

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

Vanessa Rodrigues Pucci

**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**

Santa Maria, RS
2017

Vanessa Rodrigues Pucci

**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**

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Teresinha Heck Weiller

Coorientador: Prof.^o Dr.^o Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

Santa Maria, RS
2017

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

Pucci, Vanessa Rodrigues

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 / Vanessa Rodrigues Pucci.- 2017.

167 p.; 30 cm

Orientadora: Teresinha Heck Weiller

Coorientador: Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2017

1. Integralidade 2. Profissionais da Saúde 3. Atenção Primária à Saúde 4. Avaliação em Saúde I. Weiller, Teresinha Heck II. Giordani, Jessye Melgarejo do Amaral III. Título.

Vanessa Rodrigues Pucci

**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**

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 20 de fevereiro de 2017

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

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

Pedro Fredemir Palha, Dr. (USP)

Luis Felipe Dias Lopes, Dr. (UFSM)

Santa Maria, RS
2017

DEDICATÓRIA

Ao meu querido e amado Marcos, companheiro de certezas e incertezas, alegrias e tristezas, pela tranquilidade e paz que me transmite.

Aos meus amados filhos Bernardo, Angelo e Francisco, amor incondicional.

Razões da minha existência!

AGRADECIMENTOS

Termina aqui uma jornada de muitos desafios e aprendizados. Durante este percurso, fui, em muitos momentos amparada por pessoas que me confortaram nas horas difíceis e comemoraram comigo as pequenas vitórias. Assim, agradeço aqueles que contribuíram para o término desta caminhada...

À minha querida família, por me incentivarem a enfrentar este desafio e por todo o amor que têm por mim. Obrigada aos meus pais Antonio e Edna, por serem meu porto seguro, ao meu irmão Arthur, minha cunhada Letícia, minha irmã Viviane, meu cunhado Gord, meu sobrinho Jonh, minha irmã Veruska e meu sobrinho Ed por tornarem esta caminhada mais amena, sempre com a certeza de que poderia contar com o apoio incondicional de todos vocês. Obrigada em especial à Veruska por ter feito por mim algo que ninguém jamais tinha feito. Você nem imagina todo o bem que você me fez! Eu os amo de todo o meu coração.

Aos meus filhos amados por terem compreendido minha ausência, e por continuarem sorrindo para mim. Vocês são e sempre serão a razão de tudo.

Ao Marcos por manter-se ao meu lado, me compreendendo e me amparando nos momentos mais difíceis.

À Tere, orientadora e amiga. Obrigada por me conduzir nesta jornada, por acreditar e confiar em mim. Querida, tenho em ti exemplo de força e dedicação. És uma inspiração para mim.

À Maria, parte da minha família. Obrigada pelo carinho e atenção com os meninos. Você foi fundamental neste percurso.

À minha amiga Kauana por andar lado a lado comigo nesta trajetória, por me ouvir, me compreender e me estender a mão sempre que eu solicitei.

Ao Dau, por me ensinar, pacientemente, muitas das coisas que me fizeram seguir adiante.

Aos queridos amigos Márcia e Michel, por entenderem a minha ausência durante esse trajeto, e por estarem sempre por perto. Obrigada pelo carinho de sempre. Vocês são muito importantes pra mim. Obrigada em especial a Marcinha, por me ajudar na diagramação deste trabalho.

À querida Karine por estar disponível sempre que eu precisei conversar, obrigada por me escutar, obrigada pelo carinho e por tua amizade sincera e despretensiosa.

Ao meu coorientador Jessye pela paciência e ensinamentos. Obrigada por me apresentar a um universo que eu não conhecia, abrindo desta maneira, novas possibilidades.

Ao grupo de pesquisa GEPESC pelo conhecimento compartilhado.

Aos professores que compuseram a banca examinadora Pedro Palha, Luis Felipe e Lais Mara, obrigada pelas valiosas contribuições.

Aos colegas da 21ª Turma de mestrado pela calorosa acolhida. Obrigada pela solidariedade e coleguismo.

Ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem por proporcionar minha formação.

Aos profissionais de saúde dos serviços de saúde da 4ª CRS/RS por contribuírem para a execução deste trabalho.

Ouvindo isto, os discípulos caíram com seus rostos por terra e tiveram grande medo. Jesus chegou, tocou-os e disse-lhes: "Levantai-vos e nada temais." Erguendo seus olhos, não viram ninguém, a não ser Jesus sozinho.

Matheus (17, 6-8)

RESUMO

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

AUTOR: Vanessa Rodrigues Pucci
ORIENTADORA: Teresinha Heck Weiller

A Atenção Primária à Saúde é definida como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizando-se pela continuidade e integralidade da atenção, coordenação da assistência, atenção centrada na família, orientação e participação comunitária, e competência cultural dos profissionais. Assim, são definidos seus quatro atributos essenciais, dentre os quais, o atributo da integralidade. Neste contexto, a avaliação torna-se essencial, pois viabiliza o conhecimento sobre a efetividade do sistema de saúde, corroborando com melhorias nos processos em busca de melhores resultados. Deste modo, o objetivo deste estudo é avaliar a integralidade da saúde em serviços de Atenção Primária à Saúde nos municípios que compõem a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, da qual fazem parte as Regiões de Saúde Verdes Campos e Entre Rios. Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, transversal, integrante do projeto matricial “PCATool (*Primary Care Assessment Tool*) Avaliação da Atenção Primária na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul”. A coleta de dados ocorreu entre os meses de fevereiro e julho de 2015, realizada de maneira informatizada, por meio do instrumento *Primary Care Assessment Tool* – Brasil versão profissionais, bem como utilização de um questionário sócio demográfico. O atributo avaliado é subdividido em dois componentes: Serviços Disponíveis e Serviços Prestados. O escore obtido foi dicotomizado em “baixo escore” <6,6 e “alto escore” ≥6,6. A análise foi realizada por meio do *Statiscal Analisis System* versão 9.0. Para distribuição da normalidade das variáveis foi utilizado o Teste de *Shapiro Wilk*. Utilizou-se a Correlação de *Pearsson* para verificar o grau de relacionamento entre os itens de ambos os componentes, e os seus escores, e a Regressão de *Poisson* para identificar dependência entre o escore e o seu contexto sócio-espacial. Os preceitos éticos respeitaram a Resolução 466/2012. A amostra foi composta por 207 profissionais de saúde de nível superior, na maioria do sexo feminino, autodeclarados brancos, enfermeiros, com média de idade de 39,2 anos. Com relação aos resultados deste estudo: no primeiro artigo observou-se que ambos os componentes obtiveram escore superior ao ponto de classificação necessário para configurar a presença e a extensão da integralidade nos serviços de saúde, no segundo artigo, um estudo multinível em dois níveis (contextuais e individuais), obteve-se como resultado a prevalência do atributo da integralidade associada ao porte populacional dos municípios avaliados, no terceiro artigo evidenciou-se, por meio de uma revisão integrativa que o atendimento domiciliar pode influenciar na efetivação da integralidade na atenção primária, no quarto artigo, em revisão narrativa se verificou uma baixa produção científica no que se refere à integralidade na Atenção Primária à Saúde, onde a maior tendência encontrada diz respeito às práticas de cuidado na saúde do idoso. Foi possível verificar que profissionais de saúde estão contribuindo para que o princípio da integralidade se concretize nos dos serviços de saúde. Espera-se que este estudo possa contribuir na obtenção deste princípio, de tal forma que ações executadas neste cenário sejam capazes de entender o sujeito dentro do seu contexto, social, familiar e biológico.

Palavras chave: Integralidade. Profissionais da Saúde. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

EVALUATION OF THE COMPREHENSIVENESS ATTRIBUTE IN THE PRIMARY HEALTH CARE IN MUNICIPALITIES OF THE CENTRAL-WEST REGION OF RIO GRANDE DO SUL: PCATool-BRASIL PROFESSIONAL VERSION

AUTHOR: Vanessa Rodrigues Pucci

ADVISER: Teresinha Heck Weiller

Primary Health Care is defined as the first level of care within the health system, characterized by the continuity and integrality of care, coordination of care, family-centered attention, community orientation and participation, and the cultural competence of professionals. Thus, its four essential attributes, among which, the attribute of completeness, are defined. In this context, the evaluation becomes essential, since it makes possible the knowledge about the effectiveness of the health care system, corroborating with improvements in the processes in search of better results. Thus, the objective of this study is to evaluate the integrality of health in Primary Health Care services in the municipalities that make up the 4th Regional Health Coordination of Rio Grande do Sul, which includes the Health Regions Verdes Campos and Entre Rios. This is a study with a quantitative, transversal approach, integral to the matrix design "PCATool (Primary Care Assessment Tool) Assessment of Primary Care in the 4th Regional Health Coordination of the State of Rio Grande do Sul. Data collection occurred between months of February and July of 2015, carried out in a computerized way with the use of the instrument Primary Care Assessment Tool - Brazil professional version, as well as through a socio-demographic questionnaire. The evaluated attribute is subdivided into two components: Available Services and Rendered Services. The analysis was performed using Statiscal Analisys System version 9.0. The score obtained was dichotomized at a low score <6.6 and a high score ≥ 6.6 . The Shapiro Wilk test was used to distribute the variables normality. Pearsson's correlation was used to verify the degree of dependence between the items of both components, and their scores, and the Poisson regression to identify association between the score and its socio-spatial context. The ethical precepts respected Resolution 466/2012. The sample consisted of 207 higher-level health professionals, mostly female, self-declared whites, nurses, with a mean age of 39.2 years. Regarding to the results of this study: in the first article, it was observed that both components obtained a higher score than the point of classification necessary to configure the presence and extent of integrality in health services, in the second article, a multilevel study in two levels (contextual and individual), the prevalence of the attribute of completeness associated with the population size of the municipalities evaluated was obtained, in the third article, through an integrative review, was verified that home care can influence the effectiveness of primary care, in the fourth article, a narrative review showed a low scientific production regarding the integrality in Primary Health Care, where the greatest tendency found concerns to the health care practices of the elderly. It was possible to verify that health professionals are contributing to the principle of integrality in the health services. It is expected that this study can contribute to the achievement of this principle, so that actions performed in this scenario be able to understand the person within its context, social, family and biological.

Keywords: Comprehensiveness. Health Personnel. Primary Health Care. Health Evaluation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Descrição do PCATool – Brasil nas versões profissionais, adulto e criança	51
Figura 2 – Mapa da 4ª CRS/RS – Regiões de saúde e municípios	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Relação dos municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul - CRS/RS	60
------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 – Municípios das Regiões de Saúde integrantes da 4ª CRS/RS e unidades de serviço correspondentes	59
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABS	Atenção Básica à Saúde
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEPEn	Centro Estudo e Pesquisa em Enfermagem
CIR	Comissão de Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CNES	Cadastro Nacional do Estabelecimento de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DP	Desvio Padrão
DeCs	Descritores em Ciências em Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
SF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GEPEG	Grupo de Estudos e Pesquisa em Gerontologia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MeSH	Medical Subject Headings
MS	Ministério da Saúde
NE	Nível de Evidência
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPGenf	Programa de Pós Graduação em Enfermagem
PSF	Programa Saúde da Família
PUBMED	<i>Public Publish Medline</i>
RS	Rio Grande do Sul
RP	Razão de Prevalência
SF	Saúde da Família
SAS	<i>Statiscal Analisys System</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Termo de Confidencialidade
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBST	Unidade Básica de Saúde Tradicionai
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	27
1.1	OBJETIVOS	32
1.1.1	Objetivo Geral	32
1.1.2	Objetivos Específicos	32
2	REVISÃO DE LITERATURA	33
2.1	TERRITÓRIO DA SAÚDE	33
2.1.1	Descentralização e Regionalização	33
2.1.2	Regiões de Saúde	39
2.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	42
2.3	AVALIAÇÃO EM SAÚDE	44
2.3.1	Avaliação na Atenção Primária à Saúde	47
2.4	PCATool-BRASIL	48
2.4.1	Atributos Essenciais	49
2.4.2	Atributos Derivados	50
2.5	INTEGRALIDADE	51
3	DESCRIÇÃO METODOLÓGICA	57
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	57
3.2	CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DE PESQUISA E DA POPULAÇÃO	57
3.2.1	Cenário de pesquisa	57
3.2.2	População	59
3.2.2.1	<i>Amostragem e amostra</i>	60
3.2.2.2	<i>Critérios de inclusão e exclusão</i>	61
3.3	COLETA DE DADOS	61
3.4	ANÁLISE DE DADOS	62
3.5	ASPECTOS ÉTICOS	63
3.6	REVISÕES INTEGRATIVA E NARRATIVA	65
4	RESULTADOS	67
4.1	ARTIGO 1	67
4.2	ARTIGO 2	88
4.3	ARTIGO 3	106
4.4	ARTIGO 4	127
5	DISCUSSÃO	141
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	145
	REFERÊNCIAS	147
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	155
	APÊNDICE B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	157
	ANEXO A – INSTRUMENTO PCATool-BRASIL VERSÃO PROFISSIONAIS	159
	ANEXO B – CARTA DE APRECIÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	163
	ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	167

1 INTRODUÇÃO

Por meio da promulgação da Constituição Federal brasileira em 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se institucionalizou no Brasil o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros. Considera-se que a implantação do SUS é resultado do movimento da reforma sanitária, ocorrido no contexto da luta pela redemocratização do país (BRASIL, 1990a). Entendido como um marco da Reforma Sanitária, sua criação foi defendida por profissionais da saúde, além de movimentos populares, que visualizavam a possibilidade da concretização do direito universal à saúde (BRASIL, 2011b).

O SUS é constituído pelo conjunto de ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. Todavia, não é uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social (BRASIL, 2007).

Avanços e desafios foram superados ao longo de seu percurso, exigindo dos gestores, mudanças constantes, pela via das reformas incrementais. Entretanto, acredita-se que este modelo se encontra esgotado, de um lado por conta da dificuldade de se impor normas gerais a um país tão grande quanto desigual; de outro, pela sua fixação em conteúdos normativos de caráter-técnico processual, geralmente tratados com detalhamento excessivo e gigantesca complexidade. Com vistas à superação destas dificuldades, é assumido pelos gestores do SUS o compromisso público da construção do Pacto pela Vida, no qual a Atenção Básica à Saúde (ABS) é tida como uma de suas prioridades (BRASIL, 2006).

A ABS desempenha um papel estratégico no SUS, sendo o principal elo entre o sistema de saúde e a população (FAUSTO; MATTA 2007). Neste sentido, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é compreendida como um resultado das experiências vivenciadas pelos atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e consolidação do SUS. É elaborada de maneira descentralizada, ocorrendo em locais próximos à vida das pessoas. Assim, é considerada a principal porta de entrada, bem como centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2012).

Salienta-se que os termos “Atenção Básica (AB)” e “Atenção Primária à Saúde (APS)” são equivalentes, de acordo com a PNAB. Deste modo, utilizaremos (preferencialmente), o segundo termo por ser reconhecido internacionalmente. Outrossim, as

definições de Starfield (2002), que fundamentam o instrumento que será utilizado para avaliar a qualidade dos serviços de saúde – PCATool, tomam igualmente como referência o termo APS.

As várias maneiras de identificar os gargalos, problemas e desafios (constantes) da APS, associadas à busca por alternativas de estratégias técnico-políticas de enfrentamento, têm marcado forte atuação de instâncias gestoras do SUS. Desta forma, as diretrizes e normativas da PNAB, ajustam-se as diversidades territoriais e culturais do Brasil, concomitante a isto, assumem o objetivo de promoção de equidade (COSTA *et al.*; 2014). Destaca-se que a concepção de território, princípio organizador dos processos de trabalho na política de AB visa a construção de práticas de cuidado orientadas por uma lógica territorial, trazendo as ações de saúde próximas à realidade dos usuários e seus modos de vida (LEMKE; SILVA, 2010).

Starfield (2002) complementa, quando diz que a Atenção Primária à Saúde (APS) é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. Os problemas mais comuns na comunidade devem ser abordados na APS, ademais serão ofertados serviços de prevenção, cura e reabilitação, maximizando a saúde e o bem-estar. A APS integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas e de seus problemas. Para tanto, ressalta-se que novos formatos de equipe foram criados, onde o maior desafio encontra-se em manter, para tais equipes, destinadas a populações específicas, as diretrizes essenciais que são comuns ao conjunto de equipes de APS, sejam eles: territorialização, adscrição de clientela, trabalho em equipe, acolhimento, vínculo, gestão do cuidado, porta preferencial (COSTA; SANTOS; MELO, 2014).

Ressalta-se que a APS é oferecida basicamente em dois cenários: Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (UBST) com ou sem Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e as Unidades com Estratégia da Saúde da Família (ESF). Ambas são estruturas fixas localizadas próximas à moradia do cidadão, em áreas geograficamente delimitadas, (PEREIRA et al., 2011) entretanto a definição do território adstrito, no que se refere a ESF se coloca como centro da estratégia. E assim, ela se ocupa em organizar o processo de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Deste modo, viabiliza a compreensão da dinâmicas dos lugares e dos sujeitos, colocando à vista as desigualdades e iniquidades em saúde (GONDIM, 2012). Logo, o território possibilita a adscrição dos usuários, proporcionando relações de vínculo, afetividade

e confiança entre pessoas/famílias e profissionais/equipe (BRASIL, 2011b). Deste modo as UBS(s) desempenham um papel primordial na garantia de acesso a uma atenção de qualidade à população (COSTA; SANTOS; MELO, 2014).

De acordo com Costa (2009), desde a Reforma Sanitária e a implementação do SUS as ações desenvolvidas pelos gestores e profissionais de saúde não têm atendido às necessidades dos usuários de forma integral. Neste sentido, para que se tenha uma atenção integral, é necessário reorganizar as práticas nos serviços de saúde com ações de prevenção das doenças, promoção da saúde e a integração dos níveis de atenção (BRASIL, 1988). De acordo com Said et al., (2014) é fundamental que os processos de trabalho sejam organizados com vistas ao enfrentamento dos principais problemas de saúde, para que se qualifique a atenção à saúde a partir da integralidade.

Cecílio (2009) traz as necessidades das pessoas que buscam cuidados em saúde como o centro de intervenções e práticas no que tange aos profissionais de saúde. Coloca também, o conceito de tais necessidades como um grande desafio, haja vista a importância de se conseguir apreende-las de modo a ser apropriada e implementada pelos trabalhadores da saúde em seus cotidianos. Acredita que, desta maneira seria possível fazer uma mediação que perpassa a complexidade do conceito até sua verdadeira compreensão, humanizando e qualificando a atenção em saúde. Diante de tais considerações, ressalta-se que, embora necessária a integralidade do cuidado ainda não é uma completa realidade nos serviços de saúde de APS.

Neste sentido, buscou-se saber quais as evidências científicas acerca desta temática, por meio da produção de uma revisão integrativa. Utilizou-se o público idoso neste percurso, levando em consideração o ritmo acelerado do aumento da população idosa brasileira, e mundial, bem como o grande número de internações e incapacitações da população idosa em virtude do surgimento de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) (SILVA; CÁRDENAS, 2007).

Neste cenário onde eventos agudos coexistem com doenças crônicas o sistema de saúde é, por sua vez, desafiado a organizar serviços de qualidade, objetivando prover tanto assistência de pronto atendimento, quanto cuidado longitudinal, bem como prover atenção voltadas às ações de prevenção de agravo (NICKEL; NATAL; CALVO, 2015). Desta forma, se reconhece que a APS tem papel fundamental na promoção do envelhecimento saudável, considerando este público um marcador sensível no que se refere a qualidade e efetividade dos serviços de saúde.

Salienta-se que a proximidade e a afeição com a temática do idoso existe por conta da participação do Grupo de Pesquisa e Estudo em Gerontologia GEPEG/UFSM do qual fiz parte antes do ingresso no mestrado de Enfermagem, que culminou na realização da disciplina Aspectos Sócio Culturais do Envelhecimento, no mestrado de Gerontologia/UFSM. Ressalta-se também a inserção no Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem no Programa de Pós Graduação em Enfermagem-UFSM, pertencente à linha de pesquisa Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde, lugar de debate acerca de temas que envolvem o sistema de saúde, usuários, profissionais e gestores deste sistema, com objetivo de esclarecimentos e reflexões acerca da dinamicidade e complexidade do SUS.

Assim, evidências sinalizam a escassez de estudos nesta temática, no que tange este público em especial. Nos artigos pesquisados percebeu-se que dificuldades de acesso aos serviços de saúde, despreparo de profissionais de saúde, falta de suporte familiar, e problemas interferentes na comunicação entre idosos e profissionais, podem ser atribuídos às fragilidades e dificuldades no que concerne a obtenção de um atendimento voltado para a integralidade.

Ademais, revisão bibliográfica em produções científicas brasileiras (teses e dissertações) mostraram fragilidade quanto à comunicação entre os níveis de atenção, e potencialidades quanto aos atendimentos domiciliares no que concerne a população idosa. Destaca, entretanto, fragilidades relacionadas à ineficiência de acesso, insuficiência no sistema de referência, necessidades de profissionais mais capacitados, além de melhor articulação entre diferentes setores. Portanto, o envelhecimento populacional exige o desafio de mudar a organização do sistema de saúde, objetivando uma atenção qualificada e integral também para essa gama populacional.

Diante da necessidade de mudanças no modelo vigente, no ano de 1994 surge um projeto de transformação da prática assistencial pública no Brasil através do Programa Saúde da Família (PSF) sob as premissas do governo federal. Esta estratégia é orientada pelas principais características da atenção primária, objetivando reorganizar o modelo assistencial através da ampliação da rede de atenção em saúde. O Ministério da Saúde (MS) defende o PSF como o modelo de atenção primária que possibilitará a implantação definitiva das diretrizes do SUS – universalidade, equidade, integralidade, participação comunitária. Deste modo, para que possa cumprir esse objetivo, a APS deve ser alvo de priorização política por parte do governo em seus três níveis: federal, estadual e municipal. A priorização desse programa deve refletir-se na definição de suporte financeiro e logístico, na formação profissional adequada e no incentivo da atividade de pesquisa neste campo do conhecimento (HARZHEIM et al., 2005).

Starfield (2002) elencou as qualidades próprias no âmbito da APS, dentre as quais se encontra os chamados atributos essenciais e derivados, onde, em meio aos atributos essenciais se encontra a integralidade. Esta se refere às ações de atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial quanto do processo saúde-doença, adequadas ao contexto da APS. Assim, a partir das definições dos atributos, estabeleceu-se uma forma de avaliação neste nível de atenção, com o intuito de medir a presença e o alcance dos referidos atributos, para que seja possível definir se um serviço de saúde está, de fato, embasado na APS. Vale salientar que, neste cenário a avaliação torna-se fundamental, pois viabiliza um olhar crítico sobre o que está sendo feito, e uma comparação com o que deveria estar ocorrendo, possibilitando correções e melhorias nos processos em busca de melhores resultados (DONABEDIAN, 1978).

Para tanto, a autora desenvolveu um instrumento apropriado para essa aferição apoiado nos pressupostos de avaliação em saúde de Donabedian (1978) denominado *Primary Care Assessment Tool – PCATool*. Este foi desenvolvido nos estados Unidos da América (EUA), validado e traduzido para ser aplicado em diferentes países, inclusive no Brasil (HARZHEIM et al., 2006). Possui um processo de aplicação completo, capaz de captar as percepções dos diferentes atores sociais que interagem na APS. O PCATool-Brasil tem três versões: para usuários adultos, para responsáveis por crianças e para profissionais (HARZHEIM et al., 2013).

Por fim, o conceito de integralidade, no campo da saúde pode ser entendido de diversas formas, por isso reconhecida como uma expressão polissêmica, dotada de uma diversidade de sentidos, os quais convergem quanto à oposição, a fragmentação, ao reducionismo e à objetivação do indivíduo. Por isso, salienta-se que pensar na integralidade enquanto um princípio doutrinário do SUS, é admitir que ela perpassa e/ou esteja presente em diversos níveis de debates e discussões, além das práticas de saúde.

Ela move-se lentamente, percorrendo o comportamento de profissionais de saúde, isoladamente ou inseridos em equipes, perpassando os relacionamentos destas equipes com a rede de atenção, alinhando-se à formação dos profissionais, pautadas no reconhecimento de que o atendimento integral pode (às vezes) extrapolar as fronteiras organizacionais de uma estrutura hierarquizada e regionalizada, para que consiga aconchegar-se em um sistema que prepara-se para escutar, ao invés de ouvir, que prepara-se para compreender, e assim, responder às mais variadas necessidades das pessoas, nas suas mais diversas coletividades e singularidades.

Diante de tais considerações, este trabalho torna-se necessário no intuito de auxiliar a efetivação de ações em prol da população, com vistas ao cuidado integral da saúde, humanizado culminando em uma melhor qualidade de vida. Assim, este estudo será norteado pela seguinte **questão de pesquisa**: Como é avaliada pelos profissionais de saúde a integralidade nos serviços de APS nos 32 municípios integrantes da 4º CRS/RS?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Avaliar a integralidade da atenção à saúde em serviços de APS, sob a perspectiva de profissionais de saúde nos municípios que integram a 4ª CRS/RS.

1.1.2 Objetivos específicos

- Artigo 1 - Medir a presença e a extensão do atributo integralidade nos serviços de APS dos municípios que integram a 4ª CRS/RS.
- Artigo 2 - Analisar a prevalência e os fatores associados à presença do atributo da integralidade em serviços de APS nos municípios da 4ª CRS/RS.
- Artigo 3 - Identificar quais as evidências científicas acerca da integralidade da saúde do idoso na APS.
- Artigo 4 - Identificar a produção brasileira de teses e dissertações desenvolvidas sobre a integralidade da saúde do idoso na APS.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Pretende-se, com esta revisão da literatura, apresentar um breve histórico acerca do Território da Saúde, englobando a Descentralização e Regionalização da Saúde e as Regiões de Saúde, a Atenção Primária à Saúde, Avaliação em Saúde e Avaliação no contexto da APS. Segue-se com a apresentação e a descrição do instrumento de avaliação PCATool-Brasil, e por fim, discorre-se sobre o atributo da Integralidade, no âmbito da APS.

2.1 TERRITÓRIO DA SAÚDE

2.1.1 Descentralização e Regionalização

Após a luta democrática durante a Reforma Sanitária, segundo Duarte et al., (2015), o ideário da nova proposta para o setor de saúde, refletido nos princípios doutrinários da universalização, da integralidade, da equidade e da participação social, detém na diretriz da descentralização a base necessária para superar a fragmentação social e territorial. Deste modo, ainda no contexto da Reforma Sanitária, a descentralização é compreendida como uma estratégia de democratização e de incorporação de novos atores.

Outrossim, os diferentes significados que o termo descentralização carrega em seu bojo, interpretados a partir de diferentes racionalidades, são capazes de fornecer elementos para a compreensão do processo de regionalização da política de saúde. Tal processo vem se efetivando através de diversos mecanismos e instrumentos normativos da implementação do SUS (DUARTE et al., 2015). Neste sentido a Regionalização, além de ser uma diretriz do SUS e um eixo estruturante do Pacto da Gestão, deve orientar a descentralização de ações e serviços de saúde, além de processos de negociação e pactuação entre gestores (BRASIL, 2006).

No que se refere à regionalização, Toni e Klarmann (2002), trazem algumas reflexões acerca de seu conceito. De acordo com os autores, a discussão tanto teórica quanto prática sobre este tema é clássica na economia e no planejamento regional, bem como no campo da gestão pública. Assim, esse debate aponta para três critérios que estruturam o conceito de regionalização, sejam eles: a polarização; a homogeneidade; e o planejamento.

Deste modo, a região homogênea é baseada na possibilidade de agregação territorial a partir de características uniformes, arbitrariamente específicas. Logo, os padrões de

comparação e de agregação podem estar baseados na estrutura produtiva existente, em fatores geográficos, na dinâmica do consumo interno ou na ocorrência de recursos naturais específicos e ainda, padrões edafoclimáticos ou topográficos. Regimes políticos ou culturais, entendidos como fatores não diretamente mercantis, também podem ser considerados neste contexto. Já a região polarizada assume a hipótese de polarização espacial a partir de um campo de forças que se estabelece entre unidades produtivas, centros urbanos ou aglomerações industriais. Logo, tal região será considerada heterogênea e funcionalmente estruturada, com fluxos de intensidade variada, normalmente convergidos para poucos polos. E por fim, a região de planejamento deriva da aplicação de critérios político administrativos instrumentalizados na atividade de planejamento. Neste sentido, diz respeito a uma intencionalidade da autoridade pública que garante uma compreensão do território a partir das necessidades de se executar serviços públicos específicos, bem como do exercício do poder regulatório do Estado ou, ainda, da focalização das políticas setoriais em determinada parte do território (TONI; KLARMANN, 2002).

Duarte et al., (2015) afirmam que, no tocante ao campo da saúde, compreender o processo da regionalização exige o esforço de estabelecer nexos entre dois campos do conhecimento, a saber: a epidemiologia e a geografia. Ademais, os elementos teóricos e conceituais da geografia foram mobilizados para dar sentido às formas de ordenamento que o sistema de saúde deveria assumir. Segundo Ramos (2014), a perspectiva geográfica tem sido incorporada nas pesquisas e debates realizados no campo da saúde através do conceito de espaço, entendido como um espaço histórico-construído, concebido pela Geografia Crítica. Neste contexto, Duarte et al., (2015) trazem que tanto no que se refere à organização dos serviços quanto à organização do espaço social, cuja a epidemiologia tentou operar no campo da saúde, os elementos teóricos e conceituais da geografia foram, de algum modo, mobilizados para incorporar sentido às formas de ordenamento que o sistema de saúde deveria assumir segundo seus protagonistas.

Para Gondim et al., (2008) o espaço é um conjunto de territórios e lugares onde fatos acontecem simultaneamente. Além disso cada fato é percebido com maior ou menor intensidade considerando a organização sócio-espacial, cultural, política e econômica de cada população que habita e produz cada lugar especificamente. O estabelecimento do conceito de formação sócio-espacial, quando derivado do conceito de formação socioeconômica é uma forte contribuição de Milton Santos. Para o autor, o modo de produção, formação socioeconômica e espaço são categorias interdependentes (SOUZA, 2000).

No Brasil, o conceito de espaço geográfico (socialmente organizado), no que se refere

aos estudos sobre saúde é amplamente disseminado pelo geógrafo Milton Santos. Logo, tal conceito acaba por ser incorporado nos debates da saúde, e o espaço passa a ser considerado como um processo e uma construção social (MONKEN et al., 2008). Na arena da saúde, a perspectiva geográfica tem sido vastamente utilizada desde estudos sobre padrões espaciais de morbimortalidade até as discussões a respeito das desigualdades de acesso e sistemas de assistência médica, desta forma, constituindo a denominada Geografia da Saúde (RAMOS, 2014). E ainda, o conceito de espaço trazido por tal disciplina, possibilita a análise da relação entre saúde e ambiente enquanto produto resultante de sua organização social, arquitetando diversos elementos que compõe a dinâmica das sociedades, tirando a atenção da investigação da doença, propriamente dita, redirecionando-a para a análise das condições de ocorrência da saúde (FARIA; BORTOLOZZI, 2009).

Santos (1988) refere-se ao espaço geográfico como um “conjunto indissociável de sistemas de objetos (fixos) e de ações (fluxos), as quais se apresentam como testemunhas de uma história escrita pelos processos do passado e do presente”. Neste contexto o autor identifica como categorias do espaço, os objetos criados pelos homens e os objetos naturais, bem como as ações quando refere-se aos movimentos, à circulação das pessoas, mercadorias e ideias. Desta maneira, o espaço quando organizado pelo homem desempenha um papel na sociedade, compartilhando do complexo processo de existência e reprodução social (CORRÊA, 2000).

Portanto, o objeto da ciência Geografia é a relação do homem com o meio (RAMOS, 2014). Para Monken (2003), a identificação e localização dos objetos, assim como seus usos, bem como sua importância para o fluxo da pessoas e matérias, são significativamente relevantes para que se possa conhecer a dinâmica social local, além de hábitos e costumes, viabilizando a determinação de vulnerabilidades de saúde, as quais são originadas por meio das interações dos grupos de pessoas em determinados espaços geográficos.

Importante ressaltar que a regionalização pode ser encontrada nas obras de Josué de Castro (1908-1973) as quais trazem fortes contribuições nas discussões que permeiam as pesquisas no campo da saúde, bem como no tocante ao método geográfico. Castro traça um panorama da fome, problema que acometia (acomete) milhares de pessoas nos mais variados espaços, quando subdivide o território nacional em áreas nominando as carências nutricionais espalhadas pelo Brasil na década de 1940. Segundo Andrade (1997) a análise dos sistemas alimentares é tomada como base, e assim Castro divide o espaço brasileiro em cinco áreas: Amazônia, Nordeste açucareiro, Sertão nordestino, Centro-Oeste e Sul. À época Castro lança

mão da expressão área para designar cada divisão da regionalização da fome no país, provavelmente por uma ausência conceitual dos próprios pesquisadores daquele tempo (PRESTES, 2011).

Alves (2008) salienta que no estudo fenomenológico na obra do médico e epidemiologista Josué de Castro o fenômeno da fome foi conceituada por meio do método geográfico, haja vista a temática ter sido analisada sob a perspectiva de um tratamento geográfico da questão. Neste contexto, aspirou conhecer a fome não somente sob a perspectiva de fatores biológicos, econômicos ou políticos, e sim inter-relacionando estes fatores, admitindo na Geografia uma capacidade analítica multifacetária e totalizadora sobre a fome (PRESTES, 2011). Assim, introduziu os conceitos de áreas alimentares, áreas de fome endêmica, área de fome epidêmica, área de subnutrição, mosaico alimentar brasileiro, e por conseguinte, o primeiro mapa da fome é traçado no Brasil (VASCONCELOS, 2008), e desta forma foi capaz de integrar conhecimentos geográficos e de saúde (FARIA; BORTOLOZZI, 2009).

Além disso, desenvolvia suas observações em diversas escalas, e detinha em suas preocupações o espaço local, regional, o nacional e o internacional (ANDRADE, 1997). Neste cenário, contrariando a teoria de Malthus que enfatiza os aspectos limitados da natureza, bem como a superpopulação como fontes causadoras da fome, Castro admite que as fontes naturais não são limitadas, e sim pouco exploradas (NETO; REZENDE s/d). Faria e Bortolozzi (2009) trazem que a temática sobre alimentação também foi objeto de estudo de Milton Santos. Assim, concluem os autores que Santos, influenciado por Castro, detinha em suas preocupações as aflições proporcionadas pela saúde pública, principalmente as relacionadas ao grande infortúnio da fome.

Ademais, o espaço pode ser concebido como lugar preferencial da reprodução da relações sociais de produção, e reprodução da sociedade. Logo, o conceito de formação espacial, habita na explicitação teórica de que uma sociedade só se torna concreta através do seu espaço, ou seja, do espaço que ela própria produz, por outro lado, o espaço somente será inteligível através da sociedade. Deste modo, é impossível falar de espaço e sociedade como coisas separadas, por isso é possível denominar de formação sócio espacial (CORRÊA, 2000).

Dentre tantos conceitos de espaço, a ideia de que este não faz referência aos limites de acesso, é considerada por Monken et al., (2008) extremamente relevante. Os autores trazem também que esta ideia não se faz presente no tocante ao território, pois os limites e as restrições de acesso das pessoas que não pertencem a determinado território são remetidas a ele, instantaneamente. Raffestin por sua vez, afirma existir diferença entre os termos espaço e

território. Para ele o espaço é anterior ao território, e se forma a partir do espaço, resultante de uma ação conduzida por um ator em qualquer nível, onde este, ao lançar mão de um espaço, seja de maneira concreta ou abstrata, territorializa este espaço. Por conseguinte, Corrêa (2000) afirma que o espaço, por meio da política transforma-se em território.

Faria e Bortolozzi (2009), trazem o território assimilado enquanto apropriação social (política, econômica e cultural). Por isso, ao entender o território enquanto apropriação social, atribuiu-se qualidade a este conceito, tanto no que se refere às escalas, quanto às funções que cada recorte territorial admite, considerando que território, era definido como área de atuação do Estado, ou seja, no que se refere aos poderes públicos (federal, estadual e municipal). Todavia, embora a palavra território nos remeta ao “território nacional” nos fazendo pensar no Estado, ele também poderá ser compreendido à escala nacional mas jamais deverá ser reduzido a esta escala ou ainda reduzido à associação com a imagem do Estado (SOUZA, 2000).

Tal autor entende o território como o espaço definido e delimitado a partir das relações de poder. Faria e Bortolozzi (2009) complementam ao dizerem que sob a perspectiva do território, enquanto apropriação social, essa categoria ganha dinamicidade a partir de jogos conflituosos de poder, próprios das relações sociais. No que se refere ao poder, Boas (2015) traz as contribuições do autor Raffestin, que considera o poder político existente em toda forma de organização e não unicamente no Estado, contrapondo-se ao pensamento de Ratzel (geógrafo alemão) que concebe o poder territorial hierarquizado e exclusivamente centrado no Estado, negando o poder do povo.

Para Raffestin (geógrafo francês) as relações de poder não ocorrem de maneira externa a outras relações, sejam elas sociais ou econômicas, e sim, ocorrem de maneira intrínseca a elas, atribuindo ao poder uma multidimensionalidade. Corroborando com os autores, para Gondim et al., (2008), o território é também um espaço, singularizado, portador de limites político administrativa ou limites de ações de grupos sociais específicos, é homogêneo, de modo que sua identidade está intimamente ligada a história de sua construção, e sobretudo, é portador de poder. Assim, nele se exercitam e se constroem os poderes de atuação do Estado, das agências, e evidentemente de seus cidadãos.

Para, Monken et al., (2008) o conceito de território tem sido amplamente utilizado, não somente no que se refere ao campo da Geografia, mas em outras disciplinas como por exemplo a Antropologia, Sociologia, Ecologia e Ciência Política. Ademais, ciências como a Economia e a Epidemiologia foram influenciadas pelos trabalhos de Milton Santos, haja vista

suas pesquisas terem viabilizado uma revisão epistemológica dos conceitos de espaço e território, considerando que o objeto da ciência geográfica é preocupação em seus estudos (FARIA; BORTOLOZZI, 2009).

Corroborando com os autores, Ramos (2014) afirma que a contribuição espacial da Geografia tem sido utilizada nas reflexões teóricas e na produção de trabalhos empíricos em diversas áreas de investigação, exemplificando com a área da saúde. Ressalta-se que a procura por uma abordagem territorial em saúde, possível de contemplar olhares diversificados, é necessária em escala urbana, haja vista a complexidade deste cenário. Desta forma, os territórios e a territorialidade são produzidas por meio de intensas relações sociais, conflitos e fluxos (FARIA; BORTOLOZZI, 2009).

A concepção de território se tornou um princípio organizador dos processos de trabalho na política de Atenção Básica e na conjuntura de consolidação do SUS. Tal política tem como desafio construir práticas de cuidado traçadas por uma lógica territorial, transpondo ações de saúde mais próximas do universo do usuário, bem como de seus modos de vida (LEMKE; SILVA, 2010). Para Monken et al., (2008), vai dos limites entre os povos às fronteiras do corpo e do afeto entre as pessoas, isto é, a concepção de território vai do político para o cultural. Assim, tal abordagem abre possibilidades para as análises em saúde, sobretudo no que tange a AB, bem como para o processo saúde-doença, particularmente em espaços considerados comunitários. Outrossim, a população específica, com problemas de saúde definidos, e que vivem tanto em tempo quanto espaços determinados, é característica do território.

Neste cenário é possível verificar a interação da população com os serviços de saúde, em nível local, pois a população interage com os gestores das unidades prestadoras dos serviços de saúde (MENDES, 1993). Desta maneira, reconhecer este território é condição fundamental para a viabilização da caracterização da população e dos problemas de saúde que as afligem, além de favorecer a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde da população. Ademais, este reconhecimento proporcionará o desenvolvimento de vínculo entre os serviços e a população diante práticas de saúde orientadas por categorias de análise de ordem geográfica (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Complementa-se ao dizer que a territorialização é considerada uma das premissas básicas do trabalho no Programa de Saúde da Família (PSF). Tal programa, proposto em 1994, teve como estratégia a reorientação do modelo assistencial, ancorado no trabalho de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Logo, a tarefa da territorialização admite, neste contexto, no mínimo três diferentes e complementares sentidos. Sentido de

demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; sentido de reconhecimento do ambiente, da população e dinâmica social existentes nas áreas específicas; e por fim, o sentido do estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes, e verticais com centros de referência (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Assim, para uma prática territorial em saúde, é necessária nitidez no que se refere a categoria território, haja vista propiciar informações para identificação de áreas para implementação de ações práticas em saúde, além de compreender quando e quais práticas podem ser assimiladas numa análise territorial (FARIA; BORTOLOZZI, 2009). Além disto, é estrategicamente importante no que se refere as políticas públicas na consolidação de ações que buscam o enfrentamento de problemas e necessidades da população que o habita e o produz socialmente (GONDIM et al., 2008).

Retomando a regionalização, para Guimarães (2006), este processo deve ser dividido em dois movimentos: regionalização dos serviços, o qual tenta organizar os serviços como forma de torná-los mais eficientes e eficazes, e o processo de regionalização que trata da criação de **regiões de saúde** a partir das características epidemiológicas de determinada população vivendo em determinado espaço e tempo. Logo, este espaço apresentará, além de uma extensão geométrica, um perfil demográfico, epidemiológico, tecnológico, político, social e cultural, sendo desta forma, caracterizado como um território em permanente construção (MENDES, 1993). Desta maneira, recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico, no que se refere ao sistema brasileiro, são compreendidos como Regiões de Saúde (BRASIL, 2006).

2.1.2 Regiões de Saúde

Este espaço é contínuo e identificado pelos gestores de saúde municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, além de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados no território (BRASIL, 2006). Quanto as redes como parte do território, Monken et al., (2008), trazem as redes sociais, as quais, sob suas concepções, formam territórios afetivos ou solidários. Assim, assumem importância maior na vida das pessoas quando comparadas as redes técnicas, haja vista suprirem carências conjunturais ou retificar as estruturais, tornando-se forma de apropriação do território. Por conseguinte, ao se estabelecerem em comunidades, tornam-se fatores de promoção de saúde e de criação de ambientes saudáveis.

De acordo com o Decreto nº 7.508/2011, as Regiões de Saúde deverão ser instituídas pelo Estado. Ademais, deverá estar articulado com municípios, respeitando as diretrizes pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) Para Gondim, Monken et al., (2008) a municipalização dos serviços de saúde, estabelecida como diretriz operacional do sistema de saúde, porta consigo a noção de território e a necessidade de se delimitar, para cada sistema local de saúde, uma base territorial de abrangência populacional. Traz a premissa de implantação de novas práticas em saúde, que sejam capazes de responder com equidade, resolutividade e integralidade de ações, às necessidades e problemas de saúde de cada área demarcada.

Segundo os autores, desta forma, a articulação entre a regionalização e a municipalização, levando-se em conta os serviços de saúde encontrados no município como os principais responsáveis pelo atendimento populacional, dar-se-á por meio de movimentação simultânea de descentralização e centralização de ações. Salienta-se que o processo de descentralização/ organização do SUS foi impulsionado pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS de 2002), que preconizava ampliar as atribuições do município na AB além de estabelecer a regionalização como uma tática de hierarquização dos serviços de saúde (GUIMARÃES et al., 2012).

No Estado do Rio Grande do Sul a regionalização implica descentralizar o poder, recursos financeiros, gerenciamento e controle das ações e serviços. Destarte, é um movimento que não envolve áreas isoladas, e sim o sistema como um todo, deste modo servindo de modelo de organização e também de gestão. Todavia, a regionalização da saúde no Estado tem se apresentado como um contínuo desafio. Exige, desta maneira, novas formas de articulação entre gestores e de organização do controle social. Assim, implica promover a gestão solidária entre as esferas de governo, vencendo a inclinação ao particularismo e individualismo (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

Além disto, o processo de regionalização no RS impõe que gestores debatam sobre a construção de condições de acesso aos serviços de saúde, objetivando contemplar a integralidade, universalidade e equidade, consolidando, na prática os princípios que fundamentam o SUS (GUIMARÃES et al., 2013). Logo, descentralização e a regionalização da atenção à saúde têm como objetivo a garantia de atenção necessária, suficientemente qualificada, por todo o Estado. Ressalta-se que a descentralização da gestão, regionalização da atenção, a integralidade da atenção, o fortalecimento das instâncias de participação e controle social e a formação em saúde pública para o SUS, foram eleitos como os cinco eixos prioritários no intuito de efetivar o SUS no RS (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

Localizado no Sul brasileiro, o Rio Grande do Sul, possui uma área territorial de 282.674 Km² sendo constituído por 497 municípios, na sua maioria pequenos, dentre os quais, no ano de 2001, 45,7% detinham uma população abaixo de 5.000 habitantes (RIO GRANDE DO SUL, 2002). O Estado gaúcho conta com 30 Regiões de Saúde, as quais são consideradas as bases para o planejamento em saúde, e a divisão administrativa na área da saúde é representada por 19 coordenadorias regionais. No que se refere às Coordenadorias Regionais de Saúde-CRS (antigas Delegacias Regionais de Saúde) são responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços locais e regionais de saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2016). São compostas por equipes regionais que atuam colaborando tecnicamente, financeiramente e organizacionalmente com os gestores municipais e com os prestadores de serviços, com o intuito de organizar os sistemas locais e regionais de saúde.

Dentre suas principais atribuições encontram-se a coordenação do Sistema de Saúde em âmbito regional; participação e assessoramento de instância colegiadas gestoras do Sistema de Saúde em âmbito regional; promoção de desenvolvimento de recursos humanos, considerando as necessidades loco-regionais; participação da formulação de programas, bem como projetos e atividades de saúde; além de participação na programação orçamentária anual da Secretaria de Saúde (SANTOS, 2010).

Ademais, a saúde foi regionalizada em sete macrorregiões, a saber: Centro-Oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Serra, Sul e Vales (RIO GRANDE DO SUL, 2002). De acordo com Santos (2010), no RS as macrorregiões tornam-se um dos diferenciais em saúde nos atendimentos realizados nos serviços de atenção. E ainda, cada macrorregião possui uma ou mais Universidades, atribuindo qualificação na formação de profissionais no campo da saúde, no que tange a formação e organização da saúde pública no Estado.

Outrossim, tais macrorregiões objetivam garantir uma organização para ações de proteção, apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar, além de comportarem hospitais de referência macrorregional, com capacidade de atender os casos mais complexos (RIO GRANDE DO SUL, 2016). Por fim, destaca-se que a macrorregião de saúde Centro-Oeste comporta a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, englobando as Regiões de Saúde Verdes Campos e a Região de Saúde Entre Rios, cenário de pesquisa deste trabalho. Ademais, tem-se que as Regiões de Saúde são referência para transferências de recursos entre os entes federativos, todavia para que sejam instituídas pelo Estado, faz necessário que estas contenham no mínimo, entre outros serviços e ações, aqueles que se referem a Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2011). Deste modo, discorreremos a seguir sobre Atenção Primária à Saúde.

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Em vários países, desde a década de 1990, a APS tem sido considerada como um modelo, que visa proporcionar um acesso mais efetivo e maior ao sistema de saúde, o qual procura reverter o enfoque curativista, individual e hospitalar, tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde nacionais, com vistas em um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático (FAUSTO; MATTA, 2007).

A utilização do termo Atenção Primária à Saúde expressa usualmente a percepção de uma atenção ambulatorial não especializada ofertada através de unidades de saúde de um sistema, caracterizada pelo desenvolvimento de um conjunto amplamente diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, o que inclui, em muitos países, como no Brasil, as atividades de saúde pública. Tais unidades são entendidas como espaços onde acontece ou deveria acontecer o primeiro contato dos pacientes com o sistema e, por conseguinte, com capacidade para a resolução de grande parte dos problemas de saúde por eles apresentados (LAVRAS, 2011).

Neste cenário, o Relatório Dawson, elaborado pelo MS do Reino Unido em 1920, é considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de APS em uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade (centros de saúde primária, centros de saúde secundários e hospitais escolas) e sob uma base geográfica definida. As concepções desse documento influenciaram a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, que por sua vez passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (STARFIELD, 2002; LAVRAS, 2011).

Outro importante marco no que concerne aos cuidados primários em saúde é a Declaração de Alma-Ata, na atual cidade do Cazaquistão, a qual sediou a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Este documento define os cuidados primários à saúde: “como cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os

cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (OMS, 1978, p. 1-2).

Esta conferência foi um acontecimento importante para estimular os países na construção de sistemas de saúde orientados pela APS, no entanto, ainda são poucos os que têm seus sistemas orientados para este modelo de atenção em saúde (STARFIELD, 2002). A autora compreende a Atenção Primária como o nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada neste sistema para todas as novas necessidades e problemas, ofertando atenção para todas as condições (exceto as raras ou incomuns) no decorrer do tempo, e coordenando e integrando atenção fornecida como um conjunto de funções que, quando combinadas fazem parte estritamente da atenção primária.

No Brasil, no decorrer do último século, surgiram diversos movimentos para reestruturação do sistema de saúde, bem como, tentativas de organização da APS. O marco histórico foi o movimento da reforma sanitária, que se consolidou na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, onde foram lançados os princípios da Reforma Sanitária, discutindo-se um novo modelo de saúde para o Brasil, cujas propostas foram defendidas na Assembleia Nacional Constituinte (BRASIL, 2011b).

Em 1988, a Constituição Federal brasileira reconheceu a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado e estabeleceu a base para a criação do SUS, que se fundamenta nos princípios da universalidade, integralidade e participação social. Esse reconhecimento constitucional do direito à saúde só foi possível após longa luta política e graças à atuação do Movimento pela Reforma Sanitária (PAIM et al., 2011).

No Brasil, a APS está organizada em conformidade com os princípios do SUS. A implementação do PSF se deu em 1994 pelo Governo Federal como política de atenção primária no Brasil. A partir de 1996, o MS começou a romper com o conceito de programa reforçando a ideia de ESF por reconhecê-la na reorientação da APS no Brasil (CORBO; MOROSINI, 2005). Para organização deste nível de atenção, nos últimos anos, a ESF tem sido adotada no país como política prioritária nas três esferas do SUS, com o propósito de priorizar a implementação de intervenções de promoção da saúde e prevenção de agravos. Para poder transformar as bases do modelo assistencial, definido como combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma população específica e que expressam necessidades sociais de saúde historicamente definidas (MOURA et al., 2010).

Diante do exposto, se considera que o objetivo geral da ESF seja o de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da AB, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas UBS, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. Deste modo, a equipe da ESF precisa conhecer a realidade da população sob sua responsabilidade: os contextos familiares e a vida comunitária, desenvolvendo um processo de planejamento pactuado em cada uma de suas fases: na programação, na execução e na avaliação (BRASIL, 2000).

2.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

No que se refere a avaliação Contandriopoulos et al., (1997) consideram-na “tão velha quanto o mundo”, além de julgarem-na banal e repleta de contornos vagos, a qual agrupa realidades distintas e múltiplas, todavia consideram-na inerente ao processo de aprendizagem.

Corroborando com os autores, Thiebaut et al., (2011) acreditam ser a avaliação inerente à atividade do ser humano. Assim, esta constitui o modo de pensar do homem, fazendo com que se construa uma representação do real. Deste 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.

Para Contandriopoulos (2006), avaliar pode ser definido como uma atividade que consiste 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, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamentos diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Portanto a construção do julgamento deve se encontrar no centro da elaboração e do conhecimento avaliativo, isto é, a posição do avaliador e a construção do conhecimento devem ser consideradas como elementos centrais no que se refere às práticas avaliativas (THIEBAUT et al., 2011).

Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). Quanto à intervenção, esta pode passar pelos dois tipos de avaliação, ou seja, é possível buscar estudar cada um dos componentes da intervenção, no que diz respeito a normas e critérios, bem como é possível examinar por um procedimento científico, as diferentes relações que existem entre os diversos componentes de uma intervenção (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Quanto à área da saúde, sempre existiram dispositivos de avaliação tanto da prática médica quanto da qualidade dos serviços de saúde, caracterizados pela formação tanto da opinião pública quanto dos conselhos corporativos. No ano de 1910 foi publicado o relatório Flexner, sendo então considerado a primeira sistematização de um mecanismo de avaliação ensino/prática médica, o qual atenta para a necessidade de controle da profissão. Posteriormente, seguindo a mesma linha e as mesmas determinações de Flexner, em 1916 emerge outro estudo sobre avaliação dos serviços de saúde realizado por Codman (REIS et al., 1990).

O conceito de avaliação dos programas públicos surgiu posteriormente a Segunda Guerra Mundial. Naquele momento o Estado, que substituíra o mercado, começava a desempenhar papéis, nas áreas de educação, áreas sociais e de saúde, de modo que deveria encontrar meios para que as atribuições dos recursos fossem realmente eficazes. Desta maneira, a avaliação pode ser considerada como uma consequência do papel desempenhado pelo Estado no pós-guerra (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Pela necessidade de avaliação das políticas públicas implementadas com o intuito de equacionar os problemas sociais na época, o período da Grande Depressão nos Estados Unidos até o período que sucedeu a Segunda Guerra são considerados como marco histórico no que diz respeito à avaliação formal (CUBA; LINCON, 2011).

Métodos para analisar tanto as vantagens quanto os custos destes programas públicos, foram desenvolvidos por economistas, com isso, estes profissionais são considerados os pioneiros da avaliação. Todavia, estas abordagens metodológicas mostraram-se insuficientes, sobretudo no tocante aos programas sociais e à educação. Desta maneira a avaliação tornou-se profissionalizada, adotando-se uma perspectiva interdisciplinar (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Tanaka e Melo (2000) acreditam que a avaliação se transformará em um campo de trabalho propício para a aplicação transdisciplinar dos conhecimentos existentes em áreas como a de Epidemiologia, Administração, Estatística e Ciências Sociais. Haja vista, exigir a utilização de conceitos e técnicas abrangentes e mais adequadas ao que será avaliado e não a adoção de modelos pré-estabelecidos e rígidos, para alcançar seus objetivos.

Com a expansão do campo da avaliação surgem vertentes diferentes e tendências norteadoras de saberes e práticas, as quais Cuba e Lincon (2011) identificam em quatro gerações. A primeira (1910-1930) enfatiza a construção e a aplicação de instrumentos de medidas, com o objetivo de avaliar os beneficiários de uma intervenção; a segunda (1930-

1967) centralizada na descrição da intervenção marca o aparecimento da avaliação de programas; a terceira (1967-1980) embasada no julgamento de mérito, bem como do valor de uma intervenção para auxiliar no processo de decisões; e a quarta geração (1980-atual) reporta-se à negociação que ocorre entre os atores interessados e envolvidos na avaliação. Essas gerações não são excludentes, e sim complementares, pois se considera a necessidade de uso das referidas gerações (etapas) em diferentes processos avaliativos. Nas últimas décadas a avaliação tem sofrido muitas evoluções teóricas, metodológicas e práticas, e sua conceituação tem sido muito influenciada pela evolução, pelos debates e pela ruptura paradigmática que abalaram as ciências sociais. Deste modo, vários modelos surgiram abordando a avaliação de diferentes ângulos (THIEBAUT et al., 2011).

Em qualquer nível do sistema de saúde, considera-se a avaliação em saúde como parte fundamental para o processo de tomada de decisão no intuito de melhorar a qualidade dos serviços prestados à população (SARTI et al., 2008). Corroborando com os autores Tanaka e Tamaki (2012) definem como papel fundamental da avaliação, àquele de fornecer elementos de conhecimento que possam subsidiar a tomada de decisão, desta forma, propiciarão o aumento da eficiência, eficácia e efetividade das atividades desenvolvidas pelo serviço ou organização.

Nos últimos anos a avaliação em saúde, tem se configurado como um importante instrumento para o planejamento e a gestão de sistemas e de serviços de saúde. Não só no sentido de aferir a efetividade de intervenções, e o uso eficiente dos recursos disponíveis, bem como satisfazer o conjunto da população usuária do sistema, e não apenas os agentes formuladores de políticas (SANCHO; DAIN, 2012).

Para Tanaka e Melo (2000) a avaliação é uma função de gestão destinada a auxiliar o processo de decisão visando torná-lo o mais racional e efetivo possível, haja vista, o alto custo da atenção à saúde, seja por sua cobertura ou complexidade, o que tem exigido dos gestores decisões que beneficiem maior número de usuários e que consigam resultados mais equitativos com os mesmos recursos disponíveis. As decisões que garantam menores custos mantendo a qualidade são complexas, porque o sistema de saúde apresenta diversas perspectivas em constante movimento e influenciáveis entre si, tais como a relação entre problemas de saúde e as ações necessárias para resolvê-los, o acelerado desenvolvimento tecnológico, bem como as mudanças demográficas e epidemiológicas da população.

Assim, a avaliação em saúde tornou-se uma ferramenta fundamental para gerar informações sobre a eficácia, eficiência, funcionamento e custo-benefício do sistema de saúde, apresentando grande prestígio em diversos países, inúmeros programas de formação, debates

e estudos na área. Este desenvolvimento da avaliação expõe sua necessidade para a gestão em saúde, como também sua complexidade (CONTANDRIOPOULOS, et al., 1997). Neste sentido Damaceno (2016) traz a importância do processo avaliativo, sobretudo no campo da saúde. Haja vista, este cenário exigir respostas frente a complexidade do processo saúde-doença que envolve as populações nos territórios de atenção primária. Contudo, ressalta os inúmeros desafios conceituais e metodológicos presentes no momento da avaliação, pois usuários, representantes da população, profissionais de saúde e gestores têm objetivos, bem como percepções distintas no que se refere aos serviços de Atenção Primária à Saúde.

2.3.1 Avaliação na Atenção Primária à Saúde

Deste modo, quando nos inserimos no cenário compreendido pela APS a avaliação deve assumir um caráter de suporte ao processo decisório na gestão do sistema e na prestação de serviços de saúde, auxiliando na identificação de estrangulamentos nos processos dos serviços instalados, verificando a eficiência e a efetividade das práticas assistenciais e mensurando os impactos advindos das ações do sistema de saúde na situação sanitária da população (SARTI, et al., 2008). Logo, torna-se essencial pois permite que se façam alterações/correções além de melhorias nos processos objetivando os melhores resultados (DONABEDIAN, 1978).

Avedis Donabedian, pediatra armênio radicado nos Estados Unidos, foi pioneiro no setor saúde, sendo o primeiro autor que se dedicou de maneira sistemática a estudar e publicar sobre qualidade em saúde. Este autor incorporou da teoria de sistemas a noção de indicadores de *estrutura, processo e resultado* adaptando-os ao atendimento hospitalar, abordagens que se tornaram um clássico nos estudos de qualidade em saúde (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006). No que se refere à qualidade, tal substantivo tem um amplo significado e, por essa razão possibilita inúmeras interpretações. Para uns, representa a busca da satisfação do cliente. Para outros, a busca da excelência para todas as atividades de um processo (SILVA et al., 2015). A avaliação qualitativa do cuidado médico poderia ser dar em três componentes, a saber: estrutura, processo e resultado, sendo estes considerados a tríade fundamental para a compreensão da avaliação em saúde (REIS; SANTOS; CAMPOS, 1990).

O componente Estrutura corresponde às características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial, abrangendo a área física, recursos humanos (número, tipo, distribuição e qualificação), recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e

instrumentos normativos técnico-administrativos, apoio político e condições organizacionais. O componente Processo corresponde à prestação da assistência segundo padrões técnico-científicos, estabelecidos e aceitos na comunidade científica sobre determinado assunto e, a utilização dos recursos nos seus aspectos quanti-qualitativos. Inclui o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos, diagnóstico e os cuidados prestados. O componente Resultado corresponde às consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelo profissional em termos de mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes, considerando também as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário e do trabalhador ligada ao recebimento e prestação dos cuidados, respectivamente (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

2.4 PCATool - BRASIL

Baseado na tríade supracitada, Barbara Starfield juntamente com colaboradores, criaram o instrumento de avaliação PCATool (*Primary Care Assessment Tool*) com o intuito de medir a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS (BRASIL, 2010a). A idealizadora do instrumento define APS como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizando-se principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais (HARZHEIM, et al., 2006).

O PCATool está fundamentado na combinação de elementos, tanto de estrutura quanto de processo, de forma a se obter escores possibilitando estabelecer o grau de orientação à APS, viabilizando a comparação de serviços, o estabelecimento de metas a serem cumpridas, e conseqüentemente, a associação entre a presença dos atributos e a efetividade da atenção, tanto em nível individual quanto coletivo (BRASIL, 2010a; HARZHEIM et al., 2013). Neste sentido, é considerada como a melhor ferramenta para gestores e pesquisadores para a avaliação da qualidade da APS (STEIN, 2013).

Os resultados advindos da aplicação de um instrumento de pesquisa que visa avaliar a APS devem dar subsídios para a criação de novas propostas que possam contribuir para a Saúde da Família (SF). Nesta conjuntura, após a análise de cinco instrumentos validados para avaliar a ESF brasileira, o instrumento que mais se aproxima da proposta da ESF conforme propõe a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é o PCATool, (FRACOLLI et al., 2014) o que justifica a utilização do referido instrumento no estudo ora apresentado.

Quanto aos atributos da APS, são conceituados como essenciais e derivados: Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; Longitudinalidade; Integralidade e Coordenação do cuidado pertencem ao grupo dos essenciais; e Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar); Orientação comunitária e competência cultural são considerados como atributos derivados (BRASIL, 2010a).

No presente estudo, salienta-se que será utilizado somente o instrumento em sua versão profissionais, direcionado a todas as faixas etárias, com objetivo de avaliar o atributo integralidade, haja vista estes atributos poderem ser avaliados de maneira separada, embora se apresentem intimamente inter-relacionados na prática clínica (BRASIL, 2010a). Ressalta-se que um serviço de atenção básica dirigido à população geral pode ser considerado provedor de atenção primária quando apresentar os quatro atributos essenciais, aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados (HARZHEIM et al., 2006).

2.4.1 Atributos Essenciais

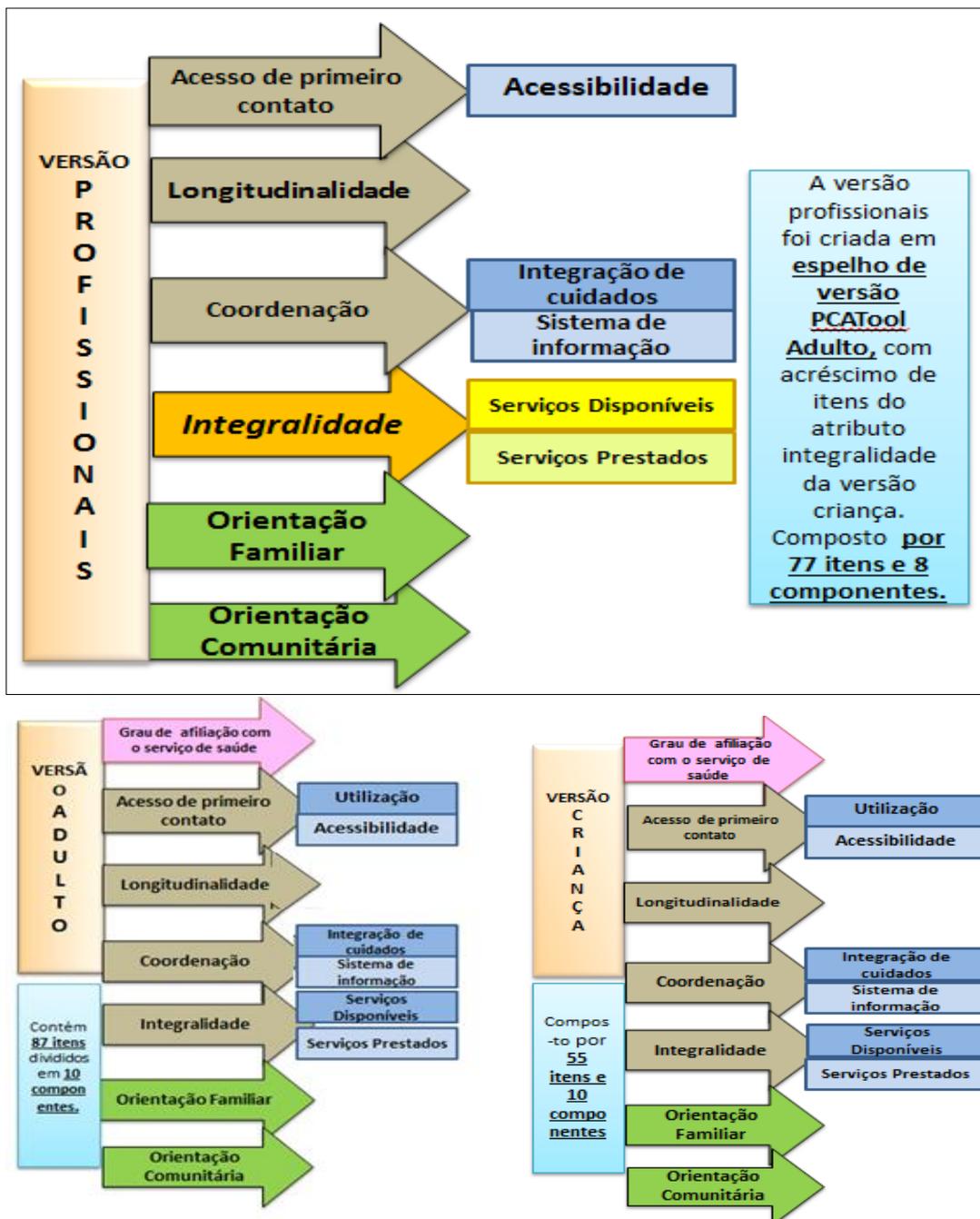
- Atenção de primeiro contato: implica em acessibilidade e utilização dos serviços para cada novo problema ou para acompanhamento rotineiro de saúde.
- Longitudinalidade: constitui-se na existência de um aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo em um ambiente de relação mútua entre equipe de saúde, indivíduos e famílias.
- **Integralidade:** consiste na prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização por outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento dos problemas locais, oferecendo e garantindo os diversos serviços preventivos e curativos. Na versão profissional o atributo essencial integralidade é composto por 22 itens que se referem aos serviços disponíveis e 15 itens direcionados aos serviços prestados (ANEXO A).
- Coordenação da atenção: é a capacidade de garantir a continuidade da atenção no interior da rede de serviços.

2.4.2 Atributos Derivados

- Centralização familiar: implica em considerar a família como sujeito da atenção.
- Competência cultural: adaptação da equipe e profissionais de saúde às características culturais especiais da população, facilitando a relação e a comunicação com a mesma.
- Orientação comunitária: é o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem as pessoas.

Cada atributo essencial identificado no instrumento PCATool-Brasil é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção. Ressalta-se que quanto aos itens que fazem parte do componente grau de afiliação, estes visam identificar o serviço ou o profissional de saúde que serve como referência para os cuidados do adulto/cuidador (criança) entrevistado (BRASIL, 2010a) e por isso não faz parte do instrumento na versão profissional. A seguir será apresentada a descrição do PCATool-Brasil, nas versões profissionais, adulto e criança (Figura 1).

Figura 1 - Descrição do instrumento PCATool-Brasil versões profissionais, adulto e criança.



Fonte: Elaborado pelo autor.

2.5 INTEGRALIDADE

Retomando o conceito anteriormente descrito estabelecido por Starfield (2002) este atributo consiste na prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, Em âmbito brasileiro, estas ações e

serviços de saúde são regulamentadas em todo território nacional pela lei 8080/1990. Tal lei, dispõe sobre a saúde, trazendo-a como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Desta forma, as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos conforme as diretrizes previstas na Constituição Federal obedecendo os princípios deste sistema, dentre os quais encontra-se o princípio da Integralidade, juntamente com a participação da comunidade e a descentralização (BRASIL, 2011a).

Todavia (embora) o termo integralidade seja utilizado com o intuito de designar um dos princípios norteadores do SUS, o termo vai além, pois expressa um dos símbolos de luta do chamado movimento sanitário (MATTOS, 2004). De acordo com Cecílio (2009), a integralidade, juntamente com a equidade e a universalidade constituem um tríplice conceito, capaz de traduzir o ideário da Reforma Sanitária. O autor acredita que a integralidade e a equidade vão além do acesso a determinados serviços, e assim nos direcionam ao campo das micropolíticas¹ de saúde e suas articulações, fluxos, bem como circuitos que configuram uma macro política de saúde, ou seja, o sistema de saúde.

Tal princípio reconhece na prática dos serviços prestados que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade, que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível não podendo ser compartimentalizada, e que as unidades prestadoras de serviços, com seus mais diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral (BRASIL, 1990b).

De acordo com Mattos (2001), a Integralidade como princípio constitucional faz parte de uma imagem-objeto utilizada para indicar a direção do sistema, desta forma busca articular demandas com as ofertas de ações e serviços. Para o autor tal princípio reveste-se de sentido quando lança mão da formulação de políticas públicas de saúde, da organização dos serviços e dos atributos das práticas que buscam sua operacionalização no cotidiano dos serviços de saúde.

Assim, quando nos remetemos a doenças específicas uma das marcas das políticas de enfrentamento destas doenças, quando pautadas pela integralidade contempla tanto as dimensões assistências quanto as preventivas. Garantem desta forma, o direito aos portadores de doenças específicas, às ações assistenciais das quais têm necessidade, bem como o direito

¹ Para Feuerwerker (2014) é entendida como processo de produção de subjetividade a partir das relações de poder, como processo decisivo para se pensar a gestão, a produção do cuidado e a formação na área da saúde.

daqueles não-portadores de se beneficiarem com ações preventivas. Haja vista, um dos significados da integralidade se referir à articulação entre as ações preventivas e assistenciais. Todavia, as necessidades assistências, não devem se reduzir apenas as necessidades de diminuir a letalidade ou a incidência de complicações. Englobam, sobretudo, as necessidades de se oferecer uma resposta ao sofrimento experimentado pelo paciente (MATTOS, 2007).

Quando nos referimos a atenção primária Starfield (2002) atribui a este princípio, à exigência de que reconheça adequadamente a mais completa variedade de necessidades relacionadas à saúde do paciente, disponibilizando recursos para atendê-los. Assim, as unidades de atenção primária comprometem-se em fazer arranjos para que o usuário possa receber todos os tipos de serviços da atenção à saúde, ainda que alguns não sejam oferecidos dentro dela. Desta forma estarão incluídos encaminhamentos para serviços secundários para consultas, serviços terciários de suporte fundamental, como internação domiciliar, e ainda alguns serviços comunitários.

Weiller (2008) complementa ao trazer 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.

Mas, para que a integralidade da atenção seja completamente alcançada, deve ser trabalhada sob várias dimensões. Numa primeira dimensão, deve ser originada do esforço e convergência de muitos dos saberes de uma equipe multiprofissional, nos serviços de saúde. Logo, quando estes saberes se encontram, é necessário prevalecer o compromisso, bem como a preocupação de se fazer a melhor escuta das necessidades de saúde portadas por aqueles que buscam o serviço, instigando a equipe a desenvolver uma sensibilidade, além de um preparo para decodificar tais necessidades dos usuários (CECÍLIO, 2009). Os beneficiários de ações de saúde têm sempre um amplo conjunto de necessidades dos serviços de saúde, assim uma escuta ampliada das necessidades de serviços de saúde é uma das características das práticas de saúde pautadas na integralidade (MATTOS, 2007).

Necessidades complexas que devem ser acolhidas em sua expressão individual, promovem um melhor atendimento. Salienta-se que necessidades diferem de demandas. A demanda é o pedido explícito de necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem, por exemplo, podem ser consultas médicas, consumo de medicamentos, realização de exames,

ou seja, aquelas tradicionalmente percebidas pelos usuários (CECÍLIO, 2009). Logo, o que caracteriza tal princípio é sem dúvidas a apreensão ampliada das necessidades dos indivíduos, mas principalmente a/uma habilidade de reconhecer a adequação de nossas ofertas ao contexto específico da situação no qual se dá o encontro com a equipe de saúde. E ainda, deve ser exercido por meio de um olhar atento, capaz de apreender as necessidades de ações no campo da saúde, no contexto específico de determinada situação (MATTOS, 2004).

Porém, a integralidade nunca encontrará sua plenitude em qualquer serviço de forma singular, haja vista os serviços não serem capazes de atender todas as necessidades dos indivíduos. Logo, a integralidade pensada em rede, pode ser considerada uma outra dimensão para que tal princípio atinja sua plenitude (CECÍLIO, 2009). Quanto às redes de atenção à saúde, são entendidas como diferentes arranjos organizativos tanto de ações quanto de serviços de saúde, em diversas densidades tecnológicas, quando integradas por meio de apoio técnico, logístico e de gestão, almejando garantir a integralidade do cuidado. Objetiva promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, com relação ao acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, bem como como eficácia econômica (BRASIL, 2010b).

Assim, a integralidade da atenção como fruto de uma articulação de cada serviço, desde equipes de ESF até ambulatórios, hospitais e centros especializados nos conduz a pensar neste princípio de forma macro, uma integralidade mais ampliada que se realiza em uma rede de serviços de saúde (CECÍLIO, 2009). Para Hartz e Contandriopoulos (2004) o conceito de integralidade remete ao conceito de integração de serviços por meio de redes assistenciais. Reconhece a interdependência dos atores e organizações, na medida em que constata a não disposição da totalidade dos recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Para Silva (2011) as redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde disponibilizam condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade da atenção, além de reduzirem custos dos serviços, haja vista conferirem uma maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos. Neste sentido Starfield (2002) coloca a APS como agente para prestação de serviços para aquelas necessidades que devem ser atendidas em outros lugares.

Diante o exposto, destaca-se que o princípio da Integralidade mostra-se fortalecido na agenda do SUS com a publicação do Pacto pela Saúde em 2006. Tal pacto aprovado e regulamentado pelas portaria ministeriais nº 399 e 699 traz a Regionalização como um eixo estruturante do Pacto de Gestão, onde deve orientar a descentralização das ações e serviços de

saúde e os processos de negociação e pactuação entre gestores. Ressalta-se que a integralidade na atenção à saúde faz parte de um dos objetivos deste eixo, no sentido de ampliar o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 2006).

3 DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, observacional, descritivo, transversal. Segundo Gil (2008) a pesquisa quantitativa permite que os dados da pesquisa sejam quantificados, haja vista as amostras serem grandes, e consideradas representativas da população. Os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa, e assim quantificado. Tais estudos tendem a enfatizar o raciocínio lógico dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana.

Observacional, pois de acordo com Pereira (2002) neste tipo de estudo as informações científicas serão geradas por observação, isto é, investigam-se situações que ocorrem naturalmente, sem intervenções. Quanto à classificação é considerado descritivo, haja vista não haver grupo controle, assim objetiva descrever somente o que está ocorrendo na população, constituindo uma obra de reconhecimento preliminar sobre a situação, como é o caso dos diagnósticos coletivos de saúde.

Por fim, estudo transversal considerando que as observações e mensurações das variáveis de interesse são feitas simultaneamente, constituindo uma “radiografia estática” do que ocorre em um determinado momento, assim, este momento é definido pelo pesquisador, que escolhe a época em que ocorrerá a coleta de dados. Baixo custo e número reduzido de perdas podem ser considerados vantagens deste modelo. Pode ser utilizada a nomenclatura Seccional para este tipo de estudo, por considera-la mais abrangente, sendo uma estratégia da epidemiologia caracterizada pela observação de um determinado número de indivíduos em uma única oportunidade. Assim, relaciona o estudo transversal/seccional com a temporalidade, isto é, com a época da coleta de dados do estudo.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DE PESQUISA E DA POPULAÇÃO

3.2.1 Cenário de Pesquisa

O cenário de pesquisa foi constituído pelos serviços de APS dos municípios pertencentes à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (4º CRS/RS), a qual está localizada na região central (macrorregião Centro-Oeste) do Estado.

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

Municípios da Região de Saúde Verdes Campos	UBS	ESF	Municípios da Região de Saúde Entre Rios.	UBS	ESF
02 Itaara	01	-	01 Nova Esperança	-	01
03 Ivorá	-	01	Jari	-	04
04 Nova Palma	01	02	Jaguari	04	-
05 Silveira Martins	02	-	São Francisco de Assis	01	04
06 Faxinal do Soturno	01	01	Itacurubi	01	-
07 Dona Francisca	01	01	Cacequi	03	03
08 São João do Polêsine	02	01	São Vicente do Sul	06	01
09 Paraíso do Sul	02	-	Unistalda	-	01
Vila Nova do Sul	01	-	Santiago	-	11
São Sepé	09	04	Capão do Cipó	01	01
Júlio de Castilhos	03	05	Mata	-	02
Pinhal Grande	01	01			
Agudo	06	-			
Restinga Seca	05	02			
Toropi	-	01			
São Pedro do Sul	-	04			
Quevedos	01	01			
São Martinho da Serra	-	01			
Formigueiro	02	-			
Santa Maria	19	13			

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

3.2.2 População

A população da pesquisa foi composta por profissionais de nível superior, atuantes na APS nos municípios que integram a 4ª CRS/RS, relacionados no Cadastro Nacional do Estabelecimento de Saúde CNES (2014).

3.2.2.1 Amostragem e amostra

A amostragem é um campo da estatística bastante desenvolvido e sofisticado que estuda técnicas de planejamento de pesquisa que possibilitam a realização de inferências sobre um universo a partir do estudo de parte de seus componentes: a amostra. Visa diminuir os custos e o tempo do processo de estimação, mantendo uma precisão mínima segura.

Com relação ao presente estudo para definir o tamanho mínimo da amostra foi utilizado o cálculo probabilístico baseando-se no número de profissionais cadastrados no CNES (Tabela 1).

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

Município	N (profissionais)	n (profissionais)
Santa Maria	135	49
Quevedos	8	3
Júlio de Castilhos	7	3
Pinhal Grande	23	8
Toropi	15	5
São Martinho da Serra	16	6
Nova Palma	27	10
São Pedro do Sul	14	5
Itaara	5	2
Ivorá	13	5
Faxinal do Soturno	14	5
Dona Francisca	20	7
Silveira Martins	14	5
São João do Polêsine	20	7
Agudo	8	3
Dilermando de Aguiar	12	4
Restinga Seca	32	12
Paraíso do Sul	15	5
Formigueiro	15	5
São Sepé	19	7
Vila Nova do Sul	19	7
Santiago	35	13
Itacurubi	12	4
Unistalda	14	5
Capão do Cipó	13	5
São Francisco de Assis	35	13
Cacequi	43	15
São Vicente do Sul	38	14
Nova Esperança do Sul	10	4
Jaguari	10	4
Jari	13	5
Mata	12	4
TOTAL	686	247

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

Para a coleta dos dados utilizou-se o método não probabilístico por conveniência. De acordo com Bruni (2008), neste método os elementos da amostra são escolhidos por serem os mais acessíveis, logo, no presente estudo foram abordados, nos serviços de saúde, aqueles profissionais que estavam disponíveis no dia da coleta dos dados.

3.2.2.2 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo profissionais de saúde de nível superior atuantes nos serviços no mínimo há seis meses, pois se considera um tempo adequado para adaptação dos profissionais nos processos de trabalho. Foram excluídos profissionais que estavam de férias ou licença/afastamento no período da coleta de dados, bem como profissionais que atuavam em mais de um serviço.

3.3 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio da utilização do instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde PCATool-Versão Brasil profissionais. Foi acrescentado um questionário sociodemográfico com vistas a caracterização do perfil sociodemográfico da população pesquisada (Apêndice A).

Participaram da coleta 6 mestrandos, do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - PPGEnf. Os dados foram coletados entre o período de 6 de fevereiro e 23 julho de 2015, os quais foram coletados de maneira informatizada a partir do *software* Epi Info® 7.0, com a utilização de tablets da marca CCE TR92-Android 4.2 Dual Core 1.2 GHz, 8GB WI-FI. Tendo em vista a coleta ter sido informatizada, os coletadores participaram de um curso de capacitação com carga horária de 10h/aula, com o propósito de operacionalizar o PCATool-Brasil.

Para as adequações necessárias do instrumento na forma informatizada realizou-se um teste Piloto para que a equipe e o instrumento fossem avaliados. Segundo Bailer, Tomitch e D'Ely (2011) o teste Piloto é considerado uma mini versão do estudo completo, pois envolve a realização de todos os procedimentos previstos na metodologia de modo a possibilitar alteração e melhora do instrumento na fase que antecede a investigação em si.

Por decisão dos pesquisadores, optou-se por iniciar o estudo na região de saúde Entre Rios, de modo que o piloto foi aplicado em Santiago, município sede da referida região, haja vista este ser considerado o segundo maior município da área de atuação da 4º CRS/RS. Ressalta-se que a escolha também se deu em virtude da disponibilidade de tempo de todos os mestrandos no momento de início da coleta.

Após o término das coletas no município de Santiago, o grupo dividiu-se, de modo que 3 mestrandos ficaram responsáveis pela região de saúde Entre Rios, e 3 pela região Verdes

Campos. Os pesquisadores se deslocavam até os municípios com a utilização de transporte coletivo intermunicipal, subsidiado com recursos do Edital Universal, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (2014), recebendo de alguns municípios, quando necessário, transporte para deslocamento interno entre as unidades de saúde, alimentação e hospedagem.

Durante o período em que as coletas foram realizadas, por meio do *software* Epi Info® 7.0 as respostas foram semanalmente organizadas em um banco de dados criado no Programa Microsoft Excel 2013, *Windows* 8. Haja vista a coleta ter sido realizada de maneira informatizada, ressalta-se que não houve necessidade de dupla digitação, pois o *software* Epi Info® 7 exporta diretamente os dados coletados em seu sistema, eliminando chances de erros causados por falhas na digitação. Salienta-se que o banco de dados constituído, está salvo em HD externo.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Por meio de respostas tipo escala Likert (4=com certeza, sim; 3= provavelmente, sim; 2= provavelmente, não; 1= com certeza, não; e 9 = não sei/não lembro) o instrumento PCATool Versão Brasil-Profissionais constrói escores de APS com intervalo de 1 a 4 para cada atributo (HARZHEIM et al., 2013; BRASIL, 2010). Deste modo, esta escala apresenta algumas variáveis qualitativas ordinais, as quais foram convertidas em variáveis quantitativas contínuas para análise dos dados. Assim, o escore para os componentes serviços disponíveis e serviços prestados foi calculado pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que os compõe. A partir da média das respostas dos itens obteve-se o escore para cada componente do atributo pesquisado (BRASIL, 2010a; HARZHEIM, 2006).

Para tanto, algumas orientações foram seguidas de acordo com instruções previstas no manual do PCATool, a saber:

Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“*missing*”) com respostas “9” (não sei/não lembro”) atingir 50% ou mais do total de itens de um componente não se deve calcular o escore deste componente para este entrevistado. O escore deste componente para este entrevistado ficará em branco (“*missing*”) no banco de dados.

Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“*missing*”) com respostas “9” (não sei/não lembro”) for inferior a 50% do total de itens de um componente, deve-se transformar o valor “9” para valor “2” (provavelmente não”). Esta transformação é

necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado (BRASIL, 2010a).

Os dados foram analisados no *software Statistical Analysis System– SAS®*, versão 9.0 for *Windows 8* com os dados exportados do *software Epi Info 7.0*. Assim, foram calculados os escores do referido atributo, isto é, escore mínimo, escore máximo, escore médio, desvio padrão e coeficiente de variação para que possa ser avaliado individualmente (BRASIL, 2010).

Para avaliação da distribuição da normalidade utilizou-se o Teste de Shapiro Wilk ($n < 2000$) (SHAPIRO; WILK, 1965). Uma vez que, os dados não apresentaram uma distribuição considerada normal, foram utilizados o teste de comparação não paramétrico Mann-Whitney. As variáveis qualitativas foram apresentadas em frequência absoluta e as variáveis quantitativas em média e Desvio Padrão tendo em vista apresentarem distribuição simétrica. Para as análises estatísticas foi adotado o nível de 5%.

Para verificação das variáveis associadas aos altos e baixos escores foi utilizado o coeficiente de Correlação de *Pearson*, onde a direcionalidade da correlação é expressa por (+) e (-), podendo ser fraca, moderada e forte com relação a magnitude da força. Para avaliar a confiabilidade das respostas, utilizou-se o coeficiente alfa de *Cronbach*, sendo considerado valor mínimo e satisfatório os valores iguais ou superiores a 0,60 (DeVELLIS, 1991).

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

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo é componente de um projeto matricial intitulado “PCATool (*Primary Care Assessment Tool*): Avaliação da Atenção Primária na 4ª Coordenadoria

Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS)”. Posteriormente, foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido à apreciação do Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM, obtendo a aprovação sob o número do CAAE 34137314.4.0000.5346 (ANEXO B) juntamente com o termo de confidencialidade (TC) (Apêndice B).

Quanto aos aspectos éticos do presente estudo, foram assegurados de acordo com a 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 assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao estado (BRASIL, 2012). Assim, entende-se como Beneficência o ato de fazer o bem (BUENO, 2007). De acordo com Loch (2002) o Princípio de Beneficência obriga o profissional de saúde a ir além da Não Maleficência, exigindo a sua contribuição para o bem estar dos mesmos, exigindo dos profissionais ações positivas, no intuito de beneficiar os pacientes.

Logo, quando faz o bem o profissional vai além da Não Maleficência. De acordo com Bueno (2007) maleficência significa “disposição para fazer o mal”, assim o Princípio de Não Maleficência se refere ao profissional não causar danos intencionais aos pacientes (LOCH, 2002).

O direito ou a faculdade de se reger por leis próprias, a emancipação, ou ainda a independência são significados que nos remetem a autonomia (BUENO, 2007). De acordo com esse princípio, as pessoas têm “liberdade de decisão” sobre sua vida. Assim, a autonomia é a capacidade de autodeterminação de uma pessoa, ou seja, o quanto ela pode gerenciar sua própria vontade, livre da influência de outras pessoas. Neste sentido, no que se refere a este princípio deve-se pensar no respeito a autonomia. Para que o respeito pela autonomia das pessoas seja possível, duas condições são fundamentais: a liberdade e a informação. Isso significa que, em um primeiro momento, a pessoa deve ser livre para decidir. Para isso, ela deve estar livre de pressões externas, pois qualquer tipo de pressão ou subordinação dificulta a expressão da autonomia (BRASIL, 2011c).

Por fim, o Princípio da Justiça refere-se à igualdade, bem como à justa distribuição das verbas do Estado para a saúde. É possível acrescentar o conceito de equidade à este princípio, que representa dar a cada pessoa o que lhe é devido segundo suas necessidades, ou seja, incorpora-se a ideia de que as pessoas são diferentes e que, portanto, também são diferentes as suas necessidades. De acordo com o princípio da justiça, é preciso respeitar com

imparcialidade o direito de cada um. Não seria ética uma decisão que levasse um dos personagens envolvidos (profissional ou paciente) a se prejudicar (BRASIL, 2011c).

Os participantes foram convidados a participar do estudo de forma voluntária. Estes receberam explicações claras sobre a pesquisa. Os benefícios da participação compreenderam a produção de informações para o aprimoramento das ações já desenvolvidas e a ascensão de espaços para novas atividades de inclusão e valorização do profissional na APS. A participação não representou qualquer risco de ordem física ou psicológica, todavia caso houvesse constrangimentos ou mal-estar, os mesmos seriam conduzidos pelo pesquisador a uma unidade de referência em saúde do município. Os participantes não foram identificados em nenhum momento sendo assegurada a privacidade, bem como os dados fornecidos foram conservados em sigilo, garantindo-lhes a confidencialidade e o anonimato das respostas sem prejuízo com a relação com os serviços de saúde ou prejuízos trabalhistas. Ressalta-se que somente participaram da pesquisa aqueles que assinaram as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo C), recebendo uma via do mesmo com as informações para acesso aos pesquisadores, sendo-lhes assegurado o direito de retirar-se em qualquer momento, sem nenhum prejuízo, contemplando o benefício da autonomia.

Os termos supracitados, os instrumentos utilizados nas coletas dos dados, bem como o HD externo com o banco de dados ficarão sob responsabilidade da professora Dr^a. Teresinha Heck Weiller, por um período de cinco anos, e serão utilizados apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa, após, serão excluídos.

A divulgação dos resultados da pesquisa para o serviço será por meio de um seminário junto à reunião de (CIR) da 4^a CRS. Será disponibilizado um material com os resultados para cada representante do município. No meio acadêmico a divulgação dos resultados dar-se-á pela publicação de produções que contemplem os resultados da pesquisa.

3.6 REVISÕES INTEGRATIVA E NARRATIVA

Realizou-se um estudo de revisão integrativa nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Public Medline* (PUBMED) e SCOPUS, a partir de três estratégias de busca, de acordo com as especificidades de cada base. Utilizou-se o sistema de acesso livre aos periódicos CAPES tendo como critérios de inclusão artigos na íntegra, disponíveis *on line*, nos idiomas português, inglês ou espanhol, sendo excluídos aqueles que não respondiam a questão norteadora (Quais as evidências científicas

acerca da integralidade da saúde do idoso na Atenção Primária à Saúde?) ou não estavam relacionados com a temática. A busca foi realizada no período de agosto a outubro de 2015, considerando-se como recorte temporal o ano de 1982, de acordo com a aprovação do Plano de Ação Internacional de Viena.

Foi orientada pelos descritores segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) da Biblioteca Virtual de saúde (BVS): “Atenção Primária à Saúde”, “idoso”, “saúde do idoso”, “idoso de 80 anos ou mais”, “serviços de saúde para idosos”, “meia idade”, “integralidade em saúde”, “assistência integral à saúde”, bem como, seu sinônimo “Integralidade”. Os estudos selecionados foram classificados de acordo com os sete níveis de evidência propostos por Melnyk, Fineout-Overholt (2005).

A revisão narrativa constituiu-se pelos resumos de teses e dissertações encontradas nos catálogos do Centro de Estudo e Pesquisa em Enfermagem (CEPEEn-ABEn), disponíveis no site da Biblioteca Virtual da Enfermagem, bem como no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Teve como marco temporal o ano de 2006, haja vista a publicação da Portaria nº 2.528, do mesmo ano, a qual aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa. As buscas foram realizadas no mês de outubro de 2015.

Como estratégia de buscas no Banco de Teses e Dissertações da CAPES, por meio da “busca avançada”, utilizaram-se as seguintes palavras-chave: atenção, selecionando a palavra “resumo”, integral selecionando a opção “todos os campos”, e idoso OR envelhecimento selecionando a opção “todos os campos”. Para a realização das buscas nos catálogos disponibilizados no CEPEEn-ABEn, utilizaram-se todas as publicações que contivessem a palavra idoso/idoso no título, a partir dos índices por títulos contidos nos catálogos.

Os resultados da presente pesquisa serão apresentados em formato de artigos.

4 RESULTADOS

4.1 ARTIGO 1

INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS NO RIO GRANDE DO SUL

Resumo

Objetivo: Este trabalho objetivou medir a presença e a extensão do atributo da integralidade em serviços de Atenção Primária à Saúde em municípios pertencentes a duas Regiões de Saúde no estado do Rio Grande do Sul. **Método:** estudo descritivo, transversal. A coleta de dados aconteceu entre os meses de fevereiro e julho do ano de 2015, sendo realizada por seis entrevistadores capacitados, por meio de entrevista com a utilização do instrumento de avaliação *Primary Care Assessment Tool* versão profissional com escala do tipo *Likert* e questionário sociodemográfico. O atributo avaliado é subdividido em dois componentes: serviços disponíveis e serviços prestados. Participaram da pesquisa 206 profissionais de ensino superior, no serviços de Atenção Primária à Saúde. Os dados foram analisados com o *Statiscal Analisys System* versão 9.0. A pesquisa segue os preceitos éticos da Resolução nº 466 de 2012 e contou com financiamento do CNPq. **Resultados:** foram avaliados 32 municípios. Observou-se prevalência de profissionais enfermeiros, 72,33% são do sexo feminino, 91,71% são autodeclarados brancos, com média de idade de 39,2 anos. Dentre os entrevistados 46,12% executam suas atividades em Estratégias de Saúde da Família. Ambos os componentes superaram o ponto de classificação necessário para admitir a presença e a extensão da integralidade, sendo a média dos componentes disponíveis superior à média do componente serviços prestados. No componente serviços disponíveis o item com prevalência de respostas afirmativas foi referente à saúde da mulher com escore de 3,89, e o item referente a pequenas cirurgias foi aquele que apresentou a maior correlação com o escore do componente (0,57505), embora moderada. No serviços prestados o item que, se refere à orientações relacionadas a porte e armazenamento de armas de fogo recebeu mais de 80% de respostas negativas, apresentando a menor média deste componente. Salienta-se que não houve diferença significativa entre as regiões avaliadas. **Conclusão:** verificou-se que os profissionais entrevistados têm uma boa avaliação sobre o atributo proposto neste estudo, haja vista a presença e a extensão do atributo ser considerada satisfatória. Sugere-se estudos sob a perspectiva dos usuários pois são quem efetivamente experimentam os serviços.

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

INTRODUÇÃO

Atuando em todo o território nacional e constituído por um conjunto de ações e serviços sob gestão pública, o Sistema Único de Saúde está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas (BRASIL, 1990). Assim, a regionalização compreendida como uma diretriz do SUS orienta a descentralização de ações e serviços de saúde, com o objetivo de garantir

acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade, bem como contingente populacional, transcenda a escala local/municipal (BRASIL, 2006). Neste sentido, o decreto nº7.508/2011 considera as Regiões de Saúde como “espaços geográficos contínuos constituídos por agrupamentos de municípios limítrofes. Tais municípios são delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com finalidade de integrar a organização, o planejamento, bem como execução de ações e serviços de saúde” (BRASIL, 2011).

Neste cenário a Atenção Básica à Saúde (ABS) é compreendida como uma de suas prioridades (BRASIL, 2006) onde desempenha um papel estratégico sendo o principal elo entre o sistema de saúde e a população (FAUSTO; MATTA 2007). Ressaltando-se que a Estratégia de Saúde da Família surge com o propósito de reorganização da atenção básica no Brasil. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação, pois é capaz de oportunizar uma reorientação do processo de trabalho com potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da AB. Deste modo, permitindo ampliar sua resolutividade e impactar no estado de saúde das pessoas e/ou coletividades, propiciando significativa relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

Para Starfield (2002), a Atenção Primária à Saúde (APS) é uma abordagem que, além de formar a base, determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. Logo, os problemas mais comuns na comunidade devem ser abordados na APS, onde também serão ofertados serviços de prevenção, cura e reabilitação. A partir da definição da autora, é possível conceituar os quatro atributos essenciais dos serviços da APS, dentre os quais se encontra a integralidade. Este consiste na prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização por outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento dos problemas locais, oferecendo e garantindo diversos serviços de âmbito preventivo e curativo. Ademais, segundo Paim (2004) a perspectiva da integralidade é considerada um dos aspectos fundamentais da APS, em qualquer que seja o modelo de atenção.

Outrossim a APS tem um papel central no que se refere ao bom funcionamento do sistema de saúde, pois oferta uma atenção mais eficiente e equitativa às necessidades da população. Neste cenário a avaliação é considerada instrumento chave para a melhora contínua da qualidade da atenção, sendo baseada em evidências e, por conseguinte, viabilizando a tomada de decisão sobre os serviços (VILLABÍ et al., 2013). Para que as metas da avaliação possam ser alcançadas é necessária a utilização de instrumentos validados e metodologias adequadas ao contexto que se quer conhecer (COELHO, 2013).

Logo, a aplicação de um instrumento de pesquisa que objetiva avaliar a APS deve proporcionar meios para a criação de novas propostas que viabilizam a contribuição para a qualificação dos serviços de saúde. Neste sentido, o instrumento que mais se aproxima desta proposta é o PCATool (FRACOLLI et al., 2014). Destarte, os cuidados primários necessitam de instrumentos capazes de mensurar a qualidade dos serviços, e desta maneira, serem capazes de introduzir mudanças apropriadas para problemas cada vez mais complexos. Neste sentido, a confiança no instrumento PCATool, deve-se ao seu rigor científico, acadêmico e profissional no que diz respeito aos cuidados primários na saúde brasileira (GÉRVAS, 2013).

Diante do exposto, este trabalho objetiva medir a presença e a extensão do atributo da integralidade sob a perspectiva de profissionais de saúde, nos serviços de APS em municípios pertencentes a duas Regiões de Saúde que compõem a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul.

MÉTOD

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, observacional, descritivo e transversal, realizado em serviços de saúde pertencentes a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (4ªCRS/RS). A referida Coordenadoria abrange duas Regiões de Saúde: Verdes Campos e Entre Rios. O estudo foi realizado nos serviços de APS em 32 municípios pertencentes a 4ªCRS/RS. Destes, 21 compõe a Região de Saúde Verdes Campos, a qual possui uma população de 435.021 habitantes, e 11 fazem parte da Região de Saúde Entre Rios, atingindo uma população de 127.574 habitantes (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Ambas as Regiões contemplam ações e serviços de atenção básica, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2013). Os modelos de atenção são compostos por Unidades Básicas de Saúde Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF), UBS Tradicional (UBS/T) e UBS Mista (UBS/Mista).

O tamanho da amostra foi definida com base no número de profissionais de nível superior (N=686) atuantes nos serviços de APS nos municípios que integram a 4ª CRS/RS, os quais estão relacionados no Cadastro Nacional do Estabelecimento de Saúde CNES (2014), obtendo-se como amostra n=247. Para definir o tamanho mínimo da amostra foi utilizado

cálculo probabilístico, e para coleta de dados foi utilizada amostragem por conveniência. Ressalta-se que foram entrevistados somente profissionais de saúde de nível superior que estivessem atuando há mais de seis meses junto ao serviço, e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ademais os profissionais que estavam de férias, licença, afastamento ou que atuassem em outro município foram excluídos.

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas realizadas nos serviços de saúde utilizando um questionário sociodemográfico, bem como a utilização do instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde PCATool-Versão Brasil profissionais. O PCATool (*Primary Care Assessment Tool*) foi criado por Starfield e colaboradores na Universidade John Hopkins nos Estados Unidos (EUA). Este propõe avaliar a estrutura e o processo de atenção nos serviços de atenção primária, tendo como base os quatro atributos essenciais e os três atributos derivados da APS, medindo a presença e a extensão de tais atributos. (BRASIL, 2010). O instrumento em questão foi validado no Brasil por Harzheim et al (2006). O atributo da Integralidade encontra-se dentre os atributos essenciais, sendo o mesmo subdividido em 2 componentes, a saber: Serviços Disponíveis (E) com 22 itens e Serviços Prestados (F) com 15 itens, totalizando 37 itens.

Os dados foram coletados por seis entrevistadores entre os meses de fevereiro e julho de 2015, ocorrendo de maneira informatizada a partir do *software Epi Info*® 7.0, com a utilização de tablets. Posteriormente, os dados foram transferidos para o programa *Microsoft Excel 2013/ Windows 8* para posterior análise no programa *Statistical Analysis System (SAS)* versão 9.0. Tendo em vista a coleta ter sido informatizada, os coletadores participaram de um curso de capacitação com carga horária de 10h/aula, com o propósito de operacionalizar o PCATool-Brasil.

As variáveis independentes do estudo foram classificadas em qualitativas: sexo (masculino e feminino), situação conjugal (casado, solteiro, outros), cor/etnia autodeclarada (branco, pardo, negro), número de filhos (com filhos, sem filho), formação: médico, enfermeiro, dentista, nutricionista, terapeuta ocupacional, farmacêutico, educador físico, assistente social, psicólogo, possui formação complementar (sim ou não), qual formação (especialização, residência, mestrado, doutorado, não se aplica), vínculo empregatício: estatutário, celetista, outro, e quantitativas: idade e tempo no serviço.

A variável dependente (desfecho) foi a Integralidade da APS. As respostas para os itens pertencentes a este atributo são estruturadas conforme uma escala do tipo *likert*, atribuindo escores no intervalo de 1 a 4 (1= com certeza não; 2 = provavelmente não; 3 = provavelmente sim; e 4 = com certeza sim). Para a obtenção do escore do atributo avaliado foi

calculado a média dos valores dos seus itens. Na sequência, o valor (escore) obtido para ambos os componentes foi transformado em escala de 0 a 10, obtendo-se então o escore final, por meio do seguinte cálculo: $(\text{escore obtido} - 1) * 10/4 - 1$ (BRASIL, 2010). Ressalta-se que os valores iguais ou superiores a 6,6 são considerados como alto escore (VITORIA et al., 2013).

Considera-se o valor 6,6 o mínimo para o serviço de saúde ter a presença do atributo em sua unidade (BRASIL, 2010). Destaca-se que o instrumento PCATool- Brasil avalia a estrutura e o processo de atenção de acordo com cada atributo da APS, assim no tocante ao atributo da integralidade o escore atribuído ao componente serviços disponíveis mede a estrutura dos serviços envolvidas no atributo, e o escore para o componente serviços prestados mede a maneira como o processo de atenção ocorre (STARFIELD, 2002).

A distribuição de normalidade das variáveis foi avaliada pelo teste de Shapiro Wilk, ($n < 2000$). Utilizou-se o teste de comparação não paramétrico Mann-Whitney. As variáveis qualitativas foram expressas como frequências absolutas e as variáveis quantitativas como média e desvio padrão. Foram utilizadas análises de correlação objetivando a direcionalidade e magnitude da correlação entre os itens que fazem parte dos dois componentes do atributo Integralidade e seus escores médio. Para tanto utilizou-se o coeficiente de correlação de *Pearson*. A direcionalidade da correlação é expressa por: positiva (+) ou negativa (-) e quanto a magnitude pode ser: fraca se $r = 0,10$ até $0,30$; moderada se $r = 0,40$ até $0,6$; e forte se $r = 0,70$ até 1 (DANCEY, REIDY, 2005). Considerou-se a correlação quando p-valor inferior a $0,05$ ($p < 0,05$). Para avaliar a confiabilidade das respostas, utilizou-se o coeficiente alfa de *Cronbach*, sendo considerado valor mínimo e satisfatório os valores iguais ou superior a $0,60$ (DeVELLIS, 1991).

Este estudo deriva de um projeto matricial, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, sob número do CAAE: 34137314.4.0000.5346. Ressalta-se que todos os preceitos éticos da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 foram respeitados e seguidos. Ademais, o projeto matricial recebeu apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, edital Universal 2014.

RESULTADOS

Do total previsto foram entrevistados 206 profissionais de saúde nos serviços de Atenção Primária à Saúde em todos os municípios da 4ª CRS/RS, pois foram excluídos $n=40$ (16,2%)

profissionais considerando as entrevistas não realizadas por razão de recusa, afastamento por motivo de saúde e profissionais que estavam de férias.

Dentre os profissionais entrevistados, n=95 (46,12%) executam suas atividades em Estratégias de Saúde da Família – ESF onde n=42 (20,39%) destas são localizadas na Região de Saúde Verdes Campos e n=53 (25,73%) situam-se na Região de Saúde Entre Rios. A média de idade dos profissionais é de 39,2 anos, e a média de tempo de trabalho foi de 7,05 anos. São, na sua maioria, autodeclarados brancos (91,75%) e, n=149 (72,68%) são mulheres. Grande parcela dos entrevistados são casados n=107 (51,94%). Quanto à formação dos entrevistados, n=78 (37,86%) são enfermeiros e 49 (23,3%) são médicos.

Dentre os outros profissionais entrevistados encontram-se odontólogos (18,93%), farmacêuticos (6,31%), psicólogos (5,83%), terapeutas ocupacionais (4,37%), nutricionistas (1,46%), assistentes social (1%), e educadores físico (1%). Com relação ao vínculo empregatício 73,6% (n=151) dos profissionais relataram pertencer ao regime estatutário. Ademais n=136 (66,6%) profissionais possuem formação complementar, dos quais, n=114 (66,28%) são pós graduados em cursos de pós-graduação Lato Sensu.

O componente E (serviços disponíveis) obteve escore geral de 7,36 com desvio de padrão 1,47 e o componente F (serviços prestados) obteve escore geral de 6,77 com desvio padrão de 2,23. Ambos os componentes obtiveram escore acima de >6,6 considerado alto escore. O Alfa de Cronbach do componente Serviços Disponíveis foi de $\alpha=0,761$ e do componente Serviços Prestados foi de $\alpha=0,857$ atribuindo confiabilidade em ambos os escores, fato que mostra a existência de validade interna e dados fidedignos no constructo.

Tabela 1 – Escores dos componentes Serviços Prestados e Serviços Disponíveis do atributo da Integralidade da APS em municípios das Regiões de Saúde Verdes Campos e Entre Rios pertencentes à 4ªCCR/RS. Santa Maria/RS.

APS nos municípios da 4ª CRS/RS				
Componente	Região de Saúde	Média	Desvio Padrão	*p-valor
Serviços Disponíveis	Verdes Campos	7,34	1,60	0,9026
	Entre Rios	7,39	1,27	
Serviços Prestados	Verdes Campos	6,80	2,32	0,5665
	Entre Rios	6,72	2,13	

* Teste de Mann Whitney

Fonte: Autor, Santa Maria, RS, UFSM, 2017.

As Tabelas 2 e 3 apresentam as respostas às questões relacionadas ao elenco de serviços que os entrevistados reconhecem como ofertados (disponíveis) pela unidade, bem como aqueles serviços prestados pelos profissionais de saúde que atuam na APS.

Com relação ao componente que avalia a estrutura das unidades, isto é, o componente E/Serviços Disponíveis, o item que diz respeito ao planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais (saúde da mulher) foi aquele que obteve maior prevalência de respostas positivas, isto é 93,20 % atingindo a maior média (3,89), seguido do item que se refere a cuidados domiciliares, com média de 3,85. Já a menor média (2,11) foi atribuída ao item que se refere a remoção de verrugas nos serviços, seguido do item que diz respeito a identificação de problemas visuais com média de 2,19. Quanto ao componente F/Serviços Prestados, 87,86% dos entrevistados referem realizar orientações sobre utilização e armazenamento de medicamentos com seus pacientes, sendo este item o detentor da maior média (3,77), seguido do item que abrange alimentação saudável (3,75). Os itens com as menores médias (1,28; 1,84) se referem a posse de armas de fogo e orientações sobre a saúde/segurança da criança, respectivamente.

As Tabelas 4 e 5 apresentarão o grau de correlação entre os itens dos componentes da Integralidade nos serviços de APS das regiões estudadas com o escore de cada componente. Conforme os resultados constatou-se que houve maioria de correlação (positiva) significativa, fraca e moderada entre os itens e o escore do componente E, no qual o item que se refere a pequenas cirurgias (remoção de verrugas), obteve a maior correlação, no entanto considerada moderada. No componente F a correlação mais fraca (0,28496) foi a respeito das orientações sobre posse e armazenamento de armas de fogo, e a correlação mais forte foi referente ao item que aborda a saúde da mulher (0,75997), sendo este o maior contribuidor para o escore deste componente.

Tabela 2 – Escore e proporção (%) de profissionais da APS nos municípios da 4ª CRS/RS com relação as respostas positivas (com certeza sim e provavelmente sim) e negativas (com certeza não e provavelmente não) referentes aos itens dos componentes Serviços Disponíveis (E) (n=206)

Escala Likert: %					
Serviços Disponíveis (E)	Com certeza sim (4)	Provavelmente sim (3)	Com certeza não (2)	Provavelmente não (1)	Escore Média (DP)
E1-Aconselhamento Nutricional	69,42	5,34	3,88	21,36	3,22(1,24)
E2-Imunizações	87,86	0,49	0,49	11,17	3,65(0,95)
E3 - Verificação se as famílias põem participar de algum programa ou benefício de assistência social	55,12	8,78	4,39	31,71	2,87(1,36)
E4- Avaliação da saúde bucal	91,75	1,46	-	6,80	3,78(0,76)
E5- Tratamento dentário	90,78	1,94	-	7,28	3,76(0,78)
E6- Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	93,20	4,37	1,46	0,97	3,89(0,42)
E7- Aconselhamento ou tratamento para uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas);	58,74	14,56	7,28	19,42	3,12(1,19)
E8- Aconselhamento para problemas de saúde mental	72,33	9,22	5,34	13,11	3,40(1,06)
E9- Sutura de um corte que necessite de pontos	58,05	2,93	5,37	33,66	2,85(1,40)
E10- Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV;	87,38	5,34	2,43	4,85	3,75(0,72)
E11- Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)	31,07	12,62	7,77	48,54	2,26(1,33)
E12- Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)	30,24	10,73	7,32	51,71	2,19(1,34)
E13- Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido);	38,54	6,34	11,71	43,41	2,40(1,37)
E14- Remoção de verrugas	28,16	8,25	10,68	52,91	2,11(1,31)
E15- Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau);	91,26	-	1,94	6,80	3,75(0,79)
E16- Aconselhamento sobre como parar de fumar	72,82	9,22	3,88	14,08	3,40(1,08)
E17- Cuidados pré-natais	91,75	2,43	0,97	4,85	3,81(0,68)
E18- Remoção de unha encravada	37,38	7,28	10,19	45,15	2,36(1,37)
E19- Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma);	81,07	9,22	4,85	4,85	3,66(0,78)
E20- Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair)	76,70	10,19	5,83	7,28	3,56(0,89)
E21- Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama	90,78	5,83	1,46	1,94	3,85(0,52)
E22- Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos)	50,97	10,68	9,71	28,64	2,83(1,31)

DP= Desvio Padrão

Fonte: Autor, Santa Maria, RS, UFSM, 2017.

Tabela 3 – Escore e proporção (%) de profissionais da APS nos municípios da 4ª CRS/RS com relação as respostas positivas (com certeza sim e provavelmente sim) e negativas (com certeza não e provavelmente não) referentes aos itens dos componentes Serviços Prestados (F) (n=206)

Escala Likert: %					
Serviços Prestados (F)	Com certeza sim (4)	Provavelmente sim (3)	Com certeza não (2)	Provavelmente não (1)	Escore Média (DP)
F1-Conselhos sobre alimentação saudável ou como dormir suficientemente	87,86	5,34	1,46	5,34	3,75(0,73)
F2-Segurança no lar	73,30	5,83	3,88	16,99	3,35(1,15)
F3-Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para criança ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura	22,33	5,83	6,31	65,53	1,84(1,21)
F4-Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando	58,74	11,65	6,31	23,30	3,05(1,25)
F5-Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados	76,70	6,31	2,43	14,56	3,45(1,08)
F6-Testes de sangue para evitar colesterol	62,62	4,37	2,43	30,58	2,99(1,37)
F7-Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando	87,86	6,31	0,97	4,85	3,77(0,69)
F8-Possíveis exposições a substâncias perigosas	61,17	9,71	4,37	24,76	3,07(1,28)
F9-Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la em segurança	4,85	4,85	3,88	86,41	1,28(0,77)
F10-Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente	52,91	9,22	4,85	33,01	2,80(1,36)
F11-Como prevenir quedas	59,71	10,68	3,88	25,73	3,04(1,29)
F12-Prevenção de osteoporose em mulheres	61,46	8,29	1,46	28,78	3,02(1,33)
F13-Cuidados de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa	72,06	5,88	0,59	21,57	3,28(1,23)
F14-Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças	63,86	10,40	4,46	21,29	3,16(1,23)
F15-Mudanças do crescimento e de desenvolvimento da criança esperada para cada faixa etária	80,20	6,93	1,49	11,39	3,55(0,98)

DP= Desvio Padrão

Fonte: Autor, Santa Maria, RS, UFSM, 2017.

Tabela 4 – Correlação entre os itens dos Serviços Disponíveis da APS e o escore do Componente Serviços Disponíveis (E) do atributo Integralidade, nas Regiões de Saúde da 4ª CRS/RS. Santa Maria, 2016.

Itens Serviços Disponíveis	Escore E Serviços Disponíveis	
	*r	p
E1	0,22591	<,0011
E2.	0,20359	<,0033
E3	0,45132	<,0001
E4	0,47018	<,0001
E5	0,42572	<,0001
E6	0,32860	<,0001
E7	0,50965	<,0001
E8	0,36713	<,0001
E9	0,56202	<,0001
E10	0,18742	<,0070
E11	0,45472	<,0001
E12	0,49653	<,0001
E13	0,44052	<,0001
E14	0,57505	<,0001
E15	0,35943	<,0001
E16	0,39315	<,0001
E17	0,42015	<,0001
E18	0,56142	<,0001
E19	0,38833	<,0001
E20	0,35780	<,0001
E21	0,34293	<,0001
E22.	0,00071	<,9920

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

Fonte: Autor, Santa Maria, RS, UFSM, 2017.

Tabela 5 – Correlação entre os itens dos Serviços Prestados da APS e o escore do Componente Serviços Prestados (F) do atributo Integralidade, nas Regiões de Saúde da 4ª CRS/RS. Santa Maria, 2016.

Itens Serviços Prestados	Escore F Serviços Prestados	
	*r	p
F1	0,51889	<,0001
F2	0,53601	<,0001
F3	0,48969	<,0001
F4	0,69875	<,0001
F5	0,71903	<,0001
F6	0,34977	<,0001
F7	0,36085	<,0001
F8	0,62960	<,0001
F9	0,28496	<,0001
F10	0,73309	<,0001
F11	0,71838	<,0001
F12	0,68948	<,0001
F13	0,75997	<,0001
F14	0,57525	<,0001
F15	0,55570	<,0001

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

Fonte: Autor, Santa Maria, RS, UFSM, 2017.

DISCUSSÃO

Com relação ao perfil sociodemográfico, observou-se uma predominância de profissionais do sexo feminino nos serviços avaliados, em consonância com outros estudos (SANTINI et al., 2010; PINTO; MENEZES; VILLA, 2010; CANESQUI; SPINELLI, 2006). De acordo com Wermelinger et al. (2010) o setor de saúde, em todo o mundo, tem forte vocação feminina sobretudo em países mais ricos. Pinto, Menezes, Villa (2010) complementam que a feminização nas profissões na área da saúde pode ser traduzida pela elevação dos níveis escolares acrescidos da redução das taxa de fecundidade. Estudo realizado com o objetivo de abordar a situação das mulheres no mercado de trabalho, traz que no Brasil, houve um aumento da taxa bruta de participação feminina de 13,6% na década de

1950 para cerca de 47,2% no final da década de 1990. De modo que no setor da saúde, a participação feminina aproxima-se a 70% do total (MACHADO et al., 2006).

A média de idade dos profissionais encontrada corrobora com estudo de Zanetti, Van der San, Perline (2010) realizado em coordenadoria regional de saúde no RS, sendo a faixa etária dos 20 aos 50 anos, segundo os autores, correspondente a idade produtiva. Estudo de Canesqui e Spinelli (2006) realizado em serviços de APS no Mato Grosso do Sul, também encontraram maioria de profissionais enquadrada nesta faixa etária, referindo-se aos mesmos como profissionais maduros. O tempo de trabalho nos serviços é de 7,05 anos. De acordo com Araújo e al., (2015) sob o ponto de vista de profissionais de saúde em serviços de APS, o tempo do profissional no serviço favorece a extensão do vínculo.

A grande maioria dos entrevistados é casado, e a maior parte dos profissionais entrevistados são autodeclarados brancos, indo ao encontro dos achados de Chomatas et al., (2013). Dos entrevistados, a maioria (37,86%) são enfermeiros, divergindo do estudo de Chomatas et al., (2013) os quais avaliaram os serviços de APS no município de Curitiba (PR) e Castro et al. (2012) que realizaram o estudo avaliativo no município de Porto Alegre (RS) no serviços de APS, haja vista ambos contarem com prevalência de profissionais médicos. A equipe mínima atuante na atenção básica é composta por médico, enfermeiro, justificando a forte presença destes profissionais no serviços avaliados, além de técnico em enfermagem e odontólogo (BRASIL, 2012).

Outrossim, este estudo diferenciou-se por incorporar na coleta de dados outros profissionais atuantes nos serviços de saúde, além da equipe mínima. Todavia o baixo percentual destes profissionais chamou a atenção. Neste sentido, a AB tem como um de seus fundamentos a coordenação da integralidade que pode ser viabilizada por meio do trabalho de forma multiprofissional e interdisciplinar, e em equipe realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. Haja vista, considerar elevado grau de articulação entre os profissionais ampliando a capacidade de cuidado de toda a equipe (BRASIL, 2012).

No que se refere ao tipo de regime de trabalho, observou-se prevalência do regime estatutário, corroborando com o estudo de Guarda, Silva, Tavares (2012). Para os autores, o vínculo empregatício estabelecido mediante concurso público representa um grande avanço no que se refere a desprecarização das formas de contratação da força de trabalho. Ademais neste nível de atenção, cenário no qual as ações de saúde se materializam predominantemente na dimensão das relações interpessoais, o papel do profissional torna-se mais central. Neste

sentido estabilidade e vínculo são de suma relevância (LACAZ, 2008).

Do total de entrevistas, 46,12% foram realizadas com profissionais que atuam em ESFs. Com relação à APS no Brasil, sua expansão e reorientação dá-se principalmente a partir da ESF em conformidade com os princípios do SUS (HARZHEIM et al., 2013). Neste cenário tem-se que a importância do trabalho em equipe é ressaltada, sobretudo pelo aspecto da integralidade nos cuidados de saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Haja vista a ESF ser compreendida como um conjunto de ações e serviços que transpõe a assistência médica, ancorando-se no reconhecimento das necessidades da população, que são assimiladas por meio do vínculo estabelecido entre os usuários dos serviços e profissionais, permanentemente em contato com o território, considerando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de maneira continuada e sobretudo integral (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Com relação a formação complementar ao curso de graduação, a maioria dos profissionais são pós-graduados em cursos de pós-graduação Lato Sensu, corroborando estudo de Chomatas et al., (2013). Autores trazem que a prevalência de profissionais de saúde com pós-graduação representa uma tendência refletida na busca por melhores qualificações através de especializações na área da saúde (COSTA et al., 2013), e conseqüentemente refletindo em uma atenção mais qualificada à população. Para Lanza (2011) por meio da adoção de atenção básica como prioridade para a saúde brasileira pelo Ministério da Saúde, observa-se a possibilidade de potencializar as iniciativas e experimentos de alteração no campo da formação de recursos humanos, sobretudo pelo caráter pedagógico que o SUS apresenta, ao eleger o princípio da integralidade como norteador das ações de saúde.

Embora tenha-se atingido o ponto do corte estabelecido na literatura, de acordo com componente serviços disponíveis (Tabela 2), o item que diz respeito às pequenas cirurgias (E14) obteve a **menor média** (2,11) apresentando também correlação (+) moderada e significativa (0,57505) no que se refere ao escore do componente. Desta forma, este item foi o maior contribuidor do escore obtido neste componente. Temas que se referem às pequenas cirurgias são fragilidades que foram encontradas em outros trabalhos (SILVA et al., 2014; ARAÚJO et al., 2014). Ações referentes às pequenas cirurgias, fogem à realidade de ofertas de serviços de grande parte das unidades de saúde básica, sendo então assumidas pelos serviços secundários, desta forma podendo contribuir com a baixa resolutividade da APS e insatisfação de usuários (ARAÚJO et al., 2014).

De acordo com o instrumento, identificação de problemas visuais, item E12 (Tabela 2) apresentou-se como uma vulnerabilidade nos serviços avaliados, apontando para a segunda **menor média** (2,19). Entretanto resultados da avaliação oftalmológica, assim como outros

resultados de exames de rastreamento e diagnóstico, são fundamentais para subsidiar a implementação de intervenções de enfermagem relacionadas às ações de autocuidado aos usuários com comprometimento visual (ANDRADE; ZANETTI; SANTOS, 2008).

Neste mesmo componente (Tabela 2), os itens com as **maiores médias** dizem respeito ao planejamento familiar, item E6 (3,89), e ao atendimento domiciliar item E21 (3,85). Deste modo, os achados contemplam, em parte, o rol de responsabilidades e ações estratégicas mínimas de atenção básica (BRASIL NOAS/SUS 2001). Ademais, no que se refere à saúde da mulher, sugere estar em consonância com o Plano Estadual de Saúde do estado do RS (2016) o qual estabeleceu a saúde da mulher como uma de suas linhas de cuidado, bem como com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que tem a integralidade e a promoção de saúde como princípios norteadores, com ênfase nos avanços referentes ao planejamento familiar, dentre outras ações (BRASIL, 2004). Salienta-se que orientações e serviços referentes à saúde da mulher foram contemplados em ambos os componentes. Já no que concerne o atendimento domiciliar, para Brito, Andrade, Caçador (2013) o sistema de saúde brasileiro é marcado por pontos de atenção que não se comunicam, fragilizando a consolidação deste princípio no cotidiano dos serviços, assim, entendem a atenção domiciliar como uma estratégia de intervenção em saúde que pode viabilizar práticas mais próximas do conceito de integralidade

Ressalta-se que entre os dois componentes, este recebeu a maior média, convergindo com estudo de Vitoria et al (2013), realizado em serviços de APS no município de Curitiba, que traz média de 7,7 para este componente, e divergindo do estudo de Silva et al., (2014) realizado em municípios de pequeno e médio porte da microrregião de Alfenas (MG), que trouxe média mais elevada para os serviços prestados (6,8). Em ambos os estudos o instrumento PCATool foi aplicado aos profissionais de saúde dos serviços de saúde. Com relação aos serviços disponíveis, neste estudo, embora haja vulnerabilidades com relação a disponibilidades de serviços, este nível de atenção apresenta-se capaz de suprir as algumas demandas da população adscrita.

O Plano Estadual de Saúde (2016) no estado do Rio Grande do Sul traz como um de seus objetivos a otimização dos gastos, os quais devem estar alicerçados em ações que disciplinem, dentre outros fatores, as prescrições de medicamentos, garantindo o uso racional e a integralidade da atenção (ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2013). Neste contexto, no componente de serviços prestados, nossos achados, dispostos na Tabela 3 nos remetem a **alta média** (3,77) do escore obtido no que se refere a verificação e discussão, por parte dos

profissionais, sobre a utilização dos medicamentos utilizados (F7). Salienta-se, que a possibilidade de discussão sobre medicamentos pode envolver orientações com relação aos problemas relacionados à automedicação. Neste sentido, estudo realizado em município sede de uma das regiões avaliadas, traz que 76,1% dos entrevistados faziam uso de medicamentos sem prescrição médica (VILARINO et al., 1998), ratificando a importância desta abordagem.

Outro item que se destaca neste componente (Tabela 3), o qual obteve a segunda **maior média** (3,75) se refere à qualidade do sono e da alimentação (F1), demonstrando a preocupação dos profissionais em atender esta demanda. Entretanto, estudo de Neis, Stollmaier, Silveira (2012) traz que profissionais médicos e enfermeiros relataram insegurança na abordagem de problemas alimentares por falta de conhecimento na área. Deste modo, estes profissionais não se sentem suficientemente preparados para este tipo de abordagem, afirmando a necessidade e importância de nutricionistas nos serviços de saúde. Ressalta-se neste contexto, que encontramos fraca presença destes profissionais nos serviços avaliados.

Assim, Borelli et al., (2015) destacam a ampliação das ações de cunho preventivo, emergentes de campo de atuação não médico, como a nutrição, que exige maneiras de inserção compatíveis com a realidade da população. Logo, a atenção nutricional oportuniza a proposta de um modelo ampliado de saúde e cuidado, onde a integralidade da atenção admite componentes de ordem subjetiva, afetiva e social, além dos determinantes do processo de saúde-doença.

No componente serviços prestados (Tabela 3), o item referente à posse e armazenamento de armas de fogo (F9) foi aquele com maior número de respostas negativas, apresentando concomitantemente a **menor média** (1,28). Nossos resultados convergem com estudos de Araujo et al., (2014), ao questionarem idosos nos serviços de APS no município de Macaíba (RN) acerca do mesmo item, o qual obteve a pior avaliação no atributo da Integralidade, juntamente com os itens E14, F3, F4, F8 e F10. Contudo, este questionamento apresentou a correlação mais fraca com o escore obtido sendo o item que menos contribuiu para o escore deste componente. Acredita-se que este tema não é abordado por estar distante da realidade brasileira, visto que posse de armas são reservadas às pessoas que necessitam dela para uso específico no trabalho (BRASIL, 2003).

Orientações sobre a segurança da criança (F3), neste componente (Tabela 3) também obtiveram frequência de respostas negativas, contribuindo para **baixa média** (1,84) do item. Dados encontrados no Plano Nacional da Primeira Infância (2014) relacionados à segurança infantil trazem que mortes decorrentes de acidentes no trânsito, lesões, envenenamento,

afofamento, quedas e queimaduras são as principais causas de morte com crianças a partir de um ano de idade no Brasil. Tais temas também podem ser observados no atributo avaliado. Segundo dados do Ministério da Saúde do Brasil, na faixa etária de zero a nove anos, os acidentes desta natureza foram responsáveis, em 2012, por 3.142 mortes e mais de 75 mil hospitalizações infantis caracterizando tais acidentes como um grave problema de saúde pública (PLANO NACIONAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA, 2014). Reiterando a importância destes temas serem abordados pelos profissionais de saúde nos serviços de APS.

Com relação ao nosso objetivo, verificou-se, de acordo com a perspectiva dos profissionais de saúde, que a presença e a extensão de Integralidade nos municípios analisados é considerada satisfatória, embora parcial, haja vista o número de itens que obtiveram baixas médias. Salienta-se que tais achados convergem com estudos de CHOMATAS et al., (2013) que encontrou escores médios elevados, nos dois componentes em ESF no município de Curitiba (PR). Ademais, não há diferença significativa entre as regiões estudadas. Desta forma, levando-se em consideração que 47% (n=15) dos municípios avaliados são de pequeno porte, pode-se inferir que em ambas as regiões tais municípios se comportam da mesma maneira, tanto no que se refere aos serviços prestados quanto aos serviços disponíveis.

Neste sentido, os serviços de APS avaliados, de acordo com o instrumento utilizado têm presença satisfatória do atributo da integralidade sob a perspectiva dos princípios doutrinários do SUS, a qual destina-se a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde, tanto como um direito quanto como um serviço (SAID et al., 2014). Destaca-se, neste cenário, a relevância das avaliações em saúde, considerando-a como uma ferramenta primordial para implementação da universalidade e equidade dos serviços de saúde, sobretudo quando aperfeiçoada/melhorada com a participação da sociedade no controle das ações governamentais (BRASIL, 2004).

Embora nossos resultados nos remetam à presença e extensão (embora parcial) deste atributo nos serviços avaliados, estudo realizado nos municípios de Santa Maria/RS e Santiago/RS pertencentes as regiões de saúde avaliadas no trabalho em tela, trouxeram escores abaixo do valor mínimo de classificação, nos dois componentes em ambos os municípios (Santiago: SD=6,65 e SP=4,07; Santa Maria: SD=5,87 e SP=3,24) ratificando a inexistência da presença e extensão da integralidade sob a perspectiva de usuários adultos no cenário pesquisado (SIGNOR, 2016). Todavia, estudos trazem que usuários tendem a avaliar os serviços de saúde de maneira menos favorável com relação aos profissionais e gestores que

atuam nestes espaços (ELIAS et al., 2006; VAN STRALEN et al., 2008), o que pode ter contribuído para obtenção de baixos escores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dimensões de integralidade consideradas a partir da aplicação do instrumento permitiram visualizar os diferentes aspectos envolvidos no exercício da integralidade sob a percepção dos profissionais de saúde das unidades de APS estudadas. Assim, verificou-se que os profissionais entrevistados em ambas regiões de saúde, têm uma boa avaliação sobre o atributo proposto neste estudo.

Os resultados sinalizam que ações voltadas para a efetivação do cuidado integral são em parte, incorporadas na prática destes profissionais. Todavia, algumas fragilidades ainda podem ser notadas, tanto no que se refere a estrutura dos serviços de saúde quanto à prestação do cuidado por parte dos profissionais, visto que houve elevado percentual de respostas negativas no que tange aos dois componentes.

Possivelmente a transposição de tais problemas poderá ser alcançada com a qualificação destes profissionais, pois embora tenhamos encontrado prevalência de profissionais com pós-graduação, não poderemos inferir se foram ou não realizadas com foco em AB, de modo a ser um limitante na pesquisa. Também trazemos para o campo das limitações termos somente a visão de profissionais, haja vista a importância da percepção dos usuários, pois são quem efetivamente experimentam os serviços.

Conclui-se que, os profissionais reconhecem, embora parcialmente, o serviço de atenção primária como espaço privilegiado de ações preventivas e de controle de saúde, haja vista a frequência das respostas positivas, tanto no componente dos serviços disponíveis quanto no componente dos serviços prestados. Ressaltamos que a APS é composta por outros atributos além da integralidade, assim, consideramos necessária e pertinente uma avaliação que contemple outros elementos estruturantes, para que se possa conhecer de que maneira o cuidado se comporta nas regiões avaliadas, sob a perspectiva da equidade, considerando que a integralidade perpassa todos os atributos.

Ademais, este estudo aborda informações originais sobre o nível de qualidade da Atenção Primária à Saúde nas regiões de saúde avaliadas, servindo de parâmetro para gestores, pesquisadores, bem como profissionais de saúde envolvidos na luta por melhorias neste nível de atenção, componente fundamental do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, N. H. S.; ZANETTI, M. L., SANTOS, M. A. A percepção visual de pacientes com retinopatia diabética segundo o referencial de Merleau-Ponty. **Rev Enferm UERJ**. Abr-Jun; v. 16, n. 2, p. 249-54, 2008.
- ARAÚJO, L. U. de, et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3521-3532, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803521&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 29 dez 2016.
- ARAÚJO, M. B. de S.; ROCHA, P. de M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.
- ARAÚJO, R. de L.; MENDONÇA, A.V. M.; SOUSA, M. F. de. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 387-399, Junho, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200387&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 dez. 2016.
- BORELLI, M. et al. A inserção do nutricionista na Atenção Básica: uma proposta para o matriciamento da atenção nutricional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2765-2778, 2015.
- BRASIL, Fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 4, n. 4, p. 449-459, dez, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000400014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 dez 2016.
- _____. Lei n. 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. Brasília: **Ministério da Saúde**, 1990.
- _____. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, 2006.
- _____. Presidência da República. **Casa Civil**. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em 20 dez 2016.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde** 2014.
- _____. 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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: **NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95**, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília, 2001.
<<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Noas%2001%20de%202001.pdf>>

_____. Estatuto do desarmamento. Lei nº 10.826, de 2003, e legislação correlata. – 4. ed. – Brasília: **Câmara dos Deputados**, Edições Câmara, 2012.

BRITO, M. J. M.; ANDRADE, A. M.; CAÇADOR, B. S. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: Trilhando os caminhos da integralidade. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 4, p. 603-610, 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400603>. Acesso em: 17 jan 2017.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. dos S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamento dos médicos e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1881-1892, set, 2006. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900019>. Acesso em: 15 dez 2016.

CASTRO, R. C. L. de, et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9; p. 1772-1784, set. 2012. Disponível em:
<<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n9/v28n9a15.pdf>>. Acesso em 10 dez 2016.

CHOMATAS, E. et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 294-303, 2013. Disponível em:
<[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)828](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)828)>. Acesso em 21/nov./2016.

COELHO, N. S. **Avaliação da qualidade em Atenção Primária em Saúde: comparação entre os instrumentos PCATool e competências essenciais de gerentes dos Centros de Saúde da Família de Fortaleza**, 2006, 89 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), 2006. Disponível em: <http://www.uece.br/cmasp/dmdocuments/nayanecoelho_2013.pdf>. Acesso em 22/dez/2016.

COSTA, S. M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p. 90-6, 2013. Disponível em:
<<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/viewFile/530/55>>. 2 Acesso em: 24 jul 2016.

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

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

ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 dez. 2016.

FAUSTO M. C.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C; CORBO, A. D. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em:

<http://www.concepcaoconsultoria.com.br/images/upload/file/Prefeitura%20Municipal%20de%20Presidente%20Janio%20Quadros_BA/Documentos%20para%20Consulta/Modelos%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20e%20a%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia.pdf>. Acesso em: 09 set 2016.

FRACOLLI, L. A. et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4851-4860, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/pt_1413-8123-csc-19-12-04851.pdf>. Acesso em: 24 ago 2016.

GUARDA, F. R. B. da; SILVA, R. N. da; TAVARES, R. A.W. Perfil sociodemográfico dos médicos que compõe equipes de saúde da família na Região Metropolitana do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saúde**, v.3, n.2, p.17-24, 2012. Disponível em:

<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232012000200003>. Acesso em: 21 dez 2016.

GÉRVAS, J. Atención Primaria fuerte es aquella que dispone de instrumentos que le permiten medir la calidad que ofrece (para su continuo mejoramiento). **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, out-dez; v. 8, n. 29, p. 221-2, 2013. Disponível em:

<<http://equipocesca.org/wp-content/uploads/2013/11/Brasil-PCATool-Editorial-SBMFC.pdf>>. Acesso em 21 set 2016.

HARZHEIM, E. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v. 8, n. 29, p. 274-84, 2013. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/829>>. Acesso em: 08 jun 2016.

LACAZ, F. A. C. **Relatório técnico final do projeto de pesquisa: avaliação da gestão do trabalho como tecnologia em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo**. Instituição Executora: Universidade Federal de São Paulo – Unifesp. julho, 2008.

LANZA, L. M. B. A formação profissional dos trabalhadores em saúde na atenção básica. V Jornada Internacional de Políticas Públicas, ago, 2011, São Luis/MA, **Anais**. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSE_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/A_FORMACAO_PROFSSIONAL_DOS_TRABALHADORES_EM_SAUDE_NA_ATENCAO_BASICA.pdf>. Acesso em 22 nov 2016.

MACHADO, M. H. et al. **Análise da força de trabalho do setor saúde no Brasil: focalizando a feminização**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, 2006. Disponível em:

<http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/ENSPSA-FIOCRUZ/Analise_forca_trabalho.pdf>. Acesso em 18 ago 2016.

NEIS, M.; STOLLMAIER, A.; SILVEIRA, J. L. C. A importância do nutricionista na atenção básica à saúde. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 46. n. 2, p.399-414, out, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/2178-4582.2012v46n2p399>>. Acesso em 25/nov/2016.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, v. 66, (esp), p.158-64, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>>. Acesso em: 13/dez/2016.

PAIM, J. S. Saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa/Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Saude.pdf>>. Acesso em: 17 ago 2016.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P. de; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 3, p. 657-64. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300015>. Acesso em: 13 out 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. **Secretaria da Saúde**. Plano Estadual de Saúde: 2016/2019. Porto Alegre, 2016. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1480502881_1478280203_PES%202016-2019%20-%2025%2010.pdf>. Acesso em: 26/dez/2016.

SAID, R. F. C. et al. Integralidade e integração dos serviços de saúde: desafios para a redução dos óbitos por dengue. **Divulgação em Debate**. Rio de Janeiro, n. 51. out 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/pt/lil-771504>>. Acesso em: 12 out 2016.

SIGNOR, E. **Avaliação da integralidade na rede de atenção primária à saúde em municípios do interior do RS**. 2016. 82 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Santa Maria, RS, 2016.

SILVA, S.A. et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde. **rev Esc Enferm USP**, v. 48, esp, p.126-132, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000700122&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 18 nov 2016.

SANTINI, S.M.L. et al. Perfil dos profissionais das equipes de saúde da família em municípios de pequeno porte de uma regional de saúde do paraná e suas condições de trabalho. III Congresso CONSAD de Gestão Pública, **Anais**, Brasília, 2010. <http://www.escoladegestao.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_III_congresso_consad/painel_3/Perfil_dos_profissionais_das_equipes_de_saude_da_familia_em_municipios_de_pequeno_porte_de_uma_regional_de_saude_do_parana_e_suas_condicoes_de_trabalho.pdf>.

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

VAN STRALEN, C. J. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s148-s158, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 nov 2016.

VILLALBÍ, J. R et al. Evaluación de la Atención Primaria de Salud. **Aten Primaria**, v.31, n.6, p. 382-385, 2003. Disponível em:< http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/A181.pdf>. Acesso em: 22 dez 2016.

VILARINO, J. F. et al. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 43-49, feb 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 dez 2016.

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

WERMELINGER, M. et al. A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, n.45. p. 54-70, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/A%20Forca%20de%20Trabalho%20do%20Setor%20de%20Saude%20no%20Brasil%20.pdf>>. Acesso em: ago 2016.

ZANETTI, T. G.; VAN DER SAND, I. C. P., PERLINE, N. M. O. G. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: um estudo de caso. **Cienc Cuid Saude**, Jul/Set; v.9, n.3, p.448-455, 2010.

4.2 ARTIGO 2

**PREVALÊNCIA DE INTEGRALIDADE EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE DE MUNICÍPIOS DO SUL DO BRASIL: UM ESTUDO MULTINÍVEL****RESUMO**

Objetivo: analisar a prevalência e os fatores associados à presença do atributo da integralidade em serviços de APS nos municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. **Método:** estudo observacional transversal multinível em dois níveis: individual (profissionais de saúde) e contextual (municípios). Teve como cenário de pesquisa os serviços de Atenção Primária à Saúde nos municípios de pertencentes as Regiões de Saúde: Verdes Campos e Entre Rios. A população do estudo constituiu-se de profissionais de ensino superior relacionados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (2014). A coleta de dados ocorreu entre os meses de fevereiro e julho de 2015. Os dados individuais foram obtidos mediante entrevistas com a utilização de um questionário sócio-demográfico, e aplicação do instrumento *Primary Care Assessment Tool – Brasil versão profissionais*, os dados contextuais foram coletados em sites oficiais da internet do Governo Federal Brasileiro. Foi realizada, para construção do banco ecológico no banco individual, comando de sintaxe a partir da variável que apresentava o código do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de cada município, utilizando-se o comando: *Recode into Different Variables* do software SPSS 20. As variáveis foram hierarquicamente agrupadas em independentes contextuais: Região de Saúde, porte populacional, o índice de Gini, e Internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde, e independentes individuais: sexo, faixa etária, modelo de atenção, formação complementar, e tempo de trabalho. Considerou-se o desfecho a presença do atributo da integralidade nos serviços de Atenção Primária. As razões de prevalência foram obtidas por regressão de Poisson. **Resultados:** apenas a variável contextual porte populacional estava associada à prevalência da integralidade. **Considerações finais:** o conhecimento deste fator proporcionou um maior conhecimento do atributo avaliado em municípios de pequeno porte, porém sugere-se mais pesquisas avaliativas incorporando outros fatores contextuais, além dos incorporados nesta análise.

Descritores: Avaliação nos Serviços de Saúde; Integralidade; Atenção Primária à Saúde; Modelos Estatísticos.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) oferece a entrada no sistema para todas as necessidades e problemas, ofertando atenção sobre a pessoa sem direcionar especificamente as enfermidades. Neste sentido, aborda os problemas mais comuns na comunidade, por meio da oferta de serviços de prevenção, cura e reabilitação potencializando a saúde e o bem estar, sendo considerada como o primeiro nível de assistência dentro do sistema (STARFIELD, 2002). Assim a maneira pela qual é formulada para prestar serviços, bem como realiza-los de maneira adequada tornam-se componentes-chave de uma estratégia que visa melhorar a

efetividade e a equidade dos serviços de saúde (VILLALBÍ, et al., 2003). Contudo, vista como uma estratégia para orientar a organização do sistema de saúde, exige a compreensão da saúde como um direito social (GIOVANELLA; MENDONÇA; ALMEIDA, 2009).

No Brasil, desenvolveu-se por meio de dois modelos de organização de suas ações, a saber: o modelo da Programação da saúde (1970), e o modelo do Programa de Saúde da Família (1994) (SALA et al., 2011). Posteriormente tal programa tornou-se uma estratégia de reorganização do sistema de saúde, que almeja a conversão de um modelo, historicamente centrado na doença e no cuidado médico individualizado, em um sistema que caminha em sintonia com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), sejam eles: universalidade, equidade, e integralidade da atenção (BRASIL, 1997).

Para Starfield (2002) a APS é detentora de qualidades próprias, neste sentido caracteriza este nível de atenção por meio de atributos essenciais e derivados, dentre os quais o atributo da Integralidade, considerando-a como um elemento estruturante do sistema de saúde. Entende-se com atributos essenciais, além da integralidade, Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade e Coordenação do Cuidado. E Orientação Familiar, Orientação Comunitária e Competência Cultural são considerados atributos derivados.

Assim, neste contexto, a integralidade compreende uma gama de serviços disponíveis e prestados no âmbito da APS. Outrossim, as ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, quando ofertadas devem contemplar atenção integral ao usuário do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença (STARFIELD, 2002). Para tanto, tal atributo pressupõe uma organização do trabalho nos serviços de saúde que admita uma relação de assimetria no que se refere às relações entre profissionais e usuários dos serviços (COSTA, 2004).

Ademais, por ser um ambiente de diversas complexidades, a avaliação na APS torna-se um dos melhores mecanismos de resposta às necessidades de informações de seus gestores (MENDES, 2009). Para Pizzanelli et al., (2011) a avaliação é um componente crítico do processo de gestão e potencial fonte de insumos para a melhoria de processos e qualidade dos resultados. Neste contexto, Cassady et al., (2000) desenvolveram um instrumento validado nos Estados Unidos, Brasil (HARZHEIM et al., 2006); Uruguai (PIZZANELLI et al., 2011), que permite mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS denominado *Primary Care Assessment Tool* – PCATool.

O instrumento supracitado, está alicerçado na combinação de elementos estruturais e processuais, e por meio de escores obtidos possibilita estabelecer o grau de orientação à APS,

viabilizando a comparação de serviços, determinação de metas a serem cumpridas, e a associação entre a efetividade da atenção e a presença dos atributos (BRASIL, 2010; HARZHEIM et al., 2013). Ademais, os valores dos escores são padronizados em uma escala que varia de 0 a 10, deste modo, aqueles valores iguais ou superiores a 6,6 são considerados alto escores, conferindo a presença do atributo no serviço avaliado (HARZHEIM et al., 2013).

Por fim, desfechos com relação à quedas de internações por condições sensíveis à APS (FERNANDES et al., 2009) e melhoras no que se refere a integração com a rede assistencial (GIOVANELLA; MENDONÇA; ALMEIDA, 2009), vem se apresentando de forma favorável, no que se refere a APS e sobretudo a ESF. Todavia, algumas fragilidades ainda mostram-se presentes, principalmente no que se refere a dificuldades de acesso e integralidade do cuidado e (SAMICO et al., 2005). Assim, justificando a necessidade de ampliar as avaliações neste cenário.

Diante do exposto, elaborou-se a seguinte questão norteadora: quais as características dos profissionais de saúde, e seus respectivos contextos sócio-espaciais são capazes de influenciar a presença e extensão da integralidade nos serviços de APS? Dessa forma, o objetivo deste estudo foi analisar a prevalência e os fatores associados à presença do atributo da integralidade em serviços de APS nos municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS).

METODOLOGIA

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

Cenário: A pesquisa teve como cenário os serviços de APS dos municípios pertencentes às duas Regiões de Saúde que compõe a 4ª CRS/RS: i) Verdes Campos e ii) Entre Rios. Destaca-se que o Estado do Rio Grande do Sul, está situado no Sul brasileiro com área territorial de 282. 674 km² sendo constituído por 497 municípios. Em sua maioria tais municípios são considerados pequenos, sendo que no ano de 2001, 45,7% deste detinham uma população inferior a 5.000 mil habitantes. A saúde foi regionalizada em sete macrorregiões, onde a 4ª CRS/RS situa-se na Macrorregião Centro-Oeste (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

A Região de Saúde Verdes Campos constitui-se de 21 municípios com população de 435.021 habitantes e sua sede está localizada em Santa Maria, sendo este o município com o maior contingente populacional (63,2%). Assim, a sede configura-se como polo educacional, bem como de serviços de saúde de média e alta complexidade. A Região de Saúde Entre Rios é constituída por 11 municípios, com população de 127.574 habitantes, tendo como sede o

município de Santiago com 39,7% da população, concentrando a maioria dos serviços de saúde da região (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Em ambas as regiões a agropecuária exerce papel fundamental na economia e é considerada como a principal fonte de renda em 57% dos municípios na região Verdes Campos e, em 63,6% dos municípios da região Entre Rios (IBGE, 2015). A região Verdes Campos possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,703, sua população urbana corresponde a 81,3%, e sua população rural atinge 18,3%, de modo que a densidade geográfica corresponde a 32 hab/km². Com relação à região Entre Rios, 74,1% da população habita em área urbana e 25,9% em área rural, possuindo densidade demográfica de 9 hab/km² e IDH de 0,678 (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Com relação à atenção primária à saúde, a região Verdes Campos apresenta 89 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com cobertura de equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de 39,1%, já a Região Entre Rios apresenta 49 UBS com 79,14% de cobertura de ESF (RIO GRANDE DO SUL, 2016). Em ambas as regiões a rede de APS é composta por diferentes modelos de atenção: Unidade Básicas de Saúde com equipes de ESF (UBS/ESF), as UBS tradicionais (UBS/T), e as unidades mistas (UBS/M) onde atuam os dois modelos anteriores (KESSLER, 2016).

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

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

versão profissionais. Ressalta-se que o PCATool, de acordo com Araújo et al, (2014) pode ser adaptado e aplicável a diversos contextos populacionais. O instrumento possibilita medir a presença e a extensão dos atributos, dentre os quais o da integralidade, de modo que o atributo é formado por um componente relacionado à estrutura (Serviços Disponíveis) e um componente relacionado ao processo de atenção (Serviços Prestados). Na versão utilizada, o atributo compreende 37 itens, isto é, 22 itens referentes aos serviços disponíveis, e 15 itens referentes aos serviços prestados (BRASIL, 2010).

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

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

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

Variáveis: Foram consideradas variáveis independentes contextuais: Região de Saúde (Verdes Campos e Entre Rios), Porte populacional dos municípios (até 5mil/hab; 5 a 10mil/hab; mais de 10mil/hab) de acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE/2010, o Índice de GINI do ano de 2010 (Ruim: 0,53-1 / Bom: 0-0,52) de acordo com PNUD (2013), e Proporção de internações por condições sensíveis à APS referente ao ano de

2011 (28% ou mais / até 27,9%) , de acordo com o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS, 2011).

As variáveis independentes individuais foram: Sexo (feminino ou masculino), Faixa etária (20-29 anos; 30-39 anos; 40-49 anos; 50-59 anos; 60-80 anos), Modelo de atenção (UBS Tradicional, UBS ESF, UBS Mista), Formação complementar em nível de pós graduação *Stricto Sensu* ou *Lato Sensu* (sim ou não), e Tempo de trabalho em APS (até 1 ano; até 5 anos; até 10 anos; mais de 10 anos).

O desfecho foi a presença do atributo da integralidade nos serviços de APS. O processo de obtenção das escalas inicia no cálculo dos escores de integralidade obtidos conforme instruções contidas no manual do instrumento PCATool. Deste modo, os escores da integralidade foram definidos através da média aritmética dos itens de cada componente do instrumento (serviços disponíveis e serviços prestados). Logo, por meio de respostas tipo escala Likert (4 =com certeza sim; 3 = provavelmente sim; 2 = provavelmente não; 1 = com certeza não; e 9 = não sei/não lembro) o instrumento PCATool Versão Brasil-Profissionais construiu escores com intervalo de 1 a 4 para o atributo da integralidade (HARZHEIM et al., 2013; BRASIL, 2010).

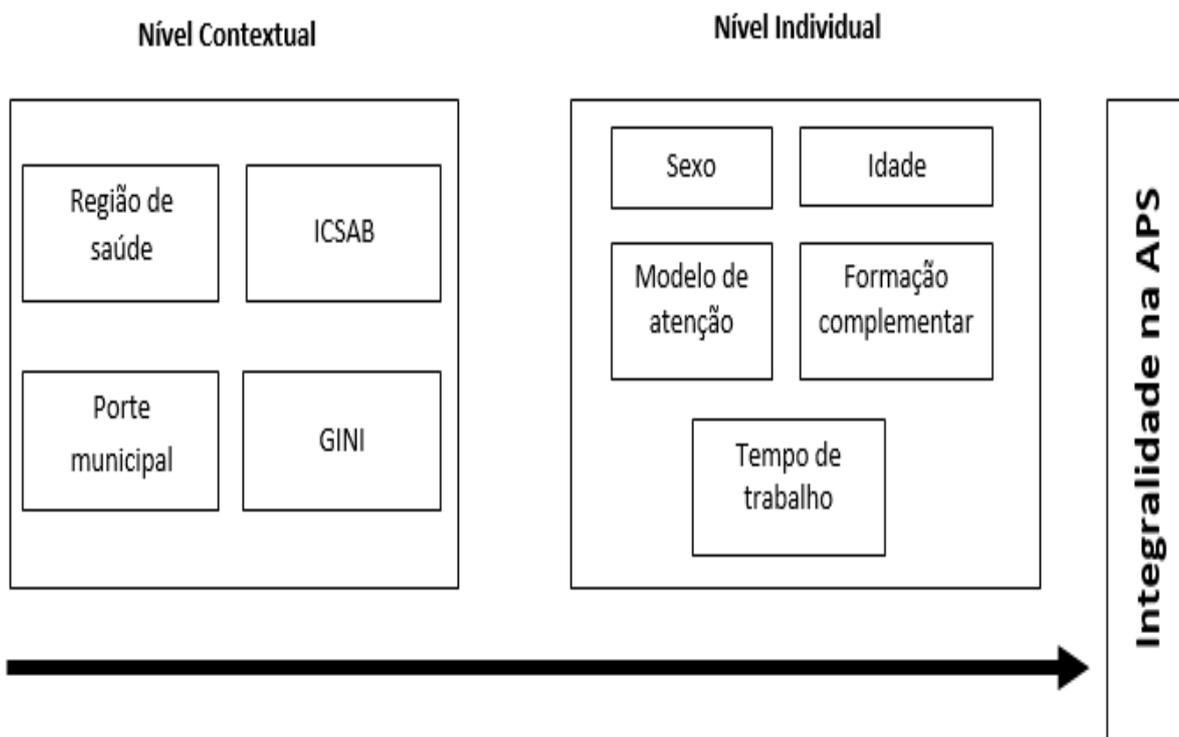
Outrossim, quando a soma dos *missing* com respostas valor 9 atingisse 50% ou mais do total de itens do componente, a respectiva entrevista era excluída. Se a soma destes era inferior a 50%, transformava-se o valor 9 para valor 2 (“provavelmente não”). Por fim, o escore da Integralidade foi transformado em uma escala quantitativa contínua de 0 a 10, utilizando a fórmula a seguir: $(\text{escore obtido} - 1) * 10/4 - 1$. Assim, o desfecho do presente estudo foi categorizado de forma dicotômica a partir das escalas obtidas no PCATool (Escala $\geq 6,6$ = alto escore considerado satisfatório e Escala $< 6,6$ = baixo escore considerado insatisfatório). Ressalta-se que para a análise, neste estudo, foram utilizados somente os escores do componente Serviços Disponíveis.

Modelo teórico: Foi elaborado um modelo teórico para a explicação das relações entre as variáveis, haja vista não se obter na literatura fonte de informações acerca desta temática a partir de um modelo teórico que envolve aspectos contextuais e individuais (Figura 1). Portanto, para esta proposta, foram utilizadas fontes que abordassem o conceito e definição de integralidade no contexto da Atenção Primária à Saúde de acordo com Starfield (2002) bem como aspectos da avaliação de serviços de saúde de acordo com Donabedian (1978) e indicadores demográficos (IBGE, 2015), econômico (PNUD, 2013) e de saúde (IDSUS, 2011).

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

Considerações éticas: O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria sob número 34137314.4.0000.5346, por estar adequado ética e metodologicamente, de acordo com a resolução 466/2012 (Brasil, 2012).

Figura 1 – Modelo teórico da integralidade na oferta de serviços de atenção primária à saúde de acordo com características individuais e contextuais.



RESULTADOS

A partir da amostra de 247 profissionais de saúde, 207 entrevistas foram realizadas. Foram consideradas 16,1% de exclusões (n=40), as quais se referem aos profissionais em período de licenças, férias, afastamentos, bem como profissionais atuantes em mais de um serviço, no mesmo município ou em municípios diferentes, por responderem apenas uma vez. O detalhamento deste percurso será apresentado na forma de fluxograma (Figura 2).

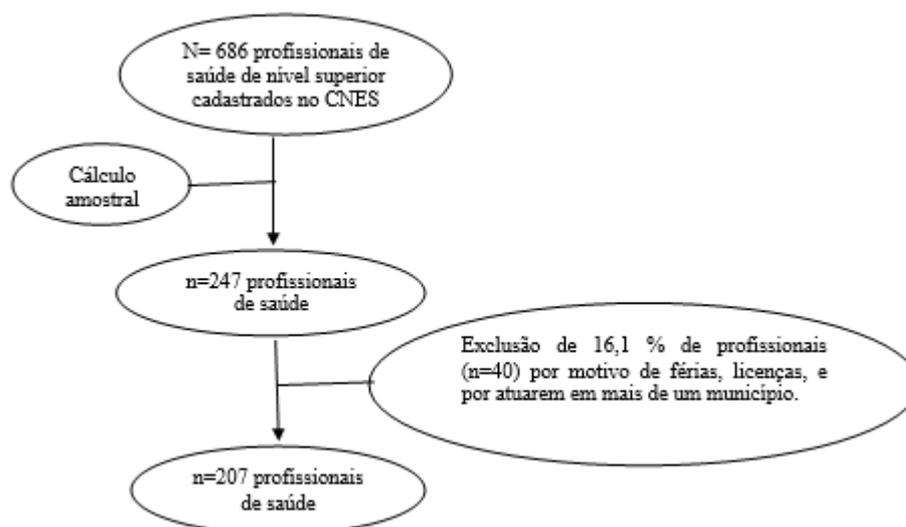
A prevalência geral da integralidade nos serviços avaliados foi 71,4% (IC95%: 65,2-77,6). Em relação às características contextuais, 58,9% dos profissionais atuavam na Região de Saúde Verdes Campos, 34,3% trabalhavam em municípios com até 5 mil habitantes, 59,9% dos profissionais atuavam em municípios com índice de Gini considerado bom 0-0,52, e 54,6% dos profissionais 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 profissionais de saúde, 72,3% eram do sexo feminino, 39% estavam na faixa etária de 30-39 anos de idade, 45,9% atuavam em unidades de Estratégia Saúde da Família, 66,8% possuíam formação complementar, e 29,5% referiram tempo de serviço em APS de até 5 anos (Tabela 2).

As maiores prevalências de integralidade foram encontradas na Região Entre Rios com 75,2% (IC95%: 66,0 - 84,5), em municípios com população de até 5 mil habitantes 91,6% (IC95%: 84,9 - 98,1), em municípios com média do índice de Gini de até 0,52 com 76,6% (IC95%: 69,0 - 0,84), e em municípios com até 27,9% de ICSAP com 74,4% (IC95%: 65,5 - 83,3) (Tabela 1). As unidades de saúde com modelo de atenção misto apresentaram 87% (IC95%: 78,6 - 95,5) de prevalência do atributo da integralidade. Profissionais do sexo masculino 75,4% (IC95%: 64,0 - 86,7), entre a faixa etária que compreende 30-39 anos 76,2 (IC95%: 66,8 - 85,6), sem formação complementar 76,4 (IC95%: 66,2 - 86,6) e atuando há mais de 10 anos nos serviços 73 (IC95%: 61,0-86,8) foram os que apresentaram a maior prevalência do atributo (Tabela 2).

Na análise hierárquica, após os ajustes, entre os fatores contextuais (Tabela 1: Modelo 1), a maior razão de prevalência ajustada (RP ajustada - 1,67/ IC95%: 1,14-2,45) foi para os profissionais que atuavam em municípios com população de até 5 mil habitantes, em comparação aos municípios com porte populacional de 5 a 10 mil habitantes, e municípios com população superior a 10 mil habitantes. Neste modelo, esta variável foi a única que apresentou diferença estatisticamente significativa. Entre os fatores do nível individual dos profissionais de saúde (Tabela 2: Modelo 2), não houve diferença estatisticamente significativa.

A variância (*deviance*) foi -197.655 no modelo vazio (sem as variáveis independentes). Este valor reduziu para -193.355 na análise multivariável do modelo multinível 1 e para -187.027 na análise multivariada do modelo multinível final (Modelo 2).

Figura 2 – Detalhamento do percurso amostral na forma de fluxograma (n=207).



Fonte: Autor, Santa Maria, UFSM, 2017.

DISCUSSÃO

A partir das análises realizadas no presente estudo verificou-se a prevalência do atributo da integralidade nos municípios avaliados. Ademais, a variável porte populacional foi a única variável que apresentou efeito, mantendo a magnitude do seu efeito após ajuste, apresentando uma significância estatística, quando relacionada ao desfecho deste estudo. Neste sentido, salienta-se que em cada bloco determinaram-se as co-variáveis mais fortemente associadas com a prevalência do atributo da integralidade, utilizando-se um nível de significância flexível ($p < 0,10$).

A população do estudo se caracterizou por maioria de indivíduos do sexo feminino, estando em consonância com a literatura (CARVALHO et al., 2014), com prevalência de faixa etária de 30-39 anos corroborando com estudo de Nunes et al., (2015). A maioria dos profissionais atua em unidades de saúde ESF, com tempo de trabalho de até 5 anos, contrariando estudo de Nunes et al., (2015), que encontrou de 9 à 24 anos de trabalho entre profissionais de saúde em municípios no estado do Paraná.

No trabalho em tela, 47% (n=15) dos municípios avaliados possuem população abaixo de 5 mil hab, dos quais 67% (n=10) pertencem a Região de Saúde Verdes Campos e 33% (n=5) pertencem à Região de Saúde Entre Rios, tendo em municípios de grande porte a sede de suas regiões. Assim, Akaishi (2011) traz que municípios de pequenos portes exercem um papel de caráter local, no que concerne às necessidades da população, ademais, dependem de municípios de médio ou grande porte para a obtenção de diversos serviços. Logo, o desempenho de tais municípios pode estar relacionado à disponibilidade de recursos destes municípios, tanto do ponto de vista financeiro, quanto material e humano.

Neste sentido, um estudo que objetivou a elaboração de um modelo de avaliação da atenção básica para o estado de Santa Catarina (2008), ancorado no Plano para o fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica do mesmo Estado, concluiu que municípios com menos de 5 mil habitantes foram os que tiveram melhor desempenho quando comparados com municípios entre 5-10 mil habitantes, e 10-50 mil habitantes. Outrossim, municípios de pequeno porte (até 5 mil hab) obtiveram avaliação satisfatória tanto com relação à provimentos (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento da doenças e agravos de saúde) contemplando o princípio da integralidade, quanto à dimensão que engloba a gestão da saúde básica nos municípios avaliados (n=207), com destaque para os recursos humanos (COLUSSI; CALVO; LACERDA, 2013).

Neste contexto, os autores trazem que os gastos em saúde podem estar associados ao bom desempenho dos municípios. Assim, Faria, Jannuzzi, Silva (2008) chamam atenção para a eficiência acerca dos gastos direcionados para a saúde. Os autores concluem que a eficiência dos municípios não está necessariamente relacionada à disponibilidade maior ou menor de recursos, mas o quão bem tais recursos são investidos. Assim, para Colussi, Calvo, Lacerda (2013) é preciso considerar as prioridades políticas do município, bem como as necessidades da população, embora a finalidade da atenção básica seja a mesma em todos os municípios.

Lubambo (2006) afirma que os municípios vem assumindo maior autonomia e mais responsabilidade na provisão de bens e serviços públicos, mesmo que de maneira seletiva e de acordo com suas possibilidades. Porém, ressalta que alguns processos de gestão tem se destacado mais que outros. O autor salienta que, embora as especificidades das localidades sejam limitadoras à existência de um modelo “teórico” que responda ao êxito da gestão, é possível identificar algumas semelhanças dentre os fatores que determinam o bom desempenho desta gestão, sobretudo quando se refere a municípios de pequeno porte.

Neste caso, Colussi, Calvo, Lacerda (2008) identificam tais similaridades em seu

estudo, haja vista municípios com desempenho satisfatório, no que se refere a qualidade da atenção básica serem municípios que tiveram os maiores gastos em saúde, e maior proporção de horas dos profissionais no serviços. Ademais, segundo os autores, a qualidade da gestão municipal voltada à atenção da saúde da população pode ser medida pela habilidade dos gestores municipais em articular estratégias que reduzem o risco de doenças, bem como de agravos, viabilizando o acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, além dos serviços indispensáveis para a obtenção do princípio da integralidade.

Com relação a autonomia dos municípios, a descentralização, foi o princípio indutor de mudanças no domínio da gestão, incorporando novos atores neste campo de atuação. Assim, ao assumirem a gestão do SUS, os gestores em nível municipal têm, dentre suas atribuições, o planejamento e o financiamento das ações, a administração e o controle de recursos financeiros, a regulação do conjunto de serviços de saúde em seu território, a organização de fluxos assistenciais, além da oferta de ações e de serviços de saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2006). Desta maneira, tornam-se os principais planejadores, executores da política de saúde e gestores da força de trabalho (CARVALHO; PEDUZZI; NUNES, 2014), conferindo autonomia em suas ações, o que pode corroborar para um bom desempenho da qualidade em saúde em municípios de pequeno porte.

Destaca-se neste cenário, como um ponto que pode favorecer o princípio da integralidade em tais municípios, a Saúde da Família, considerando a municipalização da saúde. Ressalta-se que, apesar dos resultados com relação aos profissionais de saúde e os modelos de atenção em que atuam não mostrarem associação significativa no que tange o desfecho deste estudo, os modelos de atenção UBS ESF e UBS mista, apresentaram maior efeito quando comparados à UBS tradicional. Neste caso, não se pode afirmar, mas é possível sugerir, que haja uma relação entre municípios de pequeno porte populacional e a cobertura de ESF, uma vez que 100% (n=15) dos municípios de pequeno porte em questão estavam 100% cobertos (BRASIL, 2016). Salienta-se que as equipes de saúde da família atuam em áreas geográficas contendo até 4000 pessoas para cada equipe (BRASIL, 2011).

Compreendida como uma das principais estratégias, propostas pelo Ministério da Saúde do Brasil, a ESF visa reorientar o modelo assistencial do SUS, a partir da atenção básica (BRASIL, 1997). Tal estratégia pretende reorganizar os serviços de saúde, bem como reorientar as práticas profissionais sob a perspectiva da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, constituindo-se em uma proposta com dimensões técnica, política e administrativa inovadoras. Ademais, pressupõe o princípio da Vigilância à Saúde, a inter e a

multidisciplinaridade, além da integralidade do cuidado sobre sua população adscrita (BRASIL, 1998).

De acordo com Kolling (2008), inicialmente a implantação da ESF aconteceu sobretudo em municípios de menor porte populacional, pois os incentivos financeiros existentes cresciam conforme o percentual da população municipal, que era coberta pelo programa. Além disso, em municípios menores, cobertura igual a 100% da população poderiam ser facilmente atingidas com poucas equipes, contribuindo também para a implantação de equipes nas comunidades rurais afastadas, antes desatendidas ou atendidas pelos pequenos ambulatórios.

No contexto da ESF, ressaltamos a importância dos agentes comunitários de saúde (ACS), haja vista, nas regiões avaliadas, 44,2% da população residir em área rural, de modo que sua presença pode possibilitar assistência adequada desta população. Para Nunes et al., (2002) o ACS, inserido na ESF, emerge como uma ponte entre o sistema de saúde e a comunidade, haja vista a necessidade de tal profissional habitar na comunidade em que atua. Deste modo, conhece melhor suas necessidades, partilha um mesmo contexto social e cultural, bem como um mesmo universo linguístico estando mais apto a lutar pelos direitos da comunidade.

Dentre as variáveis contextuais adotadas neste modelo, a desigualdade de renda medida pelo coeficiente de Gini², no que diz respeito à prevalência da integralidade, teve seu efeito reduzido quando ajustado, não apresentando associação significativa com a prevalência da integralidade, embora mais de 50% dos municípios avaliados apresentassem índice de Gini bom (0-0,52). Em estudo de Santos (2013) a variável Gini também não encontrou resultado estatisticamente significativo, indicando que em municípios baianos a desigualdade de renda não pôde ser interpretada como um fator que afeta estatisticamente a qualidade ou quantidade de saúde ofertada à população. Neste sentido não se pode inferir qualquer relação a respeito do impacto da desigualdade de renda sobre o atributo avaliado. Porém, para Mendes (2006) a elevada desigualdade de renda pode resultar em um gasto público de baixa eficiência, bem como a desigualdade de renda, quando estatisticamente significativa pode explicar as variações na eficiência da produção de saúde (GREENE, 2004), e para Santos (2013) a desigualdade de renda não pode ser considerada com um fator determinante, capaz de explicar

² O índice de Gini, criado pelo italiano Conrado Gini, mede o grau de desigualdade na distribuição da renda domiciliar per capita entre os indivíduos. Seu valor pode variar teoricamente desde 0, quando não há desigualdade (as rendas de todos os indivíduos têm o mesmo valor), até 1, quando a desigualdade é máxima (apenas um indivíduo detém toda a renda da sociedade e a renda de todos os outros indivíduos é nula) (IPEA, 2016).

os diferentes níveis de eficiência técnica da produção de saúde no estado baiano.

Internações por condições sensíveis à APS (ICSAP³), outra das variáveis acolhidas neste modelo, também teve seu efeito reduzido. Destarte, embora o percentual maior de profissionais encontre-se em municípios com ICSAP superior a 28%, municípios que se encontram abaixo deste percentual (27,9%) obtiveram maior prevalência da integralidade, todavia sem associação estatística.

Contudo, apesar deste indicador não obter nível de significância adotado neste modelo, evidencia-se sua importância, não somente em relação à avaliação da atenção básica, mas para o sistema de saúde como um todo. Haja vista, a possibilidade deste indicador fazer emergir possíveis problemas, tanto no acesso quanto na qualidade dos serviços de saúde. Contribuindo sobremaneira para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, quais sejam, acessibilidade, universalidade, intersetorialidade e por fim, a integralidade (REHEM; CIOSAK; EGRY, 2012).

As variáveis de nível individual: modelo de atenção, formação complementar e tempo de trabalho não apresentam associação significativa com a prevalência de integralidade. Entretanto, com relação ao tempo de trabalho, um estudo traz que em serviços de APS o tempo de permanência dos profissionais impacta no estabelecimento do vínculo entre estes e usuários (CUNHA; GIOVANELLA, 2011), caracterizando uma baixa rotatividade destes profissionais, o que pode favorecer a presença da integralidade.

Corroborando com os autores, Nunes et al., (2015) sugerem uma baixa rotatividade de profissionais em função do tempo de trabalho, sobretudo em municípios de pequeno porte, neste caso proporcionando um maior vínculo com a população. Outrossim, segundo Leão e Caldeira (2011) em unidades de ESF profissionais que possuem especialização, sobretudo quando voltadas para saúde da família, apresentam melhor desempenho na avaliação dos atributos da APS.

O estudo apresenta como limitação um importante aspecto relacionado ao delineamento transversal, pois este não possibilita afirmativas de causalidade, além de outras razões. Considera-se também, a questão relacionada à utilização de um instrumento não validado para todas as categorias profissionais analisadas no presente estudo, uma vez que o instrumento PCATool é validado apenas para profissionais da medicina e enfermagem. Fato

³ O indicador ICSAP pressupõe que dentre as internações necessárias para o tratamento clínico de uma gama de afecções, há um subconjunto de causas mais sensíveis à efetividade da APS e que, portanto, proporções dessas internações podem ser evitadas por ações mais qualificadas de cuidado desenvolvidas no nível primário de atenção à saúde. A interpretação deste indicador também pode ser usada para subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a APS (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

este, que justifica este estudo não abordar aspectos dos agentes de saúde, usuários e gestores, pois o instrumento utilizado é direcionado apenas para profissionais de ensino superior atuando na assistência à saúde, impossibilitando de avaliar o impacto de seu trabalho no que se refere a qualidade da atenção da população destes municípios, refletido no atributo da integralidade.

Da mesma forma, os dados não foram coletados de forma probabilística, uma vez que os profissionais entrevistados não foram sorteados, o que pode resultar em um possível viés de seleção. Finalmente, não se pode descartar a possibilidade de confundimento e viés residual, pois informações importantes podem não ser consideradas e analisadas.

Os pontos fortes deste estudo vão desde a magnitude de municípios estudados, pois a maioria dos estudos com PCATool são realizados em apenas um ou dois municípios; também a utilização de um modelo estatístico que permite a análise multinível associando fatores individuais e contextuais; e a possibilidade indutora de dialogar com os serviços e a gestão regional de saúde auxiliando na busca da equidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações trazidas à tona, através dos resultados alcançados propiciaram um maior conhecimento acerca do comportamento do atributo da integralidade nas regiões/municípios avaliados. A prevalência da integralidade foi constatada na grande maioria dos serviços pesquisados.

Trazemos com um aspecto inovador deste estudo a análise contextual realizada com a inclusão de características dos municípios avaliados. Neste sentido, os resultados trazem uma forte associação entre a integralidade da saúde e municípios de pequeno porte.

Por fim, julga-se necessário mais estudos longitudinais, e pesquisas avaliativas incorporando fatores contextuais no que tange os serviços de saúde, e por conseguinte avaliações de outras características dos municípios além das apresentadas neste estudo, bem como a inclusão de outros fatores individuais, além daqueles englobados nesta análise.

Tabela 1 – Descrição da amostra, prevalência de integralidade e Razões de Prevalência (RP) bruta e ajustada para as variáveis e ajustada par, Brasil, 2015 (n=207).

VARIÁVEL	n (%)	Prevalência de integralidade (IC95%)	RP bruta (IC95%)	Modelo 1 RP ajustada (IC95%)	Valor P*
Região de Saúde					
Verdes Campos	122 (58,9)	68,8(60,5-77,1)	1	1	-
Entre Rios	85 (41,1)	75,2(66,0-84,5)	1,09(0,78-1,51)	1,14(0,81-1,60)	0,444
Porte populacional					
Mais de 10mil hab	93 (44,9)	54,8(44,6-65,0)	1	1	-
5 a 10mil hab	43 (20,8)	74,4(61,1-87,6)	1,35(0,87-2,11)	1,35(0,85-2,13)	0,197
Até 5mil hab	71 (34,3)	91,6(84,9-98,1)	1,66(1,15-2,40)	1,67(1,14-2,45)	0,007
Índice de Gini					
Ruim 0,53 - 1	83 (40,1)	63,8(53,3-74,3)	1	1	-
Bom 0 - 0,52	124 (59,9)	76,6(69,0-84,1)	1,19(0,85-1,67)	1,07(0,75-1,53)	0,684
Internações por condições APS					
28% ou mais	113 (54,6)	69,0(60,4-77,6)	1	1	-
Até 27,9%	94 (45,4)	74,4(65,5-83,3)	1,07(0,78-1,48)	1,00(0,71-1,42)	0,977

* referente às Razões de Prevalência ajustadas.

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

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

VARIÁVEL	n (%)	Prevalência de integralidade (IC95%)	RP bruta (IC95%)	Modelo 2 RP ajustada (IC95%)	Valor P*
Sexo					
Masculino	57(27,7)	75,4(64,0-86,7)	1	1	-
Feminino	149(72,3)	69,7(62,3-77,2)	0,92(0,64-1,32)	0,90(0,61-1,34)	0,620
Faixa etária					
20-29	41(20)	75,6(62,2-88,9)	1	1	-
30-39	80(39)	76,2(66,8-85,6)	1,0(0,65-1,55)	0,87(0,53-1,42)	0,585
40-49	45(22)	68,8(55,1-82,6)	0,91(0,55-1,49)	0,81(0,44-1,46)	0,489
50-59	26(12,7)	57,6(38,2-77,1)	0,76(0,41-1,41)	0,73(0,35-1,48)	0,387
60-80	13(6,3)	69,2(42,9-95,5)	0,91(0,43-1,92)	0,70(0,27-1,80)	0,475
Modelo de atenção					
Tradicional	50(24,1)	52(37,0-66,0)	1	1	-
Saúde da família	95(45,9)	71,5(62,0-80,7)	1,37(0,87-2,16)	1,39(0,86-2,25)	0,175
Mista	62(29,95)	87(78,6-95,5)	1,67(1,04-2,67)	1,50(0,91-2,48)	0,110
Formação complementar					
Sim	137(66,8)	68,6(60,7-76,4)	1	1	-
Não	68(33,2)	76,4(66,2-86,6)	1,11(0,79-1,56)	1,06(0,75-1,52)	0,708
Tempo de trabalho em APS					
Até 1 ano	61(29,5)	67,2(55,2-79,1)	1	1	-
Até 5 anos	61(29,5)	73,7(62,5-84,9)	1,09(0,71-1,67)	1,06(0,67-1,67)	0,792
Até 10 anos	39(18,84)	71,7(57,5-86,1)	1,06(0,66-1,72)	1,08(0,61-1,89)	0,788
Mais de 10 anos	46(22,2)	73,9(61,0-86,8)	1,09(0,69-1,75)	1,12(0,60-2,07)	0,712

* referente às Razões de Prevalência ajustadas.

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

REFERÊNCIAS

- AKAISHI, A.G. Desafios do planejamento urbano habitacional em pequenos municípios brasileiros. **Rev Risco**, v. 14, n. 2, p. 41-50, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/risco/article/view/45504>>. Acesso em: 16 jan 2017.
- BASTOS, L. S.; OLIVEIRA, R. V. C.; VELASQUE, L. S. Obtaining adjusted prevalence ratios from logistic regression models in cross-sectional studies. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 487-495, mar, 2015.
- 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.**, v. 3, p. 21, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: **Ministério da Saúde**, 1997.
- _____. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília: **Ministério da Saúde**, 1998.
- IDSUS. Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde Tabela com os municípios, **Ministério da Saúde**, 2011. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/mapas.html>>. Acesso em: 26 dez. 2016.
- CARVALHO, B. G. et al. Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 5, p. 907-914, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-907.pdf>. Acesso em: 16 jan 2017.
- CASSADY, C. E. et al. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, v. 105, p. 998-1003, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10742362>
- COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 13, n. 3, p. 5-15, dez, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300002>. Acesso em: 08 jan 2017.
- COLUSSI, C. F.; CALVO, M. C. M.; LACERDA, J. T. de. Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em Saúde Bucal nos Municípios Catarinenses. 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. **Anais**. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <<http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais/014.pdf>>. Acesso em: 17 jan 2017.
- CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p. 1029-42, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036>. Acesso em: 12 dez 2016.
- FARIA, F. P.; JANNUZZI, P. M.; SILVA, S. J. Eficiência dos gastos municipais em saúde e educação: uma investigação através da análise envoltória no estado do Rio de Janeiro. **Rev**

Adm Pública, v. 42, n.1, p.155-177, 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n1/a08v42n1.pdf>>. Acesso em 116 jan 2017.

FERNANDES V. B. L. et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.6, p.928-936, 2009.

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

GIOVANELLA, L.M.; MENDONÇA, M. H. M.; ALMEIDA, P. F. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/14.pdf>>. Acesso em 10 jan 2017.

GREENE, W. The econometric approach to efficiency analysis. In: FRIED, H; LOVELL, C.A; SCHIMIDT, S.S. **The measurement of productive efficiency and productivity growth**. New York: Oxford University Press, 2007. p. 92-250. Disponível em:

<<http://people.stern.nyu.edu/wgreene/StochasticFrontierModels.pdf>>. Acesso em 14 jan 2017.

HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1649-1659, 2006.

IBGE. Perfil dos municípios brasileiros, 2015. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2015/default_xls.shtm> Acesso em: 10 jan 2017.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Coeficiente de Gini. Disponível em:

<<http://www.ipeadata.gov.br/Default.aspx>>. Acesso em: 14 jan 2017.

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

KOLLING, J. H. G. **Orientação a Atenção Primária à Saúde da equipes de saúde da família nos município do projeto Telessaúde RS: estudo de Linha de Base**, 2008, 144f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS. 2016.

LEÃO, C. D. A; CALDEIRA, A. P. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiro em atenção primária em saúde e qualidade as atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.11, p.4415-4423, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200014>. Acesso em: 27 dez 2016.

LUBAMBO, C.W. Desempenho da gestão pública: que variáveis compõem a aprovação popular em pequenos municípios? **Sociologias**, v. 8, n. 16, p. 86-125, 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-45222006000200005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 16 jan 2017.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG; 2009.

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

NUNES, M.de O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n.6, p.1639-1646, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2002000600018&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em 17 jan 2017.

PIZZANELLI, M. et al. Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay. **Rev Med Urug**, v. 27, n. 3, p. 187-189, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902011000300009>. Acesso em 09 jan 2017.

PNUD. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Atlas dos municípios**, 2013. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>>. Acesso em: 26 dez. 2016.

RABE-HESKETH, S; SKRONDAL, A. **Multilevel and Longitudinal Modeling Using Stata**. 2. ed. Stata Press, 2008.

REHEM, T. C. M. S. B.; CIOSAK, S. I.; EGRY, E. Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 535-542, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a07.pdf>>. Acesso em: 17 jan 2017.

SAMICO, I. et al. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v. 5, n. 2, p. 229-240, 2005. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/832>>. Acesso em 01 jan 2017.

SANTOS, M. I. dos. **Eficiência da produção de saúde e desigualdade de renda no estado da Bahia**, 2013, 228 p. Dissertação (Mestrado em Economia). Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, 2013.

SALA, A.; LUPPI, C. G.; SIMOES, O. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde Soc**. v.20, n.4 p.948-960, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 jan 2017.

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

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

VASCONCELOS, C. M; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND, J. M.; CARVALHO, Y .M. (org) . **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2006.

VILLALBÍ, J. R. et al. Evaluación de la Atención Primaria de Salud. **Aten Primaria**, v. 31, n. 6, p. 382-385, 2003. Disponível em: <http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/A181.pdf>. Acesso em: 22 dez 2016.

4.3 ARTIGO 3

**INTEGRALIDADE DA SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA
COMPREHENSIVENESS OF ELDERLY HEALTH IN PRIMARY HEALTH CARE:
AN INTEGRATIVE REVIEW**

Artigo formatado conforme normas da Revista de Atenção Primária à Saúde.

Resumo

A população mundial vem passando por um processo de transição demográfica, advindo das baixas taxas de fertilidade e aumento da expectativa de vida. Tais fatos desafiam as redes de atenção bem como, a equipe de profissionais a colocar a saúde do idoso nas agendas de ações, de maneira a contemplar os preceitos do Sistema Único de Saúde, dentre os quais o princípio da integralidade. O estudo objetiva identificar quais as evidências científicas acerca da integralidade da saúde do idoso na Atenção Primária à Saúde. Realizou-se uma busca nas bases de dados LILACS, PubMed e SCOPUS, considerando publicações a partir do ano de 1982. Foram utilizados os descritores segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde e os descritores sugeridos pelo Medical Subject Headings. Os dados foram coletados no período de agosto a outubro de 2015, e 14 artigos compuseram o *corpus* do trabalho. Após análise emergiram três áreas para discussão: acesso à atenção primária com vistas à integralidade; serviços de saúde, profissionais e integralidade do cuidado; atendimento domiciliar e apoio familiar; que podem ser entendidas como as evidências científicas. Embora necessários, os cuidados integrais da saúde do idoso ainda não são uma realidade tornando-se um desafio na Atenção Primária.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde, Idoso, Integralidade, Serviços de Saúde para Idosos, Integralidade em Saúde

Abstract

The world's population has been undergoing a process of demographic transition, arising from low fertility rates and increased life expectancy. These facts challenges the care networks as well as the team of professionals to put the health of the elderly in the action agendas, in order to contemplate the principles of the Health System, of among which the principle of comprehensiveness. This study aims to identify which are the scientific evidence about the comprehensiveness of the elderly health in primary health care. The research was performed in the databases LILACS, PubMed and Scopus, considering publications from 1982. The descriptors were used according to the index of Descriptors in Health Sciences and the descriptors suggested by the Medical Subject Headings. The data were collected from August to October 2015 and 14 articles were included in the corpus of the text. After analysis of the articles emerged three categories: access to primary care with a view to comprehensiveness; health services, professional and comprehensiveness care; home care and family support; which can be understood as scientific evidence. Although necessary, the comprehensiveness care of the elderly health are not yet a reality becoming a challenge in Primary Healthcare.

Keywords: Primary Healthcare, Elderly, Health Services for the Aged, Comprehensive Healthcare

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo contínuo, individual, universal e irreversível, marcado por mudanças específicas, associadas à passagem do tempo, que se manifestam em graus e momentos diversos, o que lhe dá uma característica heterogênea, dinâmica e de grande variabilidade¹. O aumento da população idosa brasileira cresce em ritmo acelerado, seguindo uma tendência mundial² configurando uma transição demográfica em proporções mundiais. Este acontecimento é justificado por uma queda nas taxas de natalidade, acarretando uma série de situações que modificam, dentre outras coisas, a estrutura de gastos dos países³. De modo que, o aumento da expectativa de vida e a redução da fertilidade podem ser considerados como principais fatores conducentes para esta transição demográfica⁴.

Logo, o envelhecimento da população exige o desafio de mudar a organização do sistema de saúde, a fim de que este consiga e possa atender a saúde do idoso com qualidade e de forma integral⁵. A velocidade do envelhecimento populacional no Brasil será significativamente maior do que ocorreu nas sociedades mais desenvolvidas no século passado, como por exemplo, a França. Nesta foi necessário mais de um século para que o país visse sua população idosa aumentar de 7% para 14% do total⁶.

O ritmo de crescimento deste contingente populacional vem aumentando sistematicamente, de modo que no ano de 2009 o Brasil já contava com cerca de 21 milhões de pessoas de 60 anos ou mais⁷. A população idosa irá triplicar nas próximas quatro décadas, atingindo aproximadamente 65 milhões de pessoas no ano de 2050⁶. Neste mesmo ano há mundialmente uma projeção de aproximadamente 1,6 bilhões de pessoas idosas, dentre as quais, 70% residirão em países em desenvolvimento⁴. Ressalta-se que, de acordo com a Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, considera-se idoso pessoas com 60 anos ou mais⁸. Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002) define como idoso a pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos⁹.

O envelhecimento vai além de uma questão de ordem demográfica, é considerado um fenômeno complexo que envolve aspectos socioculturais, políticos e econômicos em interação dinâmica e permanente com a dimensão biológica e subjetiva dos indivíduos¹⁰. Neste sentido, em 1982 com a necessidade de ampliação dos direitos desta população, a Assembleia Mundial sobre Envelhecimento aprovou o Plano de Ação Internacional de Viena. Considerado como o marco inicial para o estabelecimento de uma agenda internacional de políticas públicas para a

população idosa¹¹.

Este documento, durante duas décadas, orientou o pensamento e a ação sobre o envelhecimento, fomentando iniciativas e políticas neste campo. Considerado o primeiro documento mundial que serviria de guia para nortear as políticas sobre o envelhecimento. Em 2002, na cidade espanhola de Madri, com vistas a obtenção de respostas para o enfrentamento de desafios impostos pelo envelhecimento da população no século XXI, representantes governamentais reúnem-se na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento a qual originou um Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento. No marco deste plano, foram adotadas medidas em nível nacional e internacional em três dimensões consideradas prioritárias, a saber: idosos e desenvolvimento, promoção da saúde e bem estar na velhice, além da criação de um ambiente de promoção favorável¹².

Durante os dois decênios que entremearam estes acontecimentos, a saúde em âmbito nacional passa a ser preocupação do Estado. Assim, em 1988, no cenário brasileiro o direito a institucionalização à saúde a todos os cidadãos se dá por meio da promulgação da Constituição Federal, seguido da implantação do Sistema Único de Saúde, o qual tem como porta preferencial a Atenção Primária à Saúde¹³. Em 1994 evidencia-se a atenção que recai sobre a população idosa, e tem-se a promulgação da Política Nacional do Idoso⁸.

Neste mesmo ano o Ministério da Saúde criava o Programa de Saúde da Família, com o principal objetivo de reorganizar a atenção primária, de acordo com os preceitos do SUS, com ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de maneira integral e contínua¹⁴. Todavia, no tocante a saúde do idoso, somente no ano de 2006, por meio da promulgação do Pacto pela Vida e implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), esta passou a ser prioridade, tendo como uma de suas principais diretrizes a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa. Desta forma o referido pacto, bem como a PNSPI, definiram que a atenção à saúde dessa população deve ter como porta de entrada a APS¹⁵.

Reforçando a ideia de que a APS é porta de entrada preferencial no SUS, Starfield¹⁶ traz a compreensão acerca deste nível de atenção, como o nível de um sistema de serviço de saúde que disponibiliza a entrada neste sistema para todas as novas necessidades e problemas. Desta maneira, ofertando atenção para todas as condições (exceto as raras ou incomuns) no decorrer do tempo, e coordenando e integrando atenção fornecida como um conjunto de funções, que quando combinadas fazem parte estritamente da atenção primária.

A partir da definição da autora, é possível conceituar os quatro atributos essenciais dos serviços de APS, a saber: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; longitudinalidade; integralidade e coordenação da atenção, bem como três atributos derivados

que qualificam as ações dos serviços de APS, sendo: atenção à saúde centrada na família; orientação comunitária e competência cultural. Desta forma, um serviço de atenção básica dirigido à população geral pode ser considerado provedor de atenção primária quando apresentar os quatro atributos essenciais, ampliando a capacidade de interação com a comunidade e os usuários dos serviços, à medida que apresentar concomitantemente os atributos derivados¹⁷.

Assim, a integralidade, consiste na prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização por outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento dos problemas locais, oferecendo e garantindo os diversos serviços preventivos e curativos¹⁶. Ademais, a organização do sistema de saúde no Brasil precisa estar devidamente ajustada para o emergente e diferente perfil demográfico e epidemiológico decorrentes do aumento da população idosa. A prevenção e o retardamento de doenças, bem como, fragilidades, manutenção da saúde, independências e autonomia neste público, serão os maiores desafios relacionados à saúde em virtude do envelhecimento populacional⁶.

As redes de atenção de APS, bem como a equipe de profissionais serão desafiadas a colocar a saúde do idoso nas agendas de ações, pois, de acordo com Veras⁵ a identificação do risco e a integralidade da atenção são de suma importância. De modo que, uma vez identificado o risco, prioriza-se a reabilitação precoce, reduzindo o impacto das condições crônicas na funcionalidade do idoso, redirecionando o foco da atenção para a saúde e não mais para a doença.

Neste sentido, a gestão de serviços de saúde tem a finalidade de aperfeiçoar e otimizar o funcionamento das organizações, de maneira a obter o máximo de eficiência, eficácia e efetividade. Assim, a avaliação torna-se uma ferramenta necessária de apoio à gestão pela sua capacidade de aprimorar a qualidade da tomada de decisão¹⁸. No que tange a atenção primária em saúde, a avaliação torna-se essencial, pois possibilita um olhar crítico sobre o que está sendo feito, bem como, permite uma comparação com o que deveria estar ocorrendo, oportunizando correções e melhorias nos processos em busca de melhores resultados¹⁹.

Diante do exposto, justifica-se a realização desta revisão, pois a mesma permitirá uma interpretação do conhecimento produzido acerca da integralidade da saúde do idoso no âmbito da APS, podendo assessorar o desenvolvimento de futuras investigações. Deseja-se que esta possa contribuir para a melhoria da atenção à saúde deste contingente populacional, auxiliando a efetivação de ações em prol desta população. Neste sentido, o objetivo que centra

este trabalho encontra-se na busca de evidências científicas acerca da integralidade da saúde do idoso na APS. Para tanto a pesquisa foi norteada pela seguinte questão: Quais as evidências científicas acerca da integralidade da saúde do idoso na Atenção Primária à Saúde?

METODOLOGIA

Optou-se por uma revisão integrativa da literatura, a qual permite a síntese de diversos estudos publicados, possibilitando conclusões gerais no que se referem às áreas específicas de estudo. Considera-se este método de pesquisa uma ferramenta importante no processo de comunicação dos resultados de pesquisa, haja vista proporcionar a síntese do conhecimento produzido, fornecendo subsídios para o aprimoramento da assistência à saúde²⁰.

Para a operacionalização desta revisão foram desenvolvidas seis etapas: estabelecimento do objetivo da revisão integrativa, identificação dos critérios para a seleção da amostra, definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, análise dos resultados, apresentação e discussão dos resultados²⁰.

A busca foi realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Public Medline* (PUBMED) e SCOPUS. A escolha das referidas bases se deu em virtude de sua abrangência (nacional e internacional), bem como, por serem consideradas referências no conhecimento na área da saúde. Como recorte temporal, optou-se pelo ano de 1982¹¹ considerando a aprovação do Plano de Ação Internacional de Viena ocorrido na Assembleia Mundial sobre Envelhecimento por ser a primeira iniciativa em nível mundial, voltada para o envelhecimento.

Os critérios de inclusão utilizados na busca foram: artigos na íntegra, disponíveis *online*, nos idiomas português, inglês ou espanhol. Os critérios de exclusão foram: artigos que não se relacionavam com a temática estudada ou não respondiam a questão norteadora. Salienta-se que tais critérios de exclusão foram aplicados após a etapa da leitura de títulos e resumos, no momento da busca, objetivando a seleção de artigos para leitura na íntegra.

A busca foi realizada no período de agosto a outubro de 2015, orientada pelos descritores segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) da Biblioteca Virtual de saúde (BVS). Definiram-se os descritores: “Atenção Primária à Saúde”, “idoso”, “saúde do idoso”, “idoso de 80 anos ou mais”, “serviços de saúde para idosos”, “meia idade”, “integralidade em saúde”, “assistência integral à saúde”, bem como, seu sinônimo “Integralidade”, para ampliar a procura.

Na base de dados LILACS, após descritores e palavras definidos, estes foram

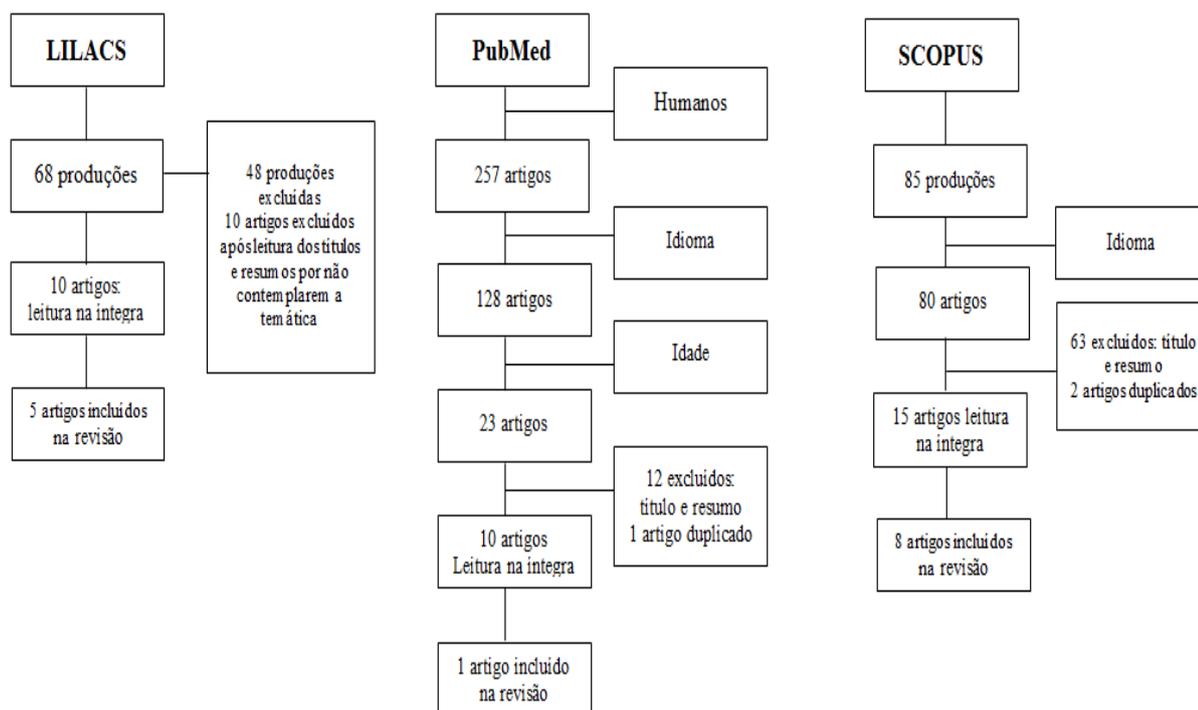
combinados utilizando-se os operadores booleanos “OR” e “AND” obtendo-se como estratégia de busca: "integralidade em saúde" OR "assistência integral à saúde" [Descritor de assunto] OR "integralidade" [Palavras] AND "idoso" OR "idoso de 80 anos ou mais" OR "serviços de saúde para idosos" OR "meia-idade" [Limites]. Ressalta-se que, embora “Atenção Primária à Saúde” seja um descritor importante, quando utilizada em conjunto com os descritores e/ou palavra selecionados, se obteve um número pequeno de produções (apenas duas: um protocolo referente a um manual de atenção primária e uma monografia) justificando a não utilização deste descritor.

Para pesquisa na PubMed utilizou-se os descritores sugeridos pelo Medical Subject Headings (MeSH): primary health care [MeSH Terms] AND health services for the aged [MeH Terms] AND comprehensive health care [Title/Abstract] OR integrity [Title/Abstract]. A partir destes, e com a utilização dos limites disponibilizados na referida base, obteve-se a seguinte estratégia: (("primary health care"[MeSH Terms] AND "health services for the aged"[MeSH Terms]) AND comprehensive health care[Title/Abstract]) OR integrity[Title/Abstract] AND ("humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang])) AND ("aged, 80 and over"[MeSH Terms] OR "middle aged"[MeSH Terms] OR "aged"[MeSH Terms])).

Na base de dados SCOPUS utilizou-se associações de expressões “primary health care” AND “comprehensive health care” OR “integrity” AND “health services for the aged” OR “aged”, obtendo-se a seguinte estratégia: ("primary health care") AND TITLE-ABS-KEY ("integrity") OR TITLE-ABS- KEY ("comprehensive health care") AND TITLE-ABS-KEY ("aged") OR ALL ("health services for the aged")).

Salienta-se que as estratégias utilizadas nas buscas dos artigos, foram adaptadas de acordo com as especificidades de cada uma das bases selecionadas. Para garantir acesso ao maior número de artigos na íntegra utilizou-se o sistema de acesso livre aos periódicos CAPES e utilizando-se os critérios de inclusão e exclusão, obteve-se como amostra inicial 68 produções na LILACS, 257 artigos na PubMed e 85 produções na SCOPUS. O detalhamento da busca será apresentado na forma de fluxograma (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma da seleção dos artigos nas bases de dados



Os estudos selecionados foram classificados de acordo com os sete níveis de evidências propostos por Melnyk, Fineout-Overholt²¹, e organizados em ordem decrescente, considerando o ano de publicação. Os achados serão apresentados na forma de quadro sinóptico contendo as seguintes informações: nível de evidência (NE), título do artigo, autores, ano de publicação, país de origem do estudo, objetivo, método e conclusão. (Quadro 1). As análises foram realizadas por meio de leitura e agrupamento dos artigos, os quais deram origem à construção de três áreas para posterior discussão.

RESULTADOS

Na presente revisão, de acordo com as estratégias de busca estabelecidas, obtiveram-se sessenta e oito (n=68) produções na LILACS, vinte e três (n=23) artigos na PubMed após utilização dos filtros e oitenta e cinco (n=85) artigos na SCOPUS. Assim, na base de dados LILACS 10 artigos foram rejeitados após leitura de títulos e resumos; na base de dados PubMed 12 artigos foram rejeitados após leitura do título e resumo, e na base de dados SCOPUS 63 produções (documentos, capítulos de livros, manuais, protocolos, artigos que não contemplavam a temática) foram excluídas e 2 artigos apresentaram-se duplicados nas

bases anteriores. Os artigos duplicados foram considerados apenas em uma das bases.

Respeitando os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos foram selecionados dez (n=10) artigos na LILACS, dez (n=10) artigos na PubMed e quinze (n=15) artigos na SCOPUS para serem lidos na íntegra. Após a leitura, o corpus do presente estudo foi composto por (n=14) artigos. Posteriormente, a descrição dos resultados implicados na temática proposta por esta revisão, será apresentada no quadro sinóptico contendo as seguintes informações: nível de evidência, título e nome dos autores, país de origem do estudo, ano de publicação, objetivo, método, resultados e conclusão (Quadro 1).

Quadro 1 – Quadro sinóptico com a descrição dos resultados

(continua)

NNE	Título/Autor	País de origem do estudo	Ano de publicação	Objetivo	Método	Resultados	Conclusões
6	Integrating Healthcare for Older Populations Boult C; Pacala JT ²²	Estados Unidos	1999	Descrever as principais diferenças envolvidas na integração de cuidados para idosos	---	Um sistema de saúde deve integrar o cuidado de idosos por meio de prestadores, tanto nos serviços especializado quanto nos serviços de atenção primária.	As organizações de saúde são incentivadas a criar modelos integrados de atenção e de estudar os efeitos da integração sobre os resultados dos pacientes.
6	Primary Care Attributes and Care for Depression Among Low-Income African American Women O'Malley, AS; Forreste, C.; Miranda, J. ²³	Estados Unidos	2003	Examinar a associação entre os atributos dos prestadores de cuidados primários e os cuidados para a depressão	Quantitativo	Mulheres que recebiam cuidados de maneira mais integral eram mais propensas a ter sintomas de depressão percebidos.	Quanto maior a integralidade no cuidado maior a probabilidade das mulheres serem questionadas sobre sintomas de depressão.
6	Discordance in Perceptions of Barriers to Diabetes Care Between Patients and Primary Care and Secondary Care ²⁴	Nova Zelândia	2007	Comparar as barreiras percebidas aos cuidados de diabetes	Quantitativo	Barreiras psicológicas aparecem como as principais barreiras para 55,5% dos pacientes e 91% dos profissionais de saúde da clínica geral	As barreiras mais importantes para o cuidado da diabetes percebida pelos pacientes são as psicológicas
6	La integralidad en la atención primaria de salud en los sistemas de salud brasileño y español. Costa, MFBA; Ciosak, SI; Bartolomé, AG; Isern, MTI. ²⁵	Espanha	2009	Analisar a saúde integral dos idosos na APS no Brasil e na Espanha	Reflexão	No Brasil os gestores dos serviços entendem a integralidade como um conjunto amplo de ações, um acompanhamento diferenciado. O PSF está estimulando os idosos a irem mais até as unidades. O sistema espanhol enfatiza mais os cuidados aos idosos dependentes, a qual implica em uma atenção mais curativa, que não corresponde com os princípios da filosofia e da reforma da APS.	Os idosos precisam de mais agilidade no sistema. Os gestores devem centrar seus esforços aos idosos independentes, sem abandonar os dependentes, e fomentar um modelo de cuidado baseado no desenvolvimento de atividades preventivas, e garantir a autonomia, atenção integral, participação e continuidade da assistência.

(continuação)

NNE	Título/Autor	País de origem do estudo	Ano de publicação	Objetivo	Método	Resultados	Conclusões
6	Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. Costa; MFBNA; Ciosak, SI. ²⁶	Brasil	2010	Analisar o entendimento dos profissionais de saúde sobre atenção integral e necessidades de saúde dos idosos, do PSF, no Município de Santos	Qualitativo	Três categorias: 1ª Os serviços de saúde e os profissionais de saúde da USF; 2ª O atendimento às necessidades de saúde dos idosos; 3ª A integralidade e as necessidades de saúde dos idosos.	A análise revelou que os profissionais se esforçam para atender as necessidades de saúde dos idosos através de ações de prevenção e promoção da saúde. No entanto, suas necessidades psicossociais não estão sendo atendidas.
6	Primary Care Attributes and Mortality: A National Person-Level Study Jerant, A; Fenton, JJ; Franks, P. ²⁷	Estados Unidos	2012	Examinar se o acesso aos atributos da atenção primária estão associados ao menor risco de mortalidade	Quantitativo	Pessoas mais pobres e menos escolarizadas, sem seguros privados relataram menos acesso aos atributos de cuidados primários.	Maior acesso aos atributos relatado foi associado com menor mortalidade.
6	Extended Office Hours and Health Care Expenditures: A National Study Jerant, A; Bertakis, KD; Fenton, JJ; Franks, P. ²⁸	Estados Unidos	2012	Examinar a associação entre o acesso relatado para hora estendida e gastos com saúde e mortalidade.	Quantitativo	Total de despesas menores em pacientes que relataram acesso ao horário estendido.	Horário estendido pode estar associado com um uso mais criterioso de recursos, todavia não foi associado à mortalidade.
6	O enfermeiro e o cuidado à mulher idosa: abordagem da fenomenologia social Caldeira S, Merighi MAB, Muñoz LA, Jesus MCP, Domingos SRF, Oliveira DM ²⁹	Brasil	2012	Compreender a ação de cuidar da mulher idosa, sob a perspectiva do enfermeiro	Qualitativo	O enfermeiro considera, para a realização do cuidado, a bagagem de conhecimentos e a situação biográfica da mulher idosa e valoriza a participação da família como mediadora do cuidado. Espera realizar um cuidado qualificado para essas mulheres.	A abordagem teórico-metodológica da fenomenologia social permitiu revelar que o enfermeiro projeta o cuidado qualificado à mulher idosa como uma possibilidade no contexto em que está inserido.
6	Factors predicting patient use of the emergency department: a retrospective cohort study. McCusker, J; Tousignant; Silva, RB; Ciampi, A; Lévesque, JF; Vadeboncouer; Sanche, S. ³⁰	Canadá	2012	Determinar os efeitos dos cuidados prestados por médicos de atenção primária	Quantitativo	Exames físicos anuais e completos são reflexos de um atendimento integral por parte de um médico da família.	Idosos com doenças crônicas quando filiados a um médico da família são mais beneficiados.
6	Assessing Health Status Differences Between Veterans Affairs Home-Based Primary Care and State Medicaid Waiver Program Clients Wharton, TC; Nnodim, J; Hogikyan, R; Mody, L; James, M; Montagnini, M; Fries, B. ³¹	Estados Unidos	2013	Explorar a diferença entre dois modelos de atenção	Quantitativo	No geral, o sono, a dor, a doença arterial coronariana, doença pulmonar obstrutiva crônica e câncer são problemas significativos para os clientes do veterano e clientes tratados através MWP- atendimento domiciliar em Michigan têm taxas superiores à média nacional de demências, diabetes, hipertensão, artéria coronária doença.	As diferenças identificadas nas necessidades de cuidados de estes 2 grupos fornecem um argumento para os governos de reconsiderar a forma como os serviços de assistência domiciliar são atribuídos, em relação às necessidades de seus consumidores.

(conclusão)

NE	Título/Autor	País de origem do estudo	Ano de publicação	Objetivo	Método	Resultados	Conclusões
6	Comunicação do idoso e equipe de Saúde da Família: há integralidade? Almeida, RT; Ciosak, SF ³²	Brasil	2013	Verificar as formas de comunicação utilizadas em quatro Unidades Básicas de Saúde com equipes da Estratégia Saúde da Família	Qualitativo	1ª categoria: comunicação assertiva verbal e não verbal; 2ª categoria: comunicação bloqueada verbal e não verbal	Ao analisarem-se as formas de comunicação utilizadas na interação entre idoso e equipe de saúde da ESF, visualizou-se que as ações de integralidade nem sempre estiveram presentes tanto na AB como também no nível de média complexidade da assistência à saúde, fragilizando o cuidado integral.
6	Integralidade do cuidado com o idoso na estratégia de saúde da família: visão da equipe. Coutinho, TA; Popim, RC; Arregã, K; Spiri, WC ³³	Brasil	2013	Compreender como vem sendo realizado o cuidado ao idoso em uma Unidade de Saúde da Família segundo a visão dos profissionais de saúde	Qualitativo	-Práticas reducionistas sem a valorização do idoso de forma integral. -Dificuldade de escuta, Dificuldade na abordagem ao paciente, -Barreiras no cuidado relacionados ao acesso, disponibilidade, conhecimento e limites da profissão.	-Os profis. reconhecem o despreparo para atender essa população. -Ainda é forte o modelo biológico, fragmentado, sendo um desafio para a saúde pública atual. -A gestão do serviço influencia diretamente a assistência aos idosos.
6	Elderly health care: the referral and counter-referral system in health services. Brito, MCC; Freitas, CASL; Silva, MJ; Albuquerque, IMN; Dias, MAS ³⁴	Brasil	2014	Analisar a atenção à saúde do idoso nas redes assistenciais por meio do sistema de referência e contra referência, considerando o princípio da integralidade no SUS.	Qualitativo	-Prática fragmentada, -Carência de contra referência, -Falta de orientação ao idoso, limitando-o a realizar ações consideradas básicas. Falha na comunicação entre os níveis do cuidado. -	Constatou-se ser necessário repensar a prática que perpassa as redes assistenciais de saúde, uma vez que o idoso carece de ações de saúde mais efetivas. Ausência de referência e contra referência evidencia uma lacuna significativa na atenção integral ao idoso.
6	Saúde do Idoso: percepções relacionadas ao atendimento. Vello, LS; Popim, CR; Carazzali, EM; Pereira, MAO ³⁵	Brasil	2014	Compreender a percepção do idoso acerca do atendimento na Unidade de Saúde da Família.	Qualitativo	-A escuta dos sujeitos revela dualidade na percepção do atendimento recebido, emergindo aspectos positivos e negativos. - Elegem a visita domiciliar, a distribuição de medicamentos e a própria assistência na unidade como positivos e o tempo de espera e demora no agendamento como negativos. - Revelam desconhecerem o direito à saúde e apresentam demanda de ações individualizadas de cuidado, e, embora algumas vezes necessitem de cuidados complexos em saúde, sequer demandam cuidado em rede integrada.	O estudo revela que, embora possa haver integralidade nas ações de uma equipe bem articulada, o cuidado integral à saúde poderá ser alcançado em rede, integrado em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde, beneficiando, assim, os sujeitos dessas ações.

De acordo com os anos de publicação, os artigos que compuseram esta revisão, encontravam-se entre os anos de 1999 e 2014. Configurando uma ausência de publicações selecionadas para esta abordagem na década de 1980, haja vista o recorte temporal ter se dado a partir de 1982.

Nos anos de 1999, 2003, 2007, 2009 e 2010 foi encontrada uma publicação em cada ano ^(22, 23, 24, 25, 26), respectivamente. O ano de 2012 aparece como o ano com maior número de artigos, sendo 28% (n=4) do total das publicações ^(27, 28, 29, 30), seguido do ano de 2013 com 22% (n=3) dos artigos encontrados ^(31, 32, 33). O ano de 2014 traz duas pesquisas, totalizando 14% (n=2) do total encontrado ^(34, 35).

O país que teve o maior número de estudos dentre os achados foi o Brasil com 43% (n=6) das produções ^(26, 29, 32, 33, 34, 35), seguido dos Estados Unidos com 36% (n=5) das publicações ^(22, 23, 27, 28, 31). A Nova Zelândia ⁽²⁴⁾, a Espanha ⁽²⁵⁾ e o Canadá ⁽³⁰⁾ detêm os 21% (n=3) restantes de publicações.

Quanto aos periódicos das publicações, 14% (n=2) dos trabalhos foram publicados na Revista Escola Anna Nery ^(33, 35), 14% (n=2) na Revista Latino Americana de Enfermagem ^(29, 32) e 14% (n=2) na Annals of Family Medicine ^(27, 28).

O idioma predominante nas publicações encontradas foi o inglês ^(22, 23, 24, 27, 28, 30, 31, 34) com 57% (n=8), 36% (n=5) são no idioma português ^(26, 29, 32, 33, 35), e 7% (n=1) no idioma espanhol ⁽²⁵⁾.

Quanto aos tipos de delineamento das pesquisas dos artigos avaliados, evidenciou-se que 43% (n=6) dos artigos utilizaram a abordagem metodológica qualitativa ^(26, 29, 32, 33, 34, 35), 43% (n=6) desenvolveram a pesquisa utilizando o método quantitativo ^(23, 24, 27, 28, 30, 31), um é artigo de reflexão ⁽²⁵⁾, equivalente a 7% das produções, e 7% (n=1) não descreveram a metodologia utilizada ⁽²²⁾. Embora tal trabalho não tenha descrito sua metodologia, considerou-se importante sua inclusão, haja vista ser o ano mais próximo ao ano escolhido como marco temporal, bem como pela relevância de informações, as quais poderiam contribuir no âmbito da discussão. Quanto aos níveis de força de evidência obtidas todos se encontravam no nível 6, pois são estudos descritivos ou qualitativos.

Quanto aos artigos utilizados nesta revisão, 36% (n=5) dos artigos ^(26, 32, 33, 34, 35) eram provenientes da base de dados LILACS, 7% (n=1) dos artigos ⁽²⁵⁾ foram procedentes da base PubMed, e na base de dados SCOPUS foram selecionados 57% (n=8) dos artigos ^(22, 23, 24, 27, 28, 29, 30, 31).

DISCUSSÃO

De maneira geral todos os atributos que fazem parte da APS perpassam o atributo da integralidade, de modo que vários fatores podem corroborar ou não para sua efetividade. Desta forma, raramente aparece de maneira isolada. Quando na atenção primária, este atributo é contemplado por um conjunto (variado) de serviços prestados pela equipe de saúde que visam atender as necessidades da população. Neste sentido, após análise dos artigos selecionados foi possível identificar três áreas no que tange a integralidade da saúde do idoso. Desta maneira, possibilitando identificar o que versam as produções científicas acerca desta temática, e assim descrever as evidências encontradas nesta revisão. Tais áreas serão apresentadas a seguir.

Acesso à atenção primária com vistas à integralidade

A atenção integral à saúde da população idosa é complexa, envolvendo múltiplas comorbidades e prejuízos funcionais de diversos graus, promovendo limitações em atendimentos ambulatoriais, restringindo a capacidade de atendimento destes serviços. Fato este, que vem favorecer o aumento do número de visitas não programadas aos departamentos de emergência³¹. O processo de envelhecimento traz consigo a diminuição da mobilidade dos idosos, prejudicando o deslocamento dos mesmos, resultando em dificuldades quanto ao acesso aos serviços de saúde²⁵.

Idosos expressam que gostam do atendimento que recebem na atenção primária e sinalizam o acesso em relação às mais variadas necessidades³⁵. Quando atendidos por médicos da atenção primária, têm maior integralidade da atenção e menor utilização dos serviços de emergência. Outrossim, os efeitos benéficos de ser filiado a um médico da atenção primária são evidentes em comparação a um especialista ou não ter acompanhamento com nenhum médico de cuidados primários³⁰. Ressalta-se que na Atenção Primária à Saúde os profissionais, enquanto equipe multidisciplinar possibilitam, prestar atenção integral às mais variadas necessidades de saúde dos idosos por meio de ações assistenciais, diagnóstico e prevenção de enfermidades, apresentando resolutividade aos problemas de saúde deste público²⁶. O que reforça a necessidade de ampliação do acesso neste nível de atenção.

O acesso aos serviços de saúde, neste cenário, é parte importante no tocante à integralidade da saúde do idoso²⁸. O acesso à noite ou nos finais de semana é tido como um imperativo para a melhoria do acesso aos cuidados integrais em atenção primária²⁷. Existe

também uma relação entre o horário estendido (noite e finais de semana) nos serviços de atenção primária e um menor nível no uso dos departamentos de emergência²⁸.

Ademais, os médicos de atenção primária quando oferecem acesso prolongado tendem a prestar mais atenção aos custos em geral. Há uma tendência em prescrever medicações mais baratas, como por exemplo, medicações genéricas, e baixo número de solicitações de exames, de modo a contribuir com custos mais baixos relacionados à saúde²⁸, demonstrando uma preocupação com todas as dimensões do paciente, inclusive àquela que se refere à situação econômica.

Em estudo realizado nos Estados Unidos, verificou-se que um maior acesso aos atributos da atenção primária está associado com baixa mortalidade, de maneira que o atributo da integralidade e a atenção centrada ao paciente são estabelecidos como elementos centrais²⁷.

Serviços de saúde, profissionais e integralidade do cuidado

A agilidade no sistema de saúde^{25, 26} aparece como uma evidência, no que se refere à integralidade da saúde do idoso. Embora a assistência integral seja princípio básico do Sistema Único de Saúde, na percepção de alguns idosos, o atendimento oferecido está mais próximo à dádiva e não ao direito à saúde³⁵.

A gestão dos serviços é fundamental no atendimento integral. É trazida à tona, no momento em que os idosos comparam a integralidade do cuidado quando recebidos na gestão, no momento do estudo, com aqueles recebidos nas gestões anteriores³⁵. A falta de apoio da gestão pode conduzir os profissionais apenas ao cumprimento de programas, de modo que as práticas acabam se tornando reducionistas, e sem a devida valorização do paciente idoso³³.

A ausência de referência e contra-referência é mais um dos entraves no alcance da integralidade na saúde do idoso, evidenciando uma lacuna significativa³⁴. Neste sentido, a ineficiência ou inexistência de comunicação entre os setores de atenção primária e os níveis de média complexidade é apontada como relevante evidência no que concerne aos cuidados integrais da população idosa³².

Ademais, a burocratização do sistema impede que os idosos deem continuidade nos cuidados^{26, 34}. Para que haja integralidade plena de cuidado ao idoso, só poderá ser alcançada em uma rede integrada³⁵.

A necessidade de organizar os serviços de saúde torna-se urgente³⁵ devendo-se repensar a prática que perpassa as redes assistenciais de saúde, pois o idoso necessita de ações efetivas³⁴ e de uma equipe bem articulada³⁵. Quando um profissional de saúde encaminha o

idoso para um serviço mais especializado, ele deve estar ciente de todos os procedimentos pelos quais o paciente foi submetido, todavia são observadas práticas fragmentadas devido à falta de referência e contra referência entre os níveis de saúde³⁴. Estudo observa que raramente os profissionais da atenção primária se comunicam eficazmente uns com os outros, e conseqüentemente há uma falta de integração entre os planos de serviços dos mesmos, quando direcionados às necessidades mais complexas desta população²². Ademais, as práticas acontecem de forma reducionista, pois os diferentes níveis de atenção não mantêm comunicação um com o outro, e assim, executam ações isoladas que se repetem em vários pontos da rede³⁴.

Salienta-se que o sucesso ou o fracasso de uma equipe voltada para atender o idoso, está vinculado às competências dos membros da equipe, bem como a sua capacidade em coordenar seus esforços na adequada aplicação de seus conhecimentos voltados para as necessidades mais complexas destes pacientes²². Destaca-se a necessidade de comunicação tanto nos níveis de atenção, quanto entre os profissionais e, sobretudo entre profissionais e idosos. Formas ou maneiras não verbais de comunicação, quando expressas tanto pelos profissionais quanto pelos idosos demonstraram reciprocidade, sinais de vínculo, afeto e respeito entre os interlocutores, atendendo a integralidade no cuidado em saúde³². Haja vista a comunicação ser também considerada um fator limitante no contexto do atendimento integral, ao se considerar o processo natural do envelhecimento²⁹. E assim, tem-se que a atenção centrada ao paciente e os cuidados integrais à saúde oportunizam a prevenção e facilitam o cuidado com patologias agudas e crônicas²⁸.

Em estudo realizado em Quebec, constatou-se que uma maior integralidade no cuidado pode prever o uso dos serviços de emergência em população de idosos, e evidenciam-se os benefícios da integralidade, quando seguidos por um profissional médico na atenção primária. No âmbito da APS potenciais benefícios de atendimento integral à saúde do idoso podem ser comprovados pelo número de exames físicos completos feitos anualmente³⁰. Outrossim, o leque de intervenções destinadas a enfrentar todos os desafios, na atenção primária, deve ser coordenado para ser maximamente eficaz e eficiente²².

Neste sentido, a equipe de profissionais é sugerida como a abordagem mais promissora no intuito de coordenar os cuidados mais complexos, com vistas a superação destes desafios, efetivando a integralidade do cuidado²². A atuação dos profissionais de saúde na atenção primária é parte importante no contexto da integralidade. Estes se esforçam para atender as necessidades dos idosos²⁶ todavia, sentem-se despreparados para atender esta

população³³.

Aumento da demanda, escassez de tempo, poucos profissionais, cobrança no alcance de metas são fatores apontados como dificuldades encontradas pelos profissionais na realização de um atendimento integral, prejudicando a qualidade dos atendimentos³³. Com relação ao profissional enfermeiro, este percebe que sua formação é insuficiente para o cuidado à pessoa idosa²⁹. Neste sentido a comunicação, outra vez, poderá ser salientada como um fator limitante no que diz respeito aos cuidados integrais. Haja vista, a diminuição da audição, inerente ao processo do envelhecimento, ser salientada como dificuldade com relação à comunicação efetiva entre profissional e paciente²⁹.

Estudo aponta para a necessidade de os profissionais de saúde se conscientizarem do processo do envelhecimento e planejarem estratégias de cuidados em suas unidades³⁵. Alguns profissionais de saúde atuantes na APS reconhecem o modelo biológico fragmentado, e por isso acreditam que as necessidades psicossociais desta população não estão sendo atendidas²⁶.

Em estudo com idosos diabéticos, constatou-se que uma das principais barreiras de impedimento à completa adesão de tratamentos, de acordo com a percepção dos idosos, é àquela relacionada aos aspectos psicológicos. A extensão e a importância das questões psicológicas entre os pacientes sugerem uma grande e importante necessidade negligenciada²⁴.

Entretanto, outro estudo realizado com idosas afro-americanas, destaca que aquelas mulheres, cujos cuidados eram provenientes de médicos de atenção primária, foram mais propensas a ter as necessidades psicossociais atendidas no que se refere à depressão. A integralidade do cuidado provido por médico da atenção primária foi significativamente associado com a investigação e o tratamento para a depressão²³. Desta forma, complementa-se, ao dizer que fatores psicossociais podem influenciar o estado de saúde de pessoas idosas, bem com suscitar a necessidade de outros serviços relacionados à saúde desta população²².

Acredita-se que na atenção primária, geriatras e gerontólogos são profissionais mais apropriados em função de seu conhecimento e experiência²². Entretanto, todos os profissionais de saúde precisam enxergar o idoso além de suas limitações, e percebê-lo com direito à saúde nos diferentes níveis de complexidade³⁵.

Atendimento domiciliar e apoio familiar

Vários aspectos compõem a dimensão da integralidade em saúde. Sabe-se que a compreensão das necessidades especiais dos idosos pode ajudar a melhorar a qualidade de

vida desta população, garantindo as melhores práticas além de uma melhor alocação de recursos para o atendimento desta clientela. Assim, pensar em programas com prestação de cuidados primários em âmbito domiciliar pode contribuir para alcançar o máximo do cuidado com vistas à integralidade. Em um grupo de idosos veteranos de guerra contemplados por uma destas iniciativas, foi possível evidenciar a prevalência de problemas do sono, doença de artéria coronariana, doença pulmonar obstrutiva crônica e câncer³¹.

O atendimento domiciliar, na atenção primária tenta fornecer à pessoa idosa um atendimento integral, na medida em que os profissionais neste atendimento buscam estar cientes dos procedimentos pelos quais os idosos foram submetidos, bem como seus diagnósticos e processos terapêuticos³⁴. A visita domiciliar permite conhecer a realidade dos idosos, que em decorrência das fragilidades causadas pelas patologias não conseguem procurar os serviços²⁶. Os serviços de cuidados domiciliares são projetados para trazer o máximo de cuidado ao idoso³¹. Neste sentido, os idosos percebem de maneira positiva o atendimento domiciliar, bem como os atendimentos realizados em unidades de saúde³⁵.

Constatou-se que idosos veteranos de guerra, com cuidados primários em ambiente domiciliar, são mais castigados pelas doenças crônicas, comparados a um grupo de idosos civis. O grupo também sofre com níveis elevados de solidão, fatores que podem corroborar para o aumento de hospitalizações³¹. O abandono pelos familiares é considerado pelo profissional da enfermagem como um agravante para o cuidado integral da saúde de idosos, interferindo tanto no planejamento quanto na continuidade do cuidado²⁹.

Os familiares ou amigos dos pacientes desempenham papéis importantes na prestação de cuidado, além dos cuidados provenientes das equipes multidisciplinares na atenção primária²². Em alguns casos as condições de moradia dos idosos são precárias e os mesmos são abandonados pela família. Desta forma, o idoso precisa do suporte de todos os profissionais de saúde que fazem parte da Estratégia de Saúde da Família, bem como de profissionais do serviço social e psicologia²⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação ao objetivo dessa revisão, observou-se nos artigos analisados que a integralidade da saúde do idoso, na maioria das pesquisas oriundas das bases selecionadas, não é necessariamente nem o objetivo, nem tão pouco o objeto dos estudos. Quando abordada, aparece de maneira superficial e como uma pequena parte dos resultados das pesquisas.

Entende-se que as estratégias utilizadas foram suficientemente abrangentes, neste sentido tem-se que a integralidade foi, nesta revisão, compreendida sob conceitos nacionais e internacionais, haja vista a inclusão dos termos *comprehensiveness* e integralidade terem sido contemplados, dentro de seus conceitos.

Por meio das três áreas encontradas ficaram evidentes que problemas com o acesso aos serviços, despreparo das equipes de profissionais, falta de suporte familiar, necessidades psicossociais e problemas interferentes na comunicação, são evidências que justificam as fragilidades e dificuldades na obtenção da presença do atributo da integralidade na atenção primária. Em contrapartida, o atendimento domiciliar pode ser coadjuvante neste cenário, corroborando com a integralidade no cuidado da população idosa, haja vista exigir um maior envolvimento dos profissionais.

A preocupação com o envelhecimento já vem expressa desde a Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento ocorrida em Viena no ano de 1982. Embora tenha representado um avanço no tocante às políticas públicas para esta população, passados mais de três décadas, por meio das bases selecionadas, os artigos trouxeram evidências de que, a integralidade da saúde do idoso ainda não é detentora da devida atenção, ressaltando uma lacuna que deverá ser preenchida. Ademais, observou-se uma carência de publicações na década de 1980, ou seja, somente dezessete anos após o marco temporal estipulado, foi encontrado o artigo que encabeçou as análises (1999).

Não mais latente, o envelhecimento é uma realidade mundial. Este é um processo individual, contínuo e, portanto irreversível. Marcado por necessidades específicas que devem ser atendidas. Todavia, embora haja esforços, ainda nos deparamos com sistemas de saúde, muitas vezes falho, e profissionais de saúde despreparados, que se sentem incapazes de conduzir e manejar as necessidades mais e menos complexas desta população. Entretanto, a atenção primária, aparece como um nível de atenção capaz de impactar positivamente na saúde do idoso.

Embora seja primordial o cuidado integral, respeitando e considerando todas as dimensões do idoso, ainda não é uma realidade, tornando-se um desafio tanto no Brasil quanto no cenário internacional. Este estudo tem a pretensão de servir de alerta aos gestores, bem como entidades governamentais, inflando a necessidade de organização da rede de cuidados para com os idosos, de modo a adequar as ofertas de serviços à demanda representada por esta população, adequando-os aos mais variados graus de necessidades de cuidados.

Assim, as limitações do estudo apresentado, representadas pelo baixo número de

publicações encontradas nas bases analisadas evidenciam a necessidade de pesquisas que abordem a integralidade da saúde da pessoa idosa na atenção primária como objeto de pesquisa. No intuito de fortalecer e, por conseguinte, concretizar as políticas públicas para esta população, trazendo o idoso para um novo patamar na Atenção Primária à Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Pelegrino OS, Leal MGS. *Perspectiva biopsicológica do envelhecimento*. Secretaria Estadual e Desenvolvimento Social. São Paulo. Fundação Padre Anchieta, 2009. p. 13.
2. Baldoni AO, Pereira LRL. O impacto do envelhecimento populacional brasileiro para o sistema de saúde sob a óptica da farmacoepidemiologia: uma revisão narrativa *Rev Ciênc Farm Básica Apl.*, [periódico na Internet]. 2011 [acessado 2015 ago 26]; 32(3):313-321.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [acessado 2015 out 01] Disponível em: <<http://teen.ibge.gov.br/censo/censo-2010.html>>
4. UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. *World Economic and Social Survey 2007. Development in an Ageing World*. [acessado 2015 out 05]. Disponível em: <http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess.pdf>.
5. Veras RP, Caldas CP, Cordeiro HA. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, [periódico na Internet]. 2013 [acessado 2015 out 05]; 23(4):1189-1213: Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n4/09.pdf>>.
6. Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciência e Saúde Coletiva*, [periódico na Internet]. 2012 [acessado 2015 out 07]; 17(1):231-238. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a25v17n1>>.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira*, 2010; p-317.
8. Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1994; 4 jan.
9. World Health Organization (WHO) Active Ageing – A Policy Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging. Madrid, Spain, April, 2002.

10. Carvalho MPRS, Dias MO. Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, [periódico na Internet] 2011 [acessado 2015 out 07]; 40: 161-184. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/12.pdf>>.
11. Camarano AA, Pasinato MT. *O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas*. In: Camarano AA, organizadora. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p. 253-292.
12. Brasil. Ministério da Justiça. Plano de ação internacional sobre o envelhecimento, 2002 / Organização das Nações Unidas; tradução de Arlene Santos, revisão de português de Alkmin Cunha; revisão técnica de Jurilza M.B. de Mendonça e Vitória Gois. – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003; p. 86: 21.
13. Brasil. Lei n. 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 [Internet]. Brasília [acessado 2015 set 06]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>.
14. Harzheim, E.; Stein, AT; Dardet, CA, Cantero MTR, Kruse CK, Vidal TB, Nava TR. Revisão sistemática sobre aspectos metodológicos das pesquisas em atenção primária no Brasil. *Revista da AMRIGS*, [periódico na Internet] 2005 [acessado 2015 out 07] 49(4): 248-252. Disponível: <http://web.ua.es/opps/docs/articulos/Methodological_aspects_of_primary_care_research_in_Brazil_a_systematic_review.pdf>.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria n° 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, 2006; 23 fev.
16. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, 726p.
17. Brasil. 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.
18. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2012; 17(4):821-828.
19. Donabedian A. La calidad de la atención médica. La prensa mexicana, 1984, In: Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade do contexto da Atenção Primária à saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2005; 5(1):63-69.

20. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Artigo de reflexão. Texto contexto enferm* [periódico na internet]. Florianópolis (SC) 2008 out-dez [acessado 2015 ago 27]; 17(4). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>.
21. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, p. 3-24, 2005.
22. Boulton C, Pacala JT. Integrating healthcare for older populations. *The American Journal of Managed Care* [periódico na Internet] 1999 [acessado 2015 ago 16]; 5:45-52. Disponível em: <<http://www.ajmc.com/journals/issue/1999/1999-01-vol5-n1/Jan99-982p045-052/>>.
23. O'Malley AS, Forrest CB, Miranda J. Primary Care Attributes and Care for Depression Among Low-Income African American Women. *American Journal of Public Health*; [periódico na Internet] 2003 [acessado 2015 ago 17] 93(8):1328-1334. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447965/>>.
24. Simmons D, Lillis S, Swan J, Harr J. Discordance in Perceptions of Barriers to Diabetes Care Between Patients and Primary Care and Secondary Care. *Diabetes Care*; [periódico na Internet] 2007 [acessado 2015 ago 17]; 30(3):490-495. Disponível em: <<http://care.diabetesjournals.org/content/30/3/490.full.pdf>>
25. Costa MFBNA, Ciosak SI, Bartolomé AG, Isern MTI. La integralidad en la atención primaria de salud en los sistemas de salud brasileño y español. *Aten Primaria* [periódico na Internet] 2009 [acessado 2015 ago 16] 41(7):402-404. Disponível em: <<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-integralidad-atencion-primaria-salud-13139260>>.
26. Costa MFBNA; Ciosak SI. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP* [periódico na Internet] 2010 [acessado 2015 ago 15] 44(2):437-444. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200028>.
27. Jerant A, Fenton JJ, Franks P. Primary Care Attributes and Mortality: A National Person-Level Study. *Ann Fam Med* [periódico na Internet] 2012 [acessado 2015 ago 17] 10:34-41. Disponível em: <<http://www.annfammed.org/content/10/1/34.long>>.
28. Jerant A, Bertakis KD, Fenton JF, Franks P. Extended Office Hours and Health Care Expenditures: A National Study. *Ann Fam Med* [periódico na Internet] 2012 [acessado 2015 ago 17] 10:388-395. Disponível em: <<http://www.annfammed.org/content/10/5/388.full.pdf+html>>.

29. Caldeira S, Merighi MAB, Muñoz LA, Jesus MCP, Domingos SRF, Oliveira DM. O enfermeiro e o cuidado à mulher: abordagem da fenomenologia social. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [periódico em Internet] 2012 [acessado 2015 ago 17]; 20(5):[08 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_10.pdf>.
30. McCusker J, Tousignant P, da Silva RB, Ciampi A, Lévesque JF, Vadeboncoeur A, Sanche S. Factors predicting patient use of the emergency department: a retrospective cohort study. *CMAJ* [periódico na Internet] 2012 [acessado 2015 ago 17]; 184(6): 307-316. Disponível em: <<http://www.cmaj.ca/content/184/6/E307.long>>.
31. Wharton TC, Nnodim J, Hogikyan R, Mody L, James M, Montagnini M, Fries B. Assessing Health Status Differences Between Veterans Affairs Home-Based Primary Care and State Medicaid Waiver Program Clients. *JAMDA* [periódico na Internet] 2013 [acessado 2015 ago 17] 14:260-264. Disponível em: <[http://www.jamda.com/article/S1525-8610\(12\)00404-5/abstract](http://www.jamda.com/article/S1525-8610(12)00404-5/abstract)>.
32. Almeida RT, Ciosak SI. Comunicação do idoso e equipe de saúde da família: há integralidade? *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [periódico na Internet] 2013 [acessado ago 15]; 21(4):1-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0884.pdf>.
33. Coutinho AT, Popim RC, Carrega K, Spiri WC. Integralidade do cuidado com o idoso na estratégia de Saúde da família: visão da equipe. *Esc Anna Nery* [periódico na Internet] 013 [acessado 2015 ago 15]; 17(4):628-637. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400628>.
34. Brito MCC, Freitas CASL, Silva MJ, Albuquerque IMN, Dias MAS. Atenção à saúde do idoso: o sistema de referência e contra - referência nos serviços de saúde. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.* [periódico na Internet] 2014 [acessado 2015 ago 15]; 6(3):1128-1138. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/bde-25650>>
35. Vello LS, Popim RC, Carazzai EM, Pereira MAO. Saúde do Idoso: percepções relacionadas ao atendimento. *Esc. Anna Nery* [periódico na Internet] 2014 [acessado 2015 ago 15]; 18(2):330-335. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200330>.

4.4 ARTIGO 4

INTEGRALIDADE DA SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE DAS TENDÊNCIAS EM TESES E DISSERTAÇÕES BRASILEIRAS

Artigo formatado conforme normas da Revista de Atenção Primária à Saúde.

Resumo: o número de idosos ampliou em decorrência do aumento da expectativa de vida, logo o envelhecimento populacional tornou-se um dos maiores desafios da saúde pública. Desta maneira, evidencia-se a demanda por melhores políticas públicas de saúde, e reestruturação da assistência. O estudo tem como objetivo identificar as tendências de Teses e Dissertações brasileiras no que concerne a integralidade da saúde do idoso no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, com buscas realizadas no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, e da Associação Brasileira de Enfermagem – Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem. As buscas foram realizadas no mês de outubro de 2015, utilizando-se os resumos que contivessem ou no corpo do resumo ou nos títulos as seguintes palavras: atenção primária à saúde; integral; envelhecimento, idoso/idoso. Utilizou-se análise de conteúdo para análise dos resultados. O *corpus* de análise foi composto por resumos de cinco trabalhos publicados entre os anos de 2009 e 2012. Por meio destes, foi possível identificar duas categorias relacionadas a temática, a saber: cuidado e práticas de cuidado da pessoa idosa, e atenção à saúde do idoso na perspectiva de gestores e profissionais de saúde. Percebeu-se que a temática é pouco estudada evidenciando uma lacuna neste sentido. A maior tendência encontrada foi relacionada às práticas de cuidado direcionadas à saúde da pessoa idosa. Deve-se ampliar o olhar que recai sobre esta população, justificando, desta forma, a necessidade de mais estudos na temática.

Descritores: Idoso, Envelhecimento, Atenção Primária à Saúde, Atenção Integral à Saúde, Integralidade em Saúde.

COMPREHENSIVENESS OF ELDERLY HEALTH IN PRIMARY HEALTH CARE: ANALYSIS OF TENDENCIES IN BRAZILIAN THESES

Abstract: The elderly population increased due to the higher life expectancy. The aging population has become one of the biggest challenges of public health and therefore it is

evident the need of better public health policies, and assistance restructuring. This study aims to identify Brazilian productions of thesis and essays developed about the theme, as well as general tendencies descriptions about these productions. This is a literature narrative review, with researches performed by the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel's Thesis and Dissertations databank and Nursing Brazilian Association – Center of Nursing studies and researches' databank. The searches were made during June 2015, using resume or titles that contained the following key words: primary health care; full; aging, elderly /old. We used content analysis to analyse the results. Results: The analysis *corpus* was composed by resumes of five labours, published between 2009 and 2012. Hereby, it was possible to identify two categories related to the main theme, know: caution and elderly care practices, and elderly health care from the perspective of managers and health professionals. We realize that the subject is poorly studied showing a gap in this regard. The biggest tendency related to care practices aimed to the elderly's health. We should expand the way we look to this population, what justifies the need of more studies in this field.

Keywords: Aged, Aging, Primary Health Care, Comprehensive Healthcare, Integrality in Health.

INTRODUÇÃO

Ao longo de sua existência, o ser humano passa por diversas transformações, as quais podem abranger tanto aspectos psicológicos quanto biológicos, sociais e culturais. No campo das mudanças biológicas, pode-se dizer que o homem passa por ciclos de vida, começando pela concepção, perpassando a infância, adolescência, vida adulta e então, o envelhecimento. Esta última fase é um processo ininterrupto, singular, e definitivo, assinalado por uma sucessão de transformações específicas, em consonância com à passagem do tempo, garantindo-lhes heterogeneidade, dinamicidade e variabilidade¹.

Acompanhando a tendência mundial, o Brasil, nas últimas décadas, vem apresentando um significativo crescimento no número de idosos em decorrência da intensa redução da taxa de fecundidade e do aumento da expectativa de vida da população². No ano de 2009 a população brasileira já contava com aproximadamente 21 milhões de pessoas de 60 anos ou mais, haja vista o ritmo acelerado de crescimento deste contingente populacional³. Estima-se que a população idosa irá triplicar nas próximas quatro décadas, de modo que no ano de 2050 atingirá cerca de 65 milhões de pessoas⁴.

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

Transmissíveis (DCNT). Ressalta-se que estas geram gastos consideráveis aos serviços de saúde, seja por meio de complicações recorrentes ou da maior utilização dos serviços por parte dessa parcela populacional⁵.

Autores salientam que a ordem demográfica não seria apenas a única questão que norteia o envelhecimento. Trata-se de um fenômeno complexo que envolve além de aspectos sócio-culturais, aspectos políticos e econômicos, o qual é capaz de interagir de maneira dinâmica e permanente com as dimensões, tanto biológica quanto subjetiva dos sujeitos⁷.

Assim, no ano de 2006 foi aprovada a portaria nº 2.528 que instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Tal portaria, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), tem a finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, ratificando a busca pela garantia da atenção integral desta população².

Na perspectiva do SUS a Atenção Primária à Saúde (APS), sob a forma da Estratégia de Saúde da Família, é entendida como modelo de organização das práticas de saúde, oferecendo perspectivas de mudanças e avanços significativos contemplando ações a partir dos princípios doutrinários do SUS, evidenciando a integralidade por combinar ações de prevenção, promoção e cura⁸.

Entende-se como integralidade como um conjunto de serviços prestados que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, bem como a responsabilização por outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento dos problemas locais, e assim ofertando e garantindo os diversos serviços de cunho tanto preventivos quanto curativos⁹. Todavia, é possível ampliar o olhar acerca deste princípio. Neste sentido, pensando em característica da boa medicina, modo de organizar as práticas e repostas governamentais a problemas específicos de saúde são, aos olhos de Mattos¹⁰, três conjuntos de sentidos que recobrem tal princípio.

Diante do exposto, justifica-se a realização desta revisão, pois a mesma permitirá explorar o que tem sido construído acerca desta temática, no que tange à pesquisa brasileira. Espera-se que esta possa contribuir para a melhoria da atenção à saúde desta população, assessorando o desenvolvimento de novas produções científicas. Neste sentido elaborou-se a seguinte questão norteadora: “Quais as tendências das produções científicas brasileiras acerca da temática integralidade da saúde do idoso na Atenção Primária à Saúde?” Desta maneira, o objetivo deste estudo centra em identificar as tendências de Teses e Dissertações brasileiras no que concerne à integralidade da saúde do idoso no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão de literatura, com abordagem narrativa acerca das tendências nas pesquisas brasileiras sobre integralidade à saúde do idoso no universo da APS. De acordo com Rother¹¹ as revisões narrativas são publicações amplas, adequadas para descrever, bem como discutir o desenvolvimento de um determinado assunto, sob o ponto de vista tanto teórico quanto contextual. Assim, constituem-se basicamente, de análise de literatura publicada em livros, artigos, na interpretação e análise crítica pessoal do autor. Neste sentido esta pesquisa constituiu-se pelos resumos das teses e dissertações encontradas nos catálogos do Centro de Estudo e Pesquisa em Enfermagem (CEPEEn-ABEn), disponíveis no site da Biblioteca Virtual da Enfermagem, bem como no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

O período pesquisado nos catálogos foi a partir de 2006, respeitando o marco temporal da publicação da Portaria nº 2.528/2006 a qual aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa², até o ano de 2013, sendo este o ano do último catálogo publicado no período de realização deste trabalho. Quanto às buscas realizadas no Banco de Teses e Dissertações da CAPES, utilizaram-se àquelas a partir de 2010, haja vista ser o único período disponibilizado no sistema até o ano de 2015. Ambas as buscas foram realizadas no mês de outubro de 2015.

Como estratégia de buscas no Banco de Teses e Dissertações da CAPES, por meio da busca avançada, utilizaram-se as seguintes palavras-chave: atenção, selecionando a palavra “resumo”, integral selecionando a opção “todos os campos”, e idoso OR envelhecimento selecionando a opção “todos os campos”. Para a realização das buscas nos catálogos disponibilizados no CEPEEn-ABEn, utilizaram-se todas as publicações que contivessem a palavra idoso/idoso no título, a partir dos índices por títulos contidos nos catálogos.

Para a seleção dos trabalhos foi realizada uma leitura do título e dos resumos. Como critérios de inclusão foram incorporados no estudo os trabalhos cujos resumos estivessem disponibilizados on-line, na íntegra e que contemplassem a temática, ou seja, que tivessem como cenário a Atenção Primária à Saúde, sendo excluídos de uma das bases àqueles que se encontravam duplicados. O detalhamento da busca será apresentado na forma de fluxograma (Figura 1).

Para a análise dos resultados foi desenvolvida a análise de conteúdo, que conta com três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados¹². Efetuou-se leitura flutuante e fichamentos, possibilitando uma visão ampla do material. Elaborou-se um quadro sinóptico contendo as seguintes informações: autor, população, tipo de estudo, metodologia, e

resultados, a fim de facilitar a análise.

Os resumos dos estudos selecionados foram separados de forma aleatória e codificados pela letra “E” proveniente de “estudo” e em ordem numérica arábica para melhor identificação e organização dos mesmos (Quadro 1). A leitura integral dos resumos possibilitou a transcrição dos resultados e trechos significativos. A leitura se deu pela releitura dos mesmos, quando foi desenvolvida a codificação nos achados fichados. Foram elaboradas categorias temáticas, com referências dos autores e análise sinóptica dos textos, a fim de visualizar os textos de forma integrada, podendo relacioná-los e sintetizá-los, observando as convergências, divergências e semelhanças existentes sob a ótica de diferentes autores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

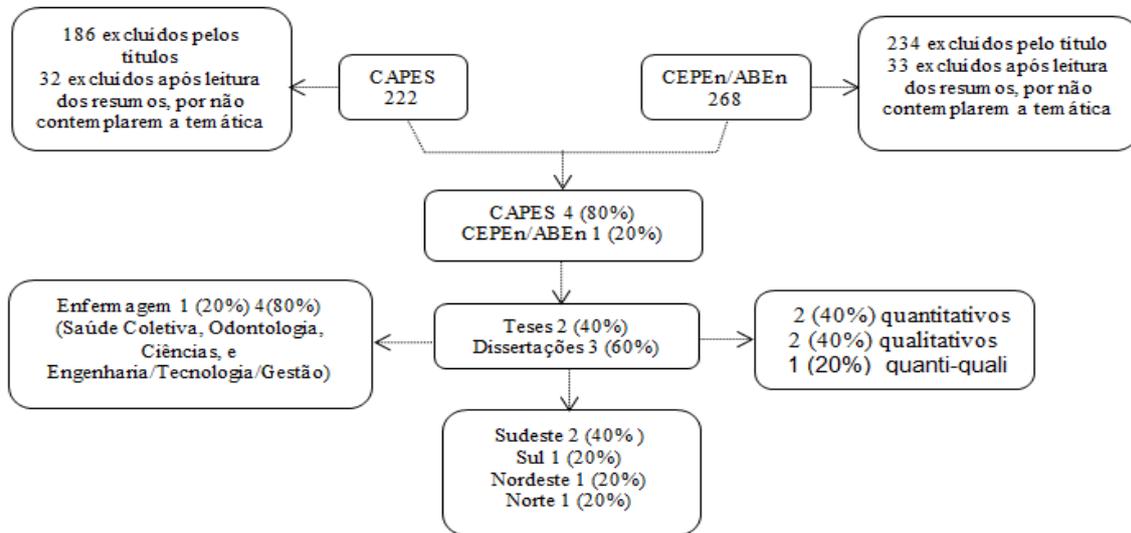
Caracterização do *corpus* de análise

Como resultado das buscas obtiveram-se 222 registros no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), e 268 publicações nos catálogos do CEPEn-ABEn. Após leitura dos títulos e resumos o *corpus* de análise foi composto por resumos de cinco trabalhos sendo quatro (80%) selecionados na CAPES e um (20%) selecionado nos catálogos do CEPEn-ABEn. Dos trabalhos selecionados, três (60%) são dissertações e duas (40%) são teses, publicadas entre os anos de 2009 e 2012.

Geograficamente os estudos estão distribuídos na Região Sudeste com duas (40%) publicações, uma produção (20%) na Região Sul, 1 (20%) na Região Nordeste e uma (20%) na Região Norte. Quanto à Área de Conhecimento, um (20%) pertence à Enfermagem e quatro (80%) pertencem a áreas distintas (Saúde Coletiva, Odontologia, Ciências, e Engenharia/Tecnologia/Gestão).

Em relação à abordagem metodológica utilizadas nos estudos, dois (40%) eram quantitativos, 2 (40%) qualitativos e 1 (20%) quantitativo-qualitativo. O detalhamento da busca será apresentado na forma de fluxograma (Figura 1).

Figura 1- Fluxograma com resumo das buscas nas bases de dados CAPES e CEPEn-ABEn.



Elaborado pelo autor

Apresentação e análise

Quanto aos sujeitos, nos estudos selecionados, foram investigados idosos, gestores e profissionais da área da saúde, os quais tiveram como cenário a APS. Com relação aos objetivos dos estudos, três buscavam analisar ou compreender ou verificar a extensão das práticas de cuidados relacionados à saúde da pessoa idosa, e dois se propuseram a analisar ou avaliar, sob a perspectiva dos profissionais e gestores, a atenção à saúde da pessoa idosa, bem como a necessidade de um atendimento integral. Será apresentado posteriormente um quadro contendo os principais resultados encontrados (Quadro 1).

Quadro 1 – Principais resultados nas Teses e Dissertações selecionadas

(continua)

Estudos/ Título	Autor/ Ano	População/ Tipo de Estudo	Objetivo	Metodologia	Resultados
E1 Atenção primária à saúde voltada às necessidades das pessoas idosas: da política à evidência	Martins AB (2012)	Idosos moradores em dois distritos de Porto Alegre/RS Estudo teórico	Verificar a extensão do cuidado em saúde que é acessado por idosos moradores de dois distritos de Porto Alegre/RS, em relação ao preconizado para efetividade da Atenção Primária à Saúde, e realizar um censo das unidades de saúde de APS dos mesmos distritos a fim de estabelecer uma relação entre os dados empíricos levantados e: a) Políticas de Saúde relacionadas com a Atenção Primária à Saúde voltadas às necessidades das pessoas idosas, b) autoavaliação de saúde geral e c) percepção de saúde bucal	Levantamento de documentos	Limitações em relação à integralidade e qualidade do cuidado.
E2 O cuidado das equipes de PSF de Valença/RJ, na percepção do idoso hipertenso.	Souza RB (2011)	Idosos do PSF de Valença/RJ ----	Analisar a percepção do idoso hipertenso, sobre o cuidado na sua relação com as equipes de PSF do Município de Valença, RJ.	Entrevista	Mudança no modelo assistencial onde o cuidado é visto de forma integral, com presença de vínculo, atenção e respeito.
E3 Atenção à saúde da pessoa idosa na estratégia saúde da família no município de santo antônio/rn: um estudo de caso	Fernandes FM (2012)	80 profissionais de saúde Descritivo – Estudo de Caso	Analisar a atenção à saúde da pessoa idosa prestada pelos profissionais da ESF com vistas ao alcance de um atendimento integral.	Entrevista estruturada	(66,3%) identificam a família como componente da rede social de apoio, (83,8%) consideram o acesso como o interferente nas ações; (98,8%) consideram a família objetivo de assistência, (82,5%) auxiliam a família na participação do cuidado; nenhum faz uso de instrumentos de avaliação da funcionalidade da família, (91,25%) realizam visita domiciliar, (88,75%) realizam o acolhimento; (77,5%) conhecem os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos; (51,25%) ações e intersetorialidade; (50%) grupos de vivência de idosos; (33,75%) caderneta de saúde atualizados; (11,25%) realizam o (PTS) e poucos realizam ações de promoção à saúde. Não identificação de idosos frágeis.

(conclusão)

Estudos/ Título	Autor/ Ano	População/ Tipo de Estudo	Objetivo	Metodologia	Resultados
E4 Análise das práticas de cuidado ao idoso na atenção básica em saúde sob a perspectiva da integralidade na cidade de João Pessoa/PB	Araújo VR (2012)	109 usuários idosos, 92 profissionais de saúde, 5 gestores (voltados para a saúde da pessoa idosa) Estudo observacional seccional	Compreender o atual estado das práticas de cuidado ao idoso, no distrito sanitário III do município de João Pessoa-PB, segundo os preceitos da integralidade do SUS, bem como construir um modelo de decisão para avaliar o atendimento das necessidades de saúde dessa população.	Entrevista. semiestruturada	As práticas do cuidado estão se desenvolvendo em consonância com o princípio da integralidade do SUS.
E5 Atenção integral à saúde do idoso na atenção primária: os sistemas brasileiro e espanhol	Costa MFBNA (2009)	38 gestores e profissionais e 30 idosos (município de Santos) 17 gestores e profissionais de saúde e 13 idosos L'Hospitalet de Lobregat Exploratório	Analisar o entendimento dos gestores, profissionais de saúde e idosos sobre necessidades de saúde e atenção integral, na Atenção Primária de Saúde.	Entrevista	Profissionais: Modelo de gestão centrado na atenção da assistência; Melhorar coordenação entre os níveis de atenção; Necessidade de profissionais capacitados; Necessidade de contemplar a intersetorialidade, Melhorar acesso nos serviços de saúde. Idosos: necessidade de informações com relação ao acesso; percepção de profissionais capacitados e comprometidos; Conscientes de seus direitos; interessados nas decisões de saúde.

Após leitura dos resumos selecionados foi possível identificar duas categorias no que tange a atenção integral à saúde da pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde, a saber: cuidado e práticas de cuidado da pessoa idosa, e atenção à saúde do idoso na perspectiva de gestores e profissionais de saúde.

Cuidado e práticas de cuidado da pessoa idosa

Araújo (E4)¹³ destaca que as práticas de cuidados ofertadas ao idoso está ocorrendo de maneira a contemplar o princípio da integralidade, e Souza (E2)¹⁴ traz que o cuidado ao idoso acontece tendo em vista o princípio da integralidade, embora haja também alguns obstáculos relevantes, tais como a pouca adesão ao atendimento em grupo, insuficiência no sistema de referência e dispensação de medicamentos ineficaz. A ausência de referência e contra-referência é considerado um dos obstáculos na efetivação do princípio da integralidade na saúde do idoso¹⁵. Ressalta-se ainda que a ineficiência ou ausência de comunicação com os níveis de média complexidade é sinalizada como insuficiente para atingir integralidade no cuidado de pessoas idosas¹⁶.

Costa (E5)¹⁷ aponta para a necessidade de melhorar a coordenação entre os níveis de atenção. Todavia, outros elementos também podem fazer parte deste contexto, neste sentido, Costa e Ciosak¹⁸ trazem que a ausência de coordenação entre recursos sanitários e sociais direcionados a esse público, é um dos fatores que corroboram para a dependência do idoso, haja vista a fragmentação de tais necessidades (sanitárias e sociais) transformarem o idoso em dependente da oferta de serviços e cuidados. Outrossim, esta falta de atenção global desencadeia a passagem de uns recursos a outros sem que nenhum deles chegue a ser realmente efetivo para fazer frente a suas necessidades.

Araújo (E4)¹³ demonstra presença, embora parcial, do princípio da integralidade nos serviços de saúde. Neste sentido, atenta para a presença tanto do médico quanto do acolhimento na ESF como fatores fundamentais para o atendimento das necessidades dos idosos. Entretanto, Costa (E5)¹⁷ ressalta a necessidade de profissionais mais capacitados no que diz respeito aos cuidados integrais. Costa e Ciosak¹⁸ trazem que os profissionais de saúde sentem-se inseguros no atendimento ao idoso, porém há um crescente esforço para prestar atenção integral às necessidades de saúde desta população, por meio de visitas realizadas em domicílio.

Ademais, há referências de limitações quanto à qualidade do cuidado, bem como a integralidade, o acesso, e a longitudinalidade, haja vista haver uma divergência entre aquilo que as Políticas voltadas para idosos preconizam e o que é de fato oferecido a este público. Neste sentido, Costa e Ciosak¹⁸ referem que a atenção domiciliar ressurge como atividade para responder as reais necessidades dos idosos, haja vista sua proposta de desenvolver habilidades dos profissionais em relação à prevenção de doenças e promoção de saúde, e consequentemente fornecendo uma atenção de qualidade. Salienta-se a necessidade de ampliação tanto do acesso quanto da qualificação do cuidado, afim de que a Atenção Primária possa ser realmente considerada adequada às necessidades dos idosos (E1)¹⁹.

Saúde do idoso na perspectiva de gestores e profissionais de saúde

No que diz respeito a atenção à saúde do idoso evidencia-se a necessidade de profissionais capacitados no desenvolvimento de ações de cuidado, ressaltando uma quantidade pequena de profissionais comprometidos em realizar o Planejamento Terapêutico Singular e, não atualização de dados na caderneta de saúde da pessoa idosa (E3)²⁰.

Coutinho, Popim, Carrega et al²¹ reconhecem que existem dificuldades por parte dos profissionais, de um cuidado que abranja as várias esferas do cuidado, tais como educação, promoção da saúde e prevenção de agravos. Há a necessidade de conscientização por parte dos profissionais de saúde no que se refere ao processo do envelhecimento, para que possam planejar estratégias de cuidado adequadas em suas unidades²². Costa e Ciosak¹⁸ trazem que os profissionais de saúde têm se empenhado para atender as necessidades de idosos. Fernandes²⁰ complementa evidenciando que a atenção à saúde da pessoa idosa desenvolvida pelos profissionais diverge entre as categorias dos mesmos.

Costa (E5)¹⁷ e Fernandes (E3)²⁰ salientam, sob a ótica dos profissionais a necessidade de melhorias no acesso de idoso aos serviços, em consonância com o estudo de Coutinho, Popim, Carrega, et al²² que traz o acesso como uma das barreiras encontradas pelos profissionais que realizam o cuidado à pessoa idosa. Os autores complementam apontando a gestão do serviço como influência direta na atenção aos idosos, mencionando cobranças relacionadas ao cumprimento de metas, profissionais despreparados, número reduzido de profissionais nos serviços, e alta demanda como fatores que dificultam os avanços na integralidade do cuidado.

Enquanto em um dos estudos surge a necessidade de contemplar a intersetorialidade (E3)²⁰, outro traz em seus resultados, profissionais que a contemplam por meio de algumas ações (E5)¹⁷. Neste sentido, Fonseca²³ salienta a necessidade de ações articuladas entre os diferentes setores que assistem ao idoso dependente para que seja possível a prestação de atenção integral e com maior qualidade. Vale ressaltar que o acesso é fundamental para a atenção integral da saúde do idoso, haja vista propiciar o princípio da integralidade. Assim, Costa (E5)¹⁷ aponta a necessidade de melhoria do acesso em seus resultados. De acordo com Costa e Ciosak¹⁸ os idosos necessitam de maior integralidade e agilidade no sistema, porque possuem dificuldades no acesso e deslocamento aos serviços de saúde.

Por fim, o estudo de Fernandes (E3)²⁰ identifica a família como componente da rede de apoio ao idoso e mostra profissionais comprometidos com as visitas domiciliares. Afirma-se que o idoso está se tornando cada vez mais autônomo diante do seu caminhar, sobretudo quando profissionais de saúde juntamente com familiares lhes dão apoio¹⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas bases pesquisadas, a partir das publicações de resumos encontradas em teses e dissertações brasileiras, percebe-se que a temática integralidade da saúde do idoso ainda é

pouco estudada, sobretudo quando se trata da APS. Na maioria dos casos a integralidade não é objeto das pesquisas, aparecendo como alguns resultados ou conclusões de seus objetivos, salientando uma lacuna neste sentido.

As maiores tendências encontradas foram relacionadas às práticas de cuidado direcionadas à saúde da pessoa idosa e a saúde do idoso na percepção dos profissionais. Todavia, no tocante a integralidade da saúde dos idosos ressalta-se a necessidade da existência de um conjunto de ações tanto preventivas quanto curativas, de maneira articulada e contínua, tanto individual quanto coletiva. Ademais, pensar na integralidade da saúde do idoso é de extrema relevância, pois este princípio não se detém ao processo saúde-doença considerando todas as diferentes demandas que este público exige.

Ressalta-se escassez de produções nos dois anos subsequentes ao marco temporal estipulado, haja vista a primeira publicação analisada datar o ano de 2009. Tal fato indica a importância de evidenciar, por meio de pesquisas a saúde do idoso de maneira integral, haja vista o crescente aumento desta população.

O aumento da população idosa é notório, bem como a vulnerabilidade deste público, desta forma o olhar que recai sobre este contingente populacional deve ser ampliando, considerando-se todas as questões biopsicossociais que os envolve. A inegável transição demográfica traz consigo uma mudança no perfil epidemiológico da população, atribuindo certo destaque as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) as quais, conseqüentemente, oneram os gastos nos serviços de saúde.

Assim, é necessário repensar aspectos relevantes no processo de trabalho, gestão e práticas na área de saúde ratificando a necessidade de mais estudos nesta temática. Desta forma, auxiliando na consolidação de políticas públicas voltadas para o envelhecimento e o idoso, trazendo este público para um novo nível na saúde pública, sobretudo na Atenção Primária à Saúde. Neste sentido a academia juntamente com órgãos governamentais e centros de pesquisas deve ampliar sua presença nos estudos e pesquisas sobre o a saúde do idoso, considerando-o de maneira integral, evidenciando a importância das investigações em saúde.

Salienta-se que foram utilizados neste estudo apenas resumos de teses e dissertações, entretanto em alguns deles não se obtiveram informações necessárias para análise mais aprofundada, assim este fato pode ser considerado como uma limitação na presente pesquisa.

REFERÊNCIAS

1 Pelegrino PS; Leal MGS. Perspectiva biopsicológica do envelhecimento, Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta, 2009.

2 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 20 out 2006. Seção 1: 142.

3 IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira, 2010; p-317.

4 Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União 1994; 4 jan.

5 Araújo, LUA, Gama ZAS, Nascimento FLA, Oliveira, HFV, Azevedo, WM, Almeida HJB. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. Ciên Saúde Colet [internet]. 2014 [acessado 2015 jun 30]; 19(8):3521-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803521>.

6 Peterle VCU. Análise da Atenção à Saúde do Idoso na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS) [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.

7 Carvalho MPRS, Dias MO. Adaptação dos idosos institucionalizados, Millenium, 2011 nov; 40:161-184.

8 Souza RB. O cuidado das equipes de PSF de Valença/RJ, na percepção do idoso hipertenso. 2011. [Dissertação]. Universidade Estácio de Sá. 2011.

9 Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, 726p.

10 Mattos R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R e Mattos R (orgs.). Os sentidos da integralidade na Atenção e no cuidado em saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ/Abrasco, 2005.

11 Rother ET. Revisão sistemática x revisão narrativa. Acta Paul Enferm. [Internet] 2007. [acessado 2016 maio 08]. 20(2):v-vi. Disponível em: <<file:///C:/Users/Vanessa/Downloads/Revis%C3%A3o%20sistem%C3%A1tica%20X%20revis%C3%A3o%20narrativa.pdf>>.

12 Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições; 2008.

13 Araújo VR. Análise das práticas de cuidado ao idoso na atenção básica em saúde sob a perspectiva da integralidade na cidade de João Pessoa/PB. 2012. [Dissertação]. Universidade Federal da Paraíba. 2012.

14 Souza RB. O cuidado das equipes de PSF de Valença/RJ, na percepção do idoso hipertenso. 2011. [Dissertação]. Universidade Estácio de Sá. 2011.

15 Brito MCC, Freitas CASL, Silva MJ, Albuquerque IMN, Dias MAS. Atenção à saúde do idoso: o sistema de referência e contra - referência nos serviços de saúde. Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. [Internet] 2014 [acessado 2015 ago 15]; 6(3):1128-1138. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/bde-25650>>

16 Almeida RT, Ciosak SI. Comunicação do idoso e equipe de saúde da família: há integralidade? Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet] 2013 [acessado ago 15]; 21(4):1-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0884.pdf>.

17 Costa MFBNA. Atenção integral à saúde do idoso na atenção primária: os sistemas brasileiro e espanhol. 2009. [Tese]. Universidade de São Paulo. 2009.

18 Costa MFBNA, Ciosak SI. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo. 2010. Jun; 44(2):437-444.

19 Martins, AB. Atenção Primária à saúde voltada às necessidades das pessoas idosas: da política à evidência. 2012. [Tese]. Faculdade de Odontologia, 2012.

20 Fernandes FM. Atenção à saúde da pessoa idosa na estratégia saúde da família no município de Santo Antonio/RN: um estudo de caso. 2012. [Dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2012.

21 Coutinho AT, Popim RC, Carrega K, Spiri WC. Integralidade do cuidado com o idoso na estratégia de Saúde da família: visão da equipe. Esc Anna Nery, 2013 dez; 17(4):628-637.

22 Vello LS, Popim RC, Carazzai EM, Pereira MAO. Saúde do Idoso: percepções relacionadas ao atendimento. Esc. Anna Nery [periódico na Internet] 2014 [acessado 2015 ago 15]; 18(2):330-335. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200330>.

23 Fonseca AP. Qualidade de vida e rede de apoio e proteção ao idoso dependente do município de Chapecó-SC. 2012. [Dissertação]. Universidade Comunitária da Região de Chapecó. 2012.

5 DISCUSSÃO

A AB desenvolve-se por meio de processos de trabalho em equipes intrerdisciplinares, democráticos, participativos, utilizando-se de tecnologias de alta complexidade e baixa densidade. Como objetivo de seu trabalho considera a dimensão coletiva, bem como a singularidade do sujeito, com o propósito de resolubilidade dos problema de saúde da população (mais frequentes e relevantes). Para tanto, ações de promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação à saúde assumem um importante papel na organização do sistema de saúde, considerando que tais ações são pautadas no princípio da integralidade (BRASIL, 2004). Neste sentido, os resultados do presente estudo apontaram presença e prevalência da integralidade nos serviços de APS nos municípios avaliados.

Para que se possa trazer o atributo da integralidade para o cerne da discussão, deve-se compreender semanticamente seu significado. Entende-se que o instrumento utilizado para possibilitar medir sua presença na APS, foi idealizado por pesquisadores que tem a língua inglesa como língua materna. Integralidade, como atributo, refere-se ao que Starfield (2002) denomina de *comprehensiveness*. Buscando-se a tradução de tal substantivo obtem-se: *amplitude* (STAHEL; PARKER, 2005); *abrangente*; *completo* (OXFORD, 2000). Logo, quando associa-se seus três significados é possível que se compreenda a complexidade deste atributo. Na língua portuguesa *integralidade* nos remete ao estado de uma coisa inteira, completa. Algo completo, abrangente, amplo. Assim, do ponto de vista da semântica ações, abrangentes, completas e amplas, quando realizadas no cenário de APS são capazes de contemplar o atributo da integralidade. Todavia a semântica é incapaz de significá-la por completo.

Assim, no âmbito da saúde, quando compreendemos sua definição podemos, talvez, capturar sua essência. Haja vista, segundo, Cutolo (2012) a amplitude do conjunto de sentidos que envolvem seu significado, pois parte da noção ampliada da concepção saúde-doença; perpassando pela compreensão do indivíduo do ponto vista biográfico, familiar e social.

A integralidade para Mattos (2001) apresenta-se revestida de sentidos, além de ser parte de uma “imagem-objetivo”, que nos mantém em movimento. Assim, refere-se à imagem-objetivo como um termo usado na área de planejamento para designar determinada configuração, tanto de uma sistema por si só, quanto de uma situação que se considera desejá

vel, que pode ser tornada real em um horizonte definitivo. Deste modo, distingue-se o que se almeja construir daquilo que já existe. Neste sentido, podemos pensar na expansão e reorientação da ABS, por meio das ESF, em consonância com os princípios do SUS (HARZHEIM et al., 2013) como um modelo ideal de atenção.

Quando na APS, para Starfield (2002), tal atributo exige que este nível de atenção seja capaz de reconhecer adequadamente a gama completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente, viabilizando a disponibilidade de recursos capaz de abrange-las.

Neste contexto, para falar de necessidades, trazemos Cecílio (2006) quando atribui às necessidades de saúde um “conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção”. Haja vista, tal conceito ter potencial de contribuir para que os trabalhadores ou equipes ou serviços ou redes de serviços consigam realizar uma melhor escuta das pessoas que buscam cuidados em saúde, de modo a tomarem suas necessidades (diferentes de demandas) como centro de suas intervenções e práticas, além de uma atenção mais humanizada e qualificada, sendo para Mattos (2001) capaz de responder ao sofrimento do paciente que busca o serviço de saúde.

Dado esse processo, acredita-se que o vínculo é parte fundamental e estruturante no que se refere a este princípio/atributo. Para Cecílio (2006) a criação de vínculos (a)efetivos entre usuários e equipe ou profissionais significa uma relação de confiança. Desta forma, reconhecendo o vínculo para além da adscrição a um serviço de saúde ou a inscrição formalizada a um programa, contemplando o estabelecimento de uma relação contínua de tempo, de maneira pessoal, intransferível, de forma calorosa, culminando num encontro de subjetividades. Contribuindo para efetivação da integralidade

Todavia, a integralidade parte do pressuposto da complexidade do entendimento saúde-doença, de modo que não pode ser compreendida como produto final, e sim como processo. Logo, integralidade não significa totalidade. Pois, nem todas as necessidades do usuário podem ser satisfeitas em sua totalidade (CUTOLO, 2012). Neste sentido, os achados deste estudo encontram tal afirmativa, pois até aonde o instrumento nos permite chegar, percebe-se que existem elementos/temas/itens que não foram possíveis de se alcançar, nos levando a crer que embora exista a presença de integralidade nos serviços, não é completa, não é total. Porém, ao se analisar a prevalência do atributo pesquisado, sob a perspectiva dos profissionais, sugere-se que sua presença tenha sido potencializada em municípios de pequeno porte. De

maneira, os serviços de saúde de tais municípios refletem positivamente a oferta de serviços/ações de promoção e proteção de saúde, alcançando a prevenção de doenças.

Por fim, a integralidade não é estanque, está em constante movimento. Ela é construída, e vivenciada no dia-a-dia, no cotidiano dos profissionais, e dos serviços. Além disso, a integralidade “inicia” mas não “finaliza”, nas ações assistenciais. É preciso ir além, precisa-se da cooperação de outras esferas, em outras dimensões, tanto da vida social quanto política, transcendendo, os serviços de saúde (NARVAI, 2005).

Enfim, acredita-se que a integralidade se dá nos pequenos encontros, nas conversas que vão além do explicitado. Exige ações de prevenção, ações voltadas a promoção, e à recuperação, mas exige também o reconhecimento da subjetividade do usuário. A integralidade ouve o que não foi dito. A integralidade escuta o silêncio.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos nesta pesquisa, nos revelaram que houve presença do atributo da integralidade nos municípios que compõe às Regiões de Saúde Verdes Campos e Entre Rios, na 4º Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, bem como sua prevalência pôde ser associada aos municípios de pequeno porte destas regiões.

Foi possível, por meio das análises utilizadas, verificar quais temas são mais ou menos evidenciados/abordados pelos profissionais de saúde nos serviços avaliados. Assim, considerando a variedades de itens/perguntas que compõe os componentes Serviços Prestados verificou-se que temas referentes à segurança dos usuários/pacientes (crianças, jovens, adultos, idosos) são pouco discutidos com os mesmos. Entretanto, neste mesmo componente, evidenciou-se uma forte preocupação com a utilização de medicamentos por parte dos usuários, bem como uma alimentação e hábitos saudáveis. Logo, nestes espaços a integralidade faz parte do cotidiano destes profissionais, perpassando suas rotinas de trabalho.

Ademais, de acordo com os entrevistados, o componente que mede a estrutura dos serviços de saúde, traduzido nos itens que compõe os Serviços Disponíveis revelou boas avaliações, sobretudo no que se refere à saúde da mulher e atendimento domiciliar. Entretanto, percebeu-se que pequenas cirurgias e avaliações visuais, são pouco realizadas nos mesmos serviços.

Acredita-se que ações e estruturas dos serviços estão em consonância com o princípio da integralidade, definido por lei, ofertando assistência adequada para as necessidades dos indivíduos. Outrossim, o reconhecimento de tais necessidades torna-se fundamental neste percurso, sendo considerada uma tarefa desafiadora e complexa não somente para os profissionais de saúde, mas para o sistema de saúde como um todo. Neste sentido, na jornada em direção ao alcance da integralidade, trazemos o atendimento domiciliar, um em meio alguns achados nas revisões de literatura, como um dos pontos favoráveis à obtenção deste atributo.

Dentre as análises realizadas, àquela que encontrou uma relação da integralidade com o porte populacional trouxe um fato inédito neste contexto, haja vista a particularidade do modelo teórico adotado no trabalho em tela. Desta forma, apontando para uma realidade existente no interior do Rio Grande do Sul, levando em consideração que, cerca de 50% dos municípios gaúchos encontrarem-se nesta categoria.

Destaca-se a relevância e confiabilidade atribuída ao instrumento utilizado. Por várias vezes, de acordo com a literatura, esta ferramenta foi capaz de trazer dados confiáveis e relevantes no que tange a avaliação nos serviços de APS. Entretanto, entende-se que em âmbito brasileiro, tal atributo/princípio é concebido e compreendido de maneira sistêmica, o que lhe confere uma polissemia de significados, as vezes não alcançado no PCATool. Neste sentido, para que outros profissionais possam ser ouvidos, fornecendo dados relevantes ao sistema brasileiro, e sobretudo à APS/ESF são necessárias outras maneiras de avaliação, conciliadas a este dispositivo de avaliação. Outras variáveis, sob o ponto de vista contextual dos municípios também deverão ser avaliadas, configurando uma avaliação mais completa dos serviços de APS.

Por fim ressalta-se que o estudo ora apresentado, pode contribuir para o ensino e a pesquisa, haja vista seu ineditismo, no que se refere a aplicação deste instrumento em mais de uma Região de Saúde, e com tamanha dimensão, no que se refere ao número de municípios, bem como ao modelo de análise hierárquica, que nos levou a conhecer quais fatores do ponto de vista individual e contextual podem estar relacionados com a prevalência da integralidade, conferindo singularidade ao trabalho. Ademais, acredita-se em sua contribuição no que tange a assistência aos gestores, subsidiando a tomada de decisões, planejamento, e gestão dos serviços, viabilizando a implantação de estratégias com vistas à qualidade dos serviços.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. J. A. A contribuição de Josué de Castro no estudo e combate à fome e sua repercussão científica e política na geografia. **Revista de Geografia**. Recife: UFPE – DCG/NAPA, v. 25, n. 2, mai/ago. 2008.
<<http://www.revista.ufpe.br/revistageografia/index.php/revista/article/viewFile/182/113>>. Acesso 02/nov./2016.

ANDRADE, M. C. de. Josué de Castro: o homem, o cientista e seu tempo. **Estudos avançados**, v. 11, n. 29, 1997. <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v11n29/v11n29a09.pdf>>. Acesso 02/nov./2016.

BAILER, C.; TOMITCH, L.M.B; D'Ely, R.C.S. Planejamento como processo dinâmico. A importância do estudo piloto para uma pesquisa experimental em linguística aplicada. **Revista Intercâmbio**, v. 14, p. 129-146, 2011. São Paulo.

BOAS, L. G. V. Por uma geografia do poder, de Claude Raffestin. *GeoPUC – Revista da Pós Graduação em Geografia da PUC-Rio*. Rio de Janeiro, v.8, n. 14, p. 116-1222, jan-jun, 2015. <<http://geopuc.geo.puc-rio.br/media/v8n14a2.pdf>>. Acesso 08/nov/2016.

BUENO, S. **Mini-dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. São Paulo: FTE S.A., 2007.

BRASIL. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

_____. Lei n. 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, 1990a [Internet]. Brasília [acesso em 06 set 2015]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *Abc do sus-doutrinas e princípios*, 1990b. <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>

_____. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. A Implantação da Unidade de Saúde da Família*. Milton Menezes da Costa Neto, org. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000. p.44.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria n° 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. *Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto*. Diário Oficial da União 2006; 23 fev.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro1.pdf>. Acessado em: 20 set 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.

_____. **Ministério da Saúde**. Portaria n 4.279, de 30 de dezembro. Estabelece Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema único de Saúde, 2010b.

_____. Presidência da República. **Casa Civil**. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº8080, 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, 2011a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS**, 1. Brasília: CONASS, 2011b; v. 1; 291 p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_1.pdf>. Acesso em 15 set 2015.

_____. Ministério da Saúde. Universidade Aberta do Brasil. **Especialização em Saúde da Família**– Modalidade à distância. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) Módulo Bioética. 2011c. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_bioetica/Aula01.pdf> . Acesso em: 30 ago 2015.

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

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

BRUNI, A. L. **Estatística aplicada à gestão empresarial**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/3zcf/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>>. Acesso em 20 ago 2015

CORBO, A. D'A; MOROSINI, M. V. G. C. Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=422105&indexSearch=ID>>. Acesso em: 20 jun 2016.

CORRÊA, R. L. Espaço: um conceito chave da Geografia. In. CASTRO, I. E. de; GOMES; P. C. da C.; CORRÊA, R. L. **Geografia: Conceitos e Temas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, , 2000.

<http://www2.fct.unesp.br/docentes/geo/raul/biogeografia_saude_publica/aulas%202014/2-Geografia%20-%20Conceitos%20e%20Temas.pdf>.

COSTA, A. M.; SANTOS, F. P.; MELO, E. A. Por uma Atenção Básica para o SUS.

Divulgação em Debate. Rio de Janeiro, n.51. out, 2014. Disponível em:

<<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>>. Acesso em 23/out/2016.

COSTA, M. F. B. N. A. **Atenção Integral a saúde do idoso na saúde primária**: os sistemas brasileiro e espanhol. Tese [Doutorado em Enfermagem]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009, 346 p.

CUBA, E.G; LINCON, Y.S. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: UNICAMP, 2011.

DAMACENO, N. A. **Atenção Primária à Saúde: Avaliação do acesso de primeiro contato em municípios da Região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul**, 2015, 92 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2015.

D'INNOCENZO; M, ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm**. v. 59, n. 1, p. 84-88, 2006.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. Methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs. **Science**, v. 200, n.26, May, 1978.

DUARTE, L. S. et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 24, n. 2, p. 472-485, 2015. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00472.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2016).

FAUSTO M. C.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C; CORBO, A. D. **Modelos de Atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em:

<http://www.concepcaoconsultoria.com.br/images/upload/file/Prefeitura%20Municipal%20de%20Presidente%20Janio%20Quadros_BA/Documentos%20para%20Consulta/Modelos%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20e%20a%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia.pdf>. Acesso em: 09 set 2016.

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

Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/raega/article/view/11995/10663>>. Acesso em: 23 out 2016.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FRACOLLI, L. A. 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, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/pt_1413-8123-csc-19-12-04851.pdf>. Acesso em: 30 set 2016.

GONDIM, G. M. de M. et al. O território da saúde: organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C. de; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J. C.; MONKEN, M. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: 2008. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/20.pdf>. Acesso em 25 out 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008

GUIMARÃES, R. B. Saúde Pública na América Latina: questões de geografia política. In: LEMOS, A.I.G.; SILVEIRA, M.L; ARROYO, M. (Org.). **Questões territoriais na América Latina**. Buenos Aires: CLACSO; São Paulo: USP, 2006.

GUIMARÃES, C. F. et al. Análise histórica do processo de regionalização no Rio Grande do Sul e a construção do planejamento regional, s/d. **Anais. 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde**, 2013. Disponível em: <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais_painel/010.pdf>. Acesso em 10/nov./2016.

GUIMARÃES, C. F. et al. O processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os desafios na consolidação do sistema único de saúde no Rio Grande do Sul, p.1-9, 2012. **Anais. Convención Internacional de Salud, Cuba**. Disponível em: <<http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/view/596/265>>. Acesso em 11/nov/2016.

HARTZ, Z. M. de A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros” . **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. S331-S336, 2004 Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v20s2/26.pdf>>. Acesso em: 20 nov 2016.

HARZHEIM, E. et al. Revisão sistemática sobre aspectos metodológicos das pesquisas em atenção primária no Brasil. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 49, n. 4, p. 248-252, 2005.

HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do instrumento de avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, 2006.

HARZHEIM, E. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**; v. 8, n. 29, p. 274-84, 2013. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/829>>. Acesso em: 15 nov 2015.

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

LEMKE, A. R.; SILVA, R. A. N. da. A busca ativa como princípio político das práticas de

cuidado no território. Estudos e Pesquisas em Psicologia, UIERJ, RJ, **Anop** 10, n.1; p.281-295, 1º quadrimestre de 2010. <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v10n1/v10n1a18.pdf>>. Acesso 05/11/2016.

LOCH, J. A. Princípios da bioética. In: KIPPER, D. J. **Uma introdução à bioética**. São Paulo: Nestlé, 2002. DJ. 2002,

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade a 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). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004.

MATTOS, Rubem A. Integralidade e a formulação de política específicas de saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2007.

MENDES, E. V. **Distritos sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1993.

MEDRONHO, R.A.; SILVEIRA; WERNECK. **Epidemiologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MOURA, B. L. A. et al. Atenção Primária à Saúde: estrutura das unidades como componentes da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 10, n. 1, p. 69-81, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500007>. Acesso em: 13 jul 2016.

MONKEN M. **Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância em saúde**. Tese de doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswald Cruz. 2003. <<http://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/monkenmd.pdf>>. Acesso 06/11/2016.

MONKEN, M. et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. C. de; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J. C.; MONKEN, M. **Território. Josino Costa; saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <<http://www.midias.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/21.pdf>>. Acesso em 2/out/2016.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 13, p. 898-906, mai-jun, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/24>>. Acesso 05 nov 2016.

NARVAI, P. C. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? In: GRACIA, D. V. **Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade**. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO; 2005. Disponível em: <<http://www.idisa.org.br/img/File/IntegralidadeAtencaoBasica2005.pdf>>. Acesso em: 24 dez 2016.

NETO, T. G.; REZENDE, M. J.de. As contribuições de Josué de Castro no estudo para o combate a fome (s/d). Acesso 02/nov./2016. Disponível em:
<http://www.uel.br/eventos/sepech/sepech08/arqtxt/resumos-anais/TitoGalvanin.pdf>

Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. **Organização Mundial de Saúde** - Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf>. Acesso em: 21 set. 2015.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**. p. 11-31, 2011 (Séries Saúde no Brasil 1). Disponível em:
< http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf >. Acesso em: 02 ago 2015.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia**, v. 2; n.2; p.47-55; jun, 2006. Disponível em: <<http://www.fcm.edu.br/internatomedicina/wp-content/uploads/2010/07/2.-O-TERRIT%C3%93RIO-NO-PSF1.pdf>>. Acesso 09 nov 2016.

PEREIRA, M. J. B. et al. Atributos essenciais da atenção primária à saúde: comparação do desempenho entre unidades de saúde tradicionais e unidades da estratégia de saúde da família. **Anais**. Asociación Latina par el Análise de los Sistemas de Salud, 2011. Disponível em:
<http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2011/Sesion_V/sesion27/02-09_sesion27_2-pt.pdf>. Acesso em: 20 set 2015.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan S.A.** 2002.

PRESTES, M. L. O pensamento de Josué de Castro e a Geografia brasileira. **Revista Geográfica de América Central**, Número Especial EGAL, 2011. p.1-15.
<<http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/geografica/article/viewFile/1790/1696>>. Acesso 03 nov. 2016.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo (SP): Ática, 1993. Disponível em: <http://www.univale.br/cursos/tipos/pos-graduacao_strictu_sensu/mestrado_em_gestao_integrada_do_territorio/_downloads/por_uma_geografia_do_poder-claude_raffestin.pdf>. Acesso 08 nov 2016.

RAMOS, R. R. O espaço na investigação em saúde: uma perspectiva geográfica? **Geografia (Londrina)** v. 23, n. 1, p. 173 - 189, jan/jun, 2014.
<<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/geografia/article/viewFile/18430/16300>. Acesso 02/nov./2016>.

REIS, E.J.F.; FAUSTO, P.S.; CAMPOS, F.E. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, 1990.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Plano Diretor da Regionalização da Saúde. Porto Alegre, julho, 2002. Disponível em:
<http://www.mprs.mp.br/areas/gapp/arquivos/plano_diretor_regionalizacao_saude.pdf>. Acesso em: 07 nov 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde.

Plano Estadual de Saúde 2016-2019. Disponível em:

<http://www.saude.rs.gov.br/upload/1471009389_PES%202016-2019%20-%2012%2008.pdf>. Acesso em 11 nov 2016.

SAID, R. F. do C. et al. Integralidade e integração dos serviços de saúde: desafios para redução dos óbitos por dengue. In: Atenção Básica construindo a base da integralidade. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 51, outubro, 2014.

SANCHO, L.G; DAIN, S. Avaliação em saúde e avaliação e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17 n. 3, 2012.

SANTOS, M. **Metamorfose do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da geografia**. Hucitec. São Paulo, 1988.

SANTOS, N. M. dos. A organização da saúde no Rio Grande do Sul. **Revista Gestão e Saúde**, Curitiba, v.1, n.3, p.1-10, 2010. Disponível em: <<http://www.herrero.com.br/revista/Edicao%203%20Artigo%201.pdf>>. Acesso em: 09/nov./2016.

SARTI, T. D. et al. A institucionalização da avaliação na atenção básica: alguns aspectos para a construção de práticas democráticas no contexto da estratégia saúde da família. **UFES Rev Odont**, v. 10, n. 1, p. 63-69, 2008.

SIGNOR, E. **Avaliação da Integralidade na rede de atenção primária à saúde em municípios do interior do RS**, 2016, 82 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2016.

SILVA, K. et al. Gestão da qualidade total nos serviços de saúde: modelo gerencial em desenvolvimento. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**. Brasília, v. 6, n. 1, p. 617-632, 2015. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/635/pdf>>. Acesso em 20 nov 2016>.

SILVA da, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600014>. Acesso em: 20 nov 2016.

SOUZA, M. J. L. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In. CASTRO, I. E. de; GOMES, P. C. da C.; CORRÊA, R. L. **Geografia: Conceitos e Temas**. 2 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000. <http://www2.fct.unesp.br/docentes/geo/raul/biogeografia_saude_publica/aulas%202014/2-Geografia%20-%20Conceitos%20e%20Temas.pdf>.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, 726 p.

STEIN, A. T. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22; n. 1; p. 179-181, 2013.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 4, n. 7, p. 113-118, 2000.

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^aed, Quebec, 2011.

TONI, J. de; KLARMANN, H. Regionalização e planejamento: reflexões metodológicas e gerenciais sobre a experiência gaúcha. **Ensaio FEE**, Porto Alegre, v. 23, número especial, p. 517-138, 2002. Disponível em: <<http://revistas.fee.tche.br/index.php/ensaios/article/viewFile/2019/2400>>. Acesso em: 03/nov/2016.

VASCONCELOS, F. de A. G. Josué de Castro e a Geografia da Fome no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2010-2017, nov, 2008. <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n11/27.pdf>. Acesso 02/nov./2016>.

CUTOLO, L. R. A. Atenção Primária à Saúde, Atenção Básica da Saúde e a estratégia Saúde da Família. In: VERDI, M. I. M. et al. Saúde e Sociedade, 2 ed. Florianópolis: UFSC, 2012. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8509&Itemid=82>. Acesso em: 28 dez 2016.

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
 Divorciado
 União estável

10 - Cor/Etnia
 Branco Amarelo
 Pardo Indígena
 Negro

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

12 - Possui plano de saúde privado?
 Sim Não

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

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

Instruções: PARTE ESPECÍFICA PARA VERSÃO PROFISSIONAL.

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

16 - Qual turno de trabalho
 Diurno Noturno
 Ambos

17 - Vínculo empregatício
 Celetista Estabilizado
 Outro

18 - Quanto tempo trabalha nesse serviço?

19 - Você trabalha em outro serviço?
 Não Público
 Privado

20 - Você tem algum cargo nesse trabalho?
 Sim Não

21 - Ano de conclusão

22 - Formação complementar
 Sim Não

23 - Qual

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

APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Termo de Confidencialidade dos dados

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

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller

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

Telefone para contato: (55) 3220-8263

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Profissionais					
E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS					
<i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (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
E1 - Aconselhamento nutricional.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E2 - Imunizações.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E3 - Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E4 - Avaliação da saúde bucal.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E5 - Tratamento dentário.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E6 - 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"/>
E7 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E8 - 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"/>
E9 - 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"/>
E10 - 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"/>
E11 - 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"/>
E12 - 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"/>
E13 - 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"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais**

E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (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
E14 - Remoção de verrugas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E15 - Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolaou).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E16 - 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"/>
E17 - Cuidados pré-natais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E18 - Remoção de unha encravada.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E19 - Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E20 - 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"/>
E21 - Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente 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"/>
E22 - Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos).	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 Profissionais

F - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

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

Pergunte: Você atende pacientes (leia as alternativas):

- de todas as idades
- somente crianças e adolescentes (menores de 18 anos)
- somente adultos

Conforme a resposta acima, oriente o entrevistado da seguinte forma:

Se você atende todas as idades, por favor responda todas as perguntas desta seção (F1 a F15).

Se você atende apenas crianças, por favor não responda as perguntas F4 a F13.

Se você atende apenas adultos, por favor não responda as perguntas F14 a F15.

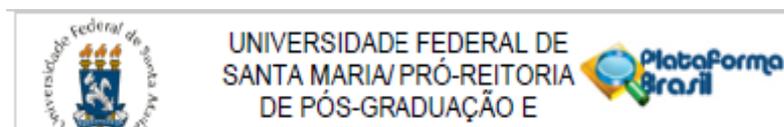
Perguntas F1 - F3 se aplicam a todas faixas etárias

Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis? (repita esta pergunta a cada 3 itens)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F1 - 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"/>
F2 - Segurança no lar, ex: 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"/>
F3 - Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Perguntas F4 - F13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima).					
Entrevistador pergunte: "Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes?"					
F4 - 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"/>
F5 - Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
F6 - 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"/>
F7 - Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F8 - Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F9 - Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta 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"/>
F10 - Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F11 - Como prevenir quedas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F12 - Prevenção de osteoporose em mulheres.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F13 - Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
As perguntas F14 - F15 se aplicam apenas a crianças.					
Entrevistador pergunte: "Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?"					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
F14 - Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F15 - Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.	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



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Teresinha Heck weiller

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 341373144.0000.5346

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 756.292

Data da Relatoria: 14/08/2014

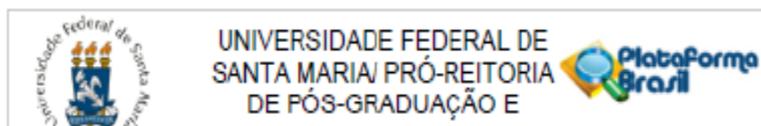
Apresentação do Projeto:

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

O número estimado de sujeitos é 4000 pessoas, destas 600 profissionais e 3600 usuários. O instrumento utilizado será Primary Care Assessment Tool, versões Criança, Adulto e Profissionais.

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

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



Continuação do Parecer: 756.262

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).

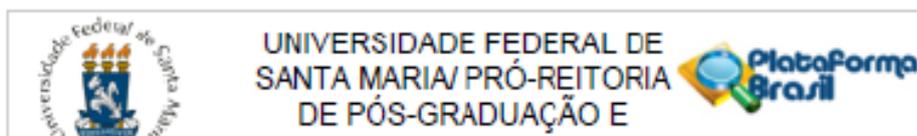
Objetivos Secundários:

- 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 Retoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-070
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: oep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 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).

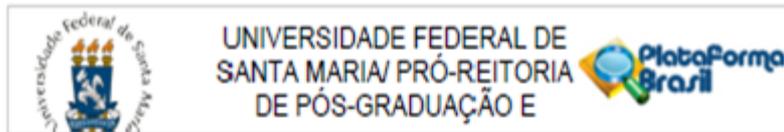
Recomendações:

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)3220-0362 E-mail: oep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 796.252

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 19 de Agosto de 2014

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da 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 (TCLE)

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

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Versão Criança/ Adulto/Profissionais
Título do estudo: PCATOOL (PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL): AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (4ª CRS/RS)

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller

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

Telefone para contato: (55) 3220-8473

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

Prezado (a) Senhor (a):

Você está sendo convidado (a) a responder às perguntas desta entrevista de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder esta entrevista, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. O pesquisador deverá responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma interferência ou danos.

Objetivo deste estudo é: Avaliar a rede de atenção básica dos 32 municípios pertencentes a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS, por meio da aplicação do instrumento PCATool (Primary Care Assessment Tool versões Criança, Adulto e Profissionais). **Riscos:** não estão vinculados riscos diretos, contudo você poderá sentir desconforto/cansaço em responder ao questionário. E os **benefícios** serão indiretos, contribuindo para o conhecimento científico da enfermagem, e no fortalecimento da qualidade da Atenção Primária.

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

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

Santa Maria _____, de _____ de 20____

Assinatura do pesquisador responsável
Dra Teresinha Heck Weiller