

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

Danieli Bandeira

**AVALIAÇÃO DA APS: UMA ANÁLISE DA COORDENAÇÃO DA
ATENÇÃO NOS MUNICÍPIOS DO INTERIOR DO RS**

Santa Maria, RS,
2016

Danieli Bandeira

**AVALIAÇÃO DA APS: UMA ANÁLISE DA COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO NOS
MUNICÍPIOS DO INTERIOR DO RS**

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

Orientadora: Dra.Teresinha Heck Weiller
Coorientadora: Dra.Suzinara Beatriz Soares de Lima

Santa Maria, RS, Brasil

2016

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

Bandeira, Danieli
AVALIAÇÃO DA APS: UMA ANÁLISE DA COORDENAÇÃO DA
ATENÇÃO NOS MUNICÍPIOS DO INTERIOR DO RS / Danieli
Bandeira.-2016.
76 p.; 30cm

Orientadora: Teresinha Heck Weiller
Coorientadora: Suzinara Beatriz Soares de Lima
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, RS, 2016


1. Atenção Primária à Saúde 2. Gestão em Saúde 3.
Coordenação da Atenção 4. Enfermagem 5. Avaliação de
Programas e Projetos de Saúde I. Heck Weiller, Teresinha
II. Soares de Lima, Suzinara Beatriz III. Título.

Danieli Bandeira

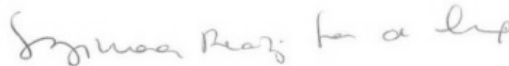
**AVALIAÇÃO DA APS: UMA ANÁLISE DA COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO NOS
MUNICÍPIOS DO INTERIOR DO RS**

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

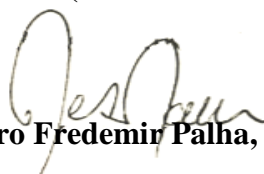
Aprovado em 27 de janeiro de 2016



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



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



Pedro Fredemir Palha, PhD. (USP)



Luis Felipe Dias Lopes, Dr. (UFSM)

Sheila Kocourek, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS

2016

AGRADECIMENTOS

Quando chegamos ao final de uma etapa percebemos que não estamos sozinhos, e que em toda a nossa trajetória, contamos com pessoas especiais. A eles os meus agradecimentos:

À Deus pela vida e saúde concedida, pela sabedoria necessária para realizar este trabalho e por colocar constantemente em meu caminho pessoas especiais sem as quais, eu não estaria aqui.

Aos meus maravilhosos pais Guerino e Irene, meus exemplos de vida, pessoas especiais e iluminadas, que me ensinaram valores e que nunca mediram esforços para me proporcionar os estudos. Não tenho palavras para agradecer toda a dedicação, o amor e o carinho. A eles devo a minha vida e minha felicidade.

Aos meus irmãos Denise e Junior, por compartilharem e contribuírem para o meu crescimento pessoal e profissional.

À orientadora e amiga Teresinha Heck Weiller, tenho muito a agradecer pelas orientações, ensinamentos, pela preocupação e dedicação demonstrada para comigo e por esse trabalho. Muito obrigada.

À Universidade Federal de Santa Maria por me proporcionar minha Graduação, Residência e o Mestrado, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF).

Aos meus amigos, aos antigos e aos novos que fiz durante esse processo. Obrigada pela cumplicidade, incentivo e companhia ao longo dessa caminhada. Em especial a Camila Pinno, colega e amiga, parceira desde a graduação.

Aos colegas do GEPESC, em especial ao Adalvane, amigo e parceiro nesta trajetória, à Vanessa e Kauana pelo companheirismo e coleguismo.

Agradeço aos professores Luis Felipe, Pedro Palha e Sheila Kocourek por aceitarem compartilhar comigo esse trabalho.

Ao Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), local onde pude iniciar minha trajetória profissional.

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

A todos os usuários e profissionais da APS que se disponibilizaram em participar da pesquisa. Meu muito obrigada!

[...] A saúde coletiva é o fortalecimento dos sujeitos. Coparticipar da produção de necessidades sociais exige iniciativa política e capacidade de reflexão crítica. Como a saúde coletiva poderia contribuir para diminuir o coeficiente de alienação das pessoas? [...]

(CAMPOS, 2000).

RESUMO

AVALIAÇÃO DA APS: UMA ANÁLISE DA COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO NOS MUNICÍPIOS DO INTERIOR DO RS

AUTORA: Danieli Bandeira

ORIENTADORA: Teresinha Heck Weiller

COORDINADORA: Suzinara Beatriz Soares De Lima

A Atenção Primária à Saúde (APS) mostra-se como um espaço estratégico para o exercício da gestão e avaliação em saúde. Neste cenário, a coordenação da atenção é considerada um dentre os seus quatro atributos essenciais. Esta é compreendida pela capacidade de garantir a continuidade da atenção na rede de serviços, bem como a identificação de problemas que são abordados em outros níveis da rede. Nesse sentido, a presente pesquisa tem como objetivo avaliar a qualidade da APS nos municípios que integram a 4ª CRS/RS por meio da verificação da coordenação da atenção, mediante a aplicação do PCATool (Brasil) aos profissionais de saúde de nível superior e usuários dos serviços de saúde, ≥ 18 anos e cujo o acesso não fosse o primeiro. Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa com delineamento transversal. A coleta de dados foi desenvolvida de fevereiro a agosto de 2015, nos serviços de APS nos municípios da 4ª CRS/RS/BR. A população do estudo contemplou 1.071 usuários adultos e 203 profissionais atuantes na APS. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista mediante aplicação do protocolo de pesquisa (questionário sócio demográfico e PCATool-Brasil versão Adulto e Profissional) e foi realizada de maneira informatizada. Os dados foram coletados no Programa *Epi Info 7.0* e extraídos automaticamente para *notebooks*. A análise foi realizada no Programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®)*, versão 19.0 *for Windows*. Foram construídos escores do atributo Coordenação da Atenção. Salienta-se que foram respeitados os aspectos éticos das pesquisas com seres humanos, seguindo a Resolução 422/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados revelados pelo presente estudo mostram que o atributo Coordenação da Atenção foi avaliado como satisfatório, ou seja, obteve uma alta avaliação nas dimensões Integração de Cuidados e Sistema de Informações, tanto na versão adulto quanto na versão profissional. Na versão adulto os escores na dimensão Integração de Cuidados foram de: nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) 6,66 (6,28-7,03), nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) 6,34 (5,94-6,73) e nas UBS mistas 6,87 (6,30-7,43); os escores na dimensão Sistema de Informação foram de: nas UBS 7,22 (7,02-7,41), nas ESF 7,09 (6,88-7,29) e nas UBS mistas 7,26 (6,94-7,57). Na versão profissional os escores na dimensão Integração de Cuidados foram de: nas UBS 6,34 (5,79-6,88), nas ESF 6,41 (6,01-6,80) e nas UBS mistas 6,74 (6,24-7,23); os escores na dimensão Sistema de Informação foram de: nas UBS 8,84 (8,22-9,45), nas ESF 8,77 (8,40-9,13) e nas UBS mistas 8,54 (8,03-9,04). Os resultados apresentados neste estudo trazem importantes implicações para os serviços avaliados e também para as políticas públicas de atenção a saúde dos 32 municípios que compõe as duas regiões de saúde estudadas. Além de reforçar o desenvolvimento de estudos avaliativos a fim de melhorar a qualidade da APS e da coordenação da atenção.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Gestão em Saúde; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

EVALUATION OF APS: AN ANALYSIS OF THE COORDINATION OF ATTENTION IN RS INTERIOR MUNICIPALITIES

AUTHOR: Danieli Bandeira

ADVISOR: Teresinha Heck Weiller

CO-ADVISOR: Suzinara Beatriz Soares De Lima

The Primary Health Care (PHC) is shown as a strategic space for the exercise of management and evaluation in health. In this scenario, the coordination of care is considered one of its four key attributes. This is understood by the ability to ensure continuity of care in the service network and the identification of issues that are addressed in other levels of the network. In this sense, this research aims to evaluate the PHC quality in the municipalities of the 4^aCRS / RS by checking the coordination of care, by applying the PCATool (Brazil) at the top-level health professionals and service users health, ≥ 18 years and whose access was not the first. This is a quantitative approach to research with cross-sectional design. Data collection was carried out from February to August 2015, the PHC services in the municipalities of the 4th CRS / RS / BR. The study population included 1,071 adults and 203 professionals working in PHC. Data collection was conducted through interviews by applying the research protocol (demographic questionnaire and PCATool-Brazil version Adult and Professional) and was held in a computerized manner. Data were collected using Epi Info 7.0 program and automatically extracted for notebooks. The analysis was performed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 19.0 for Windows. scores were the Attention Coordination attribute. Please note that the ethical aspects of research involving human beings were respected, according to the National Health Council Resolution 422/12. The results revealed by this study show that the Warning Coordination attribute was evaluated as satisfactory, that is, obtained a Top rated in dimensions Integration and Care Information System, both in the adult version and the professional version. In the adult version scores in dimension Care Integration were: the Basic Health Units (BHU) 6.66 (6.28 to 7.03), in the Family Health Strategy (ESF) 6.34 (5.94 -6.73) and in mixed UBS 6.87 (6.30 to 7.43); the scores in the dimension Information System were: the UBS 7.22 (7.02 to 7.41), the ESF 7.09 (6.88 to 7.29) and in mixed UBS 7.26 (6.94 -7.57). In the professional version scores in dimension Care Integration were: the UBS 6.34 (5.79 to 6.88), the ESF 6.41 (6.01 to 6.80) and in mixed UBS 6.74 (6.24 to 7.23); the scores in the dimension Information System were: the UBS 8.84 (8.22 to 9.45), the ESF 8.77 (8.40 to 9.13) and in mixed UBS 8.54 (8.03 -9.04). The results presented in this study have important implications for the evaluated services and also for public policy attention to health of the 32 municipalities that make up the two health regions studied. In addition to strengthening the development of evaluation studies in order to improve the quality of PHC and coordination of care.

Keywords: Primary Health Care; Health Management; Program Evaluation and Health Projects; Nursing.

LISTA DE SIGLAS

4ªCRS/RS - 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul

AB - Atenção Básica

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade

APS - Atenção Primária à Saúde

CCS- Centro de Ciências da Saúde

CIR - Comissão de Intergestores Regional

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

Ep – Escores Padronizados

ESF - Estratégias de Saúde da Família

GEPESC - Grupo de Estudos Pesquisas e Extensão em Saúde Coletiva

IBGE - Instituto Brasileiro Geografia e Estatística

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

LOS - Leis Orgânicas da Saúde

MS - Ministério da Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PCATool - *Primary Care Assessment Tool*

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

PUBMED - Literatura Internacional em Ciências da Saúde

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SES - Secretarias Estaduais de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UFMS - Universidade Federal de Santa Maria

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE	15
2.2 AVALIAÇÃO NA APS.....	18
2.3 COORDENAÇÃO NA APS.....	21
3 METODOLOGIA	27
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	27
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	29
3.3 AMOSTRAGEM.....	30
3.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	31
3.4.1 PCATool-Brasil Versão Adulto	31
3.4.2 PCATool-Brasil Versão Profissionais	31
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	32
3.9 ASPECTOS ÉTICOS	33
4. RESULTADOS	35
4.1 ARTIGO I - PCATool: AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO POR USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE MUNICÍPIOS DA REGIÃO CENTRO OESTE DO RS.....	35
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
APÊNDICE	65
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIAL.....	66
ANEXOS.....	67
ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	68
ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	72
ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	76

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, instauraram-se as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) com intuito de regulamentar a política de saúde, trazendo em suas bases a avaliação e a fiscalização dos serviços (BRASIL, 1990). Posteriormente, a Norma Operacional Básica (NOB) aponta que o controle e avaliação realizados pelos gestores do SUS devem compreender o conhecimento sobre todos os serviços de saúde localizados em seu território de gestão (BRASIL, 2002).

A Lei nº 8080/90 estabelece o controle, a avaliação e a fiscalização das ações e dos serviços de saúde como sendo de competência comum dos gestores nos níveis Federal, Estadual e Municipal (BRASIL, 1990). Neste sentido, a avaliação das bases programáticas da prestação de serviços de saúde do SUS é essencial no planejamento e na gestão do sistema, uma vez que pode redirecionar a realização das ações e dos serviços de forma a contemplar as necessidades dos usuários, objetivando maior racionalidade no uso dos recursos físicos, humanos e financeiro-orçamentários (GOYATÁ et al., 2009).

Esse novo cenário desafia os gestores avaliar os serviços e sistemas de saúde com base em parâmetros indicados para aquela realidade. Neste contexto, a avaliação apresenta-se como um dos mecanismos de controle da qualidade, pois avalia e monitora de maneira contínua, os serviços de saúde ofertados, a partir dos aspectos de estrutura, processo e resultados. Ademais, detecta e corrige precocemente as carências encontradas, permitindo o aperfeiçoamento e desenvolvimento dos serviços avaliados (DONABEDIAN, 1978).

Assim a avaliação é o julgamento que se faz sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas ou se elaborar a partir de um procedimento científico (CONTADRIOPOULOS et al., 1997).

No campo da saúde, a avaliação é a combinação do desenvolvimento das tecnologias, das crises das finanças públicas e do envelhecimento das populações. Tal combinação tem forçado os gestores públicos, especialmente, os governos centrais, a controlar o crescimento dos custos e continuar ao mesmo tempo, garantindo acesso equitativo a serviços de qualidade. Neste contexto, a tomada de decisão é uma ação complexa, haja vista, estar imersa em contradições nos diferentes níveis. No espaço macro, trata dos princípios organizadores do sistema, no nível meso, age sobre a modalidade de organização e oferta de cuidados e no nível micro, incide sobre as decisões clínicas (CHAMPAGNE et al., 2011).

O propósito da avaliação, é reduzir as incertezas inerentes à tomada de decisão em saúde, descortinando para a sociedade, as consequências e efeitos da implantação e implementação das políticas, sobretudo aquelas relacionadas à Atenção Primária à Saúde (APS). Dessa forma, a institucionalização da avaliação possibilita, que se preste contas à sociedade das opções dos gestores a partir da análise de seus processos e resultados (BRASIL, 2005).

Dessa maneira, a avaliação evidencia-se tanto como ferramenta de gestão e de suporte para a consolidação do SUS. Uma vez que o processo de avaliação contínuo fortalece e/ ou desenvolve a qualificação técnica na adoção de ações de monitoramento e avaliação pertinentes ao planejamento e à gestão. Quanto como instrumento de suporte à formulação de políticas, ao processo decisório, bem como, formação dos sujeitos envolvidos (GUIMARÃES, 2011). Logo, avaliar vai além da necessidade de combinar instrumentos, mas sim, de pactuar o objeto e os objetivos desse processo, considerando-a uma atividade negociada entre diferentes atores do sistema de saúde. Sem essa ideia sobre avaliação, é difícil desenvolver qualquer ação que efetivamente esteja comprometida com o processo decisório e com o compromisso da mudança na direção de uma maior equidade e efetividade dos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

A APS mostra-se um espaço estratégico para o exercício da gestão e avaliação em saúde e na definição de Starfield (2004), representa o primeiro contato na rede assistencial 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. A autora define os atributos essenciais da APS sendo eles: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade, e a integralidade e a coordenação da atenção dentro do sistema; e enfatiza a presença de outras três características, chamadas atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (STARFIELD; XU; SHI, 2001).

Entende-se por coordenação da atenção a continuidade do atendimento pelo mesmo profissional na APS, identificada por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado na atenção global do usuário. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o usuário recebe através da coordenação entre os serviços (STARFIELD; XU; SHI, 2001). Logo, coordenação é compreendida pela capacidade de garantir a continuidade da

atenção na rede de serviços, bem como a identificação de problemas que são abordados em outros níveis da rede (STARFIELD, 2004).

O enfermeiro, como coordenador dos serviços de saúde da APS, assume responsabilidade nas mudanças no perfil de saúde da sua população adscrita. Para desempenhar as suas atribuições, conta com a coordenação e a execução da avaliação como ferramentas de apoio, dessa maneira, é necessário ser conhecedor dos conceitos e dispositivos que envolvem a coordenação da atenção para o desenvolvimento de um trabalho integral (BRASIL, 2001).

Nesta perspectiva, avaliar é uma forma de participação, da construção e aperfeiçoamento do SUS. É uma oportunidade dos diferentes atores e provedores de serviços em saúde, incluindo os gestores, de participarem da configuração que se quer dar ao SUS, sendo ao mesmo tempo um processo de aprendizagem e de controle social. (TAKEDA; YVES, 2006).

Diante disso, com base no modelo de avaliação proposto por Donabedian (1966), cuja avaliação da qualidade é realizada a partir de uma tríade que utiliza aspectos de estrutura, processo e resultados, Starfield e colaboradores (2000) desenvolveram um instrumento de avaliação que permite mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS, denominado *Primary Care Assessment Tool* (PCATool). Este visa sanar a ausência de ferramentas que mensurem os aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde no contexto da APS. No Brasil, o referido instrumento foi validado por Harzheim et al (2006) e está sendo utilizado pelo Ministério da Saúde (MS) para avaliação e reorientação das ações previstas nas políticas públicas. Desse modo, devido a ausência de ferramentas para medir essas interações no contexto da APS no Brasil, o PCATool preenche a devida lacuna, promovendo medida de base individual sobre a estrutura e, principalmente, o processo de atenção em APS (BRASIL, 2010).

Outra iniciativa do MS voltada para a avaliação da APS é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), cujo objetivo principal é avaliar os resultados da nova política de saúde, em todas as suas dimensões, com destaque para o componente da Atenção Básica (AB). Logo, o programa se constitui em um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, nos três níveis de governo, que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde com vistas a auxiliar a tomada de decisão, assegurar a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários (BRASIL, 2012b).

Levando em conta essas iniciativas do Ministério da Saúde (MS), o PCATool-Brasil assume importância, uma vez, que avalia estratégias públicas de reforma de sistemas de serviços de saúde utilizados no país visando uma maior efetividade e eficiência na atenção à saúde. Neste sentido, a avaliação dessas iniciativas desempenha papel central na definição de políticas públicas relacionadas à prática de APS (HARZHEIM et al., 2006). Destaca-se, que os dados provenientes da aplicação do instrumento PCATool-Brasil para avaliação da qualidade dos serviços de saúde, e posterior análise, podem subsidiar a implementação de estratégias e ações para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos em cada região estudada.

A partir de um estudo de tendências da produção científica de teses e dissertações acerca da coordenação da atenção como atributo da APS e de uma revisão integrativa de literatura sobre as estratégias de coordenação, observou-se que a principal tendência destes estudos foi a utilização do instrumento PCATool como estratégia de coleta de dados. Contudo, evidenciou-se que há uma predominância de estudos, que utilizam esse instrumento, em regiões metropolitanas, o que diverge não apenas no perfil geográfico, mas, sobretudo, populacional do país, uma vez que, o perfil predominante da população dos municípios brasileiros situa-se entre 2.000 a 300.000 habitantes (BRASIL, 2011).

Dessa maneira, a realização de estudos em municípios de pequeno e médio porte, além de subsidiar a implementação de estratégias e ações de avaliar as que estão em curso, contribui para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos, pois, possibilita verificar a aplicabilidade e validade do Instrumento PCATool-Brasil nesses territórios. Ressalta-se que os estudos abordam o atributo coordenação da atenção aliado aos demais, não abordando a coordenação como temática central do estudo, singularidade deste projeto de pesquisa. Assim a temática da coordenação é relativamente nova e necessária para o alcance da integralidade do cuidado.

Salienta-se a importância da implementação de instrumentos que avaliem a APS na perspectiva da coordenação da atenção, pois que esta se obtém a partir da continuidade da atenção, atendimento pelo mesmo profissional, acesso aos prontuários, bem como, encaminhamento a outros serviços. A partir disso, faz-se necessária a realização de estudos que possam contribuir neste cenário, uma vez que a coordenação representa uma das responsabilidades da APS na ordenação da atenção e organização do SUS.

Logo, tem-se como objeto do estudo: avaliação da coordenação da atenção na APS sob a ótica de usuários adultos e profissionais/gestores dos municípios. Tem como objetivo avaliar a qualidade da APS nos municípios que integram a 4ª Coordenadoria Regional de

Saúde do Rio Grande do Sul (4^aCRS/RS) por meio da verificação da coordenação da atenção, mediante a aplicação do PCATool-Brasil aos profissionais e usuários da APS. Desta forma, a presente pesquisa foi conduzida pela seguinte questão: “Como é avaliado por profissionais e usuários o grau da coordenação da atenção na rede de APS da 4^aCRS/RS?”

A motivação para a realização deste trabalho decorreu da trajetória acadêmica. Ressalta-se a vivência da pesquisadora como residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção no Sistema Público de Saúde. Por atuar nesse cenário, pode-se perceber e vivenciar o papel fundamental que a avaliação assume nos processos de planejamento e ações em saúde. Aliado a isso, a motivação dá-se ao fato da pesquisadora ser integrante do Grupo de Estudos Pesquisas e Extensão em Saúde Coletiva (GEPESC), no Grupo de Pesquisas Trabalho, Educação, Saúde e Enfermagem na Linha de Pesquisa Gestão e Atenção em Saúde e Enfermagem, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, cuja temática da avaliação é eixo central nos estudos e pesquisas do grupo.

É importante ressaltar que este trabalho contribui numa perspectiva de campo de saberes e práticas na saúde pública, e também contribui na perspectiva de núcleo, neste caso em especial para a enfermagem, uma vez que os enfermeiros atuantes na APS, em sua maioria assumem o papel de gestor e coordenador de suas e equipes.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A gestão é um ciclo que permanentemente se renova: planejamento, execução, avaliação e correção. Apenas com a avaliação é possível verificarmos se os resultados foram ou estão alcançados, visto que, a avaliação é a parte mais nobre da gestão, ela confirmará o acerto das escolhas anteriores e/ou demandará novas medidas (BARBOSA; CARVALHO, 2010).

A avaliação representa um dos mecanismos de controle de qualidade. Para Donabedian (1978), avaliar é monitorar de forma contínua os serviços de saúde oferecidos, para identificar e corrigir precocemente os desvios padrões encontrados, proporcionando o aperfeiçoamento e o desenvolvimento dos serviços avaliados.

Avedis Donabedian (1978) é o autor que mais se aproxima de uma proposta de avaliação da qualidade dos serviços de saúde com vistas ao que fora publicado em relação a “Tríade de Donabedian” a qual tem por objetivo fornecer subsídios para avaliação da qualidade com a determinação do grau de sucesso dos profissionais e serviços, e através da monitorização das ações de vigilância contínua, de tal forma que pontos vulneráveis possam ser precocemente detectados e corrigidos. Neste sentido, a partir de estudo de Donabedian a avaliação da qualidade é realizada a partir de uma tríade, que utiliza indicadores representativos de três aspectos principais: estrutura, processo e resultados (DONABEDIAN, 1980; 1993).

O componente estrutura corresponde às características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial, abrangendo a área física, recursos humanos, recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos, apoio político e condições organizacionais. Já o componente processo corresponde à prestação da assistência segundo padrões técnico-científicos, estabelecidos e aceitos na comunidade científica sobre determinado assunto e, a utilização dos recursos nos seus aspectos globais. Inclui o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos, diagnóstico e os cuidados prestados. Por fim, o componente resultado corresponde às consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelo profissional em termos de mudanças verificadas no contexto de saúde, considerando também as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário e do

trabalhador ligada ao recebimento e prestação dos cuidados, respectivamente (DONABEDIAN, 1978).

Contandriopoulos (2011) afirma que a avaliação é uma intervenção formal que mobiliza recursos e atores em torno de uma finalidade explícita: o aperfeiçoamento das decisões. Essa definição não se limita a fornecer informações sobre uma intervenção, mas consiste também em emitir um juízo ou julgamento sobre esta, influenciando positivamente nas decisões.

Neste sentido, avaliar é acompanhar continuamente as ações priorizadas para verificar se os objetivos selecionados estão sendo alcançados ou não, se a priorização das ações foi correta e se os resultados alcançados mudaram ou não a situação desejada. A avaliação implica em obtenção de resultados das ações e serviços de saúde pelo gestor público, garantindo a participação da população na avaliação do sistema, contribuindo, em última instância, na melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2006).

Levando em consideração o processo histórico da gestão da qualidade dos serviços de saúde, pode-se afirmar que os primeiros modelos voltados à avaliação em saúde, tiveram o seu início com a enfermeira Florence Nightingale, que se destacou em sua época por suas habilidades em estatística, o que lhe permitiu visualizar a situação dos hospitais e apresentar propostas de melhorias (NEUHAUSER, 2003). Com o passar dos anos e com a crescente disputa entre as demandas e necessidades da população, a incorporação de novos conhecimentos e técnicas, bem como a necessidade de controlar os gastos públicos, evidenciaram a fragilidade dos sistemas de saúde e levaram a questionar a viabilidade desses sistemas. Em face dessa crise mundial, percebe-se a necessidade da concepção e implantação de uma verdadeira cultura de avaliação (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Uma análise do contexto de implantação e os ajustes entre os princípios do SUS e sua execução como política pública são imprescindíveis quando se faz necessária à compreensão e a avaliação das mudanças em curso e os resultados e impactos na saúde da população (BODSTEIN, 2002). Deste modo, a avaliação de políticas públicas, preocupada com processos de mudança, com resultados e impactos da implementação dos programas e políticas, adquire um papel imprescindível em um contexto democrático, de crescente responsabilização do gestor público e de controle social (BODSTEIN, 2002).

Segundo Bordstein (2002) a perspectiva avaliativa, centrada na explicação das mudanças concretas decorrentes da gestão pública, procura vincular tais mudanças ao processo decisório e ao planejamento das atividades, contudo, trata de separar, para efeitos metodológicos, o processo de formulação e de implementação de políticas, assim como

ênfatisa a distinção entre planejamento e execução de programas. Logo, a avaliação é fundamental para o alcance do sucesso de um investimento em saúde, por ser componente da gestão, controlando a efetivação do planejamento e da programação do projeto, avaliando a ação e seus resultados e apontando a necessidade de correções (MILLÃO; FIGUEIREDO, 2012).

Quando se pensa em avaliação em saúde, é importante ter em mente os conceitos de território e Redes de Atenção à Saúde (RAS). Para Righi e colaboradores (2014) é central a ampliação do conceito de rede, para além da organização dos serviços ou de áreas temáticas, logo, na produção de saúde em territórios, as redes sobressaem tanto de características relacionadas aos temas quanto ao território aos quais são vinculadas e se desenvolvem. Neste sentido, as RAS se materializam nos territórios.

Sob a perspectiva de Mendes (2011) as RAS podem estar, ou não, articuladas com territórios sanitários, constroem-se por meio dos mecanismos de integração horizontal e vertical e utilizam mecanismos de integração como a fusão de hospitais, a coordenação dos laboratórios clínicos, a utilização de diretrizes clínicas, a medicina familiar, os prontuários clínicos únicos e a relação estreita entre médicos de família e especialistas. Para Mendes (2011), as redes não são, apenas, um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que visa, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações.

Para a organização dos serviços de saúde faz-se necessária a territorialização do sistema local de saúde, ou seja, o reconhecimento e o esquadramento do território segundo a lógica das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde (TEIXEIRA, et al, 1998). Ao utilizar o conceito de território na saúde é importante lembrar que o mesmo não se constitui uma categoria de análise ao considerarmos o espaço geográfico como questão histórica, a categoria de análise é o território utilizado, ou seja, ao se pensar em território é preciso reconhecer processos e territorialidades que muitas vezes transgridem limites impostas por atores determinados (SANTOS; SILVEIRA, 2001).

Seguindo essa lógica, têm-se as Regiões de Saúde, compreendidas pelo espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Cada região de saúde deve conter no mínimo ações e serviços de APS, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (BRASIL, 2011). A unidade

territorial, que compreende a Região, representa a fragmentação do território estadual segundo agregados de municípios. Dentro dessa lógica, a organização dos serviços e da rede assistencial obedece a critérios de hierarquização administrativa, sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde (SES).

2.2 AVALIAÇÃO NA APS

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a APS compreende uma estratégia para organizar os Sistemas de Saúde, de maneira a possibilitar o "acesso universal aos serviços" e a "atenção integral e integrada ao longo do tempo" (OPAS, 2007). Para Starfield (2002), a APS constitui a base e determina as ações dos demais níveis dos sistemas de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, sejam eles básicos ou especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Desse modo, a APS compreende o nível do sistema que proporciona ao usuário a entrada para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo uma atenção individualizada no decorrer do tempo e para todas as demandas e condições.

No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o SUS a adotar a designação de Atenção Básica (AB) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde (FAUSTO; MATTA, 2007). Sendo AB definida como um conjunto de ações de saúde que envolvem a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. A AB compreende o exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, que são dirigidas a populações de territórios delimitados e pelas quais assume responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, capazes de resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, do vínculo, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012a).

Para Mendes (2002) a APS deve cumprir, nas redes de atenção à saúde, três funções: resolução, coordenação e responsabilização para que todo sistema funcione de forma eficiente. A função de resolução consiste em solucionar a grande e maioria dos problemas de saúde; a função de coordenação, relacionada ao desempenho do papel de centro de comunicação, consiste em organizar os fluxos e contrafluxos das pessoas e objetos pelos diversos pontos de atenção à saúde da rede; e a função de responsabilização consiste em

corresponsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção em que estejam sendo atendidos.

Dessa forma, a APS pode ser definida como um conjunto de valores, nos quais são destacados o direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade; um conjunto de princípios os quais apontam a responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social, entre outros; e como um conjunto indissociável de elementos estruturantes do sistema de serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural (BRASIL, 2010).

Considerando que a APS é o primeiro nível de assistência dentro do sistema Starfield (1992) definiu os quatro atributos essenciais da APS: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção e coordenação da atenção dentro do sistema; e enfatizou outras três características, também chamadas de atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. Mais tarde, Starfield, Xu e Shi (2001) definem cada um destes atributos:

- Primeiro contato: acessibilidade e utilização dos serviços pelos usuários, para cada problema novo ou para cada novo episódio do mesmo problema, com exceção das emergências e urgências médicas;

- Longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A conexão entre a população e sua fonte de atenção deve refletir-se em relações interpessoais intensas que expressem a identificação mútua entre os usuários e o profissional de saúde;

- Integralidade: a gama de serviços disponíveis e fornecidos pela atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto no aspecto biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros;

- Coordenação: exige a existência de algum tipo de continuidade (seja por meio dos médicos, dos prontuários/registros ou ambos), bem como a identificação de problemas abordados em outro serviço e a integração deste cuidado no cuidado global do usuário. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o usuário recebe;

- Atenção centrada na família (orientação familiar): conhecimento dos fatores familiares relacionados à origem e ao cuidado das doenças;

- Orientação comunitária: conhecimento do profissional sobre as demandas da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços;

- Competência cultural: adaptação do profissional de saúde para facilitar a relação com a população com características culturais especiais.

A partir dessa definição de APS proposta por Starfield, pode-se guiar estratégias de avaliação e investigação dos serviços e sistemas de saúde baseados na APS. Logo, a identificação dos atributos mostra-se necessária para definir um serviço orientado para a APS, bem como verificar a relação entre estes e os resultados (efetividade) da atenção sobre a saúde da população, o que ocorre concomitantemente ao aumento da cobertura dos serviços de APS (STARFIELD, 2004). Para Viana (2012) a avaliação da presença dos atributos da APS e do funcionamento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em consonância com os princípios do SUS, deve ser uma atividade a acontecer no âmbito nacional, regional e local, a fim de subsidiar adequações necessárias, principalmente por se tratar de um processo em implantação e com tendência a universalização.

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

O instrumento segue os pressupostos de Donabedian ao considerar elementos de estrutura e processo, sendo que cada um dos atributos da APS são avaliados em ambas as dimensões. Os elementos de estrutura incluem acessibilidade, amplitude de serviços ofertados, definição da população assistida e continuidade do cuidado. Os de processo são os padrões de utilização dos serviços e o reconhecimento dos problemas de saúde (STARFIELD; SHI, 2009; BRASIL, 2010).

A avaliação de programas e serviços de saúde visa melhorar a execução dos mesmos, através do incremento da sua efetividade e sua eficiência, e/ou proporcionar elementos para decidir se este deve continuar ou pode ser reproduzido. A avaliação também deve ser capaz de gerar informações necessárias para distribuir melhor a infraestrutura e os recursos disponíveis entre as atividades já empreendidas, ou entre as que se pretende desenvolver mais para frente,

e para tomar decisões dentro do ciclo de planejamento, desenvolvimento, implantação e operacionalização do programa no futuro (SISSON et al., 2010).

Neste sentido, a utilização do PCATool na avaliação da APS representa um importante papel na construção de estratégias públicas de reforma de sistemas de serviços de saúde visando uma maior efetividade e eficiência na atenção à saúde (HARZHEIM et al., 2006). Diante dos desafios de expansão da APS observados nos últimos anos e da necessidade de definições sobre os caminhos da APS no Brasil é fundamental consolidar os processos de avaliação deste nível de atenção. Pois, apesar de variadas iniciativas e do desejo de institucionalização, os processos de avaliação ainda não foram incorporados à rotina de trabalhadores e gestores (VIANA, 2012).

Sabe-se que a avaliação assume uma importante função na gestão. Logo, não é meramente atribuição de avaliadores externos, devendo fazer parte do conjunto de atividades desempenhadas pelos gestores do sistema e das equipes de saúde. Em se tratando da avaliação em saúde, e em especial da avaliação da APS, esta representa um objeto em movimento sendo de responsabilidade das três esferas de governo. Deve-se reforçar seu caráter formativo, pedagógico e reorientador das políticas e práticas, superando o tradicional enfoque punitivo e burocrático (BRASIL, 2005).

2.3 COORDENAÇÃO NA APS

Estudos acerca da integração e da coordenação do cuidado apontam elementos fundamentais para a avaliação do desempenho de sistemas orientados por uma política de APS (CONIL; FAUSTO; GIOVANELLA, 2010). Tem-se a coordenação da atenção como uma ferramenta diretamente relacionada ao alcance da integralidade, da equidade e da efetividade das ações de saúde, tendo como essência a disponibilidade de informações que abrangem problemas de saúde e acessos aos serviços (SANTOS; FERREIRA, 2012).

Para Starfield (2002) a coordenação apresenta desafios que podem surgir dentro do estabelecimento de APS, no momento em que os usuários são vistos por vários membros da equipe e as informações a respeito dos mesmos são geradas em diferentes lugares. Logo o exercício da coordenação está implicado na articulação de vários recursos informacionais, como o prontuário, pois, ao integrar as informações, seja ela de cunho individual, familiar, cultural ou social, a coordenação torna-se um instrumento para a qualificação da atenção (SANTOS; FERREIRA, 2012). A essência da coordenação é a disponibilidade de informações acerca de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela

informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento (MENDES, 2002).

Neste sentido, a coordenação refere-se ao esforço conjunto de uma ação em comum, visando à continuidade da atenção, ou seja, têm a perspectiva de articular diversos serviços de saúde a fim de compor uma intervenção sincronizada e dirigida a um objetivo em comum (STARFIELD, 2004; SISSON et al., 2011). Mendes (2002) menciona a coordenação como sendo essencial para a obtenção dos outros aspectos, para ele, sem a coordenação, a longitudinalidade perde potencial e a integralidade é dificultada em decorrência que o primeiro contato torna-se função meramente burocrática. Por fim, a função de coordenação se refere à capacidade integradora e racionalizadora do sistema e ao uso de informações sobre o cuidado individual e coletivo, ao longo do tempo e nos diferentes espaços, subsidiando as decisões e o planejamento do trabalho.

Diante do exposto e por evidenciar-se a necessidade de aprofundar conhecimento acerca da coordenação da atenção, realizou-se uma revisão integrativa da literatura que objetivou descrever as estratégias utilizadas para desenvolver a coordenação da atenção na APS. A revisão teve como questão norteadora da pesquisa: Quais as estratégias utilizadas para desenvolver a coordenação da atenção na APS?

Para compor a amostragem, efetuou-se uma busca nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (PUBMED), e SciVerse Scopus. A busca ocorreu em maio de 2014. O recorte temporal da busca foi o período entre 2001 a 2013 isto porque, o ano de 2001 representa um marco no que se refere à validação do Instrumento de PCATool, que mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e os três atributos derivados da APS (BRASIL, 2010).

Foram realizadas três estratégias de busca, uma em cada base dados, isto porque cada base possui suas especificidades, além disso, o termo “coordenação” não é um descritor, contudo, para a realização desta pesquisa, mostrou-se importante o seu uso, e por isso esse termo foi incluído nas buscas. Dessa maneira, na Lilacs foi utilizado como estratégia: "atenção primária à saúde".

Inicialmente foram encontradas 116 publicações para a análise do título e resumo. Os artigos duplicados em ambas as bases de dados foram computados apenas uma vez. Na Lilacs foram selecionados 50 estudos, a partir dos títulos e resumos. Em seguida, foi feita a leitura integral e crítica desses textos, sendo selecionados oito artigos. Na PubMed foram selecionados inicialmente 40 estudos e após leitura crítica dos títulos e resumos e posterior

artigos na íntegra, três. A partir da busca realizada na Scopus, 26 artigos foram selecionados após leitura de títulos e resumos, sendo esses lidos na íntegra, um foi selecionado. Após leitura dos estudos selecionados e o preenchimento do instrumento de coleta de dados, os estudos foram classificados de acordo com sete níveis de evidências (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Foram incluídos na amostra final desta pesquisa 12 estudos que atenderam aos objetivos propostos, sendo que destes 50% foi publicado no ano de 2011, dez possuem procedência brasileira, um australiana e um americana. Segundo a classificação do nível de evidência constatou-se todos os estudos apresentaram nível de evidência “6”.

Os artigos selecionados utilizaram a análise descritiva dos dados, que permitiu descrever as características de cada objeto do estudo. Quanto à abordagem, cinco estudos se caracterizaram como descritivos, quatro estudos como qualitativos e três como quali-quantitativos. Observa-se que em todos os estudos analisados, seus propósitos perpassavam a questão da busca pela integralidade do cuidado a partir de alguns dispositivos, destacando-se a coordenação da atenção como ferramenta de apoio para o cuidado e gestão na APS.

A coordenação da atenção representa um desafio para os profissionais e equipes de saúde da APS, pois nem sempre se têm acesso às informações dos atendimentos de usuários realizados em outros pontos da rede, e, portanto, há dificuldade de viabilizar a continuidade do cuidado. A essência da coordenação é a disponibilidade de informação a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados.

Os artigos evidenciaram como estratégias utilizadas por profissionais e gestores para desenvolver a coordenação da atenção, a utilização do prontuário a fim de garantir a comunicação entre a equipe de saúde visando à integralidade do cuidado (SANTOS; FERREIRA, 2012). Estudo aponta para carência do uso desta estratégia, que acarreta em problemas estruturais e processuais relativos à gestão do prontuário, que muitas vezes não ocorre a contento (SANTOS; FERREIRA, 2012). Em outra pesquisa realizada com enfermeiras, observam-se as dificuldades encontradas por elas, em decorrência da ausência de anotações no prontuário por parte da equipe médica, o que para elas compromete a coordenação da atenção (GOMES; SILVA, 2011).

A acessibilidade e continuidade das informações não são suficientes para a coordenação da atenção em condições mais complexas. Estudo traz a questão do compartilhamento de informações como uma necessidade quando se fala em coordenação da atenção, uma vez que reduz a repetição desnecessária e oportuniza os profissionais da saúde a

acessar registros de atendimentos de outros fornecedores e ativar o envolvimento e integração entre eles (BANFIELD et al., 2013).

Um trabalho realizado pela perspectiva de enfermeiros mostra que a ausência da estratégia de contrarreferência, é um fator que contribui para o fracasso da coordenação da atenção, uma vez que os usuários retornam ao serviço sem saber o que foi feito em outros níveis de atenção, se realizou tratamento e se obteve a cura. Fato que foi observado por médicos, que revelam que o usuário volta da internação sem nenhuma informação, não sabendo o que foi realizado (GOMES; SILVA, 2011).

Pesquisa realizada com gestores municipais, profissionais de um Programa de Saúde da Família (PSF) e gestantes atendidas pelo PSF, evidenciou que 60% dos entrevistados apresentaram percepções positivas sobre a característica coordenação da atenção. Contudo, destacam as principais dificuldades, dentre elas o número insuficiente de vagas oferecidas pelos demais níveis de complexidade e a ausência de um efetivo sistema de referência e contrarreferência, ficando os profissionais da APS sem informações sobre os procedimentos ou condutas realizadas nos serviços referenciados (GOMES et al., 2011).

As políticas públicas representam outra estratégia na coordenação da atenção, estudo que trabalhou na percepção dos gestores frente às questões de coordenação da atenção, evidenciou a ausência de políticas para atenção de média complexidade por parte do Ministério da Saúde, o que representa uma grande dificuldade para as estratégias de coordenação, uma vez que a continuidade do cuidado fica comprometida. O mesmo estudo revela a integração entre os serviços como estratégia para a coordenação ao relatar que os gestores apontam que a ampliação da gestão com integração de ações de média e alta complexidade constitui em estratégia adotada para a coordenação do cuidado. E ressalta que para médicos e enfermeiros, há esforços de coordenação de cuidados, 89,5% de médicos e enfermeiros reconhecem os esforços ativos realizados por enfermeiras e 73,3% entendem que as funções de porta de entrada e coordenação estão na política local (SISSON et al., 2011).

Outro estudo revela que há concordância, por parte da maioria dos médicos e enfermeiros, quanto à explicitação nas políticas locais de saúde do papel de porta de entrada e coordenação dos cuidados pela ESF, demonstrando haver reconhecimento das iniciativas empreendidas pelos gestores da saúde, como a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

O PCATool foi o instrumento utilizado em alguns dos artigos selecionados como estratégia na avaliação dos atributos da APS, dentre eles a coordenação. Por meio desse instrumento, observou-se a utilização do cartão da gestante, protocolos, normas e fluxos,

compartilhamento de informações, o atendimento contínuo como fatores a serem considerados na avaliação dos serviços de saúde (SALA et al, 2011; MELO et al, 2008). Os estudos evidenciaram a possibilidade de identificar o perfil do acesso, da longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção, além de orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (SALA et al., 2011; FIGUEIREDO et al., 2013).

Um trabalho que utilizou o instrumento PCATool, quanto os aspectos de coordenação da atenção, analisou o relacionamento do usuário com o profissional da saúde como gestor de seu cuidado, indicou que 97% dos usuários foram informados dos resultados dos exames, quase 90% foram avisados em relação ao retorno para verificar os exames realizados, 94,7% indicaram que o profissional que os atende sempre utiliza o prontuário. Porém, quando questionados se poderiam vê-lo quando quisessem 55% responderam que sempre poderiam, este último índice é significativamente maior em usuários vinculados ao PSF – 66% do que os atendidos no modelo de Programa em Saúde – 43% (SALA et al., 2011).

Ainda este mesmo estudo, indicou que 91% das mulheres que relataram pelo menos uma gestação na vida receberam o cartão de gestante, outro importante instrumento na busca da coordenação da atenção. Em relação a encaminhamentos, 34,8% dos entrevistados já foram pelo menos uma vez encaminhados a especialistas (nos usuários do PSF essa proporção é significativamente menor – 22% do que no Programa em Saúde – 48%); 80% dos entrevistados referiram que sempre discutem com o profissional o local do atendimento especializado, que a UBS sempre ajuda no agendamento e que sempre a unidade fornece informações escritas de seu caso para o especialista; 51% dos entrevistados afirmam que os profissionais da unidade estão sempre interessados no resultado de sua consulta com o especialista (SALA et al., 2011).

Outro estudo, que também utilizou o PCATool, apontou que quatro itens do atributo coordenação foram considerados ruins: - profissional discute possíveis lugares de atendimento especializado (42,2%); - usuário discute resultados da consulta especializada, com profissionais desse posto (42,5%); - profissionais deste posto se interessam pela qualidade dos serviços especializados (45,8%); - retorna para a unidade os resultados da consulta especializada (46,7%). Os outros 15 itens com resultados considerados bom ou muito bom permitiram um IC de 73,9%. Os itens com escore acima de 85% são referentes ao prontuário, cartão de identificação da gestante, cartão de imunização e fichas de controle. O item usuário é encaminhado ao especialista por sua unidade (86,7%) confirma a UBS como porta de entrada para atendimentos especializados, no entanto os outros resultados com escores ruim

ou muito ruim indicam a fragilidade da coordenação da atenção por esta (PEREIRA et al, 2011).

Um dos artigos a comparação do instrumento PCATool e do AMQ, em relação ao atributo coordenação da atenção, a pesquisa constatou que não há equivalência entre os dois instrumentos, há escores mais altos no Avaliação para Melhoria da Qualidade (FIGUEIREDO et al., 2013). Em outro estudo, em que houve comparação da atenção básica entre municípios, utilizou-se instrumentos adaptados e validados por James Macinko (New York University, New York, Estados Unidos) e Celia Almeida (Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil), para entrevistas semiestruturadas com profissionais e usuários (O'MALLEY; MPH AND PETER; CUNNINGHAM, 2008). Ao observar a categoria “coordenação” houve diferenciação, isso se fez especialmente pelo investimento na organização do serviço, com suas normas e fluxos definidos de informação entre os diferentes níveis de atenção, de atuação da atenção básica e de referência e contrarreferência, com seus protocolos, seus registros e seus instrumentos organizados de avaliação e monitoramento e com suas equipes integradas e mobilizadas.

Estudo revelou que menos da metade dos usuários entrevistados (46%) relataram que sempre pareciam informados sobre cuidados especializados recebidos. O atendimento contínuo pela equipe de cuidados primários foi associado a uma melhor coordenação o que representa em outra estratégia a ser utilizada, 62% dos usuários que costumavam frequentar a mesma equipe, relataram ter discutido com eles as consultas referentes a atendimentos especializados, versus 48% dos que não costumam frequentar a mesma equipe de atendimentos primários (O'MALLEY; MPH AND PETER; CUNNINGHAM, 2008). Outro artigo evidenciou que a coordenação no que se refere à relação entre usuário e profissional da saúde, está presente, podendo ser avaliada em três dimensões: acessibilidade aos serviços e relacionamento profissional-usuário; a coordenação no seio da equipe de cuidados de saúde; a qualidade técnico-científica do serviço (BADIA et al., 2006).

Diante das estratégias apresentadas, pensa-se que um dos grandes desafios do SUS é qualificar a APS para exercer a coordenação do cuidado e organizar pontos de atenção especializada integrados, intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha de cuidado seja plenamente articulada com a APS e forneça aos usuários do SUS respostas adequadas as suas necessidades. Para tanto, é necessário lançar mão dessas estratégias que auxiliam na coordenação da atenção e conseqüentemente contribuem para a integralidade do cuidado, bem como utilizar-se de instrumentos de avaliação em saúde a fim de obter um diagnóstico da real situação da coordenação e os demais atributos na APS.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O estudo caracterizou-se como quantitativo, descritivo, de corte transversal. Foi desenvolvido na APS dos municípios de abrangência da 4ª CRS/RS. A abordagem quantitativa, para Gil (2010), refere-se ao tipo de pesquisa que requer a análise de dados objetivos, passíveis de quantificação. Pressupõe a previsão de mensuração das variáveis pré-estabelecidas, almejando verificar e explicar sua influência sobre outras variáveis. Chizzotti (2005) enfatiza que neste tipo de abordagem o pesquisador volta-se para a descrição, explicação e predição da realidade.

Para Pereira (2013) no estudo transversal as observações e mensurações das variáveis de interesse são realizadas simultaneamente, constituindo uma radiografia estática do que ocorre em um dado momento, escolhido pelo investigador (coleta de dados). O estudo descritivo, segundo Chizzotti (2005), é a descrição de características já conhecidas, que compõem e constituem situações factuais e representações da realidade. O objetivo consiste em apresentar descritivamente as características do universo pesquisado, tendo em vista a possibilidade de melhor entender seu funcionamento.

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A assistência à saúde no SUS, recentemente, organiza-se em torno das 436 regiões de saúde no país. Tais regiões são definidas como espaço geográfico contínuo composto por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com o intuito de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011). No RS a Secretaria Estadual de Saúde se organiza em 19 CRS.

Tem-se no cenário da pesquisa a 4ª CRS/RS, uma importante afinidade com o perfil de municípios e regiões de saúde presentes não somente no âmbito estadual, como também nacional. O território de abrangência da 4ª CRS/RS localiza-se na região central do Estado do

RS, o qual abrange 32 municípios (Figura 1) possuindo duas regiões de saúde denominadas de Verdes Campos e Entre Rios. A sede da 4ª CRS localiza-se em Santa Maria/RS,(Verdes Campos) a 286 km da capital Porto Alegre. A população residente nesta regional, no ano de 2012 aproximava-se aos 542.357 mil habitantes (BRASIL, 2012b). O cenário de saúde corresponde a 148 unidades conforme levantamento apontado pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, [2014]).

A Região Verdes Campos é constituída por 21 municípios e possui uma população de 417.906 habitantes (BRASIL, 2011). Os municípios integrantes da referida região são: Santa Maria; Quevedos; Júlio de Castilhos; Pinhal Grande; Toropi; São Martinho da Serra; Nova Palma; São Pedro do Sul; Itaara; Ivorá; Faxinal do Soturno; Dona Francisca; Silveira Martins; São João Polesine; Agudo; Dilermando Aguiar; Restinga Seca; Paraíso do Sul; Formigueiro; São Sepé e Vila Nova do Sul. A região conta com 101 unidades, onde encontram-se 40 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 61 Estratégias de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, [2014]).

A Região Entre-Rios é composta por 11 municípios e possui uma população de 123.915 habitantes (IBGE, 2011). Esta conta com os seguintes municípios: Santiago; Itacurubi; Unistalda; Capão do Cipó; São Francisco de Assis; Esperança do Sul; Jaguari; Jari; Mata; São Vicente do Sul e Cacequi. Fazem parte dessa região 47 unidades de APS, dentre as quais 20 são UBS e 27 são ESF (BRASIL, [2014]).

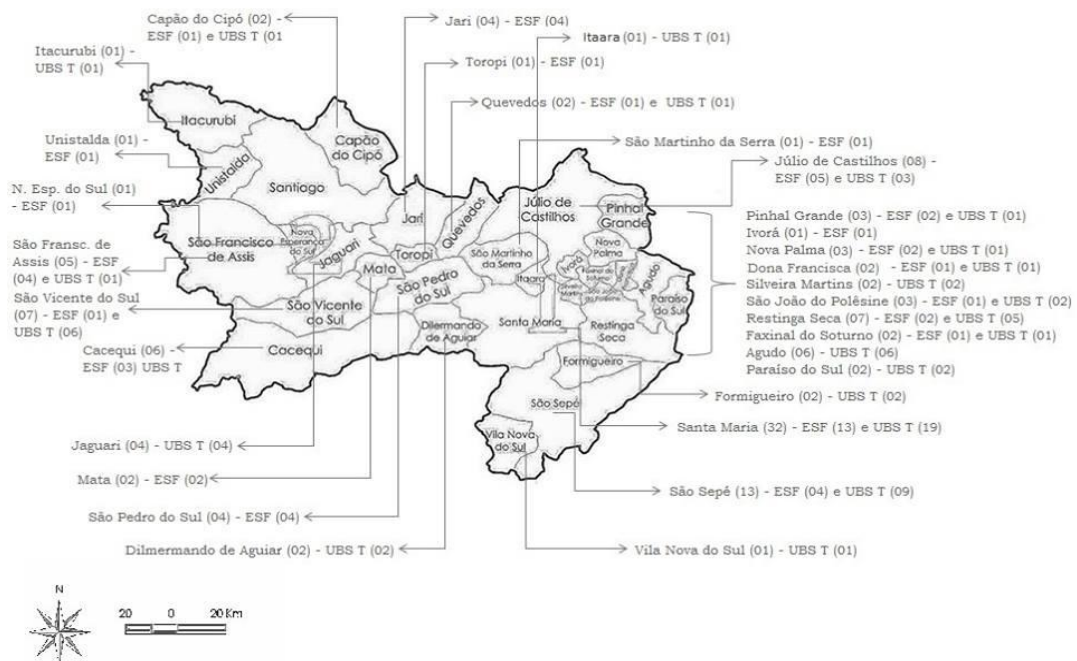


Figura 1 – Municípios que integram a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (com sede em Santa Maria) e os respectivos serviços de APS.

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2014. (Adaptado).

3.3 AMOSTRAGEM

A amostragem utilizada foi probabilística, e para viabilizar a realização de inferências de maneira representativa em cada município utilizou-se a fórmula (Tabela 1):

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

Onde:

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

Tabela 1: Relação de municípios da 4ªCRS/RS de acordo com a representatividade amostral.

Município	N	N (≥18 anos)	n (≥18 anos)	N (profissionais)	n (profissionais)
Região Verdes Campos					
Santa Maria	274.838	198.768	520	135	49
Quevedos	2.812	2.011	5	8	3
Julio de Castilhos	20.074	14.009	37	7	3
Pinhal Grande	4.568	3.211	8	23	8
Toropi	2.997	2.300	6	15	5
São Martinho da Serra	3.305	2.442	6	16	6
Nova Palma	6.579	4.754	12	27	10
São Pedro do Sul	16.802	12.488	33	14	5
Itaara	5.299	3.711	10	5	2
Ivorá	2.149	1.652	4	13	5
Faxinal do Soturno	6.870	5.077	13	14	5
Dona Francisca	3.397	2.497	7	20	7
Silveira Martins	2.491	1.910	5	14	5
São João do Polesine	2.654	2.037	5	20	7
Agudo	17.140	12.631	33	8	3
Dilermando de Aguiar	3.140	2.266	6	12	4
Restinga Seca	16.345	11.912	31	32	12
Paraíso do Sul	7.632	5.666	15	15	5
Formigueiro	7.119	5.273	14	15	5
São Sepé	24.448	17.816	47	19	7
Vila Nova do Sul	4.362	3.151	8	19	7

Continua

Região Entre Rios					
Santiago	49.071	36.935	97	35	13
Itacurubi	3.441	2.487	7	12	4
Unistalda	2.450	1.789	5	14	5
Capão do Cipó	3.104	2.252	6	13	5
São Francisco de Assis	19.254	14.480	38	35	13
Cacequi	13.685	9.012	24	43	15
São Vicente do Sul	8.771	6.136	16	38	14
Nova Esperança do Sul	4.671	2.540	7	10	4
Jaguari	11.478	9.005	24	10	4
Jari	3.441	2.664	7	13	5
Mata	5.111	3.859	10	12	4
TOTAL	559.498	406.741	1.065	686	247

Fonte: IBGE (2015)

A coleta de dados foi não probabilística, por conveniência, envolvendo os usuários que acessam os serviços disponíveis e os profissionais atuantes no momento da coleta.

Nesta pesquisa foram adotados os seguintes **critérios de inclusão**:

- Versão adulto: possuir idade ≥ 18 anos na data da coleta;
- Versão profissionais: ser profissional de saúde ou gestor do quadro efetivo há pelo menos seis meses, por acreditar na necessidade de um determinado período de atividade no serviço para obter um conhecimento acerca dos processos de trabalho.

Foram **excluídos**:

- Versão adulto: usuários com idade ≥ 18 anos na data da coleta, cujo acesso ao serviço de saúde fosse o primeiro;
- Versão profissionais: profissionais em período de férias e/ou atestado de saúde e/ou afastamento do trabalho no período de coleta de dados naqueles municípios.

3.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

O instrumento aplicado foi o PCATool-Brasil (ANEXO A) acrescido de questões referentes ao perfil social e econômico, a saber: como região de saúde, sexo, faixa etária, formação, situação conjugal, raça, plano de saúde, meio de transporte, número de filhos, emprego e renda (APÊNDICE A). O PCATool-Brasil mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS, com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (2005). Assim, o

instrumento permitiu conhecer e avaliar os atributos da APS, sendo possível identificar pontos que requerem atenção especial de estratégias de educação em saúde. Na presente pesquisa foi avaliado o atributo Coordenação da Atenção na Versão Adultos e Versão Profissional.

3.4.1 PCATool-Brasil Versão Adulto

Contém doze itens divididos em dois componentes relacionados ao atributo coordenação da atenção na APS.

- Coordenação – Integração de Cuidados (E). Constituído por 9 itens (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E9).
- Coordenação – Sistema de Informações (F). Constituído por 3 itens (F1, F2 e F3)

Embora os itens do componente “Coordenação - Sistema de Informações” não tenham atingido o ponto de corte estatístico para sua validação, devido sua importância conceitual, estes itens foram mantidos no PCATool-Brasil versão Adulto.

3.4.2 PCATool-Brasil Versão Profissionais

No que se refere ao atributo estudado, isto é, Coordenação da Atenção na APS é composto por nove itens divididos, os quais são subdivididos em dois componentes:

- Coordenação – Integração de Cuidados (C). Constituído por 6 itens (C1, C2, C3, C4, C5 e C6).
- Coordenação – Sistema de Informações (D). Constituído por 3 itens (D1, D2 e D3).

Os formulários foram aplicados de forma presencial pelo pesquisador juntamente com auxiliares de pesquisa, os quais foram previamente submetidos a treinamento com carga horária de 10 horas, conteúdos relacionados à pesquisa e à técnica de abordagem dos participantes. Os dados foram coletados nas Unidades de Saúde, em horários de funcionamento das mesmas, de forma a coincidir o dia da coleta dos dados com a rotina de atendimento da unidade, sem que houvesse prejuízo no atendimento aos usuários. Foi reservado em cada unidade, um local destinado à coleta de dados, a fim de preservar o anonimato e a privacidade dos entrevistados.

A coleta de dados foi realizada de maneira informatizada, com o auxílio de *tablets* e o *software* Epi Info® 7.0 a fim de otimizar o processo de coleta, bem como a tabulação dos

dados Ressalta-se que um questionário socioeconômico antecedia o instrumento PCATool Brasil.

Salienta-se que este recurso permite exportar diretamente os dados coletados em seu sistema, representando uma confiabilidade dos dados coletados ao eliminar a chance de erros de digitação e duplicidade de dados. Cada entrevistador recebeu um *Kit*, constando de *tablet*, Manual PCATool Versão Brasil impresso, mapa de identificação dos municípios integrantes da 4ªCRS/RS, resolução autorizando a coleta de dados, tabela com as amostragens representativas com base na estimativa populacional, termos de consentimento livre e esclarecido e materiais de consumo.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

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

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

O valor “9” não foi utilizado nos cálculos, tendo apenas o intuito de demarcar as respostas “não sei/não lembro”. Salienta-se que as repostas em branco cuja soma atingiu 50% ou mais do total de itens do componente, não foram calculadas o escore para este entrevistado, ficando em branco no banco de dados (missing).

Foram considerados serviços com Alto Escore de APS aqueles que obtiveram valor maior ou igual a 6,6 (tercil superior do escore) (BRASIL, 2010). Para análise de dados foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 19.0 *for Windows*, com dados exportados do *software* Epi Info® 7.0 para assegurar exatidão dos dados. Após tabulação dos dados, foram calculados os escores do atributo, inclusive o escore mínimo, escore máximo, escore médio e desvio padrão (BRASIL, 2010). A distribuição de normalidade das variáveis foi avaliada pelo teste de Shapiro Wilk. As variáveis qualitativas apresentadas em frequência absoluta e as variáveis quantitativas em média quando apresentarem distribuição simétrica e indicadas quando assimétricas.

Para comparação dos escores médios do atributo coordenação da APS relacionados ao tipo de unidade (UBS, ESF e UBS mista) utilizou-se o teste Kruskal Wallis. Para todas as análises estatísticas, foi adotado o nível de significância de 5%.

3.9 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo compôs um projeto matriz intitulado “PCATool (Primary Care Assessment Tool): Avaliação da Atenção Primária na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS)”.

Os preceitos éticos foram baseados na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. A presente Resolução revoga a Resolução 196/96 que diz respeito a pesquisas envolvendo seres humanos e incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao estado (BRASIL, 2012c).

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

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

No que se referem aos participantes do estudo, os momentos de reflexão acerca da avaliação da coordenação da APS podem ser apontados como alguns dos benefícios resultantes desta pesquisa. Desta forma, possibilitando contribuir com as estratégias necessárias para o fortalecimento da coordenação na APS. E assim, evidenciar as potencialidades e necessidades da avaliação neste cenário a partir da visão dos usuários e profissionais.

A possibilidade da temática em questão apresentar inquietude ou ansiedade para os participantes ao remetê-los para a vivência do cotidiano de trabalho ou de atendimento a saúde, apresentou-se como um possível risco. Caso fosse identificado entre os participantes, desconforto ou sofrimento durante o relato das vivências, estes seriam acolhidos pelos pesquisadores e convidados a deixar de participar da pesquisa.

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

Os instrumentos de coleta de dados e o HD externo com a tabulação dos dados estão sob responsabilidade da professora Dr^a. Teresinha Heck Weiller, por um período de cinco anos, na sala 1305a, do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM, e foram utilizadas 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 Comissão de Intergestores Regional (CIR) da 4^a CRS, em data a ser acertada 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.

4. RESULTADOS

4.1 ARTIGO I - PCATool: AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO POR USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE MUNICÍPIOS DA REGIÃO CENTRO OESTE DO RS

RESUMO: Objetivo: avaliar a qualidade dos serviços de APS em uma regional de saúde por meio da verificação da dimensão da coordenação da atenção. Método: estudo descritivo e transversal, no qual foram entrevistados 1071 usuários adultos e 206 profissionais de 32 municípios que compõe duas Regiões de Saúde. Foi utilizado o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária *Primary Care Assessment Tool* - Brasil na versão adulto e profissional, e realizado os testes qui-quadrado de Pearson e Kruskal-Wallis. Resultados: Verificou-se que as dimensões “integração de cuidados” e “sistemas de informação” apresentaram alto escore nos diferentes modelos de atenção à saúde, não apresentando diferenças significativas na avaliação de UBS, ESF e UBS mista. Conclusão: O estudo vem contribuir para que possa ser repensada a APS nos municípios estudados no que diz respeito ao modelo que está sendo implementado nas unidades com ESF, cujos resultados precisam ser refletidos pelos gestores municipais e regionais de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Gestão em Saúde; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT: Objective: To evaluate the quality of primary care services in a regional health by checking the size of the coordination of care. . Methods: Descriptive and cross-sectional study, which interviewed 1071 adults and 206 professionals from 32 municipalities that make up two health regions was used the Primary Care Assessment Tool Primary Care Assessment Tool - Brazil in adult and professional version, and held the chi-square tests of Pearson and Kruskal-Wallis. Results: It was found that the dimensions of "integration of care" and "information systems" had high scores in the different health care models, no significant differences in UBS evaluation, ESF and mixed UBS. Conclusion: The study contributes for it to be reconsidered APS in the municipalities studied with respect to the model that is being implemented in units with ESF, the results of which need to be reflected by municipal and regional health managers.

Keywords: Primary Health Care; Health Management; Program Evaluation and Health Projects; Nursing.

INTRODUÇÃO

A avaliação em saúde está diretamente relacionada com o controle de qualidade, uma vez que ao avaliar, monitoram-se de maneira contínua os serviços ofertados a fim de identificar e corrigir precocemente fragilidades encontradas, proporcionando o aprimoramento e desenvolvimento dos serviços avaliados (DONABEDIAN, 1978). Neste sentido, a avaliação

compreende uma intervenção formal que demanda de recursos e atores focados no aperfeiçoamento das decisões (CONTRADIOPOULOS, 2011).

Da mesma maneira, a avaliação de programas e serviços de saúde busca melhorar a execução dos mesmos, na medida em que incrementa a sua efetividade e eficiência, além de subsidiar decisões. Assim, a avaliação em saúde mostra-se necessária ao fornecer informações úteis para a melhor distribuição de infraestrutura e recursos disponíveis, bem como auxiliar na conduta do ciclo de planejamento, desenvolvimento, implantação e operacionalização do programa futuro (SISSON et al., 2010).

Nessa perspectiva avaliativa, a coordenação da atenção mostra-se como um ponto estratégico de intervenções. Sabe-se que a coordenação é compreendida pelo conjunto de ações que visa à continuidade da atenção, tendo como perspectiva a articulação dos serviços de saúde a fim de compor uma intervenção sincronizada e com um objetivo em comum (STARFIELD, 2004; SISSON et al., 2011). Logo, a coordenação assume a função de integrar e racionalizar o sistema e o uso de informações sobre o cuidado individual e coletivo, ao longo do tempo e em diferentes espaços, subsidiando as decisões e o planejamento (MENDES, 2002).

A Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil, incorporou os princípios da Reforma Sanitária, o que levou o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação de Atenção Básica à Saúde (AB) a fim de ressaltar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde.

A APS é basicamente ofertada em dois modelos, Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (UBS) com ou sem Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e as Unidades com Estratégias de Saúde da Família (ESF). Ambas são estruturas fixas localizadas próximas à moradia do usuário, em áreas geograficamente delimitadas. Embora as UBS sejam referência para uma população adstrita de 15 a 20 mil habitantes, não igualmente tão próxima, quanto às unidades da ESF, que cobrem contingentes populacionais menores (BRASIL, 2006).

A ESF visa à reorganização da APS, de acordo com os preceitos do SUS, e é considerada pelo Ministério da Saúde (MS) e gestores como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS. Dessa forma, favorece uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar seus princípios, diretrizes e fundamentos. Ademais, amplia a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, bem como propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012a).

A busca de um novo modelo assistencial, centrado na APS, decorre de um momento histórico social, onde o modelo tecnicista, hospitalocêntrico, não atende mais à emergência

das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde dos usuários. Neste sentido, a ESF se apresenta como um modelo de atenção dos serviços de saúde, tendo a família no centro de atenção, incorporando um novo olhar no processo de intervenção e buscando a implementação de ações preventivas (BRASIL, 1997).

Sendo assim, a APS mostra-se como o primeiro nível de assistência dentro do sistema. Esta tem como seus atributos essenciais o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção e coordenação da atenção dentro do sistema; além de outros três atributos derivados, a orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (STARFIELD, 1992). A partir disso, tem-se uma perspectiva de APS acolhedora, resolutiva que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção a Saúde (RAS) (BRASIL, 2012a).

Sabe-se que a coordenação da atenção possui a capacidade de garantir a continuidade da atenção nos diferentes pontos da RAS e tem como essência a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento dessas para o atendimento das necessidades atuais. Sem a coordenação a longitudinalidade diminuiria seu potencial, a integralidade seria comprometida e a atribuição de primeiro contato teria conotação essencialmente administrativa (STARFIELD, 2002; CARNEIRO et al., 2014).

Logo, percebe-se que as ações em saúde na APS perpassam a avaliação em saúde. Esta é compreendida por um processo de gestão e cuidado desenvolvido pela equipe multiprofissional, de forma compartilhada, cujo objetivo é aprimorar e adequar rumos e condutas. Tem-se na avaliação uma ferramenta de gestão e de suporte para a consolidação do SUS, por fortalecer ou desenvolver a qualificação técnica de gestores, trabalhadores de saúde e usuários na adoção de ações de monitoramento e avaliação pertinentes ao planejamento e à gestão, além de subsidiar a formulação de políticas e auxiliar no processo de decisão e de formação dos atores envolvidos (GUIMARÃES, 2011).

Considera-se que a avaliação em saúde visa melhorar a execução de programas e serviços, uma vez que proporciona o aprimoramento da sua efetividade ou eficiência, fornece elementos para subsidiar decisões (SISSON et al., 2010) além de atuar como ordenadora da atenção em saúde. Dessa forma, o presente estudo busca avaliar a qualidade dos serviços de APS nos municípios que integram a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul por meio da verificação da dimensão da coordenação da atenção, mediante a aplicação do Primary Care Assessment Tool versão Brasil (PCATool- Brasil) aos profissionais e usuários da APS.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal de abordagem quantitativa, realizada na APS nos municípios da 4ª Coordenadora Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (4ªCRS/RS). Esta possui duas regiões de saúde denominadas de Verdes Campos, composta por 21 municípios e a Entre Rios, composta por 11 municípios. O modelo de APS nestas regiões conta com UBS Tradicional, ESF e UBS Mista.

Constituíram sujeitos da pesquisa adultos com idade igual ou superior a 18 anos, cujo acesso ao serviço de saúde não foi o primeiro e profissionais de nível superior ou gestores do quadro efetivo atuantes na APS há pelo menos seis meses. Foram excluídos profissionais em período de férias e/ou atestado de saúde e/ou afastados do trabalho no período de coleta de dados.

A amostra foi delimitada através de cálculo amostral, baseado em estimativa da média populacional, considerando os seguintes parâmetros para a amostragem de usuários adultos: estimativa populacional para o ano de 2014 igual a 559.498 e de adultos de 406.741 com distribuição de normalidade 1,96, $p=0,5$, $e=0,3$ e $\alpha=0,05$. Para a amostragem de profissionais, considerou-se os 686 profissionais atuantes e registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) atuantes nas duas Regiões de Saúde.

Neste sentido, a amostra de usuários adultos foi constituída de 1071 usuários, destes, 76,94% pertencem à Região Verdes Campos e 23,06% à Região Entre Rios. Em relação ao tipo de unidade em que a pesquisa ocorreu, 42,11% dos entrevistados acessaram Unidades Básicas de Saúde Tradicionais, 42,02% Estratégias de Saúde da Família e 15,87% Unidades Básicas de Saúde Mistas. Foram entrevistados 206 profissionais, destes, 58,74% pertencem à Região Verdes Campos e 41,26% à Região Entre Rios. Em relação ao tipo de unidade em que a pesquisa ocorreu, 23,53% dos entrevistados trabalharam em UBS Tradicionais, 46,57% em ESF e 29,90% em UBS Mistas.

A equipe de campo foi formada por seis entrevistadores que não possuíam relações com os serviços, sendo todos alunos do Programa de Pós-Graduação stricto sensu, devidamente capacitados para a coleta de dados. A capacitação foi realizada pelos integrantes da pesquisa. Posteriormente, para efetivar a avaliação do instrumento e alinhamento dos entrevistadores, realizou-se com todos os membros da equipe, a aplicação do questionário com 97 usuários adultos em unidades de saúde de um município do estudo. Haja vista, tal fato ter-se dado de maneira satisfatória não houve necessidade de ajustes do questionário e desta forma, as informações foram incluídas no banco de dados.

Os dados foram coletados por meio do instrumento PCATool-Brasil através do programa Epi-Info® 7.0 em *tablets* com digitação em sua interface do questionário sociodemográfico e o instrumento PCATool-Brasil, nas versões Adulto e Profissional, componente Coordenação da Atenção – Integração de Cuidados, com recurso de salvamento de questionário após o mesmo ser todo preenchido. Dessa forma, a organização e tabulação do banco de dados foi otimizada, uma vez que o *software* exporta diretamente os dados coletados em seu sistema para *notebook*, representando assim confiabilidade dos dados coletados ao eliminar a possibilidade de erros de digitação.

O PCATool (Brasil) foi validado no Brasil, de acordo com o modelo apresentado pelo MS (BRASIL, 2010) e mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS, com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (2005). Ressalta-se que o presente estudo faz a análise da dimensão Coordenação da Atenção (Integração de Cuidados e Sistema de Informação) a qual é composto por 12 itens na Versão Adulto e nove itens na Versão Profissional, divididos em Integração de Cuidados e Sistemas de Informação (BRASIL, 2006).

O período de coleta de dados teve início em fevereiro de 2015 e finalizou em agosto de 2015. Na medida em que os usuários adultos, que atendiam aos critérios de inclusão, acessavam aos serviços de saúde era realizado o convite para participar do estudo. Neste momento, além da explicação acerca dos objetivos da pesquisa, enfatizou-se o anonimato dos participantes. O mesmo ocorreu para os profissionais atuantes nas unidades de saúde visitadas. Após o devido e necessário aceite por parte dos participantes, lhes foram fornecidos os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As respostas foram do tipo Likert, com intervalo de um a quatro. As respostas possíveis para cada um dos itens foram: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/não lembro” (valor=9) (HARZHEIM et al., 2013). Após a consolidação dos dados relativos ao atributo coordenação da atenção, os valores foram transformados em escala contínua, variando entre zero e dez, utilizando a fórmula a seguir: $Ep = [(score\ obtido - 1) \times 10] / 3$. $Ep \geq 6,6$ foram definidos como elevados e equivalentes ao valor três ou mais (≥ 3) na escala Likert, enquanto $Ep \leq 6,6$ foram considerados baixos (HARZHEIM et al., 2013).

Para avaliação das associações entre o atributo coordenação da atenção e as características dos usuários e profissionais realizaram-se o teste qui-quadrado de Pearson. Os testes realizados assumiram nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%. Os

pacotes estatísticos utilizados foi o SPSS Statistics, versão 19. Para o cálculo de avaliação com os tipos de unidade (Tradicional, ESF, Mista) utilizou-se o Teste de Kruskal-Wallis com significância de 5%. O presente estudo obedeceu aos princípios éticos contidos na Resolução 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria/RS, sob parecer do CAEE nº 34137314.4.0000.5346, e contou com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) edital 014/2014.

RESULTADOS

A análise dos dados da pesquisa foi realizada sob a perspectiva do modelo de atenção à saúde que compões a 4ª CRS/RS. Foram realizadas 1071 entrevistas com usuários adultos e 203 entrevistas com profissionais da APS dos 32 municípios da 4ªCRS/RS, As características sociodemográficas desses usuários e profissionais encontram-se na Tabela 1 e 2, respectivamente.

Quanto ao perfil dos usuários identificou-se que a maioria era do sexo feminino predominantemente em UBS tradicionais 77,38%, 75,33% nas ESF e 75,29% nas UBS mistas. Com relação à situação conjugal a maioria dos entrevistados era casada, 39,06% nas UBS tradicionais, nas ESF 43,78% e nas UBS mistas 45,56%. Quanto à existência de algum plano privado de saúde, referiram não possuir 73,44% dos entrevistados na UBS tradicional, 72,44% nas ESF e 79,88% nas UBS mistas. No que se refere ao número de filhos, identificou-se o predomínio de 02 filhos, 26,34% nas UBS tradicionais, 26,67% nas ESF e 30% nas UBS mistas.

A partir das análises é possível afirmar que as Regiões de Saúde Verdes Campos e Entre Rios estão associadas em relação às Unidades Básicas Tradicional, ESF e Mista, o mesmo acontece em relação a faixa etária, formação, raça, transporte, emprego e renda. Em relação ao sexo, situação conjugal, plano de saúde e número de filhos as variáveis são independentes, ou seja, distintas, em relação ao tipo de unidade.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos usuários da APS. 4ªCRS/RS, Brasil, 2015

Caracterização	Tradicional		ESF		Mista		p-valor*
	N	%	N	%	N	%	
Região							
Verdes Campos	412	91,35	269	59,78	143	84,12	<0,0001
Entre Rios	39	8,65	181	40,22	27	15,88	
Sexo							
Masculino	102	22,62	111	24,67	42	24,71	0,7366
Feminino	349	77,38	339	75,33	128	75,29	

Continua

Faixa etária							
18-38	234	52,23	189	42,19	63	37,72	0,0034
39-59	156	34,82	175	39,06	72	43,11	
60-91	58	12,95	84	18,75	32	19,16	
Formação							
Ensino fundamental	207	46,10	265	59,15	116	68,24	<0,0001
Ensino médio	183	40,76	139	31,03	47	27,65	
Ensino superior	52	11,58	22	4,91	4	2,35	
Outros	1	0,22	5	1,12	1	0,59	
Não alfabetizado	6	1,34	17	3,79	2	1,18	
Situação Conjugal							
Solteiro	111	24,78	107	23,78	42	24,85	0,4421
Casado	175	39,06	197	43,78	77	45,56	
Outro	162	36,16	146	32,44	50	29,59	
Raça							
Branca	330	73,66	290	64,44	123	72,78	0,0320
Negra	77	17,19	209	24,22	33	19,53	
Outra	41	9,15	51	11,33	13	7,69	
Plano de Saúde							
Sim	119	26,56	124	27,56	34	20,12	0,1587
Não	329	73,44	326	72,44	135	79,88	
Transporte							
A pé	229	51,23	331	73,56	76	44,71	<0,0001
Carona	12	2,68	8	1,78	9	5,29	
Transporte	71	15,88	23	5,11	27	15,88	
Coletivo/escolar							
Transporte próprio	135	30,20	88	19,56	58	34,12	
Nº de filhos							
Nenhum	69	15,4	68	15,11	22	12,94	0,8213
Um	113	25,22	114	25,33	47	27,65	
Dois	118	26,34	120	26,67	51	30,00	
Três	87	19,42	74	16,44	28	16,47	
Quatro	36	8,04	39	8,67	9	5,29	
Cinco ou mais	25	5,58	34	7,56	13	7,65	
Emprego							
Sim	144	32,14	117	26,12	28	16,77	0,0006
Não	304	67,86	331	73,88	139	83,23	
Renda							
Até 1 salário mín.	137	30,51	169	37,72	59	34,71	0,0096
2 salários	185	41,20	193	43,08	77	45,29	
3 salários	85	18,93	50	11,16	28	16,47	
4 salários	24	5,35	21	4,69	1	0,59	
5 salários ou mais	18	4,01	15	3,35	5	2,94	

* Teste Qui-quadrado

O perfil dos profissionais que atuam na APS dos municípios estudados mostra, com relação ao sexo, que 74,47% nas UBS tradicionais são do sexo feminino, 71,58% em ESF e 72,13% em UBS mistas. Em relação à faixa etária, 48,94% dos profissionais das UBS tinham entre 39-59 anos enquanto que 58,06% das ESF e 52,46% das UBS mistas apresentavam idade entre 18-38 anos. A maioria dos entrevistados era casada, 62,5% das UBS, 44,21 das ESF e 57,38% das UBS mistas.

Quanto à raça se autodeclara branco, 89,58% dos profissionais da UBS, 91,58% das ESF e 93,44% em UBS mista. Possuem plano de saúde privado, 91,49% dos trabalhadores

das UBS, 76,84% das ESF e 81,67% das UBS mistas. O meio de transporte para chegar ao trabalho foi o próprio em 72,34% das UBS, 73,68% das ESF e 63,93% das UBS mistas. No que se refere ao número de filhos, 33,33% dos profissionais das UBS possuem um filho, e 47,37% dos das ESF e 39,34% das UBS mistas não possuem filhos.

Em relação ao turno de trabalho dos profissionais, possuem jornada diurna 93,75% dos das UBS, 97,89% das ESF e 96,72% das UBS mistas. Em relação à dedicação exclusiva dos trabalhadores das UBS, ESF e UBS mistas representa respectivamente 58,33%, 60,64% e 60,66%. Não possuem o cargo de chefia, 72,92% nas UBS, 65,96% nas ESF e 78,69% nas UBS mistas.

O ano de conclusão de graduação predomina entre 2001 e 2010 em 37,5% nas UBS, 50,52% nas ESF e 49,18% nas UBS mistas. Possuem formação complementar, 60,42% dos trabalhadores nas UBS, 69,89% nas ESF e 67,21% nas UBS mistas. Consideram suas formações suficientes para desempenhar suas atividades na APS, 70,83% dos profissionais das UBS, 80% das ESF e 80,33% das UBS mistas.

Ao aplicar o Teste Qui-quadrado evidenciou-se que, em relação aos profissionais, as Regiões de Saúde Verdes Campos e Entre Rios apresentam associação em relação ao tipo de unidade, vínculo empregatício e atuação desses profissionais na saúde da mulher, idoso e mental. As variáveis: sexo, faixa etária, situação conjugal, raça, plano de saúde, transporte, número de filhos, formação, turno de trabalho, atuação em outro serviço, cargo de chefia, ano de graduação, formação complementar e formação suficiente para desempenhar atividades da APS, são independentes, isto é, distintas quanto ao tipo de unidade de saúde pesquisada.

Tabela 2 - Perfil sociodemográfico dos profissionais da APS. 4ªCRS/RS, Brasil, 2015.

Caracterização	Tradicional		ESF		Mista		p-valor*
	N	%	N	%	N	%	
Região							
Verdes Campos	34	70,83	41	42,62	43	70,49	0,0005
Entre Rios	14	29,17	53	56,38	18	29,51	
Sexo							
Masculino	12	25,53	27	28,42	17	27,87	0,9348
Feminino	35	74,47	68	71,58	44	72,13	
Faixa etária							
18-38	22	46,81	54	58,06	32	52,46	0,5984
39-59	23	48,94	34	36,56	24	39,34	
60-91	2	4,26	5	5,38	5	8,20	
Situação Conjugal							
Solteiro	10	20,83	35	36,84	17	27,87	0,2229
Casado	30	62,50	42	44,21	35	57,38	
Outro	8	16,67	18	18,95	9	14,75	
Raça							
Branca	43	89,58	87	91,58	57	93,44	0,9650
Negra	4	8,33	6	6,32	3	4,92	
Outra	1	2,08	2	2,11	1	1,64	

Continua

Plano de Saúde							
Sim	43	91,49	73	76,84	49	81,67	0,1049
Não	4	8,51	22	23,16	11	18,33	
Transporte							
A pé	9	19,15	11	11,58	13	21,31	0,1343
Carona	3	6,38	8	8,42	1	1,64	
Transporte coletivo	1	2,13	5	5,26	8	13,11	
Transporte escolar	0	0	1	1,05	0	0	
Transporte próprio	34	72,34	70	73,68	39	63,93	
Nº de filhos							
Nenhum	14	29,17	45	47,37	24	39,34	0,3580
Um	16	33,33	20	21,05	12	19,67	
Dois	13	27,08	19	20	19	31,15	
Três	5	10,42	8	8,42	5	8,20	
Quatro	0	0	1	1,05	0	0	
Cinco ou mais	0	0	2	2,11	0	0	
Formação							
Médico	9	18,75	27	28,42	12	19,67	0,3344
Enfermeiro	18	37,50	37	38,95	22	36,07	
Odontólogo	9	18,75	15	15,79	14	22,95	
Nutricionista	0	0	2	2,11	1	1,64	
Psicólogo	7	14,58	3	3,16	2	3,28	
Farmacêutico	2	4,17	4	4,21	7	11,48	
Terapeuta	2	4,17	2	2,12	1	1,64	
Ocupacional							
Assistente Social	0	0	1	1,05	1	1,64	
Educador Físico	0	0	0	0	0	0	
Fisioterapeuta	0	0	3	3,19	1	1,64	
Turno de trabalho							
Diurno	45	93,75	93	97,89	59	96,72	0,4362
Ambos	3	6,25	2	2,11	2	3,28	
Vínculo Empregatício							
Estatutário	38	79,17	60	63,16	51	85,00	0,0180
Celetista	4	8,33	14	14,74	1	1,67	
Outro	6	12,50	21	22,11	8	13,33	
Atua em outro serviço							
Não	28	58,33	57	60,64	37	60,66	0,9195
Sim, público	7	14,58	9	9,57	6	9,84	
Sim, privado	13	27,08	28	29,79	18	29,51	
Cargo de chefia							
Sim	13	27,08	32	34,04	13	21,31	0,2224
Não	35	72,92	62	65,96	48	78,69	
Ano de graduação							
1971-1980	2	4,16	5	5,26	4	6,55	0,0764
1981-1990	9	18,75	9	9,47	5	8,19	
1991-2000	14	29,16	18	18,94	18	29,50	
2001-2010	18	37,5	48	50,52	30	49,18	
2010-2015	5	10,41	15	15,78	4	6,55	
Formação complementar							
Sim	29	60,42	65	69,89	41	67,21	0,5251
Não	19	39,58	28	30,11	20	32,79	
Trabalha com saúde da mulher							
Não	7	14,58	4	4,21	2	3,28	0,0281
Sim	41	85,42	91	95,79	59	96,72	
Trabalha com saúde do idoso							
Não	10	20,83	5	5,26	9	14,75	0,0166
Sim	38	79,17	90	94,74	52	85,25	
Trabalha com saúde mental							
Não	17	35,42	7	7,37	16	26,23	0,0001
Sim	31	64,58	88	92,63	45	73,77	

Continua

Considera a formação suficiente							
Sim	34	70,83	76	80	49	80,33	0,6111
Não	13	27,08	18	18,95	12	19,67	
Não sei	1	2,08	1	1,05	0	0	

* Teste Qui-quadrado

Em relação ao atributo coordenação da atenção integração de cuidados e sistema de informação, a análise demonstrou que não há diferença significativa entre UBS, ESF e UBS Mista na avaliação dos usuários. Com relação à consulta com especialista 44,78% dos usuários da UBS já receberam atendimento em algum serviço especializado, 49,11% das ESF e 52,94% das UBS mista. Além disso, ao avaliar a média dos escores da coordenação que é composta pela integração de cuidados e sistema de informações, considerando o limite máximo e mínimo o escore foi alto nos diferentes modelos de serviços (Tabela 3).

Tabela 3 – Escores dos indicadores e Índices Compostos de Coordenação da Atenção – Integração de Cuidados e Sistemas de Informação, segundo usuários adultos. 4^oCRS/RS, Brasil, 2015.

Indicadores	Média dos Escores (IC 95%)			p-valor*
	Tradicional (n)	ESF (n)	Mista (n)	
Integração de cuidados				
Consulta com especialista	0,55 (0,504 - 0,596) 451 202 (44,78%)	0,50 (0,454- 0,546) 450 221 (49,11%)	0,48 (0,401- 0,555) 170 90 (52,94%)	0,1763
p-valor**				
O serviço sugeriu a consulta com o especialista?	3,64 (3,51-3,76) 202	3,43 (3,27-3,58) 221	3,47 (3,23-3,70) 90	0,1113
O serviço tem conhecimento sobre a consulta com o especialista?	3,67 (3,55-3,78) 202	3,55 (3,41-3,68) 220	3,63 (3,44-3,81) 90	0,7219
O serviço discutiu os diferentes serviços onde poderia ser atendido?	2,15 (1,95- 2,34) 202	2,15 (1,96-2,33) 219	2,22 (1,92-2,51) 90	0,9002
Alguém do serviço ajudou-o a marcar a consulta?	2,92 (2,72- 3,11) 202	2,75 (2,56-2,93) 222	3,11 (2,83-3,38) 90	0,1106
O serviço escreveu alguma informação ao especialista	3,30 (3,13-3,46) 201	3,23 (3,06-3,39) 221	3,28 (3,03-3,52) 90	0,9259
O serviço sabe dos resultados desta consulta com o especialista?	3,01 (2,82-3,19) 202	2,84 (2,65-3,02) 221	3,11 (2,85-3,36) 90	0,2595
Alguém do serviço conversou contigo sobre o que aconteceu na consulta?	2,74 (2,54-2,93) 202	2,65 (2,46-2,83) 221	2,93 (2,64-3,21) 90	0,2230
Alguém do serviço pareceu interessado na qualidade do atendimento do especialista?	2,53 (2,34-2,71) 202	2,56 (2,37-2,74) 220	2,7 (2,41-2,98) 91	0,5920
Escore parcial	6,66 (6,28-7,03)	6,34 (5,94-6,73)	6,87 (6,30-7,43)	0,3921
Sistemas de Informação				
Quando você vai ao serviço leva algum registro de saúde?	3,08 (2,96-3,19) 448	2,97 (2,84-3,09) 449	3 (2,81-3,18) 169	0,4051
O prontuário está disponível na consulta?	3,80 (3,73-3,86) 443	3,77 (3,7-3,83) 443	3,77 (3,67-3,86) 168	0,3846
Poderia ler o prontuário?	2,58 (2,49-2,66) 443	2,62 (2,53-2,70) 443	2,76 (2,61-2,90) 167	0,0967

Continua

Escore Parcial	7,22 (7,02-7,41)	7,09 (6,88-7,29)	7,26 (6,94-7,57)	0,7536
----------------	------------------	------------------	------------------	--------

*Teste Qui-quadrado

**Teste Kruskal-Wallis

Quanto à coordenação da atenção integração de cuidados e sistema de informação, segundo os profissionais, a análise demonstrou que não há diferença significativa entre UBS, ESF e UBS mista, com exceção ao item que se refere ao auxílio ao usuário no agendamento das consultas. Tal item obteve diferença significativa entre os modelos de atenção, tendo obtido média no escore 3,22 na UBS, 2,89 na ESF e 3,70 na UBS mista. A média dos escores também foi considerada alta, levando em conta o limite máximo e mínimo (Tabela 4).

Tabela 4 – Escores dos indicadores e Índices Compostos de Coordenação da Atenção – Integração de Cuidados e Sistemas de Informação, segundo profissionais da APS. 4ªCRS/RS, Brasil, 2015.

Indicadores	Média dos Escores (IC 95%)			p-valor*
	Tradicional (n)	ESF (n)	Mista (n)	
Integração de cuidados				
Você tem conhecimento sobre as consultas que seus pacientes fazem a especialistas?	2,66 (2,29-3,02) 48	2,67 (2,42-2,91) 95	2,21 (1,89-2,52) 61	0,0656
Caso seu paciente necessite de um encaminhamento, você discute sobre os diferentes serviços que ele poderia ser atendido?	2,89 (2,49-3,28) 48	2,91 (2,64-3,17) 95	3,22 (2,92-3,51) 61	0,3099
Alguém do serviço o ajuda a marcar a consulta encaminhada?	b 3,22 (2,86-3,57) 48	c 2,89 (2,61-3,16) 95	a 3,70 (3,48-3,91) 61	0,0003
Você fornece informação escrita para seu paciente levar ao especialista?	3,39 (3,09-3,68) 48	3,46 (3,24-3,67) 94	3,19 (2,88-3,49) 61	0,3337
Você recebe do especialista informações úteis sobre o paciente encaminhado?	2,06 (1,73-2,38) 48	2,15 (1,92-2,37) 94	2,34 (2,04-2,63) 61	0,4217
Após a consulta com o especialista, você conversa com o seu paciente sobre os resultados da consulta?	3,16 (2,85-3,46) 48	3,40 (3,21-3,58) 94	3,45 (3,22-3,67) 61	0,2763
Escore parcial	6,34 (5,79-6,88)	6,41 (6,01-6,80)	6,74 (6,24-7,23)	0,2588
Sistemas de Informação				
Solicita aos pacientes que tragam os registros médicos do passado?	3,52 (3,23-3,80) 48	3,41 (3,02-3,79) 95	3,36 (3,09-3,62) 61	0,4568
Permitiria que os pacientes examinassem seus prontuários?	3,62 (3,36-3,87) 48	3,61 (3,43-3,78) 95	3,57 (3,32-3,81) 61	0,9631
Os prontuários estão sempre disponíveis nos seus atendimentos?	3,81 (3,62-3,99) 48	3,87 (3,76-3,97) 95	3,75 (3,55-3,94) 61	0,6520
Escore parcial	8,84 (8,22-9,45)	8,77 (8,40-9,13)	8,54 (8,03-9,04)	0,4518

* Teste Kruskal-Wallis

DISCUSSÃO

A predominância do sexo feminino no perfil dos usuários indiferentemente do tipo de unidade, vem ao encontro de achados evidenciados (CARNEIRO et al., 2014) em estudo realizado em Sobral, no Ceará, bem como achados de outros estudos (LIMA et al., 2015; REIS et al., 2013; IBANEZ, 2006). Isso remete a uma situação social em que a mulher assume um papel nuclear na família em relação aos cuidados com a saúde (IBANEZ, 2006), acessando com maior frequência os serviços de saúde, em comparação com o sexo masculino. Estudo realizado em 41 municípios de sete estados das Regiões Sul e Nordeste do Brasil, avaliou o perfil das equipes de APS e revelou que os trabalhadores da APS em sua maioria são mulheres (81%) (TOMASI et al., 2008), o que pode ser indicativo que o perfil de usuários da APS pode estar relacionado aos dos profissionais que os atendem, que é hegemonicamente composto por mulheres, cuja oferta de programas na APS também pode estar relacionada com o perfil de trabalhadores nesses territórios.

Por outro lado, os dados podem revelar que a procura predominante de mulheres nos serviços pode estar associado aos programas ofertados pelo serviço, uma vez que no Brasil, historicamente, as políticas de saúde privilegiaram ações voltadas à área materno-infantil, o que foi alvo de críticas, na década de 70 pelo movimento feminista (OSIS, 1998). Como fruto desse debate foi lançado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual integrou ações voltadas ao planejamento familiar. O PAISM serviu de base para que em 2004, o MS implantasse a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), colocando a saúde da mulher como prioridade (BRASIL, 2009). Essas ações de ampliação na atenção da saúde da mulher tiveram pouco impacto na inserção dos homens, mesmo que estes estivessem vinculados às intervenções de planejamento familiar, nas linhas de cuidado dos serviços de saúde. Em 2009 o MS lança uma política específica para os usuários masculinos, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) (BRASIL, 2009), decorrentes do reconhecimento de que nos serviços de APS predomina uma maior procura de mulheres aos serviços de APS. Se avaliarmos o perfil de trabalhadores na APS, em sua maioria formado por mulheres, pensa-se que seja mais fácil aderir a políticas e programas de saúde que condizem com sua realidade.

Quanto à situação conjugal, o estudo evidenciou a predominância de casados nos três tipos de unidades de saúde, o que vem de encontro à pesquisa de Lima e colaboradores (2015) a qual apontou que 59,1% eram casadas. Dado semelhante a da pesquisa de Benazzi (2010) a

qual encontrou a predominância do sexo feminino (67%), sendo desses 57,2% eram casados ou em união estável, e tinham renda familiar baixa.

Ao avaliar a adesão a plano privado de saúde o estudo evidenciou que 25,86% dos usuários adultos possuem plano privado. Revelando que 73,76% dos usuários adultos são assistidos exclusivamente pelo SUS, evidenciando o papel e a importância que o mesmo desempenha na garantia do acesso e integralidade da atenção nos serviços de saúde em nosso país. Dados do Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (IBGE) revelaram que em 2008, somente 25,9% da população brasileira, ou seja, 49,2 milhões dispunham de pelo menos um plano privado de saúde. Desses, 77,5% estavam vinculadas a planos de empresas privadas e 22,5% a planos de empresas públicas. Além disso, verificou-se que a cobertura por plano de saúde estava positivamente relacionada ao rendimento mensal domiciliar per capita, para as pessoas em domicílios com rendimento per capita de até um quarto do salário mínimo, apenas 2,3% tinham plano de saúde privado, enquanto 82,5% dos que tinham rendimento de mais de cinco salários mínimos tinham plano de saúde privado (IBGE, 2008).

O levantamento suplementar de saúde do Programa Nacional por Amostras de Domicílios do ano de 2008 do IBGE estimou em 139,9 milhões o total de pessoas que normalmente procurava o mesmo serviço de saúde quando precisava de atendimento, o que correspondia a 73,6% da população brasileira. A APS foi o local mais declarado como normalmente procurado (56,8%), seguido pelos consultórios particulares (19,2%) e pelo ambulatório de hospital (12,2%). Este nível de atenção foi normalmente procurada principalmente pelas pessoas pertencentes às classes cujos rendimentos mensais per capita eram baixos, e na medida em que a renda aumentava, a proporção de pessoas que procuravam a APS reduzia. Em contrapartida, as visitas aos consultórios particulares mostraram associação positiva com o rendimento. (IBGE, 2008). Dado que condiz com a realidade da pesquisa realizada, no que se refere aos profissionais, visto que os profissionais entrevistados em sua maioria possuem plano de saúde privado. Este elemento nos remete a reflexão da contradição permanente dos trabalhadores que atuam na APS que prestam serviço ao sistema público, que no presente estudo mostrou-se como porta única de atendimento para aproximadamente 77% dos usuários de seu território, e aproximadamente 83,33% dos profissionais, quando necessitam de atendimento de saúde buscam o setor privado.

Quanto ao número de filhos, observa-se que a maioria dos usuários da pesquisa possui um ou mais filhos. Estudo evidencia que mulheres com baixa escolaridade e baixa renda possuem a tendência de casar-se ou se associar a parceiros mais cedo, iniciando a vida sexual e a ter partos mais precocemente, apresentando maior número de filhos. Dessa maneira,

contribuindo para a elevação do número de nascimentos, sem, entretanto incidir na queda vertiginosa dos números absolutos de natalidade (SILVA; ALVES, 2008).

Quando analisado os dados dos profissionais verifica-se que a taxa de natalidade reduz para um filho ou mesmo a inexistência deste, fato que confirma a transição demográfica que o país vivencia. Estudo realizado pela Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios do IBGE (2010) aponta que a taxa de fecundidade no Brasil obteve uma queda da média de 2,38 filhos por mulher para 1,86, seguindo a tendência de queda na natalidade observada no país desde a década de 60. Nesta década, a média era de seis filhos por família, corroborando com a tendência encontrada no presente estudo (IBGE, 2010).

Na presente pesquisa, a coordenação da atenção não obteve diferença estatisticamente na APS entre os tipos de unidades estudadas, sob a avaliação dos usuários. Esse resultado também foi evidenciado em estudo que comparou o desempenho dos atributos essenciais da APS a partir da percepção de usuários atendidos em UBS e em ESF em um município de grande porte do Brasil (PEREIRA; BAVA 2011). Da mesma forma, estudos evidenciaram que não há grandes diferenças na avaliação de UBS tradicionais e ESF no tocante ao atributo estudado (VAN STRALEN, 2008; LEAO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011).

Em relação à coordenação da atenção integração de cuidados e sistema de informação, segundo os profissionais, o auxílio ao usuário no agendamento das consultas foi o único elemento que obteve diferença significativa entre os modelos de atenção, sendo a avaliação mais alta nas UBS mistas, seguida das UBS tradicionais, a ESF obteve a menor média correspondente a esse score. Isso suscita a reflexão sobre o papel que a ESF desempenha nos territórios estudados, pois, espera-se que, a ESF, por meio do mapeamento das áreas de atuação, alie-se a territorialização como instrumento de prática da saúde, visto que o vínculo da equipe com o usuário no território é condição para que exista a articulação e a integração entre as diferentes portas de entradas na RAS e entre os diferentes níveis de densidade tecnológica necessários para a garantia da integralidade da atenção. Considerado um dos principais elementos de reorganização das práticas de trabalho que devem ser asseguradas pelas equipes de ESF (BRASIL, 1997).

A coordenação da atenção neste estudo obteve valor considerado de score alto nos diferentes tipos de unidades, tanto na versão adulto, quanto na versão profissionais, realidade essa encontrada em outros estudos nos quais à coordenação obteve valor próximo ao ideal para as equipes da ESF (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011, MANCINKO, 2004; VAN STRELEN, 2008; GIOVANELLA et al., 2002; FURTADO et al., 2013). O estudo de Lima e colaboradores (2015) a avaliação em relação à coordenação e integração do cuidado obteve

uma baixa avaliação. Outro estudo que avaliou a coordenação integração de cuidados, demonstrando semelhança nas percepções tanto dos profissionais quanto dos usuários, revelando ainda uma satisfatória avaliação desses, na qual a maioria das unidades obteve alto escore da APS (CARNEIRO et al., 2014).

Com relação a encaminhamentos ou consultas com algum serviço especializado, os profissionais das ESF e UBS mista atribuíram uma baixa avaliação neste estudo, já a avaliação dessa questão nas UBS tradicionais, considerando o limite superior da escala Likert foi bem avaliada. Para Azevedo e Costa (2007) a continuidade do cuidado, em outro nível da atenção, quando as tecnologias fornecidas no nível básico já não atendem às necessidades dos usuários, não desresponsabiliza a equipe de saúde de referência a qual estão vinculados. Uma vez que o acompanhamento dos usuários é um atributo essencial da APS, a longitudinalidade, compreendida pela existência de uma atenção continuada, bem como a sua utilização ao longo do tempo. A relação entre os usuários e a fonte de atenção deve refletir-se em relações interpessoais intensas que compreendam a identificação mútua entre os usuários e o profissional de saúde.

A APS, hoje, convoca os seus atores a ultrapassar o conceito de organização dos níveis de atenção de referência e contrarreferência e aderir o conceito de transferência de um nível pra outro, esse conceito de transferência tem dentro de si a corresponsabilização do usuário dentro do seu território. Assim, a transferência é um elemento fundamental, por considerar o protagonismo e singularidade dos sujeitos, compreender os fluxos de afetos presentes naquela etapa da vida dos sujeitos, ajudar a construir uma visão mais ampliada do outro, permitindo a construção de propostas mais potentes de superação das dificuldades (GOMES; MERHY, 2014).

Estudo de Weiller (2008) ao analisar o acesso de usuários a rede pública de saúde em um município do interior do RS, identificou que acessaram o serviço de referência para urgência 29,54% dos usuários provenientes de territórios com ESF e 70% de usuários de área que não contam com equipes de saúde da família. Ao qualificar as demanda, verificou-se que 80,3% eram prioritariamente consultas médicas, 12,7% de urgência. Destes, 93,4% foram liberados e apenas 2,8% necessitaram de internação hospitalar. Quando analisa a oferta de atendimento de média densidade tecnologia, (especialidades) identifica que a mesma é coordenada por um prestador privado, Consórcio Intermunicipal de Saúde, o qual organiza a oferta dos serviços a partir da disponibilidade de serviços privados (especialidades) e não considerando o perfil epidemiológico da população, apontando que em última análise, é a oferta que regula a demanda.

Sala e colaboradores (2011) revelam que a proporção de usuários encaminhados para especialistas nas ESF era significativamente menor do que nas UBS tradicionais, dado que não se assemelha com o do presente estudo, visto que esse indicador não obteve diferenças significativas entre os diferentes tipos de unidade. Os usuários avaliaram positivamente questões referentes ao encaminhamento, tais como a sugestão por parte do serviço para a consulta com especialista e o conhecimento do serviço de APS sobre as consultas ao serviço especializado. Contudo, a avaliação quanto ao aspecto de que a APS discutiu com o usuário os diferentes serviços que este poderia ser referenciado para a resolução da sua demanda de saúde não foi positiva. Já para os profissionais esse aspecto foi mais bem avaliado. O que aponta uma contradição entre o que é vivenciado pelo usuário e é realizado pelo profissional.

Para Sisson e seus colaboradores (2011) as políticas públicas representam uma estratégia na coordenação da atenção, ao trabalhar na percepção dos gestores frente às questões de coordenação da atenção. Todavia, evidencia-se a ausência de políticas para atenção de média complexidade por parte do MS, o que representa uma grande dificuldade para as estratégias de coordenação. Haja vista, a continuidade do cuidado ficar comprometida. Assim, a integração constitui-se em uma estratégia potencializadora para a coordenação da atenção, pois os gestores apontam a integração de ações de média e alta densidade tecnológica como uma importante estratégia adotada para a coordenação do cuidado.

Os usuários entrevistados das UBS e das UBS mistas avaliaram positivamente o auxílio na marcação de consultas a especialistas considerando os valores referentes limite superior da escala Likert, já nas ESF esse item foi mal avaliado. As questões referentes à referência e contrarreferência, tais como: escrever informações úteis ao especialista, acompanhar o resultado dessa consulta, em todos os tipos de unidade do estudo foram bem avaliados, corroborando com dados encontrados por outros estudos (SALA et al., 2011; GOMES et al., 2011).

A questão referente ao serviço conversar com o usuário sobre o que aconteceu durante a consulta ao especialista possuiu uma baixa avaliação nas UBS e ESF, já a UBS mista, considerando o limite superior da escala Likert foi bem avaliada. A avaliação dos usuários quanto ao interesse do serviço na qualidade do atendimento prestado pelo especialista foi considerada baixa nos três tipos de unidades. Ademais, percebeu-se que a ESF tem o menor desempenho na avaliação do usuário em relação ao conhecimento do acesso destes na RAS, o que pode comprometer a integralidade da atenção, ao passo que não se tem conhecimento de como o usuário se movimenta ao longo da rede.

Os profissionais avaliaram positivamente o auxílio disponível no serviço por ocasião da marcação de consultas com especialistas, bem como indicam fornecer informações por escrito quando transferem os usuários e discutem com os mesmos sobre os resultados das consultas. No entanto o estudo apontou avaliação baixa pelos profissionais em relação à transferência do serviço especializado ou especialista para a equipe de referência da APS. Realidade confirmada por Gomes e colaboradores (2011) que destacaram as principais dificuldades encontradas por usuários em relação à coordenação, dentre elas o número insuficiente de vagas oferecidas pelos demais níveis de complexidade e a ausência de um efetivo sistema de referência e contrarreferência, ficando os profissionais da APS sem informações sobre os procedimentos ou condutas realizadas nos serviços referenciados.

O compartilhamento de informações é uma necessidade quando se fala em coordenação da atenção, uma vez que reduz a repetição desnecessária e oportuniza os profissionais da saúde a acessar registros de atendimentos de outros fornecedores e ativa o envolvimento e integração entre eles (BANFIELD et al., 2013). Além disso, a ausência da estratégia de contrarreferência é um fator que contribui para o fracasso da coordenação da atenção, uma vez que os usuários retornam ao serviço sem saber o que foi realizado em outros níveis de atenção, da mesma forma a equipe de referência da APS fica sem informação se foi realizado o tratamento e/ou concluído (GOMES; SILVA, 2011).

O usuário, na busca pelo atendimento de suas necessidades, tende a buscar outras portas de entrada na RAS, seja com o conhecimento explícito das equipes que atuam APS, através de transferências, seja pelo acesso direto ou autoencaminhamento (STARFIELD, 2002). Nesse contexto, a coordenação do cuidado desempenha papel organizador da assistência entre os diferentes profissionais, serviços e níveis assistenciais necessários à recuperação, manutenção e promoção da saúde (SILVA JUNIOR; MERHY; CARVALHO, 2003).

Para Nunez e colaboradores (2006) alguns fatores têm impacto sobre a coordenação do cuidado na APS. Dentre eles, ressalta o incremento do papel dos médicos generalistas, relacionado à gestão e à responsabilização pelo caminho terapêutico do usuário, ao longo da rede de atenção; uma melhor capacidade de resolução da APS, através da destinação de recursos e da ampliação dos serviços ofertados e referência e contrarreferência bem estabelecidas no decorrer do caminho terapêutico.

Dessa forma, os serviços de saúde devem ser pautados nos princípios das RAS. Essas constituem-se em organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e

interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS (MARQUES, 2009; MENDES 2009).

Na coordenação da atenção o prontuário constitui-se em um documento essencial para o desenvolvimento da coordenação (SANTOS; FERREIRA, 2012), principal registro das informações pertinentes do usuário e à atenção prestada (MASSAD et al., 2003). Constitui-se em importante dispositivo utilizado por profissionais e gestores para desenvolver a coordenação da atenção, a fim de garantir a comunicação entre a equipe de saúde visando à integralidade do cuidado (SANTOS; FERREIRA, 2012).

O estudo revelou uma boa avaliação por parte dos usuários com relação aos seus registros e presença do prontuário nos atendimentos e consultas. Esse resultado se estende aos profissionais, cuja classificação foi positiva quanto à solicitação de registros dos usuários, a disponibilidade de prontuários nas consultas e o fornecimento deste quando requerido, dados confirmados por estudo de Carneiro et al. (2014) cuja disponibilidade do prontuário familiar durante os atendimentos foi percebida como positiva pelos usuários.

Com relação à permissão para ler ou consultar seus prontuários na presente pesquisa, a mesma obteve uma baixa avaliação por parte dos usuários, para os profissionais estudados esse item foi bem avaliado. Dados semelhantes a outro estudo (CARNEIRO et al., 2014). Com relação à solicitação aos usuários para que estes levem ao serviço seus registros médicos recebidos no passado, à maioria dos profissionais respondeu positivamente dado que se assemelha a achados de Carneiro et al. (2014).

O estudo possibilitou avaliar que na dimensão da coordenação não há diferenças significativas na avaliação de UBS, ESF e UBS mista. Evidenciando que nos 32 municípios estudados, que compõe duas regiões de saúde, a ESF não aparece como um modelo de atenção que se diferencia dos demais, não se apresentando como potência de mudança de modelo de atenção (CAMPOS; WENDEHAUSEN, 2007; OGATA; MACHADO; CATOIA, 2009). Contrariando ao esperado por ocasião da sua implementação, a qual surgiu em resposta à crise do modelo médico-clínico hegemônico, propondo uma real mudança na maneira de pensar e realizar as ações de saúde. Visto que o modelo assistencial predominante do país ainda não contempla os princípios do SUS, priorizando uma assistência por vezes individualizada, baseada na cura e na medicalização, com baixa resolutividade e baixo impacto social. Logo, a APS ainda tem por desafio implementar um modelo de atenção que garanta acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação da atenção.

CONCLUSÕES

Os resultados apresentados neste estudo trazem importantes implicações para os serviços avaliados e também para as políticas públicas de atenção a saúde dos 32 municípios que compõe as duas regiões de saúde estudadas. Além de reforçar o desenvolvimento de estudos avaliativos a fim de melhorar a qualidade da APS e da coordenação da atenção.

Assim, ações de monitoramento e avaliação dos serviços de saúde corroboram para a melhoria da coordenação, garantindo ações de planejamento e intervenções necessárias para a continuidade da atenção, com o reconhecimento de problemas que requerem seguimento constante, articulando com a função primordial da APS, atuar como centro de comunicação das RAS. Além disso, os processos de avaliação da assistência ao usuário na APS tendem a atuar como instrumentos fortalecedores da participação dos usuários e profissionais nos processos de planejamento e controle social, subsidiando ações mais adequadas aos problemas encontrados, representando um avanço nos processos de gestão em saúde.

O estudo vem contribuir para que possa ser repensada a APS nos municípios da 4ªCRS/RS no que diz respeito ao modelo que está sendo implementado nas unidades com ESF, cujos resultados precisam ser refletidos pelos gestores municipais e regionais de saúde. Como limites, o estudo, enquanto quantitativo, não possibilita verificar a experiência vivenciada por profissionais e usuários nos serviços de APS no que diz respeito à garantia do acesso, da integralidade, da longitudinalidade e coordenação da atenção, atributos da APS. Em última análise, salienta-se a necessidade da continuidade do estudo, com recortes qualitativos, para que esta vivência possa ser contemplada, por meio da pesquisa, e assim corroborar para o fortalecimento da APS enquanto porta preferencial no sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, A.L.M.; COSTA, A.M. The narrow entrance door of Brazil's National Health System (SUS): an evaluation of accessibility in the Family Health Strategy. **Interface - Comunic., Saude, Educ.** 2007.

BANFIELD, M et al. Unlocking information for coordination of care in Australia: a qualitative study of information continuity in four primary health care models. **BMC Family Practice.** v. 14, n. 34, 2013.

BENAZZI, L. E. B; FIGUEIREDO, A. C. L.; BASSANI, D. G. Avaliação do usuário sobre o atendimento oftalmológico oferecido pelo SUS em um centro urbano no sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva.** v.15, n.3, 2010,p. 861-868.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

_____. 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, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool pcatool - Brasil*** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

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

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento Rio de Janeiro 2010. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Um Panorama da Saúde no Brasil Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio. 2010. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=40
=>. Acesso em: 30.11.2015.

CAMPOS, L; WENDHAUSEN, A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família. **Texto contexto-enferm**. v. 16, n.2007.

CARNEIRO, M. S. M. et al. **Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários**. *Saúde debate* [online]. 2014, vol.38, n.spe, pp. 279-295. ISSN 0103-1104.

CONTANDRIOPOULOS, A. **Avaliar a avaliação**. In: BROUSSELLE A. et al (org.). Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. pg. 263-272.

DONABEDIAN, A. **The Quality of Medical Care**. Science 200, 1978.

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

- DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 21, n. 4. 2012.
- FURTADO, M.C.C. et al. Assessing the care of children under one year old in Primary Health Care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.21, n.2. 2013.
- GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde Debate**. v.26, n. 37. 2002.
- GOMES, L.B.; MERHY, E.E. Subjectivity, spirituality, management and State in Popular Health Education: a discussion based on the work of Eymard Mourão Vasconcelos. **Interface (Botucatu)**. v.18, n.2. 2014.
- GOMES, F.M.; SILVA, M.G.C. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, 2011.
- GOMES, K. O. et al. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 1, 2011.
- GUIMARÃES, E. A. A. **Avaliação da implantação do sistema de informação sobre nascidos vivos em municípios de Minas Gerais**. 2011. Tese (Doutorado) – Tese para obtenção do título de Doutor em Ciências pelo Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Saúde Coletiva, Belo Horizonte, 2011.
- HARZHEIM, E. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool- Brasil adultos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v. 29, n. 8. 2013.
- IBANEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.11, n.3, 2006, p.683-703.
- LEÃO, C.D.A; CALDEIRA, A.P.; OLIVEIRA, M.M.C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev Bras Saúde Matern Infant**. v.11, n.3, 2011.
- LIMA, E. F. A. et al. Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 23, n. 3, 2015, p. 553- 559.
- MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, E.S.; SÁ, P.K. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. **Int J Health Plann Manage**. v.19.2004.
- MARQUES, A. J. S. et al. O choque de gestão na saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte: **Secretaria de Estado de Minas Gerais**, 2009.
- MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

MENDES, E V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Panamericana da Saúde, 2ª ed. Brasília: 2011.

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

NÚÑEZ, R.T.; LORENZO, I.V.; VÁZQUES-NAVARRETE, M.L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. **Gac Sanit.** V.20, n.6. 2006.

OGATA, M.N; MACHADO, M.L.T; CATOIA, E.A. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. **Rev. Eletr. Enf.** v.11,n.4. 2009.

OSIS, M. J. D. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, supl. 1, 1998. Disponível: Acesso em: 05 de junho de 2002.

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 [Internet]. **In: XXIIème Congrès de l' ALASS**. 2011 [acesso 01 de ago 2015]; Lausanne. Anais. Lausanne: CALASS, ALASS; 2011. p. 1-10. Disponível em: http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2011/Sesion_V/sesion27/02-09_sesion27_2-pt.pdf. Acesso em: dez 2015.

REIS, R.S. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.18, n.11, 2013, p.3321-3331.

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

SANTOS, D.C.; FERREIRA, J.B.B. O prontuário da família na perspectiva da coordenação da atenção à saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, 2012.

SILVA JUNIOR, A.G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L.C.. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p.89-112.

SILVA, L.V., ALVES, M.S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev. APS.** v. 11, n. 1. 2008.

SISSON, M.C. et al. Users' satisfaction with the use of public and private health services within therapeutic Itineraries in southern Brazil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. 2010.

SISSON, M.C, et al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Saúde Soc.** São Paulo. v. 20, n. 4, 2011; 992-1004.

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

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.

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

TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v.24, n.1, 2008.

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.** v. 24, n.1. 2008.

WEILLER, T.H. **O acesso na rede pública de saúde no município de Ijuí/RS: um cenário de controvérsia.** Ribeirão Preto, 2008. 185p; Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/USP.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em um país, de dimensões continentais como o Brasil, a avaliação sistemática da qualidade dos serviços de saúde ofertados para os usuários SUS representa um grande desafio, uma vez que a qualidade da atenção em saúde vem sendo cada vez mais exigida. Logo, torna-se fundamental a institucionalização da avaliação como mecanismo de controle de qualidade assistencial, pois a avaliação é condição essencial no planejamento e gestão do sistema de saúde.

É importante salientar o quão aberto ainda é o tema coordenação da atenção na perspectiva de pesquisas, o que ficou evidenciado durante a revisão de literatura. Apesar de a coordenação ter papel estratégico na garantia da integralidade da atenção, percebe-se a necessidade de estudos que tragam essa questão de maneira aprofundada e como eixo central do trabalho.

Os resultados revelados mostram que o atributo Coordenação da Atenção foi avaliado como satisfatório nas dimensões Integração de Cuidados e Sistema de Informações. Contudo, pode-se afirmar que a ESF, apesar de ser considerada uma alternativa para a mudança de modelo, não atingiu as transformações idealizadas para a prática profissional na APS, tornando-se incapaz de estabelecer uma ruptura de paradigmas, o que suscita repensar o modelo de atenção ofertado. Uma vez que, em teoria, a ESF tem como pontos-chave a resolutividade e sua capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado. Diante disso, os resultados do trabalho convidam a refletir sobre a incorporação de uma educação permanente nesses espaços de produção de saúde, onde se possa fomentar as discussões de modelo de atenção, retomando os princípios e diretrizes do SUS e as verdadeiras contribuições da ESF nessas questões.

O estudo traz importantes colaborações tanto para o campo da saúde coletiva, quanto para o núcleo da enfermagem, por enfatizar a avaliação como eixo central das discussões e planejamento em saúde. Além de contribuir para a formação dos profissionais da APS, que por vezes atuam na gestão e gerência desses serviços.

Por fim, ressalta-se o desafio e a magnitude que a presente pesquisa representou, em especial em sua coleta de dados, ao abranger 32 municípios e reconhecer a realidade de cada um desses territórios, vivenciando a experiência das UBS, ESF e UBS mistas. Ademais, este estudo poderá contribuir, com as instâncias de gestão estadual e municipais, no planejamento

de ações nesses territórios, possibilitando lançar um olhar tanto individual, para cada município, quanto coletivo da regional estudada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam LFSalud Publica**. v. 29, n.2, 2011.

ANN, S.; O'MALLEY, MD, MPH and PETERr J.; CUNNINGHAM, P.H.D. Patient Experiences with Coordination of Care: The Benefit of Continuity and Primary Care Physician as Referral Source. **Center for Studying Health System Change**. 2008.

BADIA, J. G. et al. Personalised care, access, quality and team coordination are the main dimensions of family medicine output. **Family Practice an international journal**. 2006.

BANFIELD, M et al. Unlocking information for coordination of care in Australia: a qualitative study of information continuity in four primary health care models. **BMC Family Practice**. v. 14, n. 34, 2013.

BARBOSA, P. R.; CARVALHO, A. I. **Organização e Funcionamento do SUS**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2010.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3. 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13021.pdf>>. Acesso em 06 out. 2013.

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

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília. 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011**.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 423, de 09 de julho de 2002**. Brasília (DF): Secretaria Nacional de Assistência à Saúde; 2002.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mais Perto de Você – **Acesso e Qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)** – Manual Instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 69 p.

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

_____. 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, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.** Consultas. Estabelecimentos. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em 05 de agosto de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool pcatool - Brasil*** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Cidades@. 2011a. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php?lang=>>>. Acesso em: 29.05.2014

_____. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990.** Lei Orgânica da Saúde. Brasília, 19 de setembro, 1990.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília. 1988.

CASSADY, C.E.; STARFIELD, B.; HURTADO, M.P.; BERK, R.A.; NANDA, J.P.; FRIEDENBERGH, L.A. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics.** v.105, p.998-1003, 2000.

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z. **Modelizar as intervenções.** In: BROUSSELLE, A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. Avaliação: conceitos e métodos. pp 61-74. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.** 7. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

CONTANDRIOPOULOS, A. **Avaliar a avaliação.** In: BROUSSELLE A. et al (org.). Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. pg. 263-272.

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

CONTANDRIOPOULOS, A.P. ,CHAMPAGNE, F., DENIS J.L., PINEAULT, R. **A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos.** In: HARTZ, Z.M.A. (org.), Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 1997, p. 29-48.

CONIL, E. M.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** v. 10, n. 1. 2010.

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

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

DONABEDIAN, A. **The role of outcomes in quality assessment and assurance.** Quality Review Bulletin, v. 18, p. 356-360, 1993.

DONABEDIAN, A. **The Quality of Medical Care.** Science 200, 1978.

FAUSTO, M.C.R; MATTA, G.C. **Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas.** In: MOROSINI, Márcia Valéria G.C. (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007.

FIGUEIREDO, A. M. et al. Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.22, n.1, 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, F.M.; SILVA, M.G.C. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, 2011.

GOMES, K. O. et al. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 1, 2011

GOYATÁ, S. L. T. et al. Avaliação da Cobertura Assistencial de um Sistema Municipal de Saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 17, n. 4. 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a10.pdf>>. Acesso em 06 out. 2013.

GUIMARÃES, E. A. A. **Avaliação da implantação do sistema de informação sobre nascidos vivos em municípios de Minas Gerais.** 2011. Tese (Doutorado) – Tese para obtenção do título de Doutor em Ciências pelo Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Saúde Coletiva, Belo Horizonte, 2011.

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

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Cidades@. 2011a. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php?lang=>>>. Acesso em: 29.05.2014

MELO, E. M., et al. A organização da Atenção Básica em municípios integrantes do Projeto de Expansão e Consolidação o Saúde da Família em Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.24, n. 1, 2008.

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

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

MENDES K. D. S., SILVEIRA R. C. C. P., GALVÃO C. M. Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. **Texto e Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, 2008.

MILLÃO, L. F.; FIGUEIREDO, M. R. B. (org). **Enfermagem em Saúde Coletiva**. v. 1. São Paulo: Difusão Editora; Rio de Janeiro: Editora Senac, 2012.

NEUHAUSER, D. Florence Nightingale gets no respect: as a statistician that is. **Quality Saf Health Care**, v.12, p. 317, 2003.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. **La renovación de la atención primaria de salud en las Américas**. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 2007.

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

PEREIRA, M.J.B. et al. A avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de atenção básica à saúde. **Saúde. Rev Gaúcha Enferm**. v. 32, n.1, 2011.

RIGHI, L.B. et al. Apoio para a Produção de Redes de (em) Saúde: efeitos de percursos formativos em humanização da atenção e gestão do SUS. **Sau. & Transf. Soc**.v. 5, n. 2, 2014, p. 59-68.

SALA, A. et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p.948-960, 2011.

SANTOS, D.C.; FERREIRA, J.B.B. O prontuário da família na perspectiva da coordenação da atenção à saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, 2012.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil — Território e Sociedade no Início do Século XXI**. Rio de Janeiro: Record. 2001.

SISSON, M.C, et al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Saúde Soc**. São Paulo. v. 20, n. 4, 2011; 992-1004.

SISSON, M.C. et al. Users' satisfaction with the use of public and private health services within therapeutic Itineraries in southern Brazil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. 2010.

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

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.

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

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

STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, United States, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.

TAKEDA, S.; YVES, T. Avaliar, uma responsabilidade. **Cien Saude Colet**. v.11, n.3, 2006.

TEIXEIRA, C. F. A construção social do planejamento e programação local da vigilância a saúde no Distrito Sanitário. In: **Planejamento e programação local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário** (E. V. Mendes, org), p. 43-59, OPS. Série Desenvolvimento de serviços de saúde, nº13, Brasília. 1994.

VIANA, L. M. M. **Avaliação da atenção primária à saúde de Teresina na perspectiva das usuárias**. 2012. 127 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Piauí, Piauí, 2012.

APÊNDICE

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIAL

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

Instruções: PRIMEIRA PARTE COMUM A TODOS OS PARTICIPANTES.

1 - Número do Questionário

2 - Data da entrevista

3 - Entrevistador:

4 - Cidade da Coleta
 Verdes Campos
 Entre Rios

5 - Cidade

6 - Unidade
 UBS Tradicional
 UBS ESF
 Unidade Mista

7 - Data de Nascimento

8 - Sexo
 Masculino Feminino

9 - Situação Conjugal
 Solteiro
 Casado
 Viúvo
 Divorciado
 União estável

10 - Cor/Etnia
 Branco Amarelo
 Pardo Indígena
 Negro

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

12 - Possui plano de saúde privado:
 Sim Não

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

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

Instruções: PARTE ESPECÍFICA PARA VERSÃO PROFISSIONAL

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

16 - Qual turno de trabalho
 Diurno Noturno
 Ambos

17 - Vínculo empregatício
 Celetista Estatutário
 Outro

18 - Quanto tempo trabalha nesse serviço

19 - Você trabalha em outro serviço?
 Não Público
 Privado

20 - Você tem algum cargo nesse trabalho?
 Sim Não

21 - Ano de conclusão

22 - Formação complementar
 Sim Não

23 - Qual

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

ANEXOS

ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto

1º momento: Apresentação do entrevistador e dos objetivos do estudo / avaliação.

ITENS INTRODUTÓRIOS

Nesta seção, você deve:

- 1 - Verificar disponibilidade da pessoa que lhe atende no domicílio ou no serviço de saúde em seguir com a entrevista.
- 2 - Identificar, de acordo com seus objetivos de pesquisa / avaliação, se o adulto em questão é elegível para seu estudo/avaliação (aplicação dos critérios de inclusão e exclusão do seu estudo/avaliação).
- 3 - Aplicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, caso necessário.
- 4 - Seguir com entrevista.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto

A - GRAU DE AFILIAÇÃO

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

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

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

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

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

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

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

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

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

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

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

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

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

Esclareça ao entrevistado que:

A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a):

A5 - _____

("nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde"). (Vá para a Seção B)

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

E - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

E1 - Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?

- Sim
 Não (Passe para a questão F1)
 Não sei / não lembro (Passe para a questão F1)

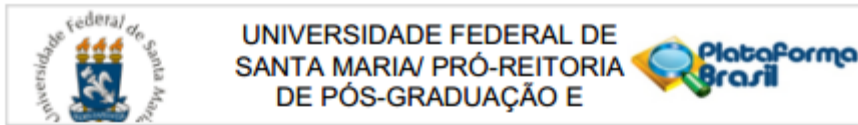
Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E2 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E3 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E4 - O seu "médico/enfermeiro" discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E5 - O seu "médico / enfermeiro" ou alguém que trabalha no / com "nome do serviço de saúde" ajudou-o / a a marcar esta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E6 - O seu "médico/enfermeiro" escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" sabe quais foram os resultados desta consulta?	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
E8 - Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu "médico/enfermeiro" conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9 - O seu "médico/enfermeiro" pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto F - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES <i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F1. Quando você vai no " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro</i> " você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? (exemplificar se não entender "registro": fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2. Quando você vai ao " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro</i> ", o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro</i> "?	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 D - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES <i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D1 - Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2 - Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3 - Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?	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 C - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS <i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 - Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2 - Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3 - Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4 - Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5 - Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6 - Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Teresinha Heck weiller

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34137314.4.0000.5346

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 756.292

Data da Relatoria: 14/08/2014

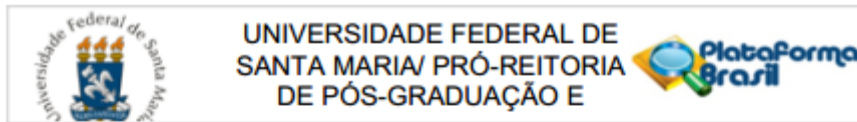
Apresentação do Projeto:

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

O número estimado de sujeitos é 4000 pessoas, destas 500 profissionais e 3500 usuários. O instrumento utilizado será Primary Care Assessment Tool, versões Criança, Adulto e Profissionais.

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

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



Continuação do Parecer: 756.292

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

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

Objetivo da Pesquisa:

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

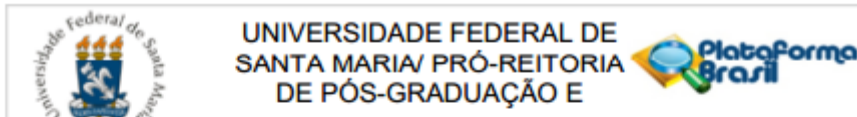
Objetivos Secundários:

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

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



Continuação do Parecer: 756.292

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os documentos obrigatórios, quais sejam: folha de rosto, registro no GAP, TCLE, Termo de Confidencialidade, bem como a autorização do órgão responsável pelos locais onde ocorrerá o estudo (4ª Coordenadoria de Saúde).

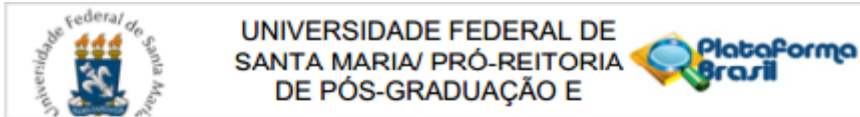
Recomendações:

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

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

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

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



Continuação do Parecer: 756.292

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 19 de Agosto de 2014

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
 (Coordenador)

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

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

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

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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. O **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 e assistencial 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 foi anteriormente exposto, eu (usuário, responsável ou profissional) _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

_____, _____, de _____ de 2015.

Assinatura do pesquisador responsável
Dra Teresinha Heck Weiller

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