01> out de 2016.

14. BARROS A.J.D, HIRAKATA V.N. **Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio.**BMC Med Res Methodol; 3:21. 2003
15. RABE-HESKETH S, SKRONDAL A. **Multilevel and Longitudinal Modeling Using Stata.** Second Edition. Stata Press. 2008.
16. BASTOS L. S, OLIVEIRA R.V.C, VELASQUE L.S. **Obtaining adjusted prevalence ratios from logistic regression models in cross-sectional studies.**Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(3):487-495, mar, 2015.
17. SPIEGELMAN D, HERTZMARK E. **Easy SAS calculations for risk or prevalence ratios and differences.** Am J Epidemiol; 162:199-200. 2005.
18. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool- Brasil. **Normas e manuais técnicos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
19. KLERING, L. R.; KRUEL, A. J.; STRANZ, E. Os pequenos municípios do Brasil—uma análise a partir de índices de gestão. **Análise—Revista de Administração da PUCRS**, v. 23, n. 1, p. 31-44, 2012
20. PIMENTEL, F. C.; DE ALBUQUERQUE, P. C.; DE SOUZA, W. V. A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 88-101, 2015.
21. SIENDERBERG, D. R. Indicadores de desenvolvimento socioeconômico: uma síntese. **Revista da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.** Ano 1, n. 1, p. 45-71, jan./jun. 2003
22. SANTANA, J. M. B. Efeito do gasto público sobre o PIB: um teste empirico nos municípios do estado do Espírito Santo. Vitória, 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis). Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis da Fundação Instituto Capixaba de Pesquisa em Contabilidade, Economia e Finanças (FUCAPE).
23. NUNES, P. Conceito de PIB (Produto Interno Bruto), 2007. Disponível em: <<http://www.knoow.net/cienceconemp/gestao/pib.htm>>. Acesso em: 20 nov. 2018.
24. DOS SANTOS, G. C.; DE ANDRADE, S. A. Influência dos gastos sociais sobre o PIB dos municípios da região oeste do Estado de Minas Gerais. *Revista Perquirere*, Patos de Minas, v. 2, n. 9, p. 218-232, 2012. Disponível em: Acesso em: 25 jan. 2018.
25. \_\_\_\_\_. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jan. 2012. p. 1.

26. \_\_\_\_\_. Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. p. 1.
27. CAMPOS AZ, THEME-FILHA MM. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. Cad Saúde Pública. 2012;28(5):845-55.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. IDSUS. 2018. Disponível em <http://idsus.saude.gov.br/simplificadas.html>. Acessado em 06 de fevereiro de 2018
29. MOURA, Bárbara Laisa Alves et al . Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 10, supl. 1, p. s83-s91, Nov. 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292010000500008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500008&lng=en&nrm=iso)>. access on 06 Feb. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500008>.
30. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
31. FRANCISCO C.M. Estudo dos fatores preditores de envelhecimento sem incapacidade funcional entre idosos em velhice avançada no município de São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.
32. PEREIRA, L.F et al. Retrato do perfil de saúde-doença de idosos longevos usuários da atenção básica de saúde [Profiling health and disease in oldest-old primary health care users]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 5, p. 649-655, 2015.
33. BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): Editora MS; 2010.
34. ANSAI, J.H.; SERA, C.T.N. Percepção da autonomia de idosos longevos e sua relação com fatores sociodemográficos e funcionais. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 16, n. 3, p. 189-200, 2013.
35. DA PORCIÚNCULA, R.C.R. et al. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [en linea] 2014, 17 (Abril-Junio): [Fecha de consulta: 7 de febrero de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403838837009>>ISSN 1809-9823.
36. BRITO, M.C.C. et al. Description of the elderly care network in the focus of comprehensiveness. *Journal of Nursing UFPE on line*, [S.l.], v. 9, n. 2, p. 830-836, jan. 2015. ISSN 1981-8963. Available at: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10406>>. Date accessed: 07 feb. 2018. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i2a10406p830-836-2015>.

37. DUARTE V. et al. ATENDIMENTO DA POPULAÇÃO MASCULINA EM UNIDADE BÁSICA SAÚDE DA FAMÍLIA: MOTIVOS PARA A (NÃO) PROCURA. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [en linea] 2013, 17 (Enero-Marzo): [Fecha de consulta: 22 de febrero de 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127728366017> ISSN1414-8145



## ANEXO A – PERIÓDICO E NORMAS PARA SUBMISSÃO DO ARTIGO

### Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP)

#### 1. A CSP aceita documentos para as seguintes seções:

1.1 - Perspectivas: análise de temas convergentes de interesse a curto prazo e de importância para a Saúde da População (máximo de 1.600 palavras);

1.2 - Debate: análise de temas relevantes no campo da Saúde Pública, seguido de comentários críticos feitos por autores convidados pelos Editores e a resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 - Seção Temática: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos ou um pequeno debate sobre um tema comum relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em enviar documentos para esta Seção devem consultar os Editores;

1.4 - Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas relacionados à Saúde Pública, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deve ter seu protocolo publicado ou registrado em um registro de revisões sistemáticas, como PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>); avaliações sistemáticas devem ser enviadas em inglês (leia mais - **LINK 3**);

1.5 - Ensaio: texto original em que um argumento em um tema bem circunscrito é desenvolvido e pode ter até 8.000 palavras (leia mais - **LINK 4**);

1.6 - Questões metodológicas (**LINK 5**): artigos focados na discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja sobre *design* de estudo, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); Os artigos sobre ferramentas de medição epidemiológica devem ser submetidos a esta Seção, de preferência de acordo com as regras da Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 - Artigo: resultado da pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Entre os diferentes tipos de estudos empíricos, apresentam-se dois exemplos: artigo sobre pesquisa etiológica em epidemiologia (**LINK 1**) e artigo usando metodologia qualitativa (**LINK 2**);

1.8 - Comunicação Breve: relatório dos resultados preliminares da pesquisa, ou resultados de estudos originais que podem ser apresentados abreviados (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 - Cartas: crítica do artigo publicado em uma edição anterior de CSP (máximo de 700

palavras);

1.10 - Resenhas de livros: revisão crítica de livros relacionados ao campo do CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

## **2. Apresentação de manuscritos**

**2.1** O CSP só considera a publicação de manuscritos originais, inéditos, que não estão sendo revisados, simultaneamente, para publicação por qualquer outro jornal. Os autores devem indicar essas condições no processo de submissão. Caso a publicação anterior ou a submissão simultânea a outra revista seja identificada, o artigo será rejeitado. A submissão em duplicidade de um manuscrito científico constitui uma violação grave da ética pelo (s) autor (es).

**2.2** As inscrições são aceitas em português, espanhol ou inglês.

**2.3** As notas de rodapé, as notas finais e os anexos não serão aceitos.

**2.4** A contagem de palavras inclui apenas o corpo do texto e referências (ver item 12.13).

**2,5** Todos os autores de artigos aceitos para publicação serão automaticamente incluídos no banco de dados da revista de consultores, e os autores concordam em participar como revisores de artigos submetidos no mesmo tema que os seus.

## **3. Publicação de ensaios clínicos**

**3.1** Os manuscritos que apresentam resultados parciais ou completos de ensaios clínicos devem incluir o número e o nome da agência ou organização em que o ensaio clínico está registrado.

**3.2** Esse requisito cumpre com as recomendações da BIREME / OPAS / OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados com base nas diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), do Comitê Internacional de Editores de Revista Médica ( ICMJE ) e do Workshop ICTPR.

**3.3** As agências e organizações que registram ensaios clínicos de acordo com os critérios ICMJE incluem:

- Registro de ensaios clínicos da Austrália Nova Zelândia (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- Número de teste controlado aleatório padrão internacional (ISRCTN)
- Nederlands Trial Register (NTR)
- Registro de ensaios clínicos UMIN (UMIN-CTR)
- Plataforma Internacional de Registro de Ensaios Clínicos da OMS (ICTRP)

## **4. Fontes de financiamento**

**4.1** Os autores devem divulgar todas as fontes de financiamento ou apoio institucional ou privado para a realização do estudo.

**4.2** Os fornecedores de materiais ou equipamentos gratuitos ou com desconto devem ser divulgados como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

**4.3** Se o estudo foi realizado sem financiamento institucional e / ou privado, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu nenhum financiamento.

## **5. Conflitos de interesses**

**5.1** Os autores devem divulgar eventuais conflitos de interesse, incluindo interesses políticos e / ou financeiros associados a patentes ou bens e fornecimento de materiais e / ou insumos e equipamentos utilizados no estudo.

## **6. Autores**

**6.1** As contribuições individuais dos vários autores para a elaboração do artigo devem ser especificadas.

**6.2** Enfatizamos que os critérios de autoria devem basear-se nos requisitos uniformes do ICMJE, que estabelecem o seguinte: o reconhecimento da autoria deve basear-se em contribuições substanciais para o seguinte: 1. concepção e *design*, aquisição de dados, ou análise e interpretação de dados; 2. redigir o artigo ou revisá-lo criticamente para conteúdo intelectual importante; 3. aprovação final da versão a ser publicada; 4. O acordo é responsável por todos os aspectos do trabalho, garantindo que as questões relacionadas à precisão ou à integridade de qualquer parte do trabalho sejam devidamente investigadas e resolvidas. Os autores devem atender a quatro condições.

## **7. Agradecimentos**

**7.1** Os agradecimentos potenciais incluem instituições que, de certa forma, permitiram ou facilitaram a pesquisa e / ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas não conseguiram atender aos critérios de autoria.

## **8. Referências**

**8.1** As referências devem ser numeradas, consecutivamente, na ordem em que elas aparecem pela primeira vez no texto. Eles devem ser identificados por números árabes de sobrescrito (por exemplo: Silva <sup>1</sup>). As referências citadas devem ser listadas no final do artigo, em ordem numérica, seguindo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Enviados para Revistas Biomédicas [ [https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html) ]. As referências como notas de rodapé ou notas finais não serão aceitas. As referências citadas apenas em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir da última referência citada no texto.

**8.2** Todas as referências devem ser apresentadas de forma correta e completa. A veracidade da informação contida na lista de referências é da responsabilidade do (s) autor (es).

**8.3** Se estiver usando um software de gerenciamento de referências (EndNote, por exemplo), os autores devem converter as referências ao texto.

## **9. Nomenclatura**

**9.1** O manuscrito deve obedecer às regras da nomenclatura zoológica e botânica, bem como às abreviaturas e às convenções adotadas nos campos especializados.

## **10. Ética na pesquisa envolvendo seres humanos**

**10.1** A publicação de artigos, com resultados de pesquisa envolvendo sujeitos humanos, está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinque (1964, revisada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da Associação Médica Mundial.

**10.2** Além disso, a pesquisa deve cumprir a legislação específica (quando existente) do país em que a pesquisa foi realizada.

**10.3** Os artigos que apresentam os resultados da pesquisa envolvendo seres humanos devem conter uma declaração clara desta conformidade (esta declaração deve ser o último parágrafo da seção Metodologia do manuscrito).

**10.4** Após o manuscrito ser aceito para publicação, todos os autores devem assinar um formulário específico, a ser fornecido pela Secretaria Editorial do CSP, afirmando seu pleno cumprimento dos princípios éticos e legislações específicas.

**10.5** O Conselho Editorial da CSP reserva-se o direito de solicitar informações adicionais sobre os princípios éticos adotados na pesquisa.

## **11. Processo de submissão on-line**

**11.1** Os artigos devem ser enviados eletronicamente através do Sistema de Revisão e Gestão de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php> .

**11.2** Nenhuma outra forma de submissão será aceita. O seguinte é: instruções completas para submissão. Em caso de dúvida, entre em contato com o sistema de suporte SAGAS no seguinte endereço de e-mail: [csp- artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br) .

**11.3** O autor deve começar por entrar no SAGAS . Em seguida, digite o nome do usuário e a senha para acessar a área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do SAGAS devem se registrar no link "Registrar" na página inicial. Caso tenha esquecido sua senha, solicite que ela seja enviada automaticamente da seguinte maneira: "Esqueceu

sua senha? Clique aqui".

**11.4** Para novos usuários de SAGAS. Depois de clicar em "Registrar", você será direcionado para o registro SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone e instituição.

## **12. Enviando o artigo**

**12.1** O envio on-line é feito na área restrita de gerenciamento de artigos. O autor deve acessar "Autor Central" e selecionar o link "Enviar um novo artigo".

**12.2** A primeira etapa no processo de submissão consiste em verificar as Instruções CSP aos Autores.

O manuscrito só será considerado pela Secretaria de redação do CSP se cumprir todos os requisitos uniformes para publicação.

**12.3** Durante o segundo estágio, todos os dados referentes ao artigo serão inseridos em: título, título abreviado, campo, palavras-chave, divulgação de financiamento e conflitos de interesse, resumos e agradecimentos quando necessário. Se o desejarem, os autores podem sugerir possíveis revisores de pares (nome, email e instituição) que considerem capazes de revisar o manuscrito.

**12.4** O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, com um máximo de 150 caracteres, incluindo espaços

**12.5** O título curto (no idioma original) pode conter no máximo 70 caracteres com espaços.

**12.6** As palavras-chave (mínimo de 3, máximo de 5, no idioma original do artigo) devem aparecer na Biblioteca Virtual em Saúde / Virtual Health Library ([BVS](#)).

**12.7** *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas para as seções de revisão do livro, letras ou Perspectivas, todas as inscrições de artigos devem incluir o resumo no idioma original do artigo, que pode conter um máximo de 1.700 caracteres com espaços. Para expandir o alcance de artigos publicados, a CSP publica os resumos em português, inglês e espanhol. Para garantir padrões de qualidade no trabalho, oferecemos a tradução gratuita do resumo nas línguas para publicação.

**12.8** *Reconhecimentos*. Os agradecimentos de instituições e/ou indivíduos podem conter um máximo de 500 caracteres com espaços.

**12.9** A terceira etapa inclui o (s) nome (s) completo (s) do (s) autor (es) do artigo e respectivas instituições, com o endereço completo, telefone e e-mail, bem como uma especificação da contribuição de cada autor. O autor que registra o artigo será automaticamente incluído como autor. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma

que na publicação.

**12.10** A quarta etapa é a transferência de arquivos com o corpo do texto e referências.

**12.11** O arquivo que contém o texto do manuscrito deve ser formatado em DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não pode exceder 1 MB.

**12.12** O texto deve ser formatado com espaçamento de 1,5 cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

**12.13** O arquivo de texto deve conter apenas o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens devem ser inseridos em campos separados durante o processo de submissão: resumos; nome (s) do (s) autor (es), mais afiliação institucional ou qualquer outra informação que identifique o (s) autor (es); agradecimentos e contribuições; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

**12.14** O quinto estágio inclui a transferência dos arquivos com as ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em um arquivo separado, clicando em "Transferir"

**12.15** *Ilustrações.* As ilustrações devem ser reduzidas ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

**12.16** Os autores cobrem os custos das ilustrações que excedem esse limite.

**12.17** Os autores devem obter autorização por escrito de todos os respectivos detentores de direitos autorais para reproduzir ilustrações publicadas anteriormente.

**12.18** *Tabelas.* As tabelas podem ter até 17 cm de largura, considerando uma fonte de tamanho 9. Eles devem ser enviados no arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) na ordem em que aparecem no texto e devem ser citadas no corpo do manuscrito. Os dados nas tabelas devem ser inseridos em células separadas e divididos em linhas e colunas.

**12.19** *Figuras.* Os seguintes tipos de figuras serão permitidos pelo CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélites, Fotografias, Diagramas de Fluxo e Fluxogramas.

**12.20** Os mapas devem ser enviados em formato vetorial, e os seguintes tipos de arquivos são permitidos: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas originalmente gerados em formato de imagem ou raster e posteriormente exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

**12.21** Os gráficos devem ser enviados em formato vetorial e serão permitidos nos seguintes tipos de arquivos: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet),

WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

**12.22** Imagens de satélite e fotografias devem ser enviadas em TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser 300dpi (pontos por polegada) e largura mínima de 17,5 cm. O tamanho máximo do arquivo é 10Mb.

**12.23** Os diagramas de fluxo e fluxogramas devem ser enviados no arquivo de texto ou em formato vetorial e serão permitidos nos seguintes tipos de arquivos: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile ), EPS (Encapsulados PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

**12.24** Os números devem ser numerados (números árabes) na ordem em que aparecem no texto e devem ser citados no corpo.

**12.25** Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em um arquivo de texto separado dos arquivos de figuras.

**12.26** *Formato do vetor.* Um desenho vetorial é gerado com base em descrições geométricas de formas e normalmente consiste em curvas, elipses, polígonos, texto e outros elementos, ou seja, usando vetores matemáticos para sua descrição.

**12.27** *Conclusão da submissão.* Ao completar todo o processo de transferência de arquivos, clique em "Apresentação completa"

**12.28** *Confirmação de envio.* Depois de concluir a apresentação, o autor receberá uma mensagem de e-mail confirmando o recebimento do artigo pelo CSP. No caso de você não receber a confirmação do e-mail no prazo de 24 horas, entre em contato com a Secretaria de redação do CSP por e-mail: [msp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:msp-artigos@ensp.fiocruz.br) .

### **13. Monitoramento do processo de revisão do artigo**

**13.1** Os autores podem monitorar o fluxo editorial do artigo através do sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

### **14. Enviando novas versões de artigos**

**14.1** Novas versões do artigo podem ser enviadas usando a área restrita de gerenciamento de artigos ( <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php> ) no sistema SAGAS, acessando o artigo e clicando em "Enviar Novo Versão".

### **15. Prova Digital**

**15.1** A autoria dos autores correspondentes acessa a prova digital através do sistema [ <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login> ]. Ver a prova do artigo requer o Adobe Reader ou um programa semelhante. O Adobe Reader pode ser baixado

gratuitamente a partir de: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html> .

**15.2** - Para acessar as provas e declarações digitais, o (s) autor (es) correspondente (s) devem acessar o link do sistema, <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, usando o login e a senha anteriormente registrados no o site CSP. Os arquivos estarão disponíveis usando a guia "Documentos", seguindo o procedimento passo a passo:

**15.2.1**- Na guia "Documentos", baixe o arquivo PDF com o texto e as declarações: *Aprovação da Prova Digital , Transferência de Direitos Autorais ( Publicação Científica ) e Termos e Condições ;*

**15.2.2** - Encaminhar a prova digital e *Transferência de direitos autorais ( publicação científica )* para cada um dos autores;

**15.2.3** - Cada autor deve verificar a prova digital e assinar a *Transferência de direitos autorais ( publicação científica )*;

**15.2.4**- As declarações assinadas pelos autores devem ser digitalizadas e encaminhadas pelo autor correspondente através do sistema, na guia "Autores". Os documentos devem ser carregados nos espaços para cada autor respectivo;

**15.2.5** - Informações importantes para enviar correções à prova:

**15.2.5.1** - A prova digital terá linhas numeradas para facilitar a localização das possíveis correções;

**15.2.5.2** - As correções feitas diretamente no arquivo PDF não serão aceitas;

**15.2.5.3** - As correções devem ser listadas na guia "Chats", especificando os números de linha e as respectivas correções.

**15.3** - As declarações assinadas pelos autores e as correções devem ser enviadas dentro de 72 horas através do sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>).



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi analisar a prevalência e os fatores associados da integralidade do cuidado percebida por adultos nos serviços de atenção primária à saúde dos municípios que compõe a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS, em 2015 e obter os indicadores bibliométricos sobre o instrumento de pesquisa PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL (PCATool) versão Brasil.

Ao buscar aproximação com o tema da pesquisa, verificou-se a existência de lacuna na produção científica multicêntrica, interdisciplinar e especialmente, na integração entre estudos que mobilizam as universidades e os serviços locais/regionais para a produção de conhecimento sobre avaliação da saúde dos serviços da atenção primária o qual precisa ser fortalecido. Da mesma forma, identificaram-se fragilidades no que diz respeito ao trabalho multiprofissional que se revelou frágil na relação da pesquisa com esse instrumento. Mesmo com um número significativo de trabalhos publicados no contexto mundial, ainda há necessidade de estudos que inter-relacionem os resultados quantitativos do PCATool com as relações sócio demográficas e culturais próprias de cada contexto, especialmente no Brasil, lacuna esta que poderá ser preenchida pela comunidade científica.

Evidenciou-se, em especial na Atenção Primária em Saúde, que o uso do instrumento PCATool é adequado para avaliar a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados. A mensuração desses contribui para que os gestores municipais e regional de saúde possam realizar o planejamento das políticas públicas de forma mais segura na medida em que o mesmo (instrumento) subsidia a avaliação das ações que estão sendo realizadas no território. Ao apontar potencialidades e/ou fragilidades dos serviços, sinaliza a reorientação das práticas de atenção à saúde.

O estudo comprovou que a prevalência geral da integralidade nos serviços avaliados foi baixa, 16,9%.

É interessante ressaltar que as maiores prevalências de integralidade foram encontradas nos municípios de pequeno porte, com PIB per capita maior, na região Entre Rios e com até 28,6% de Internações por causas sensíveis à atenção básica (ICSAB), entre adultos do sexo feminino, com 80 anos ou mais, não alfabetizadas, desempregadas e que utilizam unidades com modelo de atenção mista.

Embora, adultos com baixa escolaridade e desempregados tenham a disponibilidade dos serviços prestados e disponíveis nas unidades de saúde. É relevante

destacar que não apenas esse público tenha a prevalência de integralidade, mas que usuários de todas as faixas etárias e independente das questões sociais e econômicas, tenham, em seu território, a prevalência desse atributo conforme a sua demanda individual e coletiva.

É necessário avaliar de forma confiável as ações realizadas nos serviços de saúde, por meio de instrumentos validados que possa subsidiar as decisões dos gestores na tomada de decisão, facilitando a escolha de suas prioridades, e por consequência, qualificando as ações no Sistema Único de Saúde. Dessa forma, será garantida a todos os usuários dos territórios uma atenção primária de qualidade.

Por fim, entende-se ser necessário estudos longitudinais e pesquisas avaliativas incorporando fatores contextuais no que tange os serviços de saúde e, por conseguinte, avaliação de outras características dos municípios além das apresentadas neste estudo bem como a inclusão de outros fatores individuais para que possamos ir avançando nos estudos avaliativos junto a atenção primária de saúde dos municípios de nossa região.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, J. C. A. **Avaliação para a melhoria da qualidade na estratégia de saúde da família do município de três passos sob a ótica dos usuários**, 2017, 20 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2017.

ARAÚJO, C.A. Bibliometria: Evolução históricas e questões atuais. Em questão; 12(1):11-32.

ARAÚJO, Dolores; GOMES DE MIRANDA, Maria Claudina; BRASIL, Sandra L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, p. 20, 2014.

AKERMAN, M. FURTADO, J. P. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

ATLAS BRASIL. **Atlas de Desenvolvimento Humano**. Disponível em: <[http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/santa-maria\\_rs#caracterizacao](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/santa-maria_rs#caracterizacao)> out. 2016.

BARRA, Sabrina Alves Ribeiro et al. **Gestão da estratégia saúde da família: o desafio de consolidar a intersectorialidade**. 2013.

BARROS AJD, HIRAKATA VN. **Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio**. BMC Med Res Methodol; 3:21. 2003

BASTOS LS, OLIVEIRA RVC, VELASQUE LS. **Obtaining adjusted prevalence ratios from logistic regression models in cross-sectional studies**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(3):487-495, mar, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial. Brasília, DF. 1986. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)> Acesso em 09 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080**. Brasília: 1990

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília, 1996.

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília-DF: O Ministério; 2006

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)> Acesso em 09 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2010

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **As Cartas da promoção da Saúde**. Brasília, DF. 2002. disponível em: [www.saude.gov.br/bvs/conf\\_tratados.html](http://www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html)> Acesso em 09 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 2.488 de 21 de Outubro de 2011**. Brasília, DF. 2006b. Disponível em < <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-%5B5046-041111-SES-MT%5D.pdf> > Acesso em 09 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool- Brasil. **Normas e manuais técnicos**. Brasília : Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção á saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Diário Oficial da União 2010b; 30 dez

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

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília, 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php). Acessado em: 30/04/2013.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – DAB. Histórico de cobertura Saúde da Família. [2015]. Disponível em: Acesso em 11 jan 2018.

\_\_\_\_\_. DATASUS. **Departamento de Informática do SUS**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>> out de 2016.

BRUIN-KOOISTRA, M. et al. Finding the right indicators for assessing quality midwifery care. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 24, n. 3, p. 301–310. 2012.

CAMPOS, R. O; FURTADO, J. P. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. **Defining quality of care.** *Social Science & Medicine*, England, v. 51, n. 11, p. 1611-1625, 2000.

CASTANHEIRA, E.R.L. et al. Avaliação de Serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no Estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 679-691, out.-dez., 2014. Disponível em: <[http://cebes.com.br/site/wp-content/uploads/2018/01/RSD103\\_web.pdf](http://cebes.com.br/site/wp-content/uploads/2018/01/RSD103_web.pdf)>. Acesso em: 11 de jan 2018.

CERVO AL, BERVIAN PA, SILVA R. **Metodologia Científica**. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2007.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. **Avaliando a Institucionalização da Avaliação**. *Ciência & Saude Coletiva*, vol.11(3):705-712,2006

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, jan. 2011. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<http://www.journals.usp.br/sausoc/article/view/29731/31608>>. Acesso em: 01 oct. 2017.

DA SILVA, C. et al. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 323-336, 2015.

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

DONABEDIAN, A. **Evaluating the quality of medical care**, 1966. *The Milbank quarterly*, UnitedStates, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

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

D'AVILA O.P, PINTO L.F.S, HAUSER L, GONÇALVES M.R, HARZHEIM E. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. **Cien Saude Colet** [periódico na Internet] 2017 [acessado 2017 nov 2]; 22(3) [cerca de 12p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0855.pdf>

FEUERWERKER, L. C. M. et al. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1 ed. - Rio de Janeiro: Hexis, 2016.  
Feuerwerker et al., 2016

FUCHS SC, VICTORA CG, FACHEL J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. *Rev. Saúde Pública*, 30 (2): 168-78, 1996.

FRACOLLI LA et al. Instrumentos de avaliação da atenção primária à saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 12, p. 4851-4860, dez 2014.

GASPARYAN A.Y. Authorship and contributorship in scholarly journals. **J Korean Med Sci** [periódico na Internet] 2013; [acessado 2017 nov 2]; 28: [cerca de 2p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23772140>

GARCIA C.C, MARTRUCELLI C.R.N, ROSSILHO M.M.F, DENARDIN O.V.C. Autoria em artigos científicos: os novos desafios. **Rev Bras Cir Cardiovasc** [periódico na Internet] 2010 ou/dez [acessado 2017 nov 2]; 25(4): [cerca de 8p.]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-76382010000400021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382010000400021)

GATTI, B.A. **Pesquisar em educação: considerações sobre alguns pontos-chave**. *Dialogo Educ.*, 2006: 6(1); 25-35.

GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde seletiva ou abrangente? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p. 21-23, 2008. Suplemento 1.

GUEDES V.L.S, BORSCHIVER S. Bibliometria: uma ferramenta estatística para a gestão da informação e do conhecimento, em sistemas de informação, de comunicação e de avaliação científica e tecnológica. *Encontro nacional de ciências da informação*; 2006 jun; Salvador/BA.

HAYASHI CRM. **Apontamentos sobre a coleta de dados em estudos bibliométricos e cientométricos**. *Fil educ.* 2012: 5(20); 89-102.

HAYASHI CRM. Apontamentos sobre a coleta de dados em estudos bibliométricos e cientométricos. *Filosofia e Educação* [periódico na Internet] 2013 out [acessado 2017 nov 12]; 5(20): [cerca de 14p.]. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/119296>

HARTZ, Z. M.; SILVA, L.M.V. **AValiaÇÃO EM SAÚDE: Dos modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde** – Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

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

HARZHEIM E, OLIVEIRA MMC, AGOSTINHO MR ET AL. **Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos**. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, 2013 Out-Dez; 8(29):274-84

IBGE. Diretoria de |Pesquisa – DPE. Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS. NOTA: **Estimativa da população residente com data de referencia 1º de julho de 2011.**

KRISTJANSSON E, HOGG W, DAHROUGE S, SUNA M, BRUINSMA L.M, GEBREMICHAE G. Predictors of relational continuity in primary care: patient, provider and practice factors. **BMC Fam Pract** [periódico na Internet] 2013 [acessado 2017 nov 20]; 27(5): [cerca de 7p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20534791>

LEE, J. H. Development of the Korean primary care assessment tool--measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. *Int J Qual Health Care*, England, v. 21, n. 2, p.103-11, 2000.

LEE J.H, Choi Y.J, Lee S.W, Sung N.J, Kim S.Y, Hong J.Y. Association of the Length of Doctor-Patient Relationship with Primary Care Quality in Seven Family Practices in Korea. *J Korean Med Sci* [periódico na Internet] 2013 abr [acessado 2017 nov 20]; 28(4): [cerca de 7p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3617301/>

LI H, WEI X, WONG M.C.S, WONG S.Y.S, YANG N, GRIFFITHS S.M. A Cross-Sectional Comparison of Perceived Quality of Primary Care by Hypertensive Patients in Shanghai and Shenzhen, China. *Medicina (Baltimore)* [periódico na Internet] 2015 ago [acessado 2017 nov 26]; 94(34): [cerca de 9p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4602902/>

LINS T.S, SOARES F.J.P, COELHO J.A.P.M. Avaliação dos Atributos em Atenção Primária à Saúde no Estágio em Saúde da Família. *Rev Bras Educ Med* [periódico na Internet] 2016 [acessado 2017 nov 20]; 40(3): [cerca de 9p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n3/1981-5271-rbem-40-3-0355.pdf>

MATTOS, R. A. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Eds.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-Abrasco, 2001. p.39-64

MATTOS, R. A. A. Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, Oct. 2004. Available from <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=en&nrm=iso)>. access on 07 Sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>

MULDOON L, DAHROUGE S, HOGG W, GENEAU R, RUSSELL G, SHORTT M. Community orientation in primary care practices: Results from the Comparison of Models of Primary Health Care in Ontario Study. **Médico Can Fam** [periódico na Internet] 2010 jul [acessado 2017 nov 20]; 56(7): [cerca de 7p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20631283>

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 de mestrado**, 2007. In:

<http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000631287&loc=2008&l=0d26049ebf30d8eb>.

OPAS. **Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas**. Brasil: Organização Panamericana de Saúde, 2005.

OWOLABI O, Zhang Z, Wei X, Yang N, Li H, Wong SY, Wong MC, Yip W, Griffiths SM. Patients' socioeconomic status and their evaluations of primary care in Hong Kong. *BMC Health Serv Res* [periódico na Internet] 2013 nov [acessado 2017 nov 20]; 13(487): [cerca de 11p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24274660>

SILVA, M.R, Hayashi CRM, Hayashi MCPI. **Análise bibliométrica e cientométrica: desafios para aqueles que atuam no campo**. InCID: R Ci Inf e Doc. 2011; 2(1); 110-29.

SILVA, Simone Albino et al. Atividades desenvolvidas por enfermeiros no PSF e dificuldades em romper o modelo flexneriano. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2011.

SANINE, P.R. **Avaliação da atenção à saúde da criança em unidades básicas de saúde no Estado de São Paulo**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp, Botucatu, 2014.

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.

PAIM J, TRAVASSOS C, ALMEIDA C, BAHIA L, MACINKO J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. *Lancet*. (Série Brasil) [Internet]. 2011; 11-31. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

PETROYANU A. Critérios para Autoria de um Trabalho Científico. **Rev Assoc Med Bras** [periódico na Internet] 2012 [acessado 2017 nov 20]; 24(2): [cerca de 4p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v48n1/a31v48n1.pdf>

PINHEIRO, R. Integralidade do cuidado: A promessa da política e a confiança no direito. In: PINHEIRO, R. MARTINS, P.H. (Orgs) *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. 1º ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2013.

PINHEIRO, R. MARTINS, P. H. *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ, 2013.

POLIGNANO, M.V. História das políticas de saúde no Brasil: Uma pequena revisão. In: CURI, G. E. et. Al. **Caderno do Internato Rural. Depto de Medicina Preventiva e Social**. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. BH. 2000.



PUCCI, V.R. **Avaliação do Atributo da Integralidade na Atenção Primária à Saúde em Municípios da Região Centro-Oeste no Rio Grande do Sul: Pcatool-Brasil Versão Profissionais**, 2017, 44 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2017.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Atlas do Desenvolvimento Humano dos Municípios**. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2016/>

PRATES M.L, MACHADO J.C, SILVA L.S, AVELAR O.S, PRATES L.L, MENDONÇA E.T, COSTA G.D, COTTA R.M.M.C. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Cien Saude Colet* [periódico na Internet] 2017 jul [acessado 2017 nov 10]; 22(6): [cerca de 14p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1881.pdf>

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

RUSSELL G, DAHROUGE S, TUNA M, HOGG W, GENEAU R, GEBREMICHAE G. Getting it all done. Organizational factors linked with comprehensive primary care. *Family Practice* [periódico na Internet] 2010 out [acessado 2017 nov 20]; 27(5) [cerca de 6p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20534791>

SILVA JÚNIOR, A.G. et al. Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p.61-89

SILVA MR, HAYASHI CR, HAYASHI MCPI. **Análise bibliométrica e cientométrica: desafios para especialistas que atuam no campo**. *InCID: R. Ci. Inf. e Doc* [periódico na Internet] 2011 jan/jun [acessado 2017 nov 12]; 2(1): [cerca de 9p.]. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/incid/article/view/42337/46008>

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

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

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

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

STARFIELD, B. **Atenção primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Unesco: Ministério da Saúde, 2004.

TANAKA, O. Y. et al. Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano. 1. ed. -- Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

THIEBAUT, C.G. et al. Positionner l'évaluateur face aux enjeux de l'évaluation. In: L'évaluation: concepts et méthodes. Paramètres. Org. BROUSSELLE, A. CHAMPAGNE, f.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al, 2<sup>a</sup>ed, Quebec, 2011.

VANZ S.A.S, STUMP I.R.C. Colaboração científica: revisão teórico-conceitual. **Perspectivas em Ciência da Informação** [periódico na Internet] 2010 mai/ago [acessado 2017 nov 20]; 15(2): [cerca de 14p.]. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/pci/article/view/1105>

VAUGHAN, R. (2004). **Evaluation and public health**. *Am J Publ Health*; v, 94, n. 3, 2004, p. 360.

WEILLER, T. H. **O acesso na rede pública de saúde de Ijuí/RS: um cenário de controvérsias**. Ribeirão Preto, 2008, 188 p. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública). Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo/USP- área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

## APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

**QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO**

**Instruções: PRIMEIRA PARTE COMUM A TODOS OS PARTICIPANTES.**

1 - Número do Questionário

2 - Data da entrevista

3 - Entrevistador:

4 - Cidade da Coleta  
 Verdes Campos  
 Entre Rios

5 - Cidade

6 - Unidade  
 UBS Tradicional  
 UBS ESF  
 Unidade Mista

7 - Data de Nascimento

8 - Sexo  
 Masculino  Feminino

9 - Situação Conjugal  
 Solteiro  
 Casado  
 Viúvo  
 Divorçado  
 União estável

10 - Cor/Etnia  
 Branco  Amarelo  
 Pardo  Indígena  
 Negro

11 - Formação  
 Fundamental Incompleto  
 Fundamental Completo  
 Ensino Médio Incompleto  
 Ensino Médio Completo  
 Superior Incompleto  
 Superior Completo  
 Outro  
 Não alfabetizado

12 - Possui plano de saúde privado?  
 Sim  Não

13 - Qual o principal meio de transporte que você utiliza para chegar à unidade?  
 A pé/carona/bicicleta  
 Transporte coletivo  
 Transporte escolar  
 Transporte próprio (carro/moto)

14 - Possui quantos filhos?  
 um  
 dois  
 três  
 mais de quatro  
 nenhum

**Instruções: PARTE ESPECÍFICA PARA VERSÃO PROFISSIONAL**

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

16 - Qual turno de trabalho?  
 Diurno  Noturno  
 Ambos

17 - Vínculo empregatício  
 Celetista  Estatutário  
 Outro

18 - Quanto tempo trabalha nesse serviço?

19 - Você trabalha em outro serviço?  
 Não  Público  
 Privado

20 - Você tem algum cargo nesse trabalho?  
 Sim  Não

21 - Ano de conclusão

22 - Formação complementar  
 Sim  Não

23 - Qual

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

## APÊNDICE B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

### Termo de Confidencialidade dos dados

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

**Pesquisador responsável:** Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller

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

**Telefone para contato:** (55) 3220-8263

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

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

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

## ANEXO A – INSTRUMENTO PCATool-BRASIL VERSÃO ADULTO ATRIBUTO INTEGRALIDADE

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".

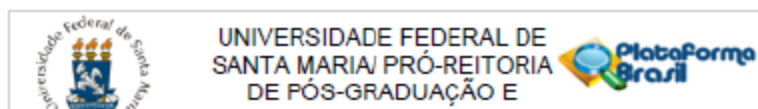
**Em consultas** ao "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir essa frase a cada 3-4 itens).

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"/>

## ANEXO B – CARTA DE APRECIÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

	<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA/PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E</b>													
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>														
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>														
<b>Título da Pesquisa:</b> 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)														
<b>Pesquisador:</b> Teresinha Heck weiler														
<b>Área Temática:</b>														
<b>Versão:</b> 2														
<b>CAAE:</b> 341373144.0000.5346														
<b>Instituição Proponente:</b> Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e														
<b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio														
<b>DADOS DO PARECER</b>														
<b>Número do Parecer:</b> 756.292														
<b>Data da Relatoria:</b> 14/08/2014														
<b>Apresentação do Projeto:</b>														
<p>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 &gt;18 anos e profissionais/gestores da rede de atenção básica dos municípios de abrangência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS) com sede no município de Santa Maria.</p>														
<p>O número estimado de sujeitos é 4000 pessoas, das quais 600 profissionais e 3600 usuários. O instrumento utilizado será Primary Care Assessment Tool, versões Criança, Adulto e Profissionais.</p>														
<p>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</p>														
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="3"><b>Endereço:</b> Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar</td> </tr> <tr> <td><b>Bairro:</b> Camobi</td> <td><b>Município:</b> SANTA MARIA</td> <td><b>CEP:</b> 97.105-970</td> </tr> <tr> <td><b>UF:</b> RS</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>Telefone:</b> (55)32209382</td> <td></td> <td><b>E-mail:</b> cep.ufsm@gmail.com</td> </tr> </table>			<b>Endereço:</b> Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar			<b>Bairro:</b> Camobi	<b>Município:</b> SANTA MARIA	<b>CEP:</b> 97.105-970	<b>UF:</b> RS			<b>Telefone:</b> (55)32209382		<b>E-mail:</b> cep.ufsm@gmail.com
<b>Endereço:</b> Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar														
<b>Bairro:</b> Camobi	<b>Município:</b> SANTA MARIA	<b>CEP:</b> 97.105-970												
<b>UF:</b> RS														
<b>Telefone:</b> (55)32209382		<b>E-mail:</b> cep.ufsm@gmail.com												





Continuação do Parecer: 756.252

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

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

#### Objetivo da Pesquisa:

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

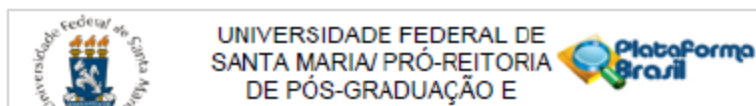
#### Objetivos Secundários:

- 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)3220-9382 E-mail: oep.ufsm@gmail.com



Continuação do Formulário: 756.202

**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).

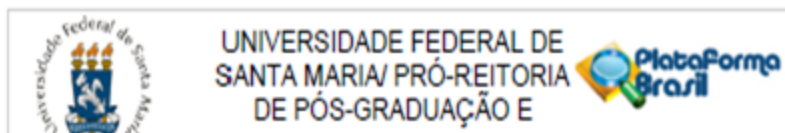
**Recomendações:**

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)3220-5362 E-mail: oep.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 Retoria - 2º andar  
Bairro: Camobi CEP: 97.105-070  
UF: RS Município: SANTA MARIA  
Telefone: (55)3220-0362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

## ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

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

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

**Pesquisador responsável:** Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller

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

**Telefone para contato:** (55) 3220-8473

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

Prezado (a) Senhor (a):

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

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

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

Santa Maria \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável  
Dra Teresinha Heck Weiller