

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

Marciane Kessler

**AVALIAÇÃO DA LONGITUDINALIDADE NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE DA 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE
SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL**

**Santa Maria, RS, Brasil
2016**

Marciane Kessler

**AVALIAÇÃO DA LONGITUDINALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DA 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL**

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

Orientadora: Prof^a Dr^a Suzinara Beatriz Soares de Lima
Coorientadora: Prof^a Dr^a Teresinha Heck Weiller

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).

Kessler, Marciane

Avaliação da longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul / Marciane Kessler.-2016.

98 p.; 30cm

Orientadora: Suzinara Beatriz Soares de Lima

Coorientadora: Teresinha Heck Weiller

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2016

1. Saúde do Adulto 2. Atenção Primária à Saúde 3. Avaliação de Serviços de Saúde 4. Gestão em Saúde 5. Enfermagem I. Soares de Lima, Suzinara Beatriz II. Heck Weiller, Teresinha III. Título.

© 2016

Todos os direitos autorais reservados a Marciane Kessler. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

E-mail: marciane.kessler@hotmail.com

Marciane Kessler

**AVALIAÇÃO DA LONGITUDINALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DA 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL**

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

Aprovado em 28 de janeiro de 2016:

Suzinara Beatriz Soares de Lima, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Teresinha Heck Weiller, Dra. (UFSM)
(Coorientadora)

Lucimare Ferraz, Dra. (UDESC)

Luis Felipe Dias Lopes, Dr. (UFSM)

Santa Maria, 28 de janeiro de 2016

AGRADECIMENTOS

À Deus, que guia e protege meu caminho, conduzindo-me em segurança, me dando força e persistência para que eu jamais fracassasse.

Aos meus pais, Ireneu e Cecília, pelo amor e carinho e pela torcida para que eu superasse as dificuldades e desafios. Vocês são um exemplo de vida que me inspira, pela humildade, caráter, luta, paciência, persistência e vontade de vencer na vida. O que eu sou devo a vocês. Amo vocês mais do que tudo, obrigada sempre!

Às minhas irmãs Maique, Marlise, Juliana, Rosilene, Marisa e Celsi, e meus irmãos Márcio e Moacir, pela força e incentivo, amo vocês e levo todos no coração!

Ao meu namorado Viane, pelo consolo nas horas difíceis, pelo ombro para chorar quando eu achava que já não tinha mais forças, pelos conselhos, pela companhia para que eu não me sentisse tão só e pela paciência quando meu tempo era limitado. Amo você e obrigado por tudo!

À minha orientadora Suzinara Beatriz Soares de Lima pela confiança, por me acolher nos momentos difíceis, pela tranquilidade transmitida com suas palavras, pelo apoio que me motivou a seguir em frente e pela oportunidade de tê-la como orientadora. Pelo carinho incondicional e consideração à todos os “seus pupílos” do grupo de pesquisa. Você é um exemplo de pessoa e de profissional. Obrigada por tudo e para sempre!

À minha coorientadora Teresinha Heck Weiller, pelo apoio e confiança nesta etapa, pela oportunidade de realizar este projeto de pesquisa, pelas orientações, pelo incentivo e vivências oportunizadas, que me possibilitaram grande aprendizado para meu crescimento pessoal e profissional. Obrigada por tudo!

Às colegas mestrandas e doutorandas do grupo de pesquisa Gestão e Atenção em Saúde e Enfermagem (GASEnf) e aos demais integrantes pelas parcerias construídas nestes dois anos, pelo trabalho em equipe, pelo conhecimento oportunizado e aprendizado. Juntas, conseguimos mostrar a importância de um trabalho em equipe - uma equipe comprometida, participativa e engajada, que fez render bons frutos e ótimas experiências. E como não gosto de despedidas, deixo aqui para todas um “até logo”. Obrigada pela consideração de sempre!

Aos integrantes da banca Lucimare Ferraz, Luis Felipe Dias Lopes e Silviomar Camponogara pelas contribuições para aprimoramento da dissertação!

À todos os demais docentes Doutores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, pelos ensinamentos, pelos conselhos em sala de aula ou até mesmo nos corredores do Departamento de Enfermagem e por permitirem que eu acreditasse nos meus sonhos!

À Universidade Federal de Santa Maria, pelo mestrado, pela acolhida, pela estrutura e suporte que possibilitaram formar-me Mestre. A Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria pela recepção e por autorizar a coleta de dados e execução desta pesquisa. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro para que esta pesquisa pudesse se consolidar. À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) pela bolsa de estudos a mim concedida durante estes dois anos, o que me possibilitou aproveitar diversas oportunidades que promoveram meu crescimento profissional, contribuindo na produção de conhecimento científico. Muito obrigado!

“Ser feliz não é ter uma vida perfeita. Mas usar as lágrimas para irrigar a tolerância. Usar as perdas para refinar a paciência. Usar as falhas para esculpir a serenidade. Usar a dor para lapidar o prazer. Usar os obstáculos para abrir as janelas da inteligência.”

(Augusto Cury)

RESUMO

AVALIAÇÃO DA LONGITUDINALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL

AUTORA: Marciane Kessler
ORIENTADORA: Suzinara Beatriz Soares de Lima
COORIENTADORA: Teresinha Heck Weiller

Dissertação de mestrado integrante do projeto matricial “PCATool: avaliação da atenção primária na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/Rio Grande do Sul”. No decorrer dos anos ocorreram importantes avanços no processo de reorganização da Atenção Primária à Saúde, no entanto, melhorar a qualidade ainda é um grande desafio. Entre os atributos essenciais que orientam e qualificam os serviços de atenção primária, destaca-se a longitudinalidade, que é a existência de uma fonte regular de cuidados, o estabelecimento de vínculo e a continuidade informacional. Neste contexto, tem-se como objeto de estudo a longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde e como questão de pesquisa: Qual é a qualidade da Atenção Primária à Saúde no aspecto da longitudinalidade nos municípios que integram a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul?. O objetivo é avaliar a longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde, sob a perspectiva do usuário adulto, nos municípios que integram a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma pesquisa transversal, desenvolvida nos serviços de Atenção Primária à Saúde da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, composta pela Região de Saúde Verdes Campos e Entre Rios, com 1.076 usuários adultos, no período de fevereiro a junho 2015. O instrumento utilizado para a coleta foi o *Primary Care Assessment Tool* versão adulto, com respostas em escala de *Likert*. Os dados foram analisados com o programa *Statistical Package for the Social Sciences*. Na comparação entre proporções utilizou-se o teste Qui-quadrado e na comparação de médias o teste *Kruskal Wallis e Post Hoc Dunn*. Utilizou-se Correlação de *Pearson* para verificar o grau de dependência entre os itens da longitudinalidade e o escore, e a Regressão de *Poisson* para verificar associação entre variáveis independentes e o escore. Os preceitos éticos estão baseados na Resolução nº 466/2012. No primeiro artigo, “Benefícios da longitudinalidade como atributo da Atenção Primária à Saúde”, uma revisão integrativa evidencia os benefícios da longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde: permite conhecer o usuário e seus problemas de saúde, planejar o cuidado, estabelecer vínculo, relação interpessoal, confiança e satisfação do usuário. Proporciona orientação do usuário, ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, resolutividade, e qualidade de vida. Reduz o uso de serviços de alta complexidade e custos na saúde. O segundo artigo, “A presença e extensão da longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários”, refere-se a avaliação geral. O grau de afiliação com os serviços de Atenção Primária à Saúde foi avaliado com alto escore (8,62). Os resultados indicam um baixo escore para a longitudinalidade (6,38) e os seus itens que foram avaliados negativamente estão relacionados a conhecer o usuário de forma integral, considerando o contexto familiar e social e seu histórico de saúde e doença. No terceiro artigo, “Avaliação da longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde: comparação entre modelos assistenciais”, o grau de afiliação com os serviços de Atenção Primária à Saúde obteve alto escore em todos os modelos de atenção. A longitudinalidade foi melhor avaliada na Estratégia de Saúde da Família com diferença significativa. Mostrou-se associado ao alto escore da longitudinalidade: idade de 60 anos ou mais, região de saúde Entre Rios e o modelo de atenção da saúde da família. O estudo revelou um baixo escore (<6,6) para o longitudinalidade e mostra a necessidade de reorientação do modelo assistencial e da formação profissional. Na avaliação do atributo por modelos de atenção, a Estratégia de Saúde da Família apresentou resultados satisfatórios. Sugere-se a expansão desta para qualificação da Atenção Primária à Saúde e efetividade do atributo estudado.

Palavras-chave: Saúde do Adulto. Atenção Primária à Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde. Gestão em Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

LONGITUDINALITY ASSESSMENT IN PRIMARY HEALTH CARE FROM THE 4TH REGIONAL COORDINATION OF HEALTH FROM RIO GRANDE DO SUL

AUTHOR: Marciane Kessler
ADVISER: Suzinara Beatriz Soares de Lima
CO ADVISER: Teresinha Heck Weiller

Masters dissertation member of the matrix project "*PCATool*: evaluation of primary care in the 4th Regional Coordination of Health/Rio Grande do Sul". Over the years important advances in the process of reorganization in primary health care have occurred, however, improvement in work quality is still a major challenge. Amongst the essential attributes that drive and qualify the primary care services, the attribute that stands out is longitudinality. Longitudinality is a regular source of care, the establishment of a bond and informational continuity. In this context, as the subject of study is the longitudinality in Primary Health Care and as research question: What is the quality of Primary Health Care in the aspect of longitudinality, in the municipalities that make up the 4th Regional Coordination of Health in the State of Rio Grande do Sul?. The aim is to evaluate the longitudinality in Primary Health Care, under the adult user's perspective, in municipalities of the 4th Regional Coordination of Health in the State of Rio Grande do Sul. It is about a cross-sectional research developed in the Primary Health Care services of 4th Regional Coordination of Health in Rio Grande do Sul, composed by Health Region Verdes Campos e Entre Rios, with 1076 adult users, in the period from February to June, 2015. The instrument used for the collection was the Primary Care Assessment Tool, the adult version, with answers on *Likert Scale*. The data was analyzed with the help *Statistical Package for the Social Sciences* program. To compare the proportions we used the *Chi-square* test and for average comparisons we used the *Kruskal Wallis* test and *Post Hoc Dunn* test. We used *Pearson correlation* to check the dependence degree between longitudinality items and the score. We used *Poisson regression* to check the association between independent variables and the score. The ethical guidelines are based on 466/2013 resolution. In the first article, "Benefits of longitudinality as attribute of Primary Health Care", an integrative review revealed the benefits of longitudinality in Primary Health Care: it allows to know the user and their health problems, plans care, establishes bond, interpersonal relationship, trust and user satisfaction. It provides orientation to the user, prevents disease and promotes health, resoluteness, and quality of life. It reduces the use of highly complex services and health costs. The second article, "The presence and extent of longitudinality in Primary Health Care: assessment to the user's perspective" refers to the general evaluation. The affiliation degree with the Primary Health Care services was evaluated with a high score (8.62). The results indicate a low score for longitudinality (6.38) and those items with a negative result are related to the family and social context and their history of health and disease. In the third article, "Longitudinality assessment in Primary Health Care: comparison between types of services", the affiliation grade with the Primary Health Care services obtained high scores in all types of services. The longitudinality was better evaluated in the Family Health Strategy and had a significant difference. The high score of longitudinality was associated to: 60 years age or over, health region *Entre Rios* and the type of service of family health. The study revealed a low score (<6,6) for longitudinality and shows the need for reorientation of the care model and of the professional formation. In evaluation of the attribute for types of services, satisfactory results were shown to the Family Health Strategy. The suggestion is to expand the strategy for qualification of Primary Health Care and effectiveness of the searched attribute.

Keywords: Adult Health. Primary Health Care. Health Services Evaluation. Health Management. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa da 4ª CRS/RS: Regiões de saúde e municípios.	25
Figura 2 – Fórmula do cálculo do tamanho da amostra.	27
Figura 3 - População total e amostra de participantes do estudo.....	28
Figura 4 - Algoritmo para verificar o escore do componente Grau de Afiliação.....	32
Figura 5 - Testes estatísticos para comparação de três ou mais grupos	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
BDTD	Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MESH	Medical Subject Headings
MS	Ministério da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PCATool	<i>Primary Care Assesment Tool</i>
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PPGEnf	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PSF	Programa Saúde da Família
PubMed	<i>Public/Publish Medline</i>
RS	Rio Grande do Sul
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBST	Unidade Básica de Saúde Tradicional
UBSM	Unidade Básica de Saúde Mista
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	14
3.2 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	16
3.3 A LONGITUDINALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	20
4 METODOLOGIA.....	24
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	24
4.1.1 Revisão integrativa	24
4.1.2 Pesquisa original	24
4.2 CENÁRIO E POPULAÇÃO	25
4.2.1 Cenário da pesquisa	25
4.2.2 População alvo	27
4.3 CÁLCULO AMOSTRAL	27
4.4 AMOSTRA/AMOSTRAGEM.....	28
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	29
4.6 COLETA DE DADOS	29
4.7 INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	30
4.7.1 Variáveis Independentes	31
4.7.2 Variável dependente: Longitudinalidade	31
4.5.2.1 <i>PCATool-Brasil Versão Adulto</i>	<i>31</i>
4.8 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	32
4.8.1 Transformação da escala	33
4.8.2 Análise	33
4.9 ASPECTOS ÉTICOS	35
5 RESULTADOS	36
5.1 ARTIGO 1	36
5.2 ARTIGO 2	50
5.3 ARTIGO 3	66
6 CONCLUSÃO.....	81
REFERÊNCIAS	84
APÊNDICES	89
ANEXOS	91

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi uma proposta formalizada e estruturada a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, em Alma-Ata (SILVA et al., 2010). A formulação deste novo paradigma compreende a necessidade de reorientação do modelo assistencial centrado no atendimento individual, na queixa, nos aspectos biológicos, na fragmentação do cuidado, e hospitalocêntrico predominante na época, visando atender às reais necessidades de saúde das pessoas, das famílias e da comunidade (MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013).

Assim, algumas experiências de APS foram instituídas no Brasil no decorrer do século XX, com destaque à constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, criado a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde e, posteriormente, em espaços de articulação da Participação Popular na Constituinte (SILVA et al., 2010). Nesse contexto, em conformidade com os princípios do SUS surge o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente definido por Estratégia Saúde da Família (ESF), como forma de expansão e reorientação da APS no Brasil (HAUSER et al., 2013).

A ESF representa uma estratégia para reverter a forma de prestação de assistência à saúde e uma proposta de reorganização da atenção básica que já existia na década de 90, sendo constituída pelos Postos de Saúde, Centros ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) e que passou a ser desqualificada e não atender as necessidades de saúde da população. A ESF é uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e práticas de promoção em saúde (BRASIL, 2000a).

Percebe-se que ocorreram importantes avanços no processo de reorganização da APS, no entanto, melhorar a qualidade dos serviços prestados neste nível de atenção, ainda é um grande desafio na atualidade (CUNHA; GIOVANELLA, 2011). Diante dos avanços que ocorreram no processo de estruturação e reorganização da APS, torna-se relevante avaliar os resultados alcançados e possíveis impactos (HAUSER et al., 2013).

Neste sentido, a avaliação da qualidade dos serviços de saúde pode constituir uma importante ferramenta para a reorganização e a melhoria das intervenções e serviços de saúde, devendo ser compreendida como processo permanente e sistemático. A avaliação permite subsidiar a tomada de decisão e planejamento, bem como, a gestão dos serviços de saúde (CHAVES; TANAKA, 2012). Avaliar a qualidade dos serviços significa, identificar se as

necessidades dos usuários estão sendo atendidas, considerando questões além do processo saúde-doença, como a satisfação dos usuários e suas experiências (STARFIELD, 2002).

Neste contexto, Starfield (2002) apresenta e define quatro atributos essenciais para a APS, que orientam os serviços e são considerados aspectos fundamentais para alcance da qualidade. São eles: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção; e três atributos derivados: atenção à saúde centrada na família (orientação familiar), orientação comunitária e competência cultural.

Dentre os atributos, todos fundamentais para a efetivação da APS, destaca-se a longitudinalidade, objeto deste estudo. Constitui-se uma fonte continuada de atenção e utilização ao longo do tempo, com a presença de relação interpessoal de confiança entre os usuários e profissionais de saúde (STARFIELD, 2002). Promover a longitudinalidade é um dos objetivos a serem alcançados para a reforma da APS, cuja realização melhora os cuidados clínicos e de saúde pública (GÊRVAS et al., 2012).

A implementação de práticas avaliativas e de monitoramento da longitudinalidade poderá surtir melhores efeitos se estiver no escopo de interesse da gestão (CUNHA; GIOVANELLA, 2011). Neste sentido, Starfield e colaboradores (STARFIELD et al., 2000; SHI; STARFIELD; XU, 2001) criaram um instrumento de avaliação para a APS chamado *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), que mede a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados, dentre estes, a longitudinalidade (BRASIL, 2010).

Este instrumento de avaliação vem sendo utilizado no país, a partir de adaptação à realidade brasileira (HARZHEIM et al., 2006; HAUSER et al., 2013; HARZHEIM et al., 2013). Figueiredo et al (2013), analisou o grau de concordância entre dois instrumento de avaliação da APS: PCATool e AMAQ, e evidenciou que o PCATool apresenta-se como ferramenta de maior potencialidade para a avaliação da APS, não sendo possível utilizar os padrões do AMAQ como forma de mensurar todos os atributos definidos por Starfield (STARFIELD, 2002).

Diante deste contexto, tem-se como **objeto de estudo** a longitudinalidade na APS e construiu-se um projeto de pesquisa guiado pela seguinte **questão de pesquisa**: Qual é qualidade da Atenção Primária à Saúde no aspecto da longitudinalidade nos municípios que integram a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ªCRS) do Estado do Rio Grande do Sul (RS)? Assim, tem-se como **objetivo deste estudo**, avaliar a longitudinalidade na APS, sob a perspectiva do usuário adulto, nos municípios que integram a 4ªCRS/RS.

Em um estudo de revisão integrativa sobre os benefícios do atributo da longitudinalidade nos serviços da APS, foram encontrados poucos trabalhos que tratam do tema da pesquisa. A revisão evidenciou que a presença deste atributo permite conhecer o usuário e seus problemas de saúde, o planejamento dos cuidados e o estabelecimento de vínculo entre usuários e profissionais, o que fortalece os cuidados prestados e a satisfação do usuário. Promove ações de promoção em saúde, prevenção de doenças e proporciona uma assistência integral, a resolutividade dos problemas de saúde e redução de uso de serviços de alta complexidade, com diminuição de custos na saúde. Neste sentido, **justifica-se** a avaliação deste atributo, considerando válido a implementação de esforços para o alcance e manutenção da longitudinalidade, visando a melhoria dos serviços de saúde da APS.

Destacam-se as vivências da pesquisadora no âmbito da APS, experienciando as dificuldades de implementação de estratégias preventivas e de promoção em saúde quando da inexistência de vínculo e relação de confiança com os usuários. Da mesma forma identificam-se dificuldades em relação a tomada de decisão e planejamento quando se desconhece a satisfação dos usuários.

Portanto, considera-se pertinente o enfermeiro investir esforços na área de avaliação de serviços, pois este tem assumido papel de executor de políticas de saúde e possui condições de decidir e propôr políticas/estratégias de melhoria (CHAVES; TANAKA, 2012), destacando seu papel fundamental na gestão dos serviços de saúde. Este estudo traz contribuições para a enfermagem e demais profissionais do campo da saúde e para o usuário, uma vez que mostra fragilidades e potencialidades dos serviços de APS, no aspecto da longitudinalidade, viabilizando planejar ações que visam a melhoria desses serviços e a melhoria da saúde da população.

Este projeto de pesquisa encontra-se vinculado ao Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem, da Linha de Pesquisa Gestão e Atenção em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Os resultados da presente pesquisa serão apresentados em formato de artigos, nos quais foi respeitada a estrutura de formatação padrão dos periódicos científicos (vancouver). O artigo 1 refere-se ao estado da arte realizado sobre a temática, referente aos benefícios da longitudinalidade na atenção primária à saúde. O artigo 2 apresenta os resultados voltados a avaliação da presença e extensão da longitudinalidade na APS e seus itens. E o artigo 3 apresenta os resultados voltados a avaliação da longitudinalidade nos diferentes modelos de APS e a associação de variáveis independentes com o alto escore do atributo estudado.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a longitudinalidade na APS, sob a perspectiva do usuário adulto, nos municípios que integram a 4ªCRS/RS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Avaliar as evidências científicas na literatura nacional e internacional sobre os benefícios da longitudinalidade na APS.
- b) Medir a presença e a extensão da longitudinalidade na atenção à saúde do adulto nos municípios que integram a 4ªCRS/RS;
- c) Avaliar a longitudinalidade nos diferentes modelos de APS – Unidade Básica de Saúde (UBS) Tradicional, UBS Mista e Estratégia de Saúde da Família (ESF);
- d) Verificar a associação de variáveis socioeconômicas, demográficas e modelos de APS com o escore da longitudinalidade.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo será apresentada uma breve fundamentação teórica para situar o leitor sobre a temática e objeto de pesquisa, bem como para esclarecer alguns conceitos, o que permitirá melhor entendimento dos resultados. Assim, serão abordados três subcapítulos: Atenção Primária a Saúde, Avaliação da Atenção Primária a Saúde e A longitudinalidade na Atenção Primária a Saúde.

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada no ano de 1978 em Alma-Ata, foi um acontecimento importante para estimular os países na construção de sistemas de saúde orientados pela APS, no entanto, ainda são poucos os países que tem orientados seus sistemas para este modelo de atenção em saúde (STARFIELD, 2002).

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

Desta forma, o Brasil institucionalizou o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que aprovou a criação do SUS. O SUS é visto como uma política de inclusão social construída e implementada no Brasil e representa em termos de constituição uma afirmação política quanto ao compromisso do Estado brasileiro para com seus cidadãos (BRASIL, 2011). Este foi regulamentado pela Lei nº 8.080 em 1990, “que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”, regulando em todo o território nacional as ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990a, p.1); e pela Lei nº 8.142 de 1990, que trata da “participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde” (BRASIL, 1990b, p.1).

O SUS funciona com base nos princípios: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência; igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos e privilégios; integralidade da assistência; participação da comunidade; e descentralização político-administrativa em cada esfera do governo. O SUS é composto por serviços públicos e uma ampla rede de

serviços privados, como hospitais e serviços especializados, que são remunerados com recursos tributários destinados a saúde (GIOVANELLA et al., 2012).

No entanto, durante a década de 90, diversas propostas de mudanças inspiradas na Reforma Sanitária e nos Princípios do SUS tem sido criadas. O MS fortaleceu as ações de caráter preventivo com investimentos em programas de ações básicas como parte da estratégias de reorganização do próprio modelo de atenção, visando especialmente a promoção da saúde (GIOVANELLA et al., 2012). Assim, em 1991 foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a partir da reorientação do modelo de assistência ambulatorial e domiciliar. Este foi inspirado em experiências voltadas a prevenção de doenças através de informações e de orientações sobre cuidados de saúde (BRASIL, 2001).

Em 1994, com uma avaliação positiva do PACS, foi proposto pelo MS o PSF, em conformidade com os princípios do SUS, visando estimular a implantação de um novo modelo de APS (BRASIL, 2000b) substituindo aos poucos o modelo de atenção básica tradicional. Este Programa incorporou e ampliou a atuação do ACS, que se mantém até os dias atuais. Posteriormente, o PSF teve seu conceito ampliado e foi denominado ESF. Esta estratégia foi adotada pelo MS para a reorientação e expansão da APS no Brasil e, conseqüentemente, reorganização do SUS (HAUSER et al., 2013).

O modelo de APS já existente nesta época era caracterizado pelas unidades básicas de saúde que seguem o modelo tradicional da atenção primária, compostos por um médico especialista e por uma rede de programas de atenção primária direcionados a grupos específicos ou voltados a grupos de risco: idosos, adolescentes, portadores de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, etc. Neste sentido, a saúde da família torna-se estratégia prioritária e permanente para a organização da APS e do sistema local de saúde. Difunde uma perspectiva inovadora para a atenção primária no país, voltada para a família e comunidade, com potencialidades para desencadear mudanças no modelo assistencial, efetivando o direito a saúde (GIOVANELLA et al., 2012).

A concepção de atenção primária da Estratégia Saúde da Família preconiza equipe de caráter multiprofissional, composta por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois auxiliares/técnicos de enfermagem e cinco a seis ACS, que trabalha com definição de território de abrangência com no máximo quatro mil pessoas, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. A ESF pode ter associada ainda uma equipe de saúde bucal (GIOVANELLA et al., 2012).

Vale ressaltar que, desde a criação do SUS, o Brasil tem adotado a designação Atenção Básica à Saúde (ABS), para dar ênfase a reorientação do modelo assistencial. No

entanto, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes (BRASIL, 2012a). Assim, utilizará-se neste estudo o segundo termo, tendo em vista o conceito de Starfield (2002) sobre APS, referência internacional adotada pelo MS, a partir do qual foi criado e validado o instrumento da pesquisa utilizado neste estudo.

Barbara Starfield (2002), médica e pesquisadora estadunidense definiu algumas características/atributos essenciais e derivados para caracterizar a APS, através dos quais ocorre a efetivação da APS. Esta abordagem é reconhecida por especialistas e difundida no Brasil (BRASIL, 2010). Considera como atributos essenciais e específicos da APS: a prestação de serviços de primeiro contato; a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação equipe e paciente ao longo da vida; a garantia de cuidado integral considerando-se os âmbitos físico, psíquico e social da saúde dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde; e a coordenação de diversas ações e serviços indispensáveis para resolver as necessidades menos frequentes e mais complexas (STARFIELD, 2002).

Considerando os atributos derivados, os serviços de APS devem estar orientados para a comunidade, conhecendo suas necessidades em saúde; centrar-se na família, para bem avaliar como responder as necessidades de saúde de seus membros; e ter competência cultural para se comunicar e reconhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais (STARFIELD, 2002).

A partir deste conceito, pode-se afirmar que um serviço de APS dirigido à toda população pode ser considerado provedor de atenção primária quando apresenta os atributos essenciais e atributos derivados, aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade (BRASIL, 2010). A definição de APS através destes atributos pode guiar as estratégias de avaliação e investigação dos serviços de APS. Identificar os atributos apresentados acima, torna-se uma estratégia importante para definir um serviço como realmente embasado em APS (HARZHEIM et al., 2006; BRASIL, 2010) e sua avaliação subsidia gestores para a definição de políticas públicas (HARZHEIM et al., 2013).

3.2 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Nos últimos anos a prática para avaliação de serviços vem crescendo e se tornando uma ferramenta fundamental e indispensável nos serviços de saúde, uma vez que possibilita a sua reorganização e a melhoria das intervenções de saúde, bem como, obter um parâmetro da

qualidade das ações e serviços oferecidos. Neste contexto, destaca-se a avaliação como estratégia para melhoria da qualidade dos serviços de saúde (CHAVES; TANAKA, 2012).

Considera-se a qualidade como o produto de dois fatores: a tecnologia do cuidado derivada da ciência e a aplicação dessa ciência e tecnologia na prática do cuidado. A qualidade ainda pode ser definida como a relação entre benefícios, riscos e custos de uma intervenção (DONABEDIAN, 1980). Porém, não é suficiente as práticas serem adequadas do ponto de vista técnico, é necessário haver uma cobertura adequada. Se as ações somente estiverem sendo oferecidas em pequena escala a qualidade também estará comprometida (VIEIRA DA SILVA, 2009).

Donabedian (1990), autor de referência na avaliação da qualidade dos serviços de saúde, amplia o conceito de qualidade considerando os sete pilares da qualidade: eficácia: capacidade de produzir melhorias no setor de saúde, o melhor que se pode fazer em condições favoráveis; efetividade: é o grau em que a ação/cuidado alça o nível de melhoria da saúde, cujos estudos de eficácia tenham estabelecidos como alcançáveis; eficiência: é a medida de custo com o qual uma determinada melhoria em saúde é alcançada; otimização: emprego da relação custo e benefício na assistência à saúde; aceitabilidade: é sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas, e valores do cliente e familiares; legitimidade: aceitabilidade do cuidado da forma como ele é visto pela sociedade em geral; equidade: princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população.

A temática qualidade em saúde está correlacionada com a avaliação dos serviços de saúde, uma vez que, na essência do conceito de qualidade está embutida a idéia de avaliação. É fundamental que o conceito de qualidade esteja presente no compromisso das instituições e incorporado por seus atores sociais (profissionais e gestores) (KURCGANT, 2010).

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 decisão.” (CONTANDRIOPOULOS, 2000). A avaliação permite subsidiar a tomada de decisão, o planejamento, e assim, a gestão dos serviços de saúde e pode respaldar uma prática diferenciada no contexto de gestão de sistemas de saúde, embasando uma atuação mais crítica e reflexiva (CHAVES; TANAKA, 2012).

Vale ressaltar que, no âmbito do SUS a avaliação em saúde é um pressuposto da condição de gestão, contudo essa ferramenta gerencial não é utilizada em toda sua potencialidade, sendo pouco incorporada ao processo de trabalho nos serviços de saúde (CHAVES; TANAKA, 2012). Conforme Tanaka e Espirito Santo (2008), o uso de

metodologias de avaliação como instrumento de gestão tem sido um desafio para o aprimoramento dos sistemas de saúde em todo o mundo.

No cenário da avaliação, o MS tem priorizado a execução da gestão pública com base em ações de monitoramento e avaliação de estrutura, processos e resultados, implementando iniciativas que reconhecem a qualidade dos serviços de saúde ofertados à sociedade brasileira (BRASIL, 2012b). Desta forma, desde a década de 90, o MS também vem desenvolvendo ações de avaliação e monitoramento da APS. Avanços ocorreram no processo de reorganização da APS, principalmente com a ampliação da cobertura e implementação de novos modelos assistenciais, no entanto, melhorar a qualidade dos serviços prestados neste nível de atenção ainda é um desafio a ser superado (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Em 2004, o MS criou o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), que teve como objetivo geral avaliar os serviços de saúde do SUS nas dimensões de estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços de saúde (BRASIL, 2007).

Em seguida, destaca-se a criação do instrumento “Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família” (AMQ), no ano de 2005, que utiliza os pressupostos avaliativos de Donabedian e enfoca aspectos relativos à estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde (BRASIL, 2005), e mais tarde, este foi substituído pela ferramenta “Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica” (AMAQ) a partir da revisão e adaptação do projeto AMQ e de outras ferramentas de avaliação de serviços de saúde. O instrumento AMAQ se insere no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), criado em 2011, como uma das principais estratégias indutoras de qualidade do MS (BRASIL, 2012b).

Na última década, destaca-se também a validação do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) no Brasil (HARZHEIM et al., 2006; HAUSER et al., 2013; HARZHEIM et al., 2013), que foi criado por Starfield e colaboradores (STARFIELD et al., 2000; SHI; STARFIELD; XU, 2001) no *The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations* nos EUA. O objetivo deste instrumento é medir a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção) e dos três atributos derivados da APS (atenção à saúde centrada na família, orientação comunitária e competência cultural) (BRASIL, 2010).

O Instrumento de avaliação da APS (PCATool) apresenta originalmente versões autoaplicáveis destinadas a avaliação da atenção à saúde da criança (*Child Consumer/Client Survey* - PCATool versão Criança), a avaliação da atenção à saúde de adultos (*Adult*

Consumer/Client Survey - PCATool versão Adulto) e aos profissionais de saúde, ao coordenador e/ou gerente do serviço de saúde (*Facility/Provider Survey* – PCATool versão Profissionais) (BRASIL, 2010).

O PCATool foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1988), que baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. Assim, cada atributo essencial identificado no instrumento PCATool é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção (BRASIL, 2010).

Percebe-se nesta breve revisão a forte influência dos conceitos de Donabedian na construção e validação de instrumentos de avaliação da APS no Brasil. Conforme o autor, a qualidade da assistência não se constitui num atributo abstrato, mas que é construída pela avaliação da assistência através da tríade - estrutura: recursos materiais, humanos e estrutura organizacional; processo: a forma na qual o cuidado é prestado, considerando-se as atividades realizadas pelos profissionais; e resultado: efetividade dos cuidados e seu impacto sobre o estado de saúde dos pacientes e população (DONABEDIAN, 1988).

Referente ao instrumento de avaliação PCATool-Brasil, ressalta-se a sua importância no que diz respeito a inexistência de outros instrumentos validados que tem como objetivo mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados de APS, conceituados por Starfield (2002), nos diferentes modelos de atenção à saúde, possibilitando a realização de pesquisas com maior rigor e qualidade (BRASIL, 2010). A identificação da presença e extensão destes atributos define um serviço como realmente orientado para a APS (HARZHEIM et al., 2006; BRASIL, 2010).

Conforme Figueiredo et al. (2013), que analisou o grau de concordância entre dois instrumentos de avaliação da APS: PCATool e AMAQ, evidenciou que o PCATool apresenta-se como ferramenta de maior potencialidade para a avaliação da APS, não sendo possível utilizar os padrões do AMAQ como forma de mensurar todos os atributos da APS definidos por Starfield (2002).

Percebeu-se ainda, a partir das leituras realizadas para construção deste projeto e discussão dos resultados, que a maioria dos estudos de avaliação realizados no Brasil com o PCATool foram desenvolvidos em capitais ou grandes centros urbanos. Há uma carência de estudos realizados em pequenas cidades. Estas características do instrumento justificam a sua utilização para esta pesquisa.

A utilização do instrumento 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).

3.3 A LONGITUDINALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Como visto anteriormente, entre os atributos essenciais e fundamentais para a efetivação do atual sistema de saúde vigente, encontra-se a longitudinalidade (SATRFIELD, 2002). O termo longitudinalidade do cuidado não é muito difundido na literatura, especialmente no Brasil, como pôde ser constatado em uma pesquisa realizada com enfermeiros sobre o conceito de “longitudinalidade” e sua compreensão sobre a efetivação da mesma no trabalho, e se percebeu pouco ou nenhum conhecimento prévio sobre a expressão (BARATIERI; MARCON, 2011).

Longitudinalidade não é uma palavra que aparece em qualquer dicionário, sendo definida como lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de anos. Assim, a palavra continuidade geralmente acaba sendo usada de forma equivocada no lugar de longitudinalidade (STARFIELD, 2002).

A continuidade do cuidado está orientada para o problema ou doença, ocorre a sequência de consultas e existe um mecanismo para fornecer informações de acompanhamento dos problemas ou tipos de problemas, como por exemplo, o prontuário do paciente bem preenchido; por este motivo, os pacientes podem consultar com um profissional diferente ou ir a uma unidade diferente e não se faz necessária a presença de uma relação pessoal entre profissional e usuário. Além disso, a continuidade pode estar relacionada a atenção secundária, bem como a atenção terciária (STARFIELD, 2002).

Conforme Cunha e Giovanella (2011), três elementos ou dimensões são imprescindíveis na composição da longitudinalidade. O primeiro refere-se a “existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados de atenção primária” para atendimento da maioria das necessidades em saúde. No entanto, para que ocorra esta identificação por parte da população há a necessidade da oferta e disponibilidade dessa fonte, que deve atender em termos qualitativos e quantitativos as necessidades de saúde da população (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

A segunda dimensão da longitudinalidade refere-se ao “estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre os pacientes e os profissionais de saúde” (CUNHA; GIOVANELLA, 2011). O vínculo é a relação pessoal estreita, duradoura e de confiança entre

o profissional de saúde e o paciente, permitindo o estreitamento de laços com o passar do tempo e que ambos se conheçam cada vez mais, no entanto, exige cooperação mútua entre as pessoas da família, da comunidade e os profissionais (STARFIELD, 2002).

E a terceira e última dimensão da longitudinalidade é a “continuidade informacional”. Esta refere-se a qualidade dos registros em saúde, seu manuseio e disponibilização, de forma a favorecer o acúmulo de conhecimento sobre o paciente por parte da equipe de saúde que deve orientar a conduta terapêutica e sua avaliação (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Em resumo, a longitudinalidade está orientada para a pessoa e assume responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação profissional/equipe/unidade de saúde e usuário ao longo da vida, independente da ausência ou da presença de doença, com uma relação interpessoal e de confiança entre usuários e profissionais de saúde. Para que se estabeleça vínculo no curso da vida, é necessário que exista uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo (STARFIELD, 2002).

No entanto, ressalta-se que a efetividade da longitudinalidade depende de outros fatores relacionados aos serviços de APS. Destaca-se que o acesso à estes serviços viabiliza o contato e a formação de vínculo entre usuário e profissional. Autores afirmam que o acesso aos serviços de saúde é um pré-requisito da longitudinalidade (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Um bom acolhimento é outra característica fundamental para o fortalecimento da longitudinalidade. Estudo de revisão apontou o acolhimento como ferramenta capaz de promover o vínculo entre profissionais de saúde e usuários (GARUZI et al., 2014). A presença de um médico generalista na equipe de APS contribui para uma relação de longo prazo e a sustenta, pois é um profissional que atende a família em todos os ciclos de vida, desde a gestação até a idade avançada (GIOVANELLA et al., 2012).

A coordenação do cuidado/atenção é um agente facilitador para a longitudinalidade (CUNHA; GIOVANELLA, 2011) que é uma rede integrada de serviços de diferentes níveis de atenção, de modo que distintas intervenções do cuidado sejam percebidas pelo usuário de forma contínua e adequada às suas necessidades de atenção em saúde (STARFIELD, 2002). Da mesma forma, o paciente deve ser percebido em sua integralidade do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença (STARFIELD, 2002) para que suas necessidades possam ser reconhecidas e a resolutividade seja alcançada.

Neste sentido percebe-se que todos os atributos da APS apresentam-se intimamente inter-relacionados na prática assistencial, individual e coletiva dos serviços de APS, ou seja, a

efetividade de um contribui para a efetividade dos demais, mesmo que possam ser avaliados separadamente (BRASIL, 2010).

Realizou-se um estudo de revisão integrativa na disciplina de Práticas Baseadas em Evidências (PBE) do curso de Mestrado em Enfermagem da UFSM em 2014, com o objetivo buscar e avaliar evidências científicas na literatura nacional e internacional sobre os benefícios da longitudinalidade na APS (Artigo 1). Constatou-se a importância deste atributo para a resolutividade dos problemas de saúde e efetividade do cuidado e do serviço, como pode ser constatado a seguir:

Destaca-se a longitudinalidade como forma de conhecer os usuários através da relação duradoura, seus comportamentos, problemas de saúde, e o meio social onde vivem (BARATIERI; MARCON, 2011; GOMES; SILVA, 2011; GOMES et al., 2011; WEI et al., 2005) permitindo o planejamento dos cuidados, intervenção adequada e um cuidado ampliado (BARATIERI; MARCON, 2011; MELLO; LIMA; SCOCHI, 2007; BARATIERI; MANDU; MARCON, 2012). O atributo da longitudinalidade fortalece o estabelecimento de boa relação entre os usuários e profissionais de saúde, oferecendo serviços amigáveis e convenientes e bom atendimento, proporcionando o uso frequente dos serviços de saúde comunitários (WEI et al., 2005; BARATIERI; MANDU; MARCON, 2012).

A longitudinalidade permite o estabelecimento de vínculo, relação interpessoal, e confiança entre profissionais e usuários, fortalecendo os cuidados prestados, a segurança e a identidade do usuário (GOMES; SILVA, 2011; GOMES et al., 2011; MELLO; LIMA; SCOCHI, 2007; BARATIERI; MANDU; MARCON, 2012; CACCIA-BAVA et al., 2011), o que gera um sentimento de satisfação com o processo de atendimento e serviços oferecidos (GOMES et al., 2011; WEI et al., 2005).

Conforme Mello, Lima e Scochi (2007); Baratieri, Mandu e Marcon (2012), durante a presença deste atributo, o acompanhamento do usuário não se relaciona só a doença, mas também a orientação, ações de promoção em saúde e prevenção de agravos e doenças, com superação de riscos. Desta forma, proporciona juntamente com a prestação de uma assistência integral (BARATIERI; MARCON, 2011; BARATIERI; MANDU; MARCON, 2012) maior qualidade dos cuidados prestados (BARATIERI; MANDU; MARCON, 2012; TSAI et al., 2010) a resolutividade dos problemas de saúde (BARATIERI; MARCON, 2011; BARATIERI; MANDU; MARCON, 2012) e conseqüentemente, uma maior qualidade de vida do paciente (BARATIERI; MANDU; MARCON, 2012; TSAI et al., 2010).

A longitudinalidade foi conceituada, ainda, como o cuidado nas diferentes fases da vida, em especial com as que exigem mais atenção, o que é possível através da assistência

duradoura (BARATIERI; MARCON, 2011). Como última evidência desta revisão, este atributo possibilitaria ao longo do tempo a redução de uso de serviços de alta complexidade, com diminuição de custos na saúde (BARATIERI; MANDU; MARCON, 2012).

A partir deste contexto considera-se válido a implementação de esforços para o alcance e manutenção do atributo da longitudinalidade por meio da sua avaliação contínua, visando a melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde da APS.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

4.1.1 Revisão integrativa

Realizou-se um estudo de revisão integrativa nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine and National Institutes of Health (PubMed), Scopus e Web of Science, a partir de cinco estratégias de busca, utilizando como descritor “atencao primaria a saude” ou “primary health care”, e como palavra “longitudinalidade” ou “longitudinality”. Foram encontradas 108 produções.

Tiveram-se como critérios de inclusão os artigos com resumos disponíveis nas bases de dados eletrônicas selecionadas, publicados entre 2001 e 2013, pesquisas realizadas com humanos, publicadas nos idiomas português, inglês ou espanhol. Foram excluídos os artigos de revisão, artigos de reflexão teórica, relatórios, teses e dissertações; artigos não disponíveis na íntegra online e gratuitamente; e estudos que não responderam à pergunta de pesquisa. Foram selecionadas oito estudos após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, o qual foram analisados. Os resultados serão apresentados no artigo 1.

4.1.2 Pesquisa original

Trata-se de um estudo transversal, ou também chamado de estudo analítico ou seccional (*cross-sectional*). Neste tipo de estudo, a “causa” e “efeito” são detectados simultaneamente. Apesar das limitações do delineamento transversal em estabelecer relação de causa e efeito, ele é vantajoso quando existe limitação de tempo e custo (PEREIRA, 2013) que foi o caso deste estudo.

Assim, existe a possibilidade de diagnosticar de forma rápida e com custo factível a qualidade da APS no aspecto da longitudinalidade, com amostra representativa dos usuários da APS na 4ªCRS/RS. Existe também a possibilidade de em curto prazo, subsidiar os gestores com informações dos serviços locais através dos resultados da pesquisa, permitindo o planejamento de políticas e ações de saúde que possam atender às necessidades de saúde da população estudada. Neste sentido, o delineamento escolhido é o mais adequado para a proposta deste estudo. Os resultados deste estudo serão apresentados no artigo 2 e 3.

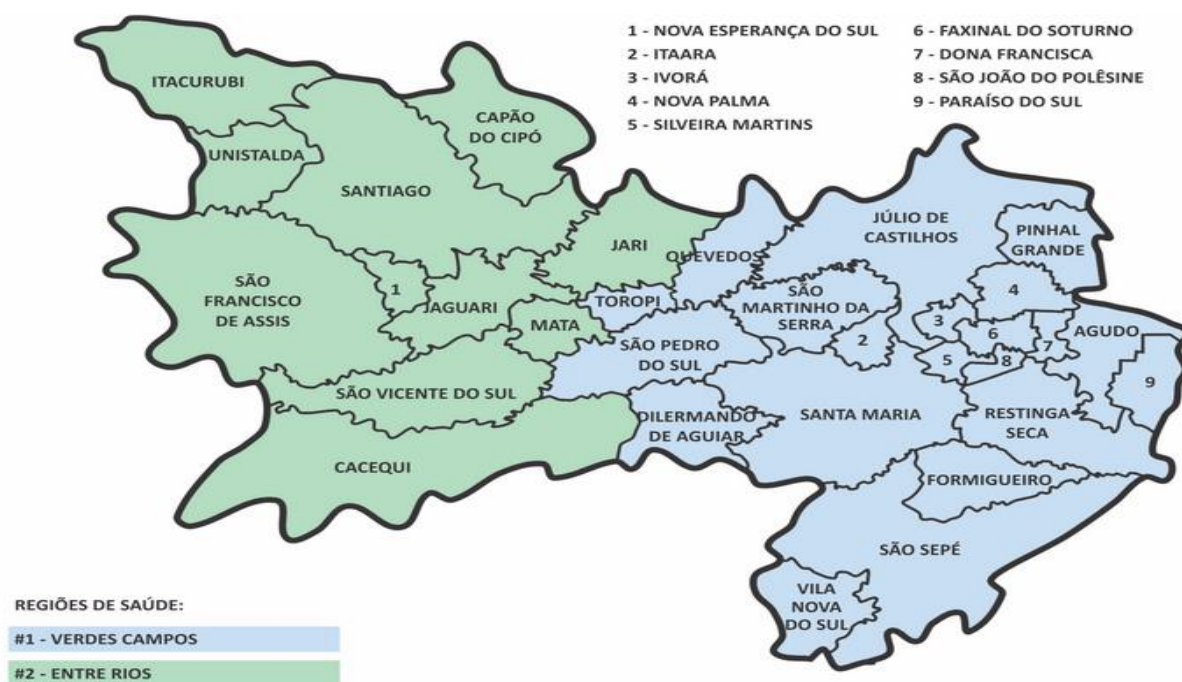
4.2 CENÁRIO E POPULAÇÃO

4.2.1 Cenário da pesquisa

Têm-se como cenário de pesquisa os serviços de APS dos municípios de abrangência da 4ª CRS/RS, localizada na região central do Estado do RS. Sua sede localiza-se em Santa Maria (RS), a 286 km da capital Porto Alegre. A população total residente nesta regional de saúde foi estimada, no ano de 2012, em 559.498 mil habitantes (BRASIL, 2010b).

A 4ª CRS/RS abrange duas regiões de saúde denominadas de Verdes Campos e Entre Rios, que juntas são compostas por 32 municípios (Figura 1). A região de saúde Verdes Campos constitui 21 municípios, possuía 435.021 mil habitantes e sua sede está localizada no município de Santa Maria (RS). A região de saúde Entre Rios é constituída por 11 municípios, possuía 124.477 mil habitantes e sua sede está localizada no município de Santiago (RS).

Figura 1 - Mapa da 4ª CRS/RS: Regiões de saúde e municípios.



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul [2014].

Os municípios da 4ª CRS/RS possuem entre os serviços de APS diferentes modelos de atenção. Em 2015, os municípios juntos constituíam 138 estabelecimentos de APS, no qual 84 possuíam uma equipe de ESF. A região de saúde Verdes Campos possuía 89 estabelecimentos de APS, do qual 52 contavam com uma equipe de ESF; e a região Entre Rios possuía 49 estabelecimentos de APS e 32 contavam com uma equipe de ESF (BRASIL, 2015). No entanto, no mesmo espaço físico de alguns estabelecimentos coexistiam uma Unidade Básica de Saúde tradicional (UBST) e uma ESF, sendo considerados neste estudo como unidades mistas (UBSM).

Tendo em vista que a 4ª CRS/RS possuía no total 84 ESF e considerando que cada ESF seja responsável por 4.000 pessoas, quantidade máxima de população recomendada pelo MS (BRASIL, 2012a), pode-se afirmar que a cobertura da ESF na 4ª CRS/RS era de 60,05% da população. Realizando esta mesma análise por região de saúde, na Verdes Campos a cobertura da ESF era de 47,81%, enquanto que na Entre Rios a cobertura da ESF era de 100,00% da população.

O estado do RS possuía, em 2010, um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,746, considerado um alto desenvolvimento, enquanto que o IDH brasileiro foi de 0,699. Neste mesmo ano, a expectativa de vida ao nascer no RS foi de 75,9 anos, ocupando 4ª posição entre os estados brasileiros, já no país era de 73,48 anos (BRASIL, 2010b). Em relação a baixa renda em 2010, a proporção de população com renda de até 1/2 salário mínimo no RS era de 20,24%, enquanto que no país era de 34,67% (BRASIL, 2010c).

Ainda conforme censo de 2010, a taxa de analfabetismo na população de 15 anos ou mais era de 4,4/1.000 hab. no RS e no Brasil era de 9,6/1.000 hab. A taxa de desemprego entre a população de 16 anos ou mais no RS era de 4,77, enquanto que no Brasil era de 7,42 (BRASIL, 2010c). A taxa de natalidade era de 11,6 no RS, considerado o estado brasileiro com a menor taxa de natalidade no país, enquanto que no Brasil era de 15,77 (BRASIL, 2010b).

Entre a população do Estado do RS, em 2012, 6,02% eram crianças de quatro anos de idade ou menos, enquanto isso, a população de idosos do estado correspondia a 13,62% da população total e a população de adultos (≥ 18 anos) correspondia a 72,59%. No país, crianças de quatro anos de idade ou menos correspondiam a 7,24% da população, os idosos correspondiam a 10,76% do total populacional e a população de adultos (≥ 18 anos) correspondia a 68,78% (BRASIL, 2012c).

Nos municípios da 4ª CRS/RS, a população de crianças de quatro anos ou menos correspondia a 5,62%, a população de idosos correspondia a 15,44% e a população de adultos (idade ≥ 18 anos) correspondia a 75,25% da população (BRASIL, 2012c).

4.2.2 População alvo

A população alvo deste estudo são os usuários adultos (idade ≥ 18 anos) dos serviços de APS dos municípios da 4ª CRS/RS. A população total de adultos nos municípios da 4ª CRS/RS era de 406.741 mil pessoas (BRASIL, 2010b). Destes, 47,78% eram homens, 52,22% eram mulheres e 17,13% da população de adultos eram idosos (BRASIL, 2012c).

A taxa de analfabetismo nos municípios da 4ª CRS/RS, na população de 15 anos ou mais, em 2010, era de 4,8 e a taxa de desemprego da população de 16 anos e mais era de 5,07, maior que no estado. Em relação a baixa renda a proporção de população com renda de até 1/2 salário mínimo, no mesmo ano, era de 24,42%, também maior que no estado (BRASIL, 2010c).

No ano de 2013, os municípios da 4ª CRS/RS obtiveram um total de 4.431 óbitos entre a população adulta. Destes, 30,33% ocorreram devido doenças do aparelho circulatório, 23,02% tiveram como causa as neoplasias, 12,23% ocorreram devido doenças do aparelho respiratório e 9,43% devido as causas externas (BRASIL, 2013a).

4.3 CÁLCULO AMOSTRAL

O tamanho da amostra foi definida através de cálculo amostral, com base na estimativa da média populacional de adultos de cada município pertencente a 4ª CRS/RS, usando o cálculo apresentado à seguir.

Figura 2 – Fórmula do cálculo do tamanho da amostra.

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

N= População= 406.741;

n= Amostra Mínima= 1.065;

Z= Valor tabelado (Dist. Normal Padrão)= 1,96;

P= Percentual estimado= 0,5;

q= Complemento de p (1-p)= 0,5;

e= Erro amostral= 0,05;

^a = Nível de significância= 0,05;

4.4 AMOSTRA/AMOSTRAGEM

Nesta pesquisa foram entrevistados usuários adultos da APS. O tamanho da amostra foi definida através do cálculo amostral apresentado anteriormente, visando a obtenção de uma amostra representativa por município. Não é possível evitar a ocorrência do erro amostral, porém é possível limitar seu valor através da escolha de uma amostra de tamanho adequado (BARBETTA, 2014). Desta forma, a amostra do estudo foi de 1.065 usuários adultos da APS nos municípios da 4ª CRS/RS, sendo esta amostra proporcional por município, conforme Figura 2.

Figura 3 - População total e amostra de participantes do estudo.

	A	B	C	D
	MUNICÍPIO	Pop. GERAL	ADULTA (>18) geral	Amostra (>18)
2	Santa Maria	274.838	198.768	520
3	Quevedos	2.812	2.011	5
4	Julio de Castilhos	20.074	14.009	37
5	Pinhal Grande	4.568	3.211	8
6	Toropi	2.997	2.300	6
7	São Martinho da Serra	3.305	2.442	6
8	Nova Palma	6.579	4.754	12
9	São Pedro do Sul	16.802	12.488	33
10	Itaara	5.299	3.711	10
11	Ivorá	2.149	1.652	4
12	Faxinal do Soturno	6.870	5.077	13
13	Dona Francisca	3.397	2.497	7
14	Silveira Martins	2.491	1.910	5
15	São João do Polesine	2.654	2.037	5
16	Agudo	17.140	12.631	33
17	Dilermando de Aguiar	3.140	2.266	6
18	Restinga Seca	16.345	11.912	31
19	Paraíso do Sul	7.632	5.666	15
20	Formigueiro	7.119	5.273	14
21	São Sepé	24.448	17.816	47
22	Vila Nova do Sul	4.362	3.151	8
23	Santiago	49.071	36.935	97
24	Itacurubi	3.441	2.487	7
25	Unistalda	2.450	1.789	5
26	Capão do Cipó	3.104	2.252	6
27	São Francisco de Assis	19.254	14.480	38
28	cacequi	13.685	9.012	24
29	São Vicente do Sul	8.771	6.136	16
30	Esperança do Sul	4.671	2.540	7
31	Jaguari	11.478	9.005	24
32	Jari	3.441	2.664	7
33	Mata	5.111	3.859	10
34	TOTAL	559.498	406.741	1.065

Fonte: IBGE, 2010.

A amostragem da população ocorreu através do método de conveniência (não-probabilística) respeitando a amostra de adultos. Este método de amostragem envolve o uso das pessoas mais convenientemente disponíveis (POLLIT, 2011), ou seja, neste estudo foram abordadas as pessoas que chegaram até os serviços de saúde da APS, uma vez que a população alvo foram os usuários destes serviços. Os usuários foram selecionados aos chegarem até a unidade de saúde, antes ou após a realização de consultas, exames ou outros procedimentos.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Neste estudo, tem-se como critérios de inclusão: possuir idade ≥ 18 anos na data da entrevista e aceitar participar da pesquisa com a assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE). Critérios de exclusão: usuários adultos em que seja primeiro acesso junto ao serviço de APS e que não possuam condições de saúde cognitiva para responder ao instrumento de pesquisa.

4.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados teve início no mês de fevereiro de 2015 e finalizou no mês de junho de 2015. Esta foi realizada por seis mestrandos do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM, integrantes de um projeto de pesquisa matricial, ao qual este projeto está vinculado. A capacitação ocorreu mediante estudo prévio do instrumento de coleta de dados, seguindo o “Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: *Primary Care Assessment Tool- Brasil*” (BRASIL, 2010) e mediante orientações da professora coordenadora do projeto.

Para a coleta de dados, cada entrevistador recebeu um crachá de identificação, uma caneta, folhas de ofício A4 para registro de observações e os seguintes materiais impressos: um manual do instrumento de pesquisa, um mapa da 4ª CRS/RS e respectivos municípios, uma planilha com os horários das viagens dos ônibus intermunicipais com os valores das passagens e uma planilha com o tamanho da amostra de cada município. Cada entrevistador recebeu também um *tablet* mediante a assinatura de um termo de compromisso.

Para facilitar a coleta de dados, cada região de saúde ficou sob responsabilidade de um grupo formado por três mestrandos, assim cada grupo organizou suas viagens e a coleta conforme a disponibilidade dos integrantes. A coleta de dados iniciou pelos municípios mais distantes de Santa Maria (RS), local de moradia dos entrevistadores. Quando os horários das viagens dos ônibus intermunicipais eram limitados para ir e voltar dos municípios, frequentemente os entrevistadores permaneciam no município por mais de um dia, caso contrário, viajavam ao município todos os dias até alcançar a quantidade de entrevistados da amostra.

Ao chegar nos municípios, os coletadores direcionavam-se primeiramente a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para entregar um termo de autorização para a coleta de dados fornecido pela 4ª CRS/RS e para buscar informações sobre as unidades de APS e sua localização no município. Frequentemente as SMS disponibilizavam um carro para o descolamento dos entrevistadores de uma unidade de saúde para outra. Ao chegar nas unidades de APS, primeiramente os entrevistadores se apresentavam aos profissionais de saúde, explanavam o objetivo da pesquisa e em seguida solicitavam um espaço para a entrevista, como forma de garantir a privacidade dos entrevistados.

Conforme os usuários chegavam às unidades de saúde, eram abordados e convidados a participar da pesquisa. Caso o usuário era chamado para consulta médica, de enfermagem ou acolhimento durante a entrevista, este teve a liberdade de ir para sua consulta e o entrevistador aguardava seu retorno. E quando, por algum motivo a entrevista não era finalizada, os dados eram eliminados. O estudo ocorreu no turno de funcionamento dos serviços de saúde.

Os dados foram coletados a partir de um *tablet* utilizando o programa *Epi Info* versão 7,0. A coleta era realizada de segunda a quinta-feira e semanalmente, nas sextas-feiras, os mestrandos se reuniam para transferir os dados dos *tablets* para o programa *Microsoft Excel* 2013, *Windows* 8, em um computador. Na ocasião os entrevistadores aproveitavam para tirar dúvidas e expor problemas ou imprevistos que ocorreriam durante a coleta. Os gastos financeiros com a coleta eram reembolsados mediante entrega de comprovantes. A coleta foi acompanhada pela professora responsável da pesquisa e pelo professor estatístico que auxiliou na análise dos dados.

4.7 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Foi aplicado um questionário socioeconômico e demográfico (Apêndice A) e para avaliação da longitudinalidade foi aplicado o instrumento de pesquisa PCATool Versão

Adulto (Anexo A), criado por Starfield e colaboradores (SHI; STARFIELD; XU, 2001) e validado no Brasil (HARHZEIM et al, 2013). O instrumento possibilita medir a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS. No entanto, neste estudo tem-se como objetivo a avaliação do atributo da longitudinalidade, um dos atributos essenciais da APS.

O PCATool surgiu com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1988), promovendo medida de base individual sobre estrutura e, principalmente, o processo de atenção em APS. Assim, cada atributo essencial identificado no instrumento PCATool é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção. Neste sentido, o atributo da longitudinalidade é constituído pelo componente estrutura (Grau de Afiliação) e processo (Longitudinalidade) (BRASIL, 2010).

A seguir serão apresentadas as variáveis independentes e dependentes:

4.7.1 Variáveis Independentes

Entre as variáveis independentes estão incluídas as variáveis socioeconômicas e demográficas: sexo, raça/etnia, estado civil, plano de saúde privado, renda familiar, escolaridade, e meio de transporte utilizado para chegar à unidade de saúde e região de saúde: Entre Rios e Verdes Campos. E os modelos de APS: Unidade Básica de Saúde Tradicional (UBST), Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Unidade de Saúde Mista (UBSM).

4.7.2 Variável dependente: Longitudinalidade

A avaliação do atributo da longitudinalidade foi realizado através dos componentes Grau de Afiliação e Longitudinalidade.

Os itens sobre Grau de Afiliação encontram-se associados a todos os atributos da APS e identificam o serviço ou profissional de saúde de referência para os cuidados do adulto a ser entrevistado. É uma parte do instrumento onde o entrevistado irá identificar o serviço de saúde, ou o profissional de saúde sobre o qual versará todo o restante do instrumento (BRASIL, 2010). Além disso, é considerado o componente estrutura do atributo da longitudinalidade.

4.5.2.1 PCATool-Brasil Versão Adulto: Contém 17 itens divididos em dois componentes da APS:

Grau de afiliação (A) - componente de estrutura do atributo da longitudinalidade: Itens= A1, A2, A3.

Figura 4 - Algoritmo para verificar o escore do componente Grau de Afiliação.

- Todas as respostas NÃO:
A1 = A2 = A3 = 0, então Grau de Afiliação = 1.
- Uma, duas ou três respostas SIM, porém diferentes, relativas a diferentes serviços:
A1 ≠ A2 ≠ A3 ≠ 0, então Grau de Afiliação = 2
- Duas respostas SIM iguais, relativas ao mesmo serviço:
A1 = A2 ou A1=A3 ou A2=A3 e iguais a SIM, então Grau de Afiliação = 3
- Todas as respostas SIM, todas relativas ao mesmo serviço:
A1 = A2 = A3 = 1, então Grau de Afiliação = 4

Fonte: BRASIL, 2010.

Longitudinalidade (D) - Itens: D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13, D14.

No instrumento PCATool versão adulto, o item D14 do atributo da Longitudinalidade tem o valor invertido. Este ítem foi formulado de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para APS. Após realizar a inversão deste valor no banco de dados, a média é calculada pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens. Ex: escore do atributo da longitudinalidade = $D1 + D2 + D3 + D4 + D5 + D6 + D7 + D8 + D9 + D10 + D11 + D12 + D13 + D14 / 14$ (HARZHEIM et al., 2006; BRASIL, 2010).

4.8 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A avaliação da qualidade da atenção à saúde, neste estudo, será considerada como a presença e a extensão do atributo da longitudinalidade da APS (STARFIELD, 2002). O instrumento PCATool é composto por perguntas fechadas, que foram analisadas quantitativamente. Este mede a presença e a extensão da longitudinalidade por meio de média

aritmética dos itens (perguntas/respostas) deste atributo. As respostas são 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). Quando a soma de respostas “não sei/não lembro” atingiu 50% ou mais do total de itens da longitudinalidade o questionário foi excluído, caso contrário estas respostas foram consideradas como “provavelmente não” (BRASIL, 2010).

A partir dessas respostas foi possível calcular um escore para o atributo da longitudinalidade da APS que varia de 1 a 4 (escore mínimo: 1 e escore máximo: 4). Esta escala apresenta variáveis qualitativas ordinais, que posteriormente foram transformadas em variáveis quantitativas contínuas para obtenção de um escore final. A seguir será apresentado o cálculo do escore final para o grau de afiliação e a longitudinalidade.

4.8.1 Transformação da escala

O valor médio obtido através das respostas em escala de *likert* é transformado para uma escala de 0 a 10, tornando-se uma variável quantitativa contínua, conforme o manual do instrumento. O mesmo processo pode ser realizado com a média obtida para o grau de afiliação através do algoritmo apresentado anteriormente:

$$\text{Escore da longitudinalidade} = \frac{(\text{escore obtido} - 1) * 10}{4-1}$$

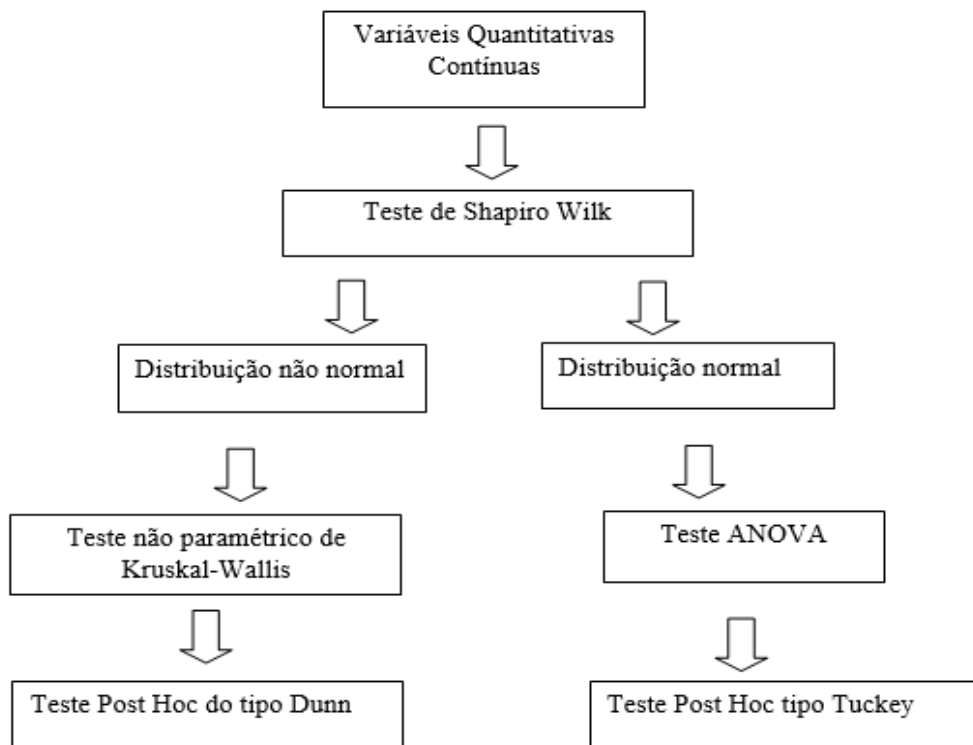
O escore final do atributo da longitudinalidade pode ser dicotomizado em duas categorias, representando baixo escore quando $<6,6$ e alto escore quando $\geq 6,6$ (BRASIL, 2010).

4.8.2 Análise

Os dados foram analisados no *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 16.0 *for Windows*. Foi utilizada a estatística descritiva, sendo que as variáveis categóricas foram expressas em frequência absoluta e relativa e as variáveis quantitativas em média e mediana como medidas de posição central; e desvio padrão ou erro padrão como medidas de dispersão, levando em consideração a simetria ou assimetria da distribuição dos dados. A distribuição de normalidade das variáveis foi avaliada pelo Teste de *Shapiro Wilk*, recomendado para amostras com menos de 2.000 observações (SHAPIRO; WILK, 1965).

Foi analisada se houve diferença entre escores do atributo da longitudinalidade entre os modelos de APS – UBST, ESF e UBSM (comparação entre três grupos). Após testada a distribuição de normalidade, aplicou-se teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* devido a distribuição não normal dos dados e o teste *Post Hoc* do tipo *Dunn* para identificar quais dos pares de grupos diferem (Figura 5). Foi aplicado o coeficiente alfa de *Cronbach* para avaliar a confiabilidade das respostas, considerando valor igual ou superior a 0,70 (HAIR et al., 2006).

Figura 5 - Testes estatísticos para comparação de três ou mais grupos



Fonte: A autora

Quanto as variáveis qualitativas foi aplicado para as tabelas de contingência o teste qui-quadrado para verificar associação ou relação entre variáveis categóricas. Para verificar quais das variáveis categóricas estão associadas a possíveis altos escores da APS, foi realizada a Regressão de *Poisson* com variância robusta utilizando valor de $p < 0,15$. Este tipo de análise é utilizado para estudar, objetivamente, a relação entre as variáveis independentes (socioeconômicas, demográficas e modelos de APS) e a variável dependente (longitudinalidade) (BARBETTA, 2014).

As análises de correlação foram utilizadas visando a direcionalidade e magnitude da correlação entre os itens que compõem o atributo da longitudinalidade e seu escore geral, calculando-se o coeficiente de correlação de *Pearson*. A direcionalidade da correlação é expressa por: positiva (+) ou negativa (-) e a magnitude pode ser expressa por: fraca (<0,4), moderada (0,4 a 0,6) e forte (>0,6) (LEVI; FOX, 2004). Para as análises estatísticas foi considerado nível de significância de 5%.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo é oriundo de um projeto matricial intitulado “PCATool: avaliação da atenção primária na 4ª CRS/RS”. O projeto foi submetido à apreciação da 4ªCRS para a obtenção da autorização institucional para a realização da pesquisa nos 32 municípios. A submissão ocorreu mediante carta de apresentação do pesquisador à instituição. Posteriormente, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) com Seres Humanos da UFSM, obtendo parecer de aprovação, com registro no Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 34137314.4.0000.5346 (Anexo B).

Os preceitos éticos estão baseados na Resolução nº 466 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013b). Assim, a pesquisa procedeu mediante assinatura pelos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo C). Se durante a entrevista o usuário entrevistado se sentiu constrangido ou desistiu, a pesquisa era interrompida e seus dados descartados.

Os termos e os dados serão armazenados durante cinco anos em HD externo que serão guardados na Universidade Federal de Santa Maria sob a responsabilidade da pesquisadora responsável. Após os cinco anos os HDs serão formatados e os dados eliminados. A pesquisadora responsável autorizou a utilização deste banco de dados para o desenvolvimento desta dissertação (Apêndice B). Os benefícios da participação dos usuários neste estudo são indiretos, na forma de contribuir com a avaliação para melhoria do serviço e saúde da população.

O projeto contou com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Edital Universal 2014. Após a defesa da dissertação, os resultados serão apresentados em reunião na 4ª CRS/RS e repassados aos municípios. Além disso os dados serão divulgados em eventos científicos através de resumos e submissão de artigos para apreciação de revistas científicas.

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO 1

Artigo ACEITO pelo periódico “**Evidentia**” e será publicado no nº 53, ano 2016 (Anexo D).

Benefícios da longitudinalidade como atributo da Atenção Primária à Saúde
Beneficios de la longitudinalidad como atributo de la Atención Primaria a Salud
Benefits of longitudinality as attribute of Health Primary Care

Marciane Kessler¹, Thaís Dresch Eberhardt¹, Rhea Sílvia de Ávila Soares², Eduarda Signor¹, Suzinara Beatriz Soares de Lima³, Teresinha Heck Weiller³

Resumo

Objetivo: buscar evidências científicas que descrevem os benefícios da longitudinalidade no âmbito da Atenção Primária em Saúde. Método: revisão integrativa da literatura, realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, National Library of Medicine and National Institutes of Health, Scopus e Web of Science. Resultados: foram selecionados oito artigos. A longitudinalidade permite conhecer o usuário e seus problemas de saúde, planejar o cuidado, estabelecer vínculo, relação interpessoal e confiança, bom atendimento e satisfação do usuário. Proporciona maior orientação, ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, resolutividade, e qualidade de vida. É o cuidado nas diferentes fases da vida, reduzindo o uso de serviços de alta complexidade, e custos na saúde. Considerações Finais: identificaram-se os benefícios deste atributo nos serviços de Atenção Primária à Saúde.

Descritores: Gestão em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Continuidade da Assistência ao Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde.

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

Resumen

Objetivo: buscar las evidencias científicas acerca de los beneficios de la longitudinalidad en el ámbito de la atención primaria en salud. **Método:** revisión integrativa de la literatura, realizada en las bases de datos Literatura Latino-Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud, National Library of Medicine and National Institutes of Health, Scopus y Web of Science. **Resultados:** Se seleccionaron ocho artículos. La longitudinalidad permite conocer el paciente y sus problemas de salud, planear el cuidado, establecer vínculo, relación interpersonal y confianza, un adecuado atendimento y satisfacción al usuario. Proporciona mayor orientación, acciones de prevención de molestias y promoción de salud, capacidad de resolución y calidad de vida. Ese concepto incluye el cuidado en las diferentes fases de la vida, reduciendo el uso de servicios de alta complejidad y costos con salud. **Consideraciones Finales:** se identificó los beneficios de la longitudinalidad en los servicios de atención primaria.

Descriptor: Gestión em salud; Atención Primaria de Salud; Continuidad de la Atención al Paciente; Solución de Problemas; Calidad de la Atención de Salud.

Abstract

Objective: to search for scientific evidences that approach the benefits of longitudinality as attribute in the context of health primary care. **Method:** it is an integrative review performed in the following databases: Latin America and the Caribbean Literature on Health and Science, National Library of Medicine and National Institutes of Health, Scopus and Web of Science. **Results:** Eight papers met criteria for inclusion. Longitudinality allows knowing the patient and his health problems; planning the health care; establishing link to the patient; strength interpersonal relations and trust; providing the patient`s satisfaction and a good attendance to them. Also, longitudinality allows improving patients` guidance, actions for diseases prevention and health promotion, problems-solving ways, and quality of life. This concept includes the different phases of life, decreasing the use of high complexity health services, and the health costs. **Final Considerations:** we identified the benefits of the longitudinality in health primary care.

Descriptors: Health management; Primary Health; Continuity of Patient Care; Problem Solving; Quality of Health Care.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi uma proposta formalizada e estruturada a partir da primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, em Alma-Ata, Kazaquistão.¹ A formulação deste novo paradigma compreende a necessidade de reorientação do modelo assistencial centrado no atendimento individual, queixa, aspectos biológicos, fragmentação do cuidado e hospitalocêntrico predominante na época, com vistas a atender às reais necessidades de saúde das pessoas, famílias e comunidade.²

Assim, algumas experiências de APS foram instituídas no Brasil no decorrer do século XX, com destaque à constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, criado a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde e, posteriormente, em espaços de articulação da Participação Popular na Constituinte.¹ Nesse contexto, em conformidade com os princípios do SUS, foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) na década de 90, o Programa Saúde da Família (PSF), que posteriormente, com a ampliação do seu conceito, passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), como forma de reorientação e expansão da APS e reorganização do SUS.³

Desde sua formulação, diversos autores vêm propondo definições sobre a APS. Entretanto, destaca-se a definição construída por Starfield,⁴ estudiosa da APS e referência adotada pelo MS.⁵ A APS tem papel fundamental e efetivo na organização de sistemas de saúde, com redução de custos, humanização da atenção, levando os serviços para mais perto do cidadão. Promove a organização e racionalização da utilização dos recursos, com enfoque na promoção, manutenção e melhoria da saúde. Uma estratégia, que, com o aprimoramento das condições sociais e ambientais resultantes de políticas públicas, visa a efetividade, a eficácia e a equidade.⁴

Vale destacar, que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera “Atenção Básica à Saúde (ABS)” e “APS” como termos equivalentes,⁶ no entanto utilizará-se neste estudo o segundo termo, a partir do conceito de Starfield.⁴

Ocorreram notáveis avanços no processo de estruturação e reorganização da APS, no entanto, melhorar a qualidade dos serviços prestados neste nível de atenção, ainda é um desafio.⁷ Assim, autores^{4,8} citam e conceituam quatro atributos essenciais – acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção – e três atributos derivados – atenção à saúde centrada na família, orientação comunitária, e competência cultural – que orientam os serviços de APS, sendo considerados importantes indicadores de qualidade da APS.

Dentre os atributos da APS, destaca-se a longitudinalidade – característica que possibilita uma atenção orientada para a pessoa, e possui como essência uma fonte habitual de atenção e sua utilização ao longo do tempo, com a presença de relação interpessoal e de confiança entre usuários e profissionais de saúde.⁴ Porém, vale ressaltar que a palavra continuidade do cuidado geralmente acaba sendo usada de forma equivocada, no lugar de longitudinalidade,⁴ sendo o segundo termo não usual na literatura, especialmente no Brasil.⁷

Promover a longitudinalidade é um dos objetivos a serem alcançados para a reforma da APS, cuja realização melhora os cuidados clínicos e de saúde pública.⁹ Assim, é oportuno reconhecer este atributo como característica central da APS em nosso país e deve ser almejado.⁷

Diante deste contexto, tem-se como objetivo deste estudo, avaliar evidências científicas na literatura nacional e internacional sobre os benefícios da longitudinalidade na APS. Partiu-se da seguinte questão de pesquisa: “Quais as evidências científicas dos benefícios da longitudinalidade na APS?”

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Esta sintetiza resultados de pesquisas anteriores e mostra as conclusões sobre um fenômeno específico. Segue um processo de análise sistemático, possibilitando identificar as lacunas do conhecimento em relação ao fenômeno estudado¹⁰ e permite a melhoria da assistência a saúde.¹¹

Para a elaboração dessa revisão, seguiram-se os seguintes passos: identificação do tema; estabelecimento da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra), definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados e categorização dos estudos; avaliação dos estudos; interpretação e apresentação dos resultados; síntese do conhecimento.¹¹

A coleta de dados foi realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine and National Institutes of Health (PubMed), Scopus e Web of Science, pelo acesso *online* através da Biblioteca da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), no mês de maio de 2014.

Para a busca dos artigos foram utilizadas estratégias respeitando as especificidades de cada base de dados. Utilizou-se como descritor “atencao primaria a saude”, que faz parte dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e “primary health care” sendo seu correspondente no Medical Subject Headings (MeSH), “longitudinalidade” e

“longitudinality” como palavras. Desta forma, foram utilizadas as estratégias identificadas no Quadro 1.

Quadro 1. Apresentação das estratégias utilizadas nas Bases de Dados para a busca dos artigos. LILACS, Pubmed, SCOPUS e Web of Sciece, 2001 a 2013

Base de Dados	Estratégia de busca
LILACS	"atencao primaria a saude" [Descritor de assunto] AND "Longitudinalidade" [Palavras]
PubMed	"primary health care" [MeSH Terms] AND longitudinality [Title/Abstract]
PubMed	"primary health care" [Title/Abstract] AND longitudinality [Title/Abstract]
Scopus	TITLE-ABS-KEY ("primary health care") AND TITLE-ABS-KEY ("longitudinality")
Web of Science	("primary health care") AND Tópico: ("longitudinality")

Os artigos foram categorizados quanto ao nível de evidência¹²: nível 1 - revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2 - evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado, bem delineado; nível 3 – ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4 – estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5 – revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6 – evidências provenientes de um único estudo descritivo ou qualitativo; e nível 7 – opinião de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas.

Foram incluídos os artigos com resumos disponíveis nas bases de dados eletrônicas selecionadas, publicados entre 2001 e 2013, pesquisas realizadas com humanos, publicadas nos idiomas português, inglês ou espanhol. O recorte temporal se justifica pela verificação da confiabilidade do instrumento de avaliação *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), em 2001, que utiliza os atributos da APS para avaliação deste serviço de saúde.⁸ Foram excluídos os artigos de revisão, artigos de reflexão teórica, relatórios, teses e dissertações; artigos não disponíveis na íntegra online e gratuitamente; e estudos que não responderam à pergunta de pesquisa.

Foram encontradas 108 produções e selecionadas oito, após a aplicação dos critérios de inclusão (Figura 1). Não foram selecionados estudos na base de dados Web of Science, pois quatro foram excluídos a partir da aplicação dos critérios de inclusão e os demais eram duplicados.

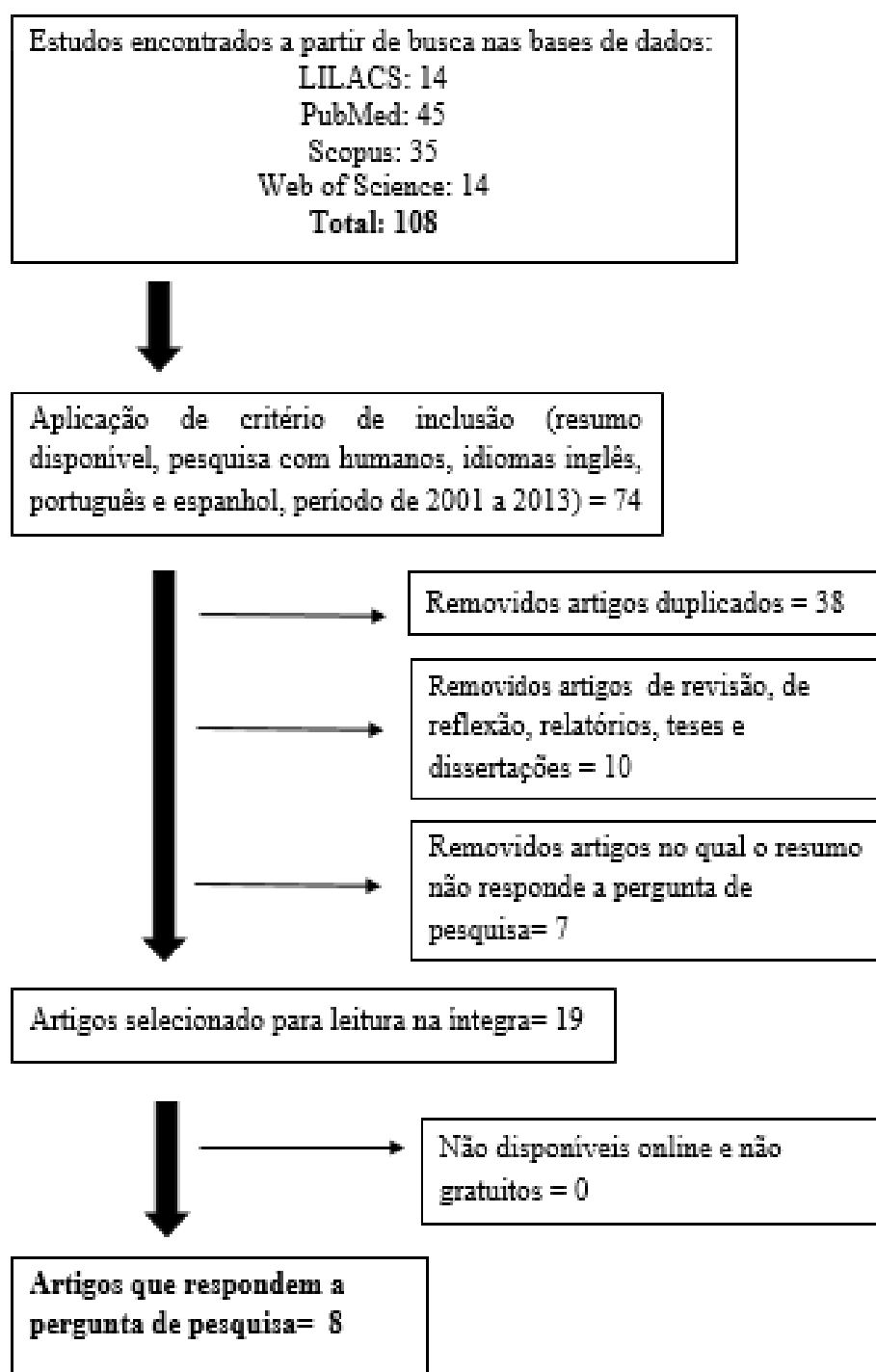


Figura 1. Fluxograma de identificação e seleção dos artigos. LILACS, PubMed, SCOPUS, 2001 a 2013

Para a análise e síntese dos artigos selecionados, foi utilizado um quadro, construído para esse fim, que contempla os seguintes aspectos: nome da pesquisa, nome dos autores, país e ano de publicação, revista de publicação, país de origem da pesquisa, tipo de pesquisa e abordagem, e principais resultados.

Quanto às questões éticas, os preceitos de autoria foram respeitados. Em virtude da natureza bibliográfica da pesquisa, não houve necessidade de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização dos artigos selecionados pode ser visualizada no Quadro 2. No que tange ao recorte temporal de publicação pode-se considerar que os estudos sobre a temática abordada são recentes na literatura, com aumento considerável no ano de 2011. A maioria (75,0%) dos estudos foi publicado em português e em periódicos brasileiros, além de ter sido desenvolvido no Brasil.

Quadro 2. Caracterização dos artigos selecionados de acordo com o número de identificação, base de dados, ano de publicação, revista, idioma e país do estudo. LILACS, PubMed, SCOPUS, 2001 a 2013

Nº	Base de dados	Ano de publicação	Revista	Idioma	País do estudo
1	LILACS	2011	Escola Anna Nery	Português	Brasil
2	LILACS	2011	Ciência & Saúde Coletiva	Português	Brasil
3	LILACS	2011	Ciência & Saúde Coletiva	Português	Brasil
4	PUBMED	2005	International Journal of Health Planning and Management	Inglês	China
5	LILACS	2007	Revista Latino-americana de Enfermagem	Português	Brasil
6	PUBMED	2012	Revista Escola de Enfermagem da USP	Português	Brasil
7	SCOPUS	2011	Medicina (Ribeirão Preto)	Português	Brasil
8	PUBMED	2010	Medical Care	Inglês	China

No Quadro 3 são apresentados o método e abordagem metodológica, níveis de evidência e principais resultados dos artigos selecionados. Há uma diversidade de metodologias empregadas, como estudo de caso (12,5%), descritivo e exploratório (25,0%), transversal descritivo (25,0%) e transversal (12,5%). A maioria (62,5%) utilizou abordagem qualitativa.

Quadro 3. Caracterização dos artigos selecionados na sequência que aparecem na descrição dos resultados, de acordo com o número de identificação, título, método e abordagem, principais resultados e nível de evidência. LILACS, PubMed, SCOPUS, 2001 a 2013

Nº	Título	Método/ abordagem	Nível de evidência	Principais Resultados
1	Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família ¹³	Estudo descritivo-exploratório Abordagem qualitativa	6	O significado da longitudinalidade se relaciona a uma relação duradoura, com a prestação de uma assistência integral e resolutividade dos problemas de saúde.
2	Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte ¹⁴	Estudo qualitativo	6	Relação entre a longitudinalidade com a criação de vínculo usuário-equipe, possibilitando conhecimento dos problemas dos pacientes. Também está relacionada à adscrição de clientela e utilização do serviço ao longo do tempo.
3	Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde ¹⁵	Estudo transversal descritivo Abordagem quali-quantitativa	6	Longitudinalidade relacionada à boa atenção em saúde; usuários satisfeitos com o serviço oferecido; conhecimento da população e do seu meio social. Vínculo, fortalecimento dos laços, estabelecimento de relação de confiança e de cuidado entre população e profissionais.
4	The Shanghai case: A qualitative evaluation of community health reform in response to the challenge of population ageing ¹⁶	Estudos de caso Abordagem qualitativa	6	Longitudinalidade possibilita entender o contexto dos pacientes idosos. Recebimento de bom <i>feedback</i> dos pacientes. Possibilita rastrear comportamentos e problemas de saúde. Estabelecimento de boa relação com os profissionais de saúde. Sentimento de satisfação com o processo de atendimento e uso frequente dos serviços de saúde comunitários devido ao serviço conveniente e amigável.
5	A saúde de crianças em situação de pobreza: entre a rotina e a eventualidade de cuidados cotidianos ¹⁷	Estudo qualitativo	6	É importante o estabelecimento de vínculo e co-responsabilidade entre os sujeitos. O acompanhamento não se relaciona só a doença, mas também à orientação, ações de promoção em saúde e prevenção de doenças. O seguimento da criança possibilita um cuidado ampliado, construindo confiança, segurança, identidade materna. A mãe se fortalece na interação com os profissionais.
6	Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos da experiência profissional ¹⁸	Estudo descritivo-exploratório Abordagem qualitativa	6	Longitudinalidade relacionada à superação da situação de risco e resolutividade. Estabelecimento de vínculo com o usuário, acompanhamento por meio de laços duradouros, que transcendem os episódios de doença. Permite intervenções adequadas que amenizam os problemas de saúde, reduzindo agravos e uso de serviços de alta complexidade, diminuindo custos. Melhoria da qualidade de vida. Criação de laços interpessoais, que favorecem a

				terapêutica e resultados positivos. Relação com a integralidade, contextualizando seus problemas de saúde com os determinantes do processo saúde-doença.
7	Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS ¹⁹	Estudo transversal e descritivo Abordagem quantitativa	6	Conceito "bom" ao atendimento obtido nas UBS e USF, devido a dois atributos da AB, dentre eles a longitudinalidade do cuidado / estabelecimento de vínculos. Esse vínculo foi estabelecido com a unidade de PA, mesmo com queixas compatíveis com a AB.
8	Usual Source of Care and the Quality of Medical Care Experiences ²⁰	Estudo transversal Abordagem quantitativa	6	Olhando para indicadores de qualidade de cuidados, os pacientes com uso de fonte habitual de cuidados tiveram a qualidade das experiências médicas maior do que aqueles sem uma fonte habitual de cuidados. Pacientes que perceberam melhor seu estado de saúde relataram maior qualidade dos cuidados.

Em relação às evidências científicas encontradas nos artigos selecionados, que descrevem a longitudinalidade como um atributo importante no âmbito da APS e seus benefícios, esta destaca-se como forma de conhecer os usuários através da relação duradoura, seus comportamentos, problemas de saúde, e o meio social onde vivem.^{13,14,15,16}

Estudos^{2,21} mostram que, o novo modelo de atenção a saúde preconizado possibilita maior aproximação dos profissionais de saúde com os usuários e amplia o reconhecimento do seu contexto de vida. Quando os usuários adentram na unidade de APS, independente da sua necessidade, a equipe é capaz de reconhecer aspectos significativos da sua singularidade.²¹ Assim, a longitudinalidade permite a adaptação das atividades conforme as peculiaridades de cada paciente, a família e a comunidade.⁹

Acredita-se que os profissionais da saúde envolvidos em atenção longitudinal sejam mais sensíveis a informações sutis, que podem auxiliar a esclarecer a natureza do problema do usuário. O conhecimento acumulado em relação aos antecedentes e as experiências de doenças podem ajudar os profissionais a chegar a uma avaliação mais precisa de seu problema.⁴

Dessa forma, a equipe dos serviços de APS precisa conhecer a população adscrita da sua área de abrangência, possibilitando identificar as necessidades da população e elencar as prioridades educativas.²² Estudo mostra a necessidade das políticas públicas fundamentarem-se em princípios que contemplem as reais necessidades dos usuários.²³

Este estudo evidenciou que, conhecer o usuário e seus problemas permite o planejamento dos cuidados, intervenção adequada e um cuidado ampliado.^{13,17,18}

As ações ao serem planejadas, devem levar em consideração os fatores que determinam o processo saúde/doença e a singularidade dos usuários, a fim de alcançar efeitos positivos nas condições de vida dos mesmos.²² Quando os profissionais conhecem os usuários, eles possuem maior capacidade de julgar a necessidade de intervenções diagnósticas e de avaliar os méritos relativos de diferentes modos de intervenção.⁴

O atributo da longitudinalidade fortalece o estabelecimento de boa relação entre os usuários e profissionais de saúde, oferecendo serviços amigáveis e convenientes, e bom atendimento, proporcionando o uso frequente dos serviços de saúde comunitários.^{16,18}

Estudo²¹ apresenta elementos que representam as expectativas dos usuários no que tange ao cuidado à saúde, indicando aspectos que vão além do cuidado ao corpo e a percepção biologicista, incluindo a importância e necessidade das relações interpessoais, da escuta, da orientação e da preocupação em dar respostas e encaminhamentos às necessidades identificadas.

Quando a escuta é desenvolvida, o usuário adquire confiança no profissional e no serviço de saúde e assim, este se sente seguro para relatar suas queixas, fortalecendo a formação de vínculo²⁴ e maior procura pelo serviço.

Evidenciou-se que a longitudinalidade permite o estabelecimento de vínculo, relação interpessoal, e confiança entre profissionais e usuários, fortalecendo os cuidados prestados, a segurança e a identidade do usuário,^{14,15,17,18,19} o que gera um sentimento de satisfação com o processo de atendimento e serviços oferecidos.^{15,16}

No que se refere à longitudinalidade e estabelecimento de vínculo, fica claro a aproximação da equipe de saúde da família com os usuários.² Estudo comprovou maior formação de vínculo quando os profissionais conheciam e eram conhecidos pelos usuários que os procuravam diante de algum problema de saúde, ou para expor as dúvidas. Este garante laços de confiança e corresponsabilidade no trabalho dos profissionais junto aos usuários.²⁴

Apesar de que, estudos demonstrem que os serviços de APS ainda não se desenvolveram na construção de um novo modelo de atenção à saúde de forma suficiente, não se pode negar a sua fortaleza enquanto proximidade de usuário e equipe e profissionais da saúde.²¹

Neste sentido, pode-se pensar no acolhimento como uma ferramenta essencial para o cuidado nos serviços de APS, e estabelecimento de vínculo entre profissionais e familiares.²⁵ O acolhimento vai muito além do atendimento de qualidade, implica em atitudes humanas e

relacionais que transmitam confiança e segurança,²³ o que pode contribuir para satisfação do usuário e a procura mais frequente do serviço habitual de APS.

O estudo ainda evidencia que durante a presença do atributo da longitudinalidade, o acompanhamento do usuário não se relaciona só a doença, mas também a orientação, ações de promoção em saúde e prevenção de agravos e doenças, com superação de riscos.^{17,18}

A ABS/APS caracteriza-se por ações de saúde que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de riscos e agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Esta tem um papel central na garantia da integralidade, tendo como objeto os problemas de saúde e seus determinantes, permitindo que antigos modelos sejam superados.⁶

Quando a intervenção se faz necessária, a longitudinalidade também facilita a adaptação do tratamento ao paciente, bem como, permite a busca ativa dos usuários pela equipe de saúde.⁹ O atendimento de qualidade possibilita ao usuários sentir que seus direitos de cidadão estão sendo garantidos e respeitados.²⁴

Desta forma, a longitudinalidade proporciona juntamente com a prestação de uma assistência integral,^{13,18} maior qualidade dos cuidados prestados,^{18,20} a resolutividade dos problemas de saúde,^{13,18} e conseqüentemente, uma maior qualidade de vida do paciente.^{18,20}

Pode-se considerar como resolutividade, quando o serviço de saúde fornece ao usuário uma resposta satisfatória no que busca atendimento a alguma necessidade de saúde.²⁶ Esta depende da longitudinalidade, do conhecimento do contexto de cada usuário, e da confiança que ele possui na equipe de saúde.⁹ Os usuários possuem direito de terem atendimento resolutivo e com qualidade.²³

Observou-se em estudo²⁵ que famílias, por não obterem resolutividade, buscaram alternativas para resolver problemas de saúde, mesmo que algumas as afetaram negativamente. Estas deixaram de procurar os serviços de APS, desacreditando no setor público de saúde. Assim, salienta-se que as políticas públicas e práticas profissionais devem ter como perspectiva a resolutividade na APS.²⁵

Esta revisão evidencia também a longitudinalidade relacionada ao cuidado nas diferentes fases da vida, em especial com as que exigem mais atenção, o que é possível por meio da assistência duradoura.¹³ Este achado corrobora com os objetivos e princípios da APS, propostos para prevenir os agravos e promover a saúde da população em todos os ciclos de vida.²²

Como última evidência, este atributo possibilitaria ao longo do tempo a redução de uso de serviços de alta complexidade, com diminuição de custos na saúde.¹⁸

Estudo de revisão sistemática apresentou associação entre a longitudinalidade e benefícios relacionados à saúde, com destaque para a diminuição da taxa de internação e do atendimento de emergência, e melhor receptividade dos cuidados preventivos.²⁷ Em pesquisa de revisão conceitual sobre a longitudinalidade/continuidade do cuidado e suas dimensões, identificou associação deste atributo com resultados positivos, como diminuição da taxa de internações e maior satisfação do paciente.⁷ Acredita-se que, conhecer o usuário e identificar seus problemas em saúde precocemente, possibilita resolvê-los ainda à nível de APS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo de revisão integrativa percebe-se que há carência de estudos sobre os benefícios da longitudinalidade no âmbito da APS, uma vez que este pode ser utilizado como indicador para avaliar a qualidade das ações e serviços de saúde.

Esta revisão aponta claras evidências sobre a importância da longitudinalidade nos serviços de APS para a resolução dos problemas e qualidade de vida dos usuários. Os estudos relacionam a longitudinalidade com resultados positivos para a saúde dos indivíduos, da família e da comunidade.

Pode-se verificar que, a maioria das pesquisas que relatam sobre o tema são recentes, e tem como cenário de estudo e de publicação, o Brasil. Os estudos selecionados foram classificados em sua totalidade com nível de evidência seis, que corresponde a evidências provenientes de estudos de cunho descritivo ou qualitativo.

Neste sentido, considera-se válido a implementação de esforços para o alcance e manutenção do atributo da longitudinalidade, através do estabelecimento de uma relação pessoal e de confiança entre profissional e paciente, bem como, a sua avaliação contínua para a melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Silva K, Sena RR, Grillo MJC, Horta NC. Formação do enfermeiro: desafios para a promoção da saúde. Esc Anna Nery. 2010; 14(2): 368-76.
- 2 Marin MJS, Marchioli M, Moracvick MYAD. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. Texto Contexto Enferm. 2013; 22(3): 780-8.
- 3 Hauser L, et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. Rev. bras. med. fam. comunidade. 2013;8(29):244-55.

- 4 Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília:UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726p.
- 5 Brasil. 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 80p.
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110 p.
- 7 Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(Supl. 1):1029-42.
- 8 Shi L, Starfield B, Xu J,. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice*. 2001; 50(2): 161-175.
- 9 Gérvas J, Fernández MP, Sánchez RJS. Longitudinalidad, prestigio, buena reputación (social y profesional) y medicina general/de familia. Aspectos clínicos y de salud pública. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26(S):52–56.
- 10 Crossetti, MGO. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido [editorial]. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33(2):8-9.
- 11 Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. 2008;17(4): 758-64.
- 12 Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
- 13 Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. *Esc Anna Nery*. 2011;15(4): 802-810.
- 14 Gomes FM, Silva MGC. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(Supl. 1): 893-902.
- 15 Gomes KO, Cotta RMM, Araújo RMA, Cherchiglia ML, Martins TCP. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(Supl. 1): 881-892.
- 16 Wei X, Zakus D, Liang H, Sun X. The Shanghai case: A qualitative evaluation of community health reform in response to the challenge of population ageing. *Int Journal Health Planning and Management*. 2005; 20: 269–286.
- 17 Mello DF, Lima RAG, Scochi CGS. A saúde de crianças em situação de pobreza: entre a rotina e a eventualidade de cuidados cotidianos. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007; 15(número especial).

- 18 Baratieri T, Mandu ENT, Marcon SS. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos da experiência profissional. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(5): 1260-67.
- 19 Caccia-Bava MCG, Pereira MJB, Rocha JSY, Martinez EZ. Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2011; 44(4): 347-54.
- 20 Tsai J, Shi L, Yu W, Lebrun LA. Usual Source of Care and the Quality of Medical Care Experiences. *Medical Care*. 2010; 48(7): 628-34.
- 21 Marin MJS, Gomes R, Siqueira Junior AC, Nunes CRR, Cardoso CP, Otani MP et al. O sentido da visita domiciliária realizada por estudantes de medicina e enfermagem: um estudo qualitativo com usuários de unidades de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(11):4357-65.
- 22 Roecker S, Nunes EFPA, Marcon SS. O trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. *Texto contexto enferm*. 2013;22(1): 157-65.
- 23 Koerich MS, Backes DS, Marchiori MC, Erdmann AL. Pacto em defesa da saúde: divulgando os direitos dos usuários pela pesquisa-ação. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009;30(4):677-84.
- 24 Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2): 358-64.
- 25 Silva RMM, Vieira CS, Toso BRGO, Neves ET, Rodrigues RM. Resolutividade na atenção à saúde da criança: percepção de pais e cuidadores. *Acta paul enferm*. 2013; 26(4): 382-88.
- 26 Rosa LB, Pelegrini AHW, Lima MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011; 32(2):345-51.
- 27 Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improves patient outcomes? *J Fam Pract*. [Internet] 2004 [acesso em 2014 ago 07]; 53(12).

5.2 ARTIGO 2

A PRESENÇA E EXTENSÃO DA LONGITUDINALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AVALIAÇÃO NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS

RESUMO

Objetivo: medir a presença e a extensão da longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde, sob a perspectiva dos usuários adultos. **Método:** estudo transversal, realizado em 2015, com uma amostra de 1.076 usuários adultos da Atenção Primária à Saúde nos municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Utilizou-se o instrumento de coleta de dados *Primary Care Assessment Tool* versão Adulto com respostas em escala de likert. Os dados foram analisados com o *Statistical Package for the Social Sciences*. A pesquisa segue os preceitos éticos da Resolução nº 466 de 2012 e contou com financiamento do CNPq. **Resultados:** 55,13% dos usuários possuíam ensino fundamental ou menos, 72,99% não possuíam emprego formal e 76,86% apresentaram renda familiar de dois salários mínimos ou menos. O grau de afiliação com os serviços de Atenção Primária à Saúde foi avaliado com alto escore (8,62; IC95%:8,47-8,77). A presença e a extensão da longitudinalidade obteve um baixo escore (6,38; IC95%: 6,26-6,51). As fragilidades relacionadas ao atributo referem-se a relação interpessoal entre o usuário e o profissional; ao reconhecimento do usuário em sua integralidade, considerando o contexto familiar e social, histórico de saúde e doença; e ao preparo dos profissionais para auxiliar os usuários. Todos os itens que compõem a longitudinalidade obtiveram correlação positiva com o escore do atributo. **Conclusão:** o estudo sinaliza um bom grau de afiliação com a Atenção Primária à Saúde, no entanto, a presença e extensão da longitudinalidade é insatisfatória e revela a necessidade de reorientação do modelo assistencial e de formação profissional.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Continuidade da Assistência ao Paciente. Avaliação de Serviços de Saúde. Gestão em Saúde. Estudos Transversais. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se numa proposta de reorganização do sistema de saúde representando o primeiro nível de atenção e a construção de um novo modelo assistencial¹, uma vez que o modelo hospitalocêntrico, curativo e centrado na doença já não atende às necessidades de saúde dos indivíduos e das famílias.² A APS tem sido considerada uma estratégia fundamental para a efetividade dos sistemas de saúde e para a garantia de melhorias nas condições de saúde da população.³

No Brasil a reorientação e expansão da APS ocorre a partir da implementação do Programa Saúde da Família (PSF), criado em conformidade com os princípios do SUS e posteriormente reconfigurado na modalidade de Estratégia Saúde da Família (ESF).⁴ Esta

estratégia encontra-se em expansão em todo o território nacional e estrutura-se com base no reconhecimento das necessidades em saúde da população, reconhecidas a partir do vínculo estabelecido entre os usuários e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território.¹

A APS tem sido definida pela literatura internacional⁵ pela presença de atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e a coordenação do cuidado e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural, utilizados para medir o grau de orientação dos serviços de saúde à APS. Esta definição é adotada pelo Ministério da Saúde.⁶

Contudo, destaca-se a longitudinalidade como o atributo central e exclusivo da APS³ e o mais importante, uma vez que os demais atributos estão associados a ela.^{2,7} Longitudinalidade significa o estabelecimento de relação terapêutica duradoura entre usuários e profissionais da equipe de saúde e deve ocorrer independentemente da presença ou ausência de doença. Têm como pressuposto uma atenção orientada para a pessoa e família e possui como essência uma fonte habitual de atenção e sua utilização ao longo do tempo, com a presença de relação interpessoal e de confiança entre usuários e profissionais de saúde.⁵

No entanto a palavra continuidade do cuidado com frequência é usada de forma equivocada no lugar de longitudinalidade⁵, uma palavra não usual na literatura brasileira.³ Estes termos possuem significados diferentes. A continuidade do cuidado está orientada para a doença, com sequência de consultas e um mecanismo para fornecer informações de acompanhamento dos problemas, como o prontuário; através deste o paciente pode consultar com um profissional/unidade diferente, não sendo necessária a presença de uma relação interpessoal. A continuidade pode estar associada a atenção primária, bem como a atenção terciária.⁵

Os benefícios da longitudinalidade foram evidenciados em revisão integrativa e referem-se a conhecer o usuário, seus hábitos de vida e problemas de saúde, o que permite o planejamento dos cuidados e intervenção adequada. Permite o estabelecimento de relação interpessoal, vínculo e confiança entre usuários e profissionais de saúde, o que fortalece os cuidados prestados e a satisfação do usuário. Promove ações de promoção em saúde e prevenção de doenças e proporciona uma assistência integral, a qualidade dos cuidados prestados, a resolutividade dos problemas de saúde e a redução de uso de serviços de alta complexidade, com diminuição de custos na saúde.⁸

Neste contexto, considerando a importância deste atributo nos serviços de saúde de atenção primária, tem-se como objetivo deste estudo avaliar a presença e a extensão da

longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde, sob a perspectiva dos usuários adultos, em uma região de saúde no Sul do Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de avaliação, de delineamento transversal, com coleta de dados primários entre fevereiro e junho de 2015 nas unidades de saúde da atenção primária dos municípios que integram a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ªCRS) do Estado do Rio Grande do Sul (RS). A 4ªCRS/RS está localizada na região central do Estado e abrange 32 municípios. Sua população foi estimada, no ano de 2012, em 542.357 mil habitantes.⁹

O tamanho da amostra foi definida com base na população de adultos da região em estudo (N:406.741), através de cálculo amostral, visando a obtenção de uma amostra representativa (n:1.065). No entanto foram entrevistados 1.076 usuários adultos prevendo as perdas. A amostragem ocorreu através do método não-probabilístico de conveniência. A amostra incluiu usuários dos serviços de APS com idade ≥ 18 anos na data da entrevista, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); e excluiu usuários adultos em primeiro acesso junto aos serviços de APS e sem condições de saúde cognitiva para responder ao instrumento de pesquisa.

As variáveis independentes do estudo foram classificadas em: variáveis quantitativas= idade e número de filhos e variáveis qualitativas (nominal/categorica)= sexo (masculino e feminino), escolaridade (fundamental incompleto, fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, superior incompleto, superior completo, outro e analfabeto), estado civil (solteiro, casado, viúvo, divorciado e união estável), raça/etnia (branco, pardo, negro, amarelo e indígena), emprego formal (sim ou não), renda familiar (até R\$ 788,00, de 789,00 a 1.576,00, de 1.577,00 a 2.364,00, de 2.365,00 a 3.152,00, e mais que R\$ 3.153,00), plano de saúde privado (sim ou não) e meio de transporte utilizado para chegar à unidade de saúde (a pé, carona, bicicleta, transporte coletivo, escolar e próprio).

A variável escolaridade foi recodificada em ensino fundamental incompleto/completo, ensino médio incompleto/completo, superior incompleto/completo, pós-graduação e analfabeto; a variável estado civil foi recodificada em: com companheiro e sem companheiro; a variável cor/etnia foi recodificada em branco, negro e outro; a variável renda foi recodificada em: \leq dois salários mínimos e $>$ dois salários mínimos; a variável transporte foi recodificada em: a pé, transporte próprio e outro.

A variável dependente do estudo (desfecho) foi a longitudinalidade da APS. O instrumento de pesquisa aplicado foi o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) versão Adulto, validado no Brasil.⁴ Para avaliação da longitudinalidade levou-se em consideração o grau de afiliação do usuário com o serviço de saúde - componente estrutura – que verifica o serviço de referência e os 14 itens (perguntas) relacionados a longitudinalidade – componente processo assistencial. O escore do grau de afiliação varia de 1 a 4 e é definido a partir do algoritmo sugerido pelo manual do instrumento.⁶

As respostas para os itens da longitudinalidade são estruturadas seguindo uma escala do tipo *likert*, atribuindo escores no intervalo de 1 a 4 (1= com certeza não; 2= provavelmente não; 3= provavelmente sim; e 4= com certeza sim). Para obter o escore deste atributo foi calculada a média dos valores dos seus itens. Em seguida, o valor (escore) obtido para ambos os componentes foi transformado em uma escala de 0 e 10 para obtenção do escore final, através do seguinte cálculo: $(\text{escore obtido} - 1) * 10 / 4 - 1$.⁶ Assim, as variáveis qualitativas ordinais foram transformadas em variáveis quantitativas contínuas para a análise dos dados.

O escore do atributo da longitudinalidade foi, então, dicotomizados em duas categorias: baixo escore, quando $<6,6$ e alto escore, quando $\geq 6,6$. Considera-se o valor 6,6 o mínimo para o serviço de saúde ter a presença do atributo em seu serviço de acordo com a avaliação.⁶

Os questionários foram aplicados por mestrandos do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) mediante capacitação. O dados foram coletados por meio de *tablets*, utilizando o programa *Epi Info* versão 7,0. Posteriormente foram transferidos para o programa *Microsoft Excel* 2013, *Windows* 8 e analisados com o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 16.0 *for Windows*. A distribuição de normalidade das variáveis foi avaliada pelo Teste de *Shapiro Wilk*, recomendado para amostras com menos de 2.000 observações.¹⁰

As variáveis qualitativas foram expressas como frequências absolutas e relativas e as variáveis quantitativas como mediana, médias e erro padrão com intervalo de confiança (IC) de 95%. As análises de correlação foram utilizadas visando a direcionalidade e magnitude da correlação entre os itens que compõem a longitudinalidade e seu escore geral, calculando-se o coeficiente de correlação de *Pearson*. A direcionalidade da correlação é expressa por: positiva (+) ou negativa (-) e a magnitude pode ser expressa por: fraca ($<0,4$), moderada (0,4 a 0,6) e forte ($>0,6$).¹¹ Considerou-se a correlação quando p-valor inferior a 0,05 ($p < 0,05$). Foi aplicado o coeficiente alfa de *Cronbach* para avaliar a confiabilidade das respostas, considerando valor igual ou superior a 0,70¹².

Este estudo é oriundo de um projeto matricial, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, sob número do CAAE: 34137314.4.0000.5346, seguindo os preceitos éticos da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. O projeto recebeu apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, edital universal 2014.

RESULTADOS

Foram entrevistados 1.076 usuários adultos da APS e nove questionários foram excluídos por apresentar ausência de respostas para 50% ou mais das perguntas, conforme orientação do manual do instrumento de pesquisa.⁶ Assim, teve-se uma amostra de 1.067 usuários adultos.

Em relação às variáveis socioeconômicas e demográficas, 76,29% dos participantes eram mulheres, a média de idade foi de 42,54 anos (IC95%: 41,59-43,48) e mediana 41 anos. Em relação à escolaridade, 55,13% dos usuários possuíam ensino fundamental ou menos, 62,18% eram casados ou em união estável e 69,61% autodenominaram-se brancos. Quanto ao número de filhos, teve-se uma média de 1,99 filho por entrevistado (IC95%: 1,91-2,07) e mediana de 2 filhos. A maioria dos entrevistados (72,99%) relatou não possuir emprego formal, possuía renda familiar de dois salários mínimos mensais ou menos (76,86%) e deslocavam-se a pé aos serviços de APS (59,55%).

Tabela 1 - Características socioeconômicas e demográficas dos usuários adultos da APS dos municípios que integram a 4ª CRS do Estado do RS. Santa Maria, 2015. (N=1067)

Variável	n= 1067	
	n	%
Sexo		
Masculino	253	23,71
Feminino	814	76,29
Escolaridade		
Ensino Fundamental	586	55,13
Ensino Médio	368	34,62
Ensino Superior	77	7,24
Pós-graduação	7	0,66
Não alfabetizado	25	2,35
Situação Conjugal		
Com companheiro	661	62,18
Sem companheiro	402	37,82
Raça		
Branco	740	69,61
Negro	104	9,78

Outro	219	20,60
Emprego Formal		
Sim	286	27,01
Não	773	72,99
Renda		
≤ dois salários	817	76,86
> dois salários	246	23,14
Plano de Saúde		
Sim	275	25,87
Não	788	74,13
Transporte		
A pé	633	59,55
Transporte próprio	280	26,34
Outro	150	14,11

Quando avaliado o grau de afiliação, constatou-se que a população estudada possui como referência os serviços de APS, apresentando um alto escore (8,62; IC95%:8,47-8,77). Na avaliação da longitudinalidade da APS, conforme a perspectiva dos usuários adultos, obteve-se um baixo escore (6,38; IC95%:6,26-6,51), contudo, mostrou-se próximo ao valor considerado satisfatório ($\geq 6,6$), conforme Tabela 2. O resultado foi avaliado como sendo confiável (0,818).

Tabela 2 – Escore do grau de afiliação e da longitudinalidade da APS nos municípios da 4ª CRS do Estado do RS. Santa Maria, 2015. (N=1067)

Componentes	APS nos municípios da 4ª CRS						Alfa de Cronbach
	Escore Geral (0-10)		Escore alto ($\geq 6,6$)		Escore baixo (<6,6)		
	Média (IC95%)	Mediana	n	%	n	%	
Grau de afiliação	8,62 (8,47-8,77)	10	-	-	-	-	
Escore da Longitudinalidade	6,38 (6,26-6,51)	6,43	528	49,48	539	50,52	0,818

A partir do escore da longitudinalidade buscou-se conhecer a efetividade de cada item que compõem este atributo. A Tabela 3 mostra a proporção de avaliação positiva e negativa de cada item, com a finalidade de reconhecer os pontos positivos e principalmente as fragilidades em relação ao atributo estudado.

Tabela 3 - Número e Proporção (%) de usuários da APS que responderam negativamente (com certeza não) ou positivamente (com certeza sim) às perguntas do questionário referente a longitudinalidade nos municípios da 4ª CRS do Estado do RS. Santa Maria, 2015. (N=1067)

Itens da longitudinalidade	Escala de Likert: n(%)			
	“com certeza não”	“provavel mente não”	“provavel mente sim”	“com certeza sim”
É o mesmo profissional que atende o adulto no serviço?	288 (26,99)	82 (7,69)	134 (12,56)	563 (52,76)
O profissional entende o que diz ou pergunta?	24 (2,25)	43 (4,03)	170 (15,95)	829 (77,77)
O profissional responde de maneira que você entende?	28 (2,63)	44 (4,13)	99 (9,30)	894 (83,94)
Em caso de dúvidas pode conversar com o profissional que melhor conhece você?	517 (48,54)	228(21,41)	111 (10,42)	209 (19,62)
O profissional lhe dá tempo para falar de suas preocupações?	84 (7,88)	50 (4,69)	90 (8,44)	842(78,99)
Você se sente a vontade para falar com o profissional?	69 (6,49)	35 (3,29)	73 (6,87)	886 (83,35)
O profissional lhe conhece mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	530 (49,81)	16 (10,90)	120 (11,28)	298 (28,01)
O profissional sabe quem mora com você?	477 (44,79)	88 (8,26)	80 (7,51)	420 (39,44)
O profissional sabe quais problemas são mais importantes para você?	383 (35,96)	120 (11,27)	147 (13,80)	415 (38,97)
O profissional conhece a sua história clínica completa?	294 (27,58)	80 (7,50)	184 (17,26)	508 (47,65)
O profissional sabe a respeito da sua ocupação?	490 (45,97)	91 (8,54)	89 (8,35)	396 (37,15)
O profissional saberia ajudar se você tivesse problemas em obter medicamentos?	297 (27,86)	140 (13,13)	169 (15,85)	460 (43,15)
O profissional sabe os medicamentos que você está tomando?	230 (21,58)	45 (4,22)	126 (11,82)	665 (62,38)
Você mudaria de profissional ou serviço se isto fosse fácil?	278 (26,05)	94 (8,81)	109 (10,22)	586 (54,92)

Entre os itens com maior proporção de avaliações positivas, 52,76% dos usuários relataram que sempre foram atendidos pelo mesmo profissional de saúde; 77,77% dos usuários consideraram que o profissional de saúde sempre compreende suas perguntas; 83,94% referiram entender o que o profissional responde; 78,99% relataram que o profissional lhes dá tempo para falar de suas preocupações; e 83,35% referiram se sentir a vontade para falar com o profissional de saúde.

Em relação aos demais itens obteve-se resultados insatisfatórias. Entre os entrevistados, 48,54% referiram não poder conversar com o profissional que melhor conhecem para tirar dúvidas; 49,81% relataram que o profissional não os conhece como pessoa; 44,79% afirmaram que o profissional de saúde não sabe com quem moram; 35,96% responderam que o profissional não sabe dos seus problemas de saúde; 45,97% dos usuários referiram que o profissional não sabe a respeito da sua ocupação; somente 47,65% relataram que o profissional conhece a sua história clínica e somente 43,15% afirmaram que o profissional saberia ajudar se tivesse problemas em obter medicamentos. Destaca-se que, 54,92% dos usuários mudariam com certeza de profissional ou serviço de APS se isto fosse fácil.

A Tabela 4 apresenta o grau de correlação entre os itens da longitudinalidade da APS e o escore geral deste atributo.

Tabela 4 - Correlação entre os itens da longitudinalidade da APS e o escore da longitudinalidade. Santa Maria, 2015. (N=1067)

Itens da longitudinalidade	Escore longitudinalidade	
	r*	p
É o mesmo profissional que atende o adulto no serviço?	0,28275	<,0001
O profissional entende o que diz ou pergunta?	0,44816	<,0001
O profissional responde de maneira que você entende?	0,41462	<,0001
Em caso de dúvidas pode conversar com o profissional que melhor conhece você?	0,41743	<,0001
O profissional lhe dá tempo para falar de suas preocupações?	0,51646	<,0001
Você se sente a vontade para falar com o profissional?	0,54155	<,0001
O profissional lhe conhece mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	0,59571	<,0001
O profissional sabe quem mora com você?	0,68915	<,0001
O profissional sabe quais problemas são mais importantes para você?	0,71569	<,0001
O profissional conhece a sua história clínica completa?	0,69655	<,0001
O profissional sabe a respeito da sua ocupação?	0,65918	<,0001
O profissional saberia ajudar se você tivesse problemas em obter medicamentos?	0,56346	<,0001
O profissional sabe os medicamentos que você está tomando?	0,63006	<,0001
Você mudaria de profissional ou serviço se isto fosse fácil?	0,48820	<,0001

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

Os resultados mostram que houve uma correlação significativa e forte entre os seguintes itens e o escore geral: saber quem mora com o usuário (r=0,68915), saber quais problemas são mais importantes para o usuário (r=0,71569), conhecer a sua história clínica (r=0,69655), saber sobre sua ocupação (r=0,65918) e saber os medicamentos que está tomando (r=0,63006), o que significa que estes são os itens que mais contribuem para a construção da longitudinalidade. No entanto, ressalta-se que os demais itens também apresentaram correlação positiva, mesmo que moderada, exceto o primeiro que apresentou correlação positiva fraca.

DISCUSSÃO

Neste estudo buscou-se avaliar os serviços da APS através dos usuários, pois se evidencia a importância de ir ao encontro das necessidades de saúde e quem melhor pode expressá-las é a própria população.¹³ A avaliação dos serviços de APS nos municípios da 4ª

CRS/RS mostra que os usuários consideraram a APS como fonte regular da atenção, no entanto, esta apresentou um processo insatisfatório e frágil em relação à longitudinalidade.

As características sociodemográficas dos usuários entrevistados convergem com os resultados encontrados em outras pesquisas avaliativas desenvolvidas no Brasil, as quais evidenciaram maiores frequências de usuários do sexo feminino, de cor branca,^{4,14} idade média de 46,5 anos,⁴ casados e com até 3 filhos.¹⁴ O predomínio do sexo feminino é esperado uma vez que esta população procura mais por cuidados e atendimento a saúde em relação aos homens, convergindo com o cenário brasileiro.¹⁵ A média de filhos neste estudo é semelhante a média nacional, decorrente da redução da taxa de fecundidade nas últimas décadas, indicando valor abaixo do nível de reposição.¹⁶

Em relação as características socioeconômicas, a maioria dos usuários possuía baixa escolaridade e renda familiar mensal igual a dois salários mínimos ou menos, semelhante a outros cenários brasileiros^{4,17}. Uma grande proporção de usuários deste estudo não possuía emprego formal, o que pode representar desemprego ou então favorecer baixos salários, traduzindo a vulnerabilidade dos usuários que acessam a APS.

O perfil socioeconômico dos usuários da APS pode estar representando avanços do sistema público de saúde como política de inclusão social; por outro lado, a iniquidade percebida através do uso do sistema público pela população mais pobre é característica de um sistema de saúde segmentado.¹⁸ A partir disso, o mesmo autor destaca a importância de estruturar o SUS em redes de atenção à saúde, coordenadas pela APS. Conforme literatura internacional¹⁹, a APS pode ajudar a neutralizar o impacto negativo das más condições socioeconômicas, no entanto, um melhor atendimento primário está correlacionado com a distribuição mais equitativa da saúde.

Neste estudo, a maioria dos usuários relatou deslocar-se a pé aos serviços de APS, isso demonstra uma evolução no processo de descentralização da atenção primária e a sua proximidade com a comunidade. Conforme a Política Nacional de Atenção Básica, a APS deve estar instalada e funcionar no local mais próximo da vida das pessoas, desempenhando um papel central na garantia de acesso a uma atenção à saúde de qualidade.²⁰

Em relação ao grau de afiliação dos usuários com os serviços de APS, obteve-se um alto escore, mostrando ser este o serviço de referência ou a fonte regular de cuidados. Um dos elementos imprescindíveis na composição da longitudinalidade é a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados³, que pressupõe o reconhecimento da APS como referência habitual para o atendimento da maioria das necessidades de saúde.⁵

Com relação à avaliação da longitudinalidade, os serviços de APS apresentaram escore geral igual a 6,38 (6,26-6,51), valor estimado pelo PCATool-Brasil versão Adulto, sendo considerado um baixo escore (<6,6). Este resultado indica que o atributo da longitudinalidade não está presente satisfatoriamente no método de assistência destes serviços. Pressupõe a inexistência de uma relação interpessoal, acompanhamento, vínculo duradouro e confiança entre profissional e usuário.⁵

O achado converge com estudos brasileiros que utilizaram o instrumento de avaliação PCATool-Brasil nas suas diferentes versões. Em pesquisa realizada no município de Chapecó (SC), com enfermeiros e médicos dos serviços da APS, demonstrou baixo escore pra longitudinalidade (6,0).²¹ Estudo²² realizado com familiares responsáveis por crianças atendidas no serviço público de Curitiba (PR), encontrou baixo escore no atributo da longitudinalidade em diferentes serviços de APS (ESF=5,4 e UBS=3,4). O mesmo se confirma em pesquisa realizada com idosos em Ilheus (BH), a qual aponta resultados semelhantes para a longitudinalidade (ESF=6,5 e UBS=4,0).²³

Os resultados obtidos no presente estudo revelam que, apesar dos usuários da APS considerá-la como fonte regular da atenção, parecem perceber o componente processo da longitudinalidade - assistência - como insatisfatória nesses serviços, estando aquém do escore desejado. Conforme estudo internacional, a presença de uma fonte regular de cuidados está associada com uma maior pontuação dos atributos da APS avaliados pelo PCATool²⁴, o que não pôde ser observado nesta pesquisa. No entanto, destaca-se que o alto escore para o grau de afiliação pode ser resultado de um condicionamento da população estudada aos serviços de APS.

Em relação a avaliação dos itens que compõem a longitudinalidade, os resultados sinalizam algumas fragilidades. Percebe-se que **48,54%** dos usuários possuíam a impossibilidade de comunicação com o profissional de saúde que melhor conhecem. A partir do alcance da familiaridade e confiança do usuário com o profissional, este se sente seguro para relatar suas queixas e procurar pelo serviço quando necessitar de ajuda. Ouvir e escutar as queixas faz com que haja um sentimento, por parte do usuário, de que ele é importante, aumentando a confiança no profissional.²⁵ Neste sentido, o profissional da APS deve estar aberto ao diálogo e preparado para o acolhimento, escuta e orientação do usuário.

Identificou-se que, para **49,81%** dos entrevistados o profissional de saúde não os conhece como pessoa, mas somente como alguém com um problema de saúde. Percebe-se que, nos serviços avaliados a atenção sobre o indivíduo não ocorre de forma coerente com os

princípios da APS, uma vez que o conhecimento dos profissionais se resume ao reconhecimento das doenças dos usuários – modelo biomédico.

O novo modelo de atenção à saúde deve possibilitar maior aproximação dos profissionais com os usuários e uma abordagem integral através do reconhecimento do seu contexto de vida familiar e social.²⁶ Estudo apontou que a longitudinalidade está diretamente relacionada com a prestação de uma assistência que preza pela visão do ser humano como um todo, provido de sentimentos e com necessidades específicas em cada momento de sua vida.²

Muitos entrevistados afirmaram que o profissional de saúde não sabe com quem moram (**44,79%**), não sabe dos seus problemas de saúde (**35,96%**) e não sabe da sua ocupação (**45,97%**). Conhecer melhor a realidade do usuário, seu contexto de vida e as singularidades de cada indivíduo, envolvendo os aspectos biopsicossociais, possibilita a elaboração de ações pontuais e resolutivas no primeiro nível de atenção à saúde, viabilizando a melhoria da qualidade de vida e reduzindo a necessidade de utilização de serviços de alta complexidade.⁷

Destaca-se ainda que, somente **47,65%** dos entrevistados afirmaram que o profissional da APS conhece a sua história clínica. Ressalta-se que, o conhecimento acumulado em relação aos antecedentes e as experiências de doenças do indivíduo pode ajudar os profissionais a chegar a uma avaliação mais precisa de seu problema.⁵ O mesmo autor⁵ refere também que, conhecer os usuários aumenta a capacidade de julgar a necessidade de intervenções diagnósticas e de avaliar os méritos relativos de diferentes modos de intervenção. Ainda, somente **43,15%** dos participantes afirmaram que o profissional saberia ajudar se tivesse problemas em obter medicamentos, o que demonstra um despreparo do serviço para responder às necessidades da população adscrita à APS.

Quando **54,92%** dos entrevistados referiram que mudariam de profissional ou serviço de saúde se isto fosse fácil, demonstram a insatisfação em relação ao processo assistencial dos serviços de APS. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado em Minas Gerais¹⁴ e no estado do Paraná²². A existência de uma relação de vínculo e de confiança entre os usuários e profissionais acaba sendo expressa pelo acompanhamento contínuo, relação humanizada e pela satisfação dos usuários com o serviço oferecido.²⁷

A avaliação negativa destes itens na concepção dos usuários dos serviços de APS, indica que o reconhecimento do usuário de forma integral, considerando seu contexto familiar e social, é insatisfatório e reforça a presença do modelo assistencial biomédico. Percebe-se a necessidade de estreitar a relação e a aproximação entre profissional e população adscrita, possibilitando conhecer os usuários e seus problemas de saúde, contribuindo para maior

satisfação e resolutividade das necessidades da população.²⁸ Ressalta-se que a ausência destes quesitos pode levar o usuário a deixar de procurar os serviços de APS, desacreditando no setor público de saúde.²⁹

Os itens da longitudinalidade que apresentaram correlação positiva forte com o escore geral do atributo estão entre os menos bem avaliados e relacionados ao conhecimento do contexto familiar e social do usuário e histórico de saúde e doença. Este dado reforça que, a melhoria e efetividade principalmente destes aspectos promoverá um aumento do escore geral deste atributo na APS dos municípios estudados.

O baixo escore para a longitudinalidade observado neste estudo pode estar associado a barreiras no acesso e acessibilidade aos serviços de APS.²⁹ O baixo tempo de permanência do profissional nas unidades de atenção primária pode impactar no vínculo do usuário com o serviço.³ A falta de profissionais nas equipes de saúde pode ser considerado como fator que dificulta a formação do vínculo. Neste aspecto destaca-se a importância do agente comunitário de saúde, considerado um articulador do trabalho da equipe por conhecer a comunidade.²⁵

A ausência de perfil dos profissionais para o trabalho na APS e a falta de compromisso social com o desenvolvimento do sistema público de saúde podem ser considerados entraves ao fortalecimento das características do novo modelo de atenção.²⁷ Destaca-se que a formação profissional e a assistência em saúde fragmentada e desvinculada da realidade das condições de vida e de saúde da população resulta em despreparo para lidar com o usuário, constituindo um obstáculo ao alcance da longitudinalidade.¹

Estudiosos da área³ ressaltam que, o estabelecimento de vínculo longitudinal não é uma questão tão simples, embora este esteja presente no âmbito da prática do profissional. Conforme estes autores, o atendimento a tal atributo só será possível se for uma prioridade da gestão, na medida em que envolve questões como a oferta adequada de serviços de APS e mecanismos de fixação do profissional na unidade de saúde.

Apesar do seguimento de uma metodologia rigorosa, assume neste estudo o viés de seleção de amostragem, pois a amostra foi selecionada por um julgamento de valor, sendo constituída apenas pelos mais acessíveis. A pesquisa pode apresentar viés de informação, pois os usuários em sua maioria tinham como referência a unidade de APS onde foram entrevistados, e estes podem ter emitido respostas mais positivas com receio de represálias por profissionais da saúde. Da mesma forma pode apresentar o viés de memória pois as informações foram coletadas por meio da recordação dos usuários.

É preciso ter precaução em relação a generalizar os resultados à outras regiões de saúde ou estados, pois as diferentes realidades podem influenciar tanto no grau de afiliação e no escore da longitudinalidade, no entanto, existe a possibilidade desta realidade se repetir em outros locais com características organizacionais, demográficas e socioeconômicas semelhantes.

Este estudo de avaliação oferece subsídios para que profissionais e gestores da APS reflitam sobre suas práticas e para o investimento de ações que viabilizam maior aproximação do profissional com o usuário, reconhecendo-o de forma integral, o que favorece a construção de vínculo, confiança e resolutividade na atenção à saúde do adulto.

CONCLUSÃO

A avaliação dos serviços da APS nos municípios que integram a 4ª CRS/RS, por meio da perspectiva dos usuários adultos, possibilitou identificar um alto grau de afiliação, no entanto, a presença e extensão da longitudinalidade está aquém do desejado (<6,6).

A avaliação dos itens que compõem o atributo da longitudinalidade demonstrou resultados favoráveis em relação ao atendimento, comunicação e compreensão entre profissional e usuário, referindo se sentir à vontade com o profissional de saúde e com tempo para expressar suas preocupações. No entanto, verificaram-se fragilidades quanto a relação interpessoal entre o usuário e o profissional que melhor conhecem; quanto ao reconhecimento do usuário em sua integralidade, considerando o seu contexto familiar e social, histórico de saúde e doença; e em relação ao preparo dos profissionais para auxiliar os usuários quando possuem dificuldades.

Percebe-se a necessidade de reorganização do modelo de atenção ofertado nos serviços de APS nos municípios estudados, para o atendimento das necessidades de saúde da população. Entretanto, chama-se atenção para a reorientação do modelo de formação profissional, tanto acadêmica, visando uma formação centrada em práticas interdisciplinares, assistência integral e voltada a família e coletividade com base nos princípios do SUS e da APS; bem como a educação permanente, oportunizando além da atualização de conhecimentos técnicos e científicos, uma reflexão sobre a prática profissional.

Destaca-se que o diagnóstico das fragilidades envolvidas no processo de construção deste atributo permite repensar práticas de saúde e implementar ações de melhoria da qualidade da formação profissional, do processo de assistência e dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(esp):158-64.
- 2 Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery.* 2011; 15(4):802-810.
- 3 Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência saúde coletiva.* 2011; 16(sup 1):1029-42.
- 4 Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2013; 8(29):274-84.
- 5 Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília:UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726p.
- 6 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool - Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 80p.
- 7 Baratieri T, Mandu ENT, Marcon SS. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos da experiência profissional. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46(5):1260-1267.
- 8 Kessler M, Eberhardt TD, Soares RSA, Signor E, Lima SBS de, Weiller TH. Benefícios de la longitudinalidad como atributo de la Atención Primaria a Salud. *Evidentia.* No prelo 2016, (53).
- 9 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades@. Rio Grande do Sul. População 2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br>
- 10 Shapiro SS, Wilk MB. Na analysis of variance test for normality (complete sample). *Biometrika.* 1965; 52(3/4): 591-611.
- 11 Levi J, Fox JA. Estatística para Ciências Humanas. 9 ed. São Paulo: Prentice Hall; 2004.
- 12 Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análise Multivariada de Dados. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2006.
- 13 Tanaka OY; Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc saúde coletiva.* 2012; 17(4):821-828.
- 14 Silva SA, Fracolli LA. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. *Saúde Debate,* 2014; 38(103): 692-705.
- 15 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional de saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. 100p.

- 16 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2009. 152p.
- 17 Carneiro MSM, Melo DMS, Gomes JM, Pinto FJM, Silva MGC. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde Debate*. 2014; 38(esp): 279-295.
- 18 Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos avançados*. 2013; 27(78): 27-34.
- 19 Shi. The Impact of Primary Care: A Focused Review. *Scientifica*. 2012; 2012:1-22.
- 20 Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110p.
- 21 Vitoria AM, Harzheim E, Takeda SP, Hauser L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(29):285-93.
- 22 Oliveira VBCA, Veríssimo MLOR. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(1):30-36
- 23 Carvalho VCHS, Rossato SL, Fuchs FD, Harzheim E, Fuchs SC. Assessment of primary health care received by the elderly and health related quality of life: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2013; 13(605): 1-9.
- 24 Du Z, Liao Y, Chen C, Hao Y, Hu R. Usual source of care and the quality of primary care: a survey of patients in Guangdong province, China. *Int Journal for Equity in Health*. 2015; 14(60): 1-11.
- 25 Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):358-64.
- 26 Marin MJS, Marchioli M, Moracvick MYAD. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. *Texto contexto enferm*. 2013; 22(3): 780-8.
- 27 Gomes KO, Cotta RMM, Araújo RMA, Cherchiglia ML, Martins TCP. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16(sup 1): 881-892.
- 28 Frank BRB, Viera CS, Ross C, Obregón PL, Toso BRGO. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate*. 2015; 39(105): 400-410.
- 29 Silva RMM, Viera CS, Toso BRGO, Neves ET, Rodrigues RM. Resolutividade na atenção à saúde da criança: percepção de pais e cuidadores. *Acta paul enferm*. 2013; 26(4):382-8.

Fontes de financiamento: Bolsa de Mestrado da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS); Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

5.3 ARTIGO 3

AVALIAÇÃO DA LONGITUDINALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: COMPARAÇÃO ENTRE MODELOS ASSISTENCIAIS

RESUMO

Objetivo: avaliar a presença e a extensão da longitudinalidade nos diferentes modelos de Atenção Primária à Saúde e verificar a associação do escore com as características socioeconômicas, demográficas e modelos de atenção. **Método:** estudo transversal, realizado de fevereiro a junho de 2015, nos municípios que integram a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, composta pela Região de Saúde Verdes Campos e Entre Rios, com 1076 usuários adultos da atenção primária. O instrumento utilizado foi *Primary Care Assessment Tool*, para a análise dos dados o *Statistical Package for the Social Sciences*, com regressão de *Poisson*. Os preceitos éticos da Resolução nº 466 de 2012 foram respeitados. **Resultados:** o grau de afiliação dos usuários com os serviços de Atenção Primária à Saúde obteve alto escore em todos os modelos de atenção. A longitudinalidade foi melhor avaliada na Estratégia de Saúde da Família com diferença significativa das demais. Mostrou-se associado ao alto escore da longitudinalidade: idade de 60 anos ou mais, região de saúde Entre Rios e o modelo de atenção Saúde da Família. **Conclusão:** os resultados sugerem a ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família para a qualificação da Atenção Primária à Saúde.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Continuidade da Assistência ao Paciente. Avaliação de Serviços de Saúde. Gestão em Saúde. Estudos Transversais. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado a partir da reforma sanitária no Brasil e instituído pela Constituição de 1988, baseado no princípio da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado com ênfase no desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS), objeto de muita atenção no país.¹ A APS configura-se numa proposta de reorganização do sistema de saúde e a construção de um novo modelo assistencial.²

A APS é fundamental para a construção de um sistema de saúde forte que garante resultados positivos para a saúde, com eficácia, eficiência e equidade.³ Conforme literatura internacional⁴, a APS orienta-se por um conjunto de valores/atributos essenciais voltados à atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, cuidado integral ao paciente, e a coordenação do cuidado. Considera também que estes serviços devem estar orientados para a comunidade, centrar-se na família e ter competência cultural.

Neste contexto, destaca-se o atributo da longitudinalidade - característica que possibilita uma atenção orientada para a pessoa e possui como essência uma fonte habitual de

atenção e sua utilização ao longo do tempo, com a presença de relação interpessoal, vínculo duradouro e confiança entre usuários e profissionais de saúde.⁴ Esta abordagem da APS é reconhecida por especialistas e difundida no Brasil⁵ e suas dimensões representam importantes indicadores de qualidade deste nível de atenção.⁶

No cenário mundial, a APS foi adotada a partir de uma variedade de estratégias organizacionais e modelos de atenção.³ No Brasil, a expansão e reorientação da APS ocorre especialmente a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF) em conformidade com os princípios do SUS⁷, definida por um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, visando o reconhecimento das necessidades da população, a partir do estabelecimento de vínculo entre os usuários e os profissionais, em contato permanente com o território, priorizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma integral e continuada.²

A ESF preconiza uma equipe de caráter multiprofissional, que obedece ao preceito da delimitação de área de abrangência com adstrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área em que atua.^{8,9} E neste contexto destaca-se o papel do Agente Comunitários de Saúde, que fortalece o vínculo com a família, a aproximação das ações de saúde ao contexto domiciliar e aumento da capacidade da população de enfrentar os problemas de saúde e seus determinantes.¹⁰

No entanto, o país possui um histórico de oferta de serviços de saúde que inclui outras modalidades de APS, persistindo nos dias atuais o modelo tradicional, que possui uma atenção mais voltada ao modelo biomédico, tem em sua equipe médicos especialistas, a demanda atendida é espontânea, não há adstrição de clientela e possui uma rede de ações ou programas de vigilância à saúde direcionados para doenças ou grupos vulneráveis ou de risco.^{8,9} Neste contexto, o cenário deste estudo certamente adquire relevância devido sua heterogeneidade de serviços de APS, sendo constituída no ano da pesquisa por 138 estabelecimentos deste nível de atenção, no qual 84 possuíam uma equipe de ESF, coexistindo no mesmo espaço físico de alguns, um serviço de modelo tradicional, sendo consideradas unidades mistas.¹¹

Tendo em vista a heterogeneidade na APS e sua forma de atuação, pode-se pensar que o modelo tradicional poderia afetar a efetividade deste serviço. Pesquisas tem apresentado resultados de desempenhos mais positivos dos serviços com ESF em comparação com aqueles de atenção primária tradicional.^{12,13} Outros estudos mostram a contribuição da implementação e expansão da ESF para a redução das internações por condições sensíveis à atenção primária

e a melhoria da qualidade e desempenho do sistema de APS.^{14,15} Observa-se por meio da literatura um impacto positivo da ESF no sistema de saúde brasileiro.

Neste contexto, sendo a ESF apontada como estratégia prioritária para a reorientação do modelo assistencial, são válidas as iniciativas para avaliar em que medida a ESF está orientada à APS e se vem atendendo as expectativas dos usuários.¹⁶ Assim, tem-se como objetivo avaliar a presença e a extensão da longitudinalidade nos diferentes modelos de APS, por meio da percepção de usuários adultos e verificar a associação do escore com as características socioeconômicas, demográficas e modelos de atenção a saúde.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa transversal analítica, realizada de fevereiro a junho de 2015, através de um inquérito junto à usuários da APS, nos municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil. A sua rede básica está constituída por diferentes modelos de APS, incluindo Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBST), UBS com equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) e UBS mistas (UBSM) constituída pelos dois modelos anteriores.

A 4ª CRS/RS é composta por duas Regiões de Saúde denominadas Verdes Campos e Entre Rios. A primeira constitui 21 municípios e possui sua sede localizada no município de Santa Maria (RS) e a segunda constitui 11 municípios e tem sua sede localizada no município de Santiago (RS). Juntas constituem mais que a metade da macrorregião de saúde do Centro-Oeste do RS. A 4ª CRS/RS está localizada na região central do Estado sendo sua população estimada, no ano de 2012, em 542.357 mil habitantes.¹⁷

A população estudada foi constituída por usuários adultos dos serviços de APS e as entrevistas foram realizadas nas unidades de saúde devido limitações logísticas. Os critérios de elegibilidade dos sujeitos para a aplicação do questionário foram: ser usuário com idade \geq 18 anos na data da entrevista e aceitar participar do estudo; foram excluídos usuários adultos em que fosse primeiro acesso junto aos serviços de APS e sem condições de saúde cognitiva para responder ao instrumento de pesquisa. Os usuários foram selecionados através de amostragem não probabilística de conveniência.

O tamanho da amostra foi definida com base na população de adultos dos municípios da região em estudo, através do seguinte cálculo amostral: $n = Z^2 \cdot a/2 \cdot p \cdot q \cdot N / e^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot a/2 \cdot p \cdot q$, em que “n” é o tamanho da amostra; “ $Z^2 (a/2)$ ” é igual a 1,96 (valor tabelado), “p” é igual a 0,5 (percentual estimado); “q” é igual a 0,5 (proporção populacional de indivíduos

que não pertence à categoria que estamos interessados em estudar ($q=1 - p$); “N” é o tamanho da população (406.741); “e” é igual a 0,05 (5%) (erro amostral); e “ α ” corresponde a 0,05 (nível de confiança). Assim, obteve-se uma amostra representativa ($n=1.065$), sendo entrevistados 1.076 usuários prevendo possíveis perdas.

Para caracterização dos usuários foi utilizado um instrumento com variáveis socioeconômicas e demográficas (variáveis independentes): sexo (masculino e feminino), faixa etária (18 a 38, 39 a 59 e 60 a 91 anos), escolaridade (≤ 8 anos e > 8 anos), raça/etnia (branco e outro), situação conjugal (com companheiro e sem companheiro), filhos (sim e não), renda (\leq dois salários e $>$ dois salários), emprego formal (sim e não), plano de saúde privado (sim e não), transporte utilizado para chegar à unidade de saúde (a pé e outro), região de saúde (Verdes Campos e Entre Rios) e o tipo de serviço de APS (UBST, ESF e UBSM). O desfecho estudado foi a longitudinalidade nos serviços de APS (variável dependente) composta pelo componente estrutura (grau de afiliação) e componente processo (longitudinalidade).

O instrumento de pesquisa utilizado foi *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) validado no Brasil (PCATool-Brasil) em sua versão Adulto.⁷ O componente grau de afiliação (GA) foi utilizado neste estudo para identificar se a APS é o serviço preferencial para a atenção à saúde do adulto, com base na aplicação de três perguntas iniciais contidas no PCATool-Brasil: “*Há um profissional ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?*”; “*Há um profissional ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?*” “*Há um profissional ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?*”⁵ As respostas sobre serviços especializados ou particulares foram consideradas como “não” para APS.

Em seguida, o escore do grau de afiliação foi definido a partir do seguinte algoritmo: “todas as respostas não para a APS”= GA 1; “uma, duas ou três respostas sim, porém relativas a diferentes serviços de APS”= GA 2; “duas respostas sim e iguais para a APS”= GA 3; “todas as respostas sim para a APS”= GA 4. O escore do atributo da longitudinalidade foi definido por meio da média aritmética dos 14 itens (perguntas) constantes no instrumento, sendo as respostas em escala *Likert* com intervalo de 1-4: “com certeza não” (valor=1), “provavelmente não” (valor=2); “provavelmente sim” (valor=3); e “com certeza sim” (valor=4). Quando a soma de respostas “não sei/não lembro” (valor=9) atingiu 50% ou mais do total de itens da longitudinalidade o questionário foi excluído, caso contrário estas respostas foram consideradas como “provavelmente não”.⁵

Em seguida, o escore do grau de afiliação e da longitudinalidade foram transformados em uma escala quantitativa contínua de 0 a 10, utilizando a fórmula a seguir: $(\text{escore obtido} - 1) * 10 / 4 - 1$. A partir disso, os valores $< 6,6$ foram considerados escores baixos (insatisfatórios) e $\geq 6,6$ escores altos (satisfatórios), conforme manual do instrumento.⁵

O dados foram coletados a partir de um *tablet*, utilizando o programa *Epi Info* versão 7,0, em seguida transferidos para o programa *Microsoft Excel* 2013, *Windows* 8 e analisados com o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 16.0 *for Windows*. A distribuição de normalidade das variáveis foi avaliada pelo Teste de *Shapiro Wilk*, recomendado para amostras com menos de 2.000 observações.¹⁸ Para todas as análises estatísticas foi considerado nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

As variáveis qualitativas foram expressas como frequências absolutas e relativas e as variáveis quantitativas como medianas, médias e erro padrão (EP) com intervalo de confiança (IC) de 95%. Para verificar a significância estatística nas comparações entre proporções (perfil e modelo de APS com o alto/baixo escore) foi realizado o teste qui-quadrado. Utilizou-se o teste *Kruskal Wallis* para verificar diferença entre três ou mais grupos independentes e após foi aplicado o teste *Post Hoc Dunn* para identificar quais dos pares de grupos diferem, sendo “a” diferente de “b” e ambos diferentes de “c”. Foi aplicado o coeficiente alfa de *Cronbach* para avaliar a confiabilidade das respostas, sendo que o atributo deve apresentar valor $\geq 0,70$.¹⁹

Com o intuito de avaliar a relação causal entre as variáveis independentes (x) e as variável dependente (y), utilizou-se a regressão de *Poisson* com variância robusta, sendo estimada a razões de prevalência (RP) e o seus respectivos intervalos de confiança (IC95%). Na análise bruta e ajustada foram incluídas as variáveis independentes que mostraram associação com o alto escore da longitudinalidade, utilizando p-valor $< 0,15$.

Os questionários foram aplicados por mestrandos do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) mediante capacitação. Os usuários foram informados quanto aos objetivos da pesquisa e solicitados a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa faz parte de um projeto matricial, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, sob número do CAAE: 34137314.4.0000.5346, seguindo os preceitos éticos da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. A pesquisa contou com apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, edital universal 2014.

RESULTADOS

Foram entrevistados 1.076 usuários da APS nos municípios da 4ª CRS/RS e as perdas (n=9; 0,83%) ocorreram devido ausência de respostas para 50,00% ou mais das perguntas do questionário, conforme manual do instrumento de pesquisa.⁵

Em relação as características socioeconômicas e demográficas, os participantes eram majoritariamente do sexo feminino (n=814; 76,29%), da faixa etária de 18 a 38 anos de idade (n=485; 45,80%); casados ou em união estável (n=661; 62,18%); brancos (n=740; 69,61%); e com filhos (n=907; 85,24%). Quanto a escolaridade, 57,48% (n=611) possuíam oito anos de estudo ou menos; 76,86% (n=817) relataram receber dois salários mínimos mensais ou menos; 72,99% (n=773) não possuíam emprego formal; e 74,13% (n=788) não possuíam plano de saúde. Em relação ao transporte utilizado para chegar aos serviços de APS, 59,55% (n=633) relataram deslocar-se a pé. O maior percentual dos usuários entrevistados eram da região de saúde Verdes Campos (n=820; 76,85%) e 41,89% (n=447) eram usuários da UBST, 42,17% (n=450) da ESF, enquanto 15,93% (n=170) da UBSM.

Neste estudo, os usuários da UBST apresentaram o maior escore médio para o grau de afiliação (8,81; IC95%:8,58-9,04). No entanto, os usuários de todos os modelos de APS apresentaram alto escore para o grau de afiliação com o serviço, com diferença estatisticamente significativa (p=0,0048) entre os três serviços, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Escore padronizado do grau de afiliação e da longitudinalidade na perspectiva dos usuários adultos da APS, conforme modelo de atenção, nos municípios da 4ª CRS do Estado do RS. Santa Maria, 2015. (n=1067)

Unidade de Saúde*	Grau de Afiliação (0-10)					
	Escore padrão	Erro padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	p**
UBST	8,81 ^a	8,58-9,04	10,00	0,00	10,00	0,0048
ESF	8,52 ^b	8,29-8,75	10,00	0,00	10,00	
UBSM	8,35 ^c	7,97-8,73	10,00	0,00	10,00	
Unidade de Saúde*	Escore da longitudinalidade (0-10)					
	Escore padrão	Erro padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	p**
UBST	6,05 ^b	5,87-6,23	6,19	0,48	10,00	<,0001
ESF	6,93 ^a	6,74-7,12	7,14	0,71	10,00	
UBSM	5,81 ^c	5,45-6,17	5,71	0,24	10,00	

*UBST: Unidade Básica de Saúde Tradicional; ESF: Estratégia de Saúde da Família; UBSM: Unidade Básica de Saúde Mista.

**Teste Kruskal-Wallis e Teste de Dunn (a, b, c) - Diferença estatisticamente significativa (p<0,05).

Na análise da longitudinalidade, segundo os modelos de APS, o escore da ESF foi considerado alto (6,93; IC95%:6,74-7,12) e difere estatisticamente ($p < ,0001$) dos demais modelos de APS que apresentaram baixo escore. Contudo, o escore da UBST é significativamente maior que da UBSM, apesar de não atingir o ponto de corte (6,6). A avaliação da confiabilidade dos resultados do atributo pelo alfa de *Cronbach* foi considerada adequada (0,818).

A Tabela 2 apresenta a relação das características socioeconômicas, demográficas e de serviços de saúde dos usuários da APS com o alto e o baixo escore da longitudinalidade.

Tabela 2 - Associação da características socioeconômicas, demográficas e modelos de APS com o alto/baixo escore da longitudinalidade nos municípios da 4ª CRS/RS. Santa Maria, RS, Brasil, 2015. (N=1067)

Variáveis	Longitudinalidade				p*
	Baixo escore ($< 6,6$)		Alto escore ($\geq 6,6$)		
	n	%	n	%	
Sexo					0,6952
Masculino	131	51,78	122	48,22	
Feminino	410	50,37	404	49,63	
Faixa Etária					<,0001
18-38	290	59,79	195	40,21	
39-59	176	43,89	225	56,11	
60-91	66	38,15	107	61,85	
Cor					0,4903
Branco	379	51,22	361	48,78	
Não branco	158	48,92	165	51,08	
Filhos					0,4250
Sim	454	50,06	453	49,94	
Nenhum	84	53,50	73	46,50	
Escorialidade					<,0001
≤ 8 anos	274	44,84	337	55,16	
> 8 anos	263	58,19	189	41,81	
Situação Conjugal					0,3704
Com companheiro	341	51,59	320	48,41	
Sem companheiro	196	48,76	206	51,24	
Emprego Formal					0,0023
Sim	167	58,39	119	41,61	
Não	370	47,87	403	52,13	
Renda					0,1013
\leq dois salários	403	49,33	414	50,67	
$>$ dois salários	136	55,28	110	44,72	
Plano de Saúde					0,0879
Sim	127	46,18	148	53,82	
Não	411	52,16	377	47,84	
Transporte					0,5137
A pé	325	51,34	308	48,66	
Outro	212	49,30	218	50,70	
Região de Saúde					<,0001

Verdes campos	459	55,98	361	44,02	
Entre Rios	82	33,20	165	66,80	
Unidade de Saúde					<,0001
UBST	265	59,28	182	40,72	
ESF	175	38,89	275	61,11	
UBSM	101	59,41	69	40,59	

*Teste Qui-quadrado.

Em relação aos escores da longitudinalidade, evidenciou-se diferença estatística significativa entre os percentuais obtidos quanto as faixas etárias, escolaridade, tipo de emprego, região de saúde e modelos de APS. Apresentaram maiores percentuais para o alto escore da longitudinalidade: usuários da faixa etária de 60 a 91 anos (61,85%; $p=<,0001$); usuários com oito anos de escolaridade ou menos (55,16%; $p=<,0001$); usuários sem emprego formal (52,13%; $p=0,0023$); usuários da região de saúde Entre Rios (66,80%; $p=<,0001$); e os usuários da ESF (61,11%; $p=<,0001$).

Na tabela 3, estão apresentadas análise bruta e ajustada entre os escores gerais da longitudinalidade da APS, atribuídos pelos usuários adultos.

Tabela 3 – Regressão bruta e ajustada para o escore da Longitudinalidade da APS da 4ª CRS/RS. Santa Maria, RS, Brasil, 2015.

Variáveis	Alto Escore da Longitudinalidade					p
	RPb*	IC95%†	p	RPaj‡	IC95%†	
Faixa Etária						
60 a 91 anos	1,100	1,046 - 1,156	< 0,001	1,060	1,014 - 1,108	0,010
18 a 59 anos	1,00			1,00		
Escolaridade						
≤ 8 anos	1,094	1,050 - 1,140	< 0,001	1,052	0,998 - 1,107	0,057
> 8 anos	1,00			1,00		
Emprego Formal						
Não	1,074	1,026 - 1,125	0,003	1,038	0,989 - 1,090	1,128
Sim	1,00			1,00		
Renda						
≤ dois salários	1,041	0,992 - 1,093	1,040	1,005	0,956 - 1,056	0,854
> dois salários	1,00			1,00		
Plano de Saúde						
Sim	1,040	0,995 - 1,088	0,084	1,040	0,994 - 1,088	0,091
Não	1,00			1,00		
Região de Saúde						
Entre Rios	1,158	1,110 - 1,208	< 0,001	1,098	1,049 - 1,149	< 0,001
Verdes Campos	1,00			1,00		
Unidade de Saúde						
ESF	1,145	1,101 - 1,191	< 0,001	1,107	1,061 - 1,155	< 0,001
Outros serviços APS	1,00			1,00		

*RPb – Regressão de Poisson bruta.

†IC 95% – Intervalo de confiança de 95%.

‡RPa – Regressão de Poisson ajustada por: Faixa Etária, Escolaridade, Emprego Formal, Renda, Plano de Saúde, Região de Saúde e Unidade de Saúde.

1,00 - valor de referência.

A análise de regressão bruta demonstrou que os usuários idosos, usuários com oito anos de escolaridade ou menos, usuários sem emprego formal, residentes na região Entre Rios e usuários da ESF possuíam associação com o alto escore da longitudinalidade. Após ajustes, mostraram-se associadas ao alto escore: idade de 60 anos ou mais (RP=1,060; IC95%=1,014-1,108), a região de saúde Entre Rios (RP=1,098; IC95%=1,049-1,149) e o modelo de atenção da ESF (RP=1,107; IC95%= 1,061-1,155).

DISCUSSÃO

Este estudo utilizou informações coletadas através de inquérito de usuários adultos da APS nos municípios que integram a 4ª CRS/RS, Brasil, identificando um alto escore para o grau de afiliação em todos os modelos de atenção e melhor desempenho dos serviços com ESF em relação a longitudinalidade, com associação do alto escore com a variável idosos, região de saúde Entre Rios e o modelo de atenção da ESF.

Em relação ao perfil dos usuários da APS, destacam-se as características socioeconômicas, sinalizando para uma população em sua maioria vulnerável. Essa vulnerabilidade se refere a prevalência de usuários com baixa escolaridade, sem emprego formal e renda mensal menor que dois salários mínimos. Os achados mostram que a APS contribui com o acesso da população, especialmente aquela com maior carência socioeconômica⁶, apontando que a APS não é a porta de entrada para população de maior nível socioeconômico. Conforme autores¹, o SUS é um sistema de saúde em constante desenvolvimento que ainda está lutando para permitir a cobertura universal e equitativa.

O estudo constatou um alto escore para o grau de afiliação dos usuários com a APS em todos os modelos de atenção. O resultado mostra que, para a maioria dos entrevistados há um serviço ou profissional da APS que procuram na ocorrência de problemas ou na busca por orientações; há um serviço ou profissional da APS que os conhecem melhor como pessoa e que é mais responsável pelo seu atendimento à saúde. No entanto, é válido ressaltar que este resultado pode estar relacionado a um condicionamento da população estudada a estes serviços de saúde.

A interpretação dos resultados da avaliação da longitudinalidade permitiu identificar que, no contexto estudado, as unidades com ESF apresentaram maior desempenho. O escore da longitudinalidade foi satisfatório na ESF (6,93) o que demonstra que este modelo de atenção à saúde possibilita a construção de vínculo e relação interpessoal entre usuário e profissional ao longo do tempo. Este resultado não pôde ser observado entre os usuários dos demais modelos de APS (UBST e UBSM). No entanto, o escore obtido pela ESF ainda é distante da nota máxima possível (10,0), verificando a necessidade de esforços que visam o aumento da presença e extensão do atributo estudado.

Estudo que buscou analisar os aspectos das fortalezas e as limitações da ESF e da UBST, identificou um imanente vínculo com a equipe da ESF, percebido de forma menos intensa na UBST.⁶ Os mesmos autores destacam que a ESF vem cumprindo o seu papel de aproximação com o usuário e família, sendo necessário reconhecer que a equipe dispõe da potencialidade de conhecer as pessoas e compreendê-las no seu contexto social, emocional e familiar, o que é condição ímpar no cuidado à saúde.

O resultado deste estudo é semelhante aos encontrados em pesquisas realizadas com diferentes populações, utilizando o PCATool-Brasil. Pesquisa realizada com usuários adultos dos serviços da APS num município de Minas Gerais, revelou que a ESF apresenta valores de escores satisfatórios (6,9) para os atributo da longitudinalidade, enquanto que os demais serviços de APS apresentaram baixo escore (4,7).²⁰ Estudo realizado com profissionais da APS em Curitiba (PR), apresentou alto escore para a longitudinalidade nas unidades de ESF (6,6) e baixo escore nas unidades tradicionais (6,0).¹³ Estudo voltado a crianças e adolescente em São Paulo (SP), constatou que o modelo assistencial da ESF obteve melhores avaliações para a longitudinalidade, refletindo como modelo de APS mais adequado.²¹

Neste contexto, era esperado a obtenção de um baixo escore para a longitudinalidade entre os serviços de UBST, no entanto não para as UBSM, onde coexistem unidades tradicionais e de ESF. Sugere-se estudo para identificar a real efetividade da UBSM.

A longitudinalidade acontece a partir do estabelecimento de vínculo e confiança da equipe de saúde com o usuário e sua família, que é fortalecido através do contato constante, comprometimento dos profissionais com a saúde do indivíduo e por uma assistência que melhore a qualidade de vida. As fortes relações possibilitam que os profissionais de saúde se envolvam com a família, dando continuidade ao acompanhamento desta por meio de laços duradouros, que transcendem os episódios de doença e/ou a resolutividade do problema.²²

Os profissionais de saúde envolvidos em atenção longitudinal são mais sensíveis a informações sutis que podem auxiliar a esclarecer a natureza do problema do usuário, o que

permite reconhecer as suas necessidades em saúde, a produção de diagnósticos e tratamentos mais precisos e efetivos.⁴ Por meio de intervenções adequadas é possível amenizar os problemas de saúde, reduzindo agravos e, conseqüentemente, a necessidade de uso de serviços de alta complexidade, com diminuição de custos na saúde, maior resolutividade, qualidade de vida e satisfação do usuários.^{21,22}

A partir deste contexto, visando os benefícios da longitudinalidade e seu alcance pela ESF, a ampliação da cobertura deste modelo de atenção se mostra uma estratégia de qualificação da APS. As diferenças estruturais existentes entre a ESF e os demais serviços da APS, como a sua atuação em áreas adscritas, em territórios delimitado e através de profissionais generalistas e agentes comunitários, podem explicar a diferença de efetividade entre esses serviços de saúde. Assim, para a qualificação das unidades tradicionais a mudança necessária seria convertê-las em unidades com ESF.²³

Estudo sugere a implementação da ESF em larga escala para melhorar a qualidade dos serviços de APS, especialmente em áreas de maior risco social, reforçando a papel das políticas públicas na redução das iniquidades em saúde. A oferta de serviços centrados nas pessoas, família e na comunidade tem um enorme potencial para melhorar os resultados de saúde em países em desenvolvimento¹⁵ como o Brasil, e estes devem pautar-se pelos princípios do SUS, com adequada cobertura da população, investimentos em recursos humanos, físicos e materiais.

A análise multivariada ajustada confirmou prevalências mais elevadas para alto escore da longitudinalidade quando os usuários possuíam 60 anos de idade ou mais, residiam na região de saúde Entre Rios e procuravam o modelo de atenção da ESF.

Usuários idosos tendem a constituir uma relação de maior vínculo com o profissional por serem mais acometidos por doenças crônicas que requerem maior acompanhamento, frequentando mais assiduamente os serviços de APS.¹⁶ Conforme o mesmo autor, a associação de alto escore e usuários idosos é um resultado esperado por se tratar de uma das parcelas mais vulneráveis da população, sendo diferenciados os esforços empregados para a organização e prestação de serviços em busca do princípio da equidade.

Estudo realizado com idosos em Porto Alegre (RS), utilizando o mesmo instrumento de avaliação, afirmou que os escores da APS são maiores em relação aos alcançados quando se estudaram os adultos maiores de 18 anos na mesma cidade.²⁴ Contrapondo, pesquisa realizada com idosos na Bahia revelou baixo escore para o atributo da longitudinalidade.²⁵

Neste contexto, a atenção longitudinal à saúde oferecida a população adulta merece atenção e deve ser ampliada. A população com menos de 60 anos de idade possivelmente

enfrenta dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde, uma vez que os horários da sua jornada de trabalho podem estar coincidindo com os horários de funcionamento dos serviços, e conseqüentemente, apresentam menor vínculo com os profissionais. Assim, faz-se necessário adequar o serviço e as práticas de saúde às reais necessidades da população local.

A diferença significativa de alto escore da longitudinalidade entre a região de saúde Verdes Campos e Entre Rios é um achado inédito, uma vez que as duas regiões pertencem a mesma CRS. No entanto, vale ressaltar que a região Verdes Campos possui um município de grande porte, o que pode influenciar negativamente o escore da região, uma vez que grandes centros urbanos apresentam maiores dificuldades para reestruturação da atenção primária e reorganização do modelo assistencial.²⁶

No entanto, a cobertura da ESF por região de saúde deve ser levada em consideração. No ano da pesquisa, a região de saúde Verdes Campos possuía 435.021 mil habitantes e 52 unidades com ESF, enquanto a Entre Rios contava com 124.477 mil habitantes e 32 unidades com ESF.¹¹ Neste caso, considerando para cada ESF a quantidade máxima de população recomendada pelo Ministério da Saúde, a cobertura desta estratégia foi então de 47,81% da população na Verdes Campos e 100,00% na Entre Rios.

Por fim, a associação do modelo de atenção da ESF com alto escore da longitudinalidade deixa claro a aproximação desta equipe com os usuários e a formação de vínculo, o que não ocorre de forma efetiva na UBST e na UBSM. Corroborando, estudo que avaliou todos os atributos da APS evidenciou que o aumento da prevalência de alto escore está associado com a ESF.¹³ A APS apresenta pressupostos que objetivam a implantação de um novo modelo de atenção e esta responsabilidade é expandida a todas as modalidades de atenção primária, no entanto, encontra-se na ESF uma direcionalidade mais efetiva pra esta proposta.⁶

As potenciais limitações deste estudo devem ser abordadas: o viés de seleção de amostragem, pois a amostra foi selecionada por um julgamento de valor, sendo constituída pelos mais acessíveis; viés de informação, pois os usuários foram entrevistados nas unidades de APS e estes podem ter emitido respostas mais positivas tendo em vista possíveis represálias nos serviços de saúde; e viés de memória, pois as informações foram coletadas por meio da recordação dos usuários, no entanto, relatos dos usuários é a principal forma de verificar experiências reais de cuidados em saúde e sua satisfação.

Ressalta-se que o desenho da pesquisa dificulta realizar inferências causais dos achados, apenas associações entre variáveis relacionadas aos pacientes, o modelo assistencial

e a longitudinalidade. O estudo foi realizado em uma região do RS, portanto a generalização dos resultados para outras regiões do estado ou país é limitada.

A avaliação dos serviços de saúde na perspectiva dos usuários nos diferentes modelos de atenção, constitui uma ferramenta que subsidia o processo de decisão compartilhada, no sentido de repensar as práticas profissionais, reorganizar o processo de trabalho, realocar recursos, readequar ações e redefinir objetivos coerentes com o projeto de saúde estabelecido.²⁰ Assim, os resultados deste estudo proporcionam implicações para os gestores e profissionais de saúde em termos de melhoria do desempenho da APS nos municípios estudados.

CONCLUSÃO

Neste estudo, os usuários da APS revelam um alto grau de afiliação com o serviço em todos os modelos de atenção avaliados. Porém, em relação a avaliação da longitudinalidade, os resultados revelam melhor desempenho do atributo nas unidades com ESF. Este modelo de atenção sugere possuir melhores condições para a efetivação da longitudinalidade em relação a UBST e UBSM, mesmo que, com escore ainda distante da nota máxima (10).

Através da identificação das variáveis associadas ao alto escore da longitudinalidade da APS, “idade de 60 anos ou mais”, “a região de saúde Entre Rios” e “o modelo de atenção da ESF”, evidencia-se que, expandir para toda a população as ações de saúde direcionadas a esta população e a ampliação da cobertura da ESF podem ser estratégias para a qualificação da longitudinalidade na APS. Contudo, deve ser considerado a realidade e peculiaridades de cada população.

Os resultados desta pesquisa trazem um papel de dever para os serviços e políticas públicas de atenção à saúde do adulto em termos de melhoria da qualidade da assistência, além de subsidiar práticas e decisões em relação a investimentos públicos no cenário de pesquisa. Ressalta-se que os esforços empenhados para a efetividade da longitudinalidade na APS devem considerar a implantação da ESF no contexto estudado.

REFERÊNCIAS

- 1 Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97.
- 2 Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(esp):158-64.

- 3 Shi. The Impact of Primary Care: A Focused Review. *Scientifica*. 2012; 2012:1-22.
- 4 Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726p.
- 5 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 80p.
- 6 Marin MJS, Marchioli M, Moracvick MYAD. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(3): 780-8.
- 7 Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(29):274-84.
- 8 Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior A, Gomes A, Bousquat A. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc saúde coletiva*. 2006; 11(3):633-641.
- 9 Giovanella L, et al (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ; 2012.
- 10 Santos KT, Saliba NA, Moimaz SAS, Arcieri RM, Carvalho ML. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família?. *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16(Supl. 1):1023-1028.
- 11 Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Rio Grande do Sul, 2015. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 10 jan. 2016.
- 12 Facchini LA. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2006; 11(3): 669-681.
- 13 Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(29):294-303.
- 14 Macinko J, Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care-Sensitive Hospitalizations Among Adults in Brazil, 1999–2007. *Am J Public Health*. 2011;101(10):1963-70.
- 15 Mendonça CS, Harzheim E, Duncan BB, Nunes LN, Leyh W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy and Planning*. 2012;27(4):348-55.

16 Araújo LUA, Gama ZAS, Nascimento FLA, Oliveira HFV, Azevedo WM, Almeida Júnior HJV. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Ciênc saúde coletiva*. 2014; 19(8):3521-32.

17 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades@. Rio Grande do Sul. População 2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br>

18 Shapiro SS, Wilk MB. Na analisys of variance test for normality (complete sample). *Biometrika*. 1965; 52(3/4): 591-611.

19 Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Análise Multivariada de Dados*. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

20 Oliveira e Silva CS, Fonseca ADG, Souza e Souza LP, Siqueira LG, Belasco AGS, Barbosa DA. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *Ciênc saúde coletiva*. 2014; 19(11):4407-15.

21 Ferrer APS, Brentani AVM, Sucupira ACSL, Navega ACB, Cerqueira ES, Grisi SJFE. The effects of a people-centred model on longitudinality of care and utilization pattern of healthcare services - Brazilian evidence. *Health Policy and Planning*. 2014;29(sup 2):107-13.

22 Baratieri T, Mandu ENT, Marcon SS. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos da experiência profissional. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(5):1260-67.

23 Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(9):1772-84.

24 Oliveira EB, Bozzetti. MC, Hauser L, Duncan BB, Harzheim E. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(29):264-73.

25 Carvalho VCHS, Rossato SL, Fuchs FD, Harzheim E, Fuchs SC. Assessment of primary health care received by the elderly and health related quality of life: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2013;24(13):1-9

26 Viana ALA, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Bousquat A. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(sup 1):79-90.

Fontes de financiamento: Bolsa de Mestrado da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS); Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

6 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo revelam um alto escore para o grau de afiliação na avaliação geral da APS (8,62; IC95%:8,47-8,77) e quando avaliados os diferentes modelos de atenção. Este dado demonstra que os usuários da APS perceberam o serviço como a fonte regular de atenção ou como o serviço de referência na busca do cuidado. No entanto, este resultado pode estar relacionado a um condicionamento da população estudada a estes serviços de saúde.

Em relação a avaliação da longitudinalidade, os resultados mostram a necessidade de melhoria deste atributo no contexto da APS, referente às práticas assistenciais na atenção à saúde do adulto. No contexto geral da APS, a longitudinalidade apresentou um baixo escore (6,38; IC95%:6,26-6,51), indicando um processo assistencial frágil e insatisfatório.

Quando a longitudinalidade foi avaliada segundo modelo de APS, somente o escore da ESF foi considerado alto (6,93; IC95%:6,74-7,12) com diferença significativa em relação aos demais modelos de APS (UBST e UBSM), que apresetaram baixo escore. Neste sentido, sugere-se a implementação e expansão da ESF como estratégia de qualificação da APS. Contudo, mesmo a ESF obtendo um escore alto, este ainda é distante da nota máxima possível (10,0), verificando-se a necessidade de esforços para o aumento da presença e extensão da longitudinalidade nestes serviços.

Em relação aos itens que compõem o atributo da longitudinalidade, a maioria dos usuários referiram insatisfação principalmente em relação aos seguintes itens: poder conversar com o profissional que melhor conhecem para tirar dúvidas; o profissional conhecer o usuário melhor como pessoa e não somente como alguém com um problema de saúde; o profissional de saúde saber com quem o usuário mora; o profissional saber dos problemas de saúde do usuário; o profissional saber a respeito da ocupação do usuário; o profissional conhecer a história clínica do usuário; o profissional saber ajudar se o usuário se tivesse problemas em obter medicamentos; destacando que mudariam de profissional ou serviço se isto fosse fácil.

Estes dados apontam para um distanciamento entre profissional/serviços de saúde e os usuários. Percebeu-se, por meio da experiência dos usuários, que os profissionais de saúde não os conhecem de forma integral, seu contexto de vida social, familiar e processo de saúde e doença. Destaca-se que, conhecer o usuário favorece a formação de vínculo, a satisfação do usuário e resolutividade das suas necessidades em saúde. Todos os itens que compõem a longitudinalidade obtiveram correlação positiva com o escore do atributo, o que mostra a importância da efetividade destes para o alcance de um alto escore.

As análises deste estudo ainda mostram que as variáveis “idade de 60 anos ou mais”, a “região de saúde Entre Rios” e o “modelo de atenção da ESF” apresentaram associação com o alto escore da longitudinalidade dos serviços de APS, corroborando a necessidade de expandir as ações e estratégias de saúde direcionadas à esta população, considerando as especificidades e peculiaridades das dos demais usuários. Estes resultados também reforçam a necessidade de expansão da ESF como forma de qualificar a longitudinalidade na APS.

Este estudo apresenta contribuições para a pesquisa, ensino, prática assistencial e gestão e para os usuários dos serviços avaliados. Para a pesquisa, por ser inédito a aplicação deste instrumento de avaliação da APS em uma região no qual a maioria dos municípios é de pequeno porte, uma vez que a maioria das pesquisas avaliativas são realizadas em metrópoles ou grandes centros urbanos. Os resultados deste estudo servem para conhecer o contexto de serviços de saúde estudados. Além disso, a pesquisa serve para a construção do conhecimento e aprimoramento do conhecimento científico.

As contribuições para o ensino se dão a partir do conhecimento da realidade da APS na região estudada, o que é fundamental para subsidiar as discussões em nível de graduação e pós-graduação em relação a atenção a saúde do adulto oferecida neste serviços, uma vez que a universidade tem a responsabilidade por uma formação de qualidade dos acadêmicos, futuros profissionais que poderão atuar nos serviços deste nível de atenção dos municípios da 4ª CRS/RS.

As contribuições para a assistência e gestores ocorrem no sentido de que a avaliação proporciona resultados que subsidiam a tomada de decisão, o planejamento, e conseqüentemente a gestão dos serviços de saúde, possibilitando a implementações de ações e estratégias que visam a qualidade do serviço e da assistência. Contudo, a avaliação realizada sob a perspectiva dos usuários possibilita identificar a sua experiência e satisfação com os serviços oferecidos e direcionar políticas que atendam as reais necessidades em saúde da população.

As contribuições para o usuário ocorrem no momento em que os resultados desta pesquisa favorecem a melhoria dos serviços e da assistência na APS e conseqüentemente melhores resultados para a saúde e o aumento da satisfação do usuário.

Por fim, sugere-se a adoção da ESF como modelo de atenção para efetivar a longitudinalidade e qualificar a APS, bem como a sua expansão e descentralização, considerando investimentos financeiros adequados e uma assistência universal e equitativa. Ressalta-se a importância dos profissionais repensarem a sua prática assistencial e desenvolvê-la conforme os princípios e objetivos da APS, em especial, no que se refere a sua

aproximação com os usuários, família e comunidade. Destaca-se ainda a necessidade de reorientação do modelo de formação dos profissionais deste nível de atenção.

REFERÊNCIAS

BARATIERI, T.; MARCON, S.S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, v.15, n.4, p. 802-810, 2011.

BARATIERI, T.; MANDU, E.N.T.; MARCON, S.S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos da experiência profissional. **Revista Escola Enfermagem USP**, v.46, n.5, p.1260-1267, 2012.

BARBETTA, P.A. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. 9. ed. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2014. 320p.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 28 out. 2014.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 28 de dezembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 28 out. 2014.

_____. Informes Técnicos Institucionais. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, v.34, n.3, p.316-9, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 40p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de 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. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS): Resultado do processo avaliativo 2004-2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 84 p.

_____. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades@**. 2010b. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php?lang=>>>. Acesso em: 29 mai. 2014

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Informações de Saúde (TABNET). **Demográficas e Socioeconômicas**. 2010c. Disponível

em:

<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/pop>>. Acesso em: 09 fev. 2016.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 291 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 134 p.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Informações de Saúde (TABNET). **Demográficas e Socioeconômicas**. 2012c. Disponível em:

<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/pop>>. Acesso em: 09 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Informações de Saúde (TABNET). **Estatísticas Vitais - Mortalidade Geral**. 2013a. Disponível em:

<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10>>. Acesso em: 09 fev. 2016.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Seção 1:59-62.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Rio Grande do Sul, 2015. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 10 jan. 2016.

CACCIA-BAVA, M.C.G. et al. Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS. **Medicina** (Ribeirão Preto), v.44, n.4, p.347-54, 2011.

CHAVES, L.D.P.; TANAKA, O.Y. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.5, p. 1274-1278, 2012.

CONTANDRIOPOULOS, A. et al. Evaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. **Revue Epidemiologie et Santé Publiqu**, Paris, v. 48, p. 517- 539, 2000.

CUNHA, E.M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, Supl. 1, p.1029-1042, 2011.

DONABEDIAN, A. The definition of quality: a conceptual exploration. In: DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to Its assessment** . Ann Arbor, Michigan:

Health Administration Press, 1980. p. 3-31.

DONABEDIAN A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? **JAMA**, v.260, n.12, p.1743-1748, 1988.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 114, p. 1115-1118, 1990.

FIGUEIREDO A.M. et al. Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.22, n.1, p.41-48, 2013.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, vol.35, n.2, 2014.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M.P.; SÁNCHEZ, R.J.S. Longitudinalidad, prestigio, buena reputación (social y profesional) y medicina general/de familia. Aspectos clínicos y de salud pública. Informe SESPAS 2012. **Gaceta Sanitaria**, v.26, p.52-56, 2012.

GIOVANELLA, L. et al (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2012.

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, Supl. 1, p.893-902, 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, supl. 1, p. 881-892, 2011.

HAIR, J.F. et al. **Análise Multivariada de Dados**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

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

HARZHEIM, E. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira Medicina de Família e Comunidade**, v.8, n.29, p.274-84, 2013.

HAUSER, L. et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. **Revista Brasileira Medicina de Família e Comunidade**, v.8, n.29, p. 244-55, 2013.

KURCGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guarabara Koogan, 2010. 196 p.

LOPES, L.F.D. **Estatística e Qualidade & Produtividade**. Disponível em: <<http://www.felipelopes.com/CalculoAmostra.php>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

LEVI, J.; FOX, J.A. Estatística para Ciências Humanas. 9º ed. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

MARIN, M.J.S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M.Y.A.D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. **Texto Contexto Enfermagem**, v.22, n.3, p.780-788, 2013.

MELLO, D.F.; LIMA, R.A.G.; SCOCHI, C.G.S. A saúde de crianças em situação de pobreza: entre a rotina e a eventualidade de cuidados cotidianos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.15, número especial, 2007.

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

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

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Coordenadorias Regionais. **4ª CRS (Santa Maria)**. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/lista/161/4%C2%AA_CRS_%28Santa_Maria%29>. Acesso em: 20 nov. 2014.

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

SHAPIRO, S.S. WILK, M.B. Na analisys of variance test for normality (complete sample). **Biometrika**, v.52, n.3/4, 591-611, 1965.

SILVA, K. et al. Formação do enfermeiro: desafios para a promoção da saúde. **Escola Anna Nery**, v.14, n.2, p.368-76, 2010.

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

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

TANAKA, O.Y.; ESPIRITO SANTO, A.C.G. Avaliação da qualidade da atenção básica utilizando a doença respiratória da infância como traçador, em um distrito sanitário do município de São Paulo. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, vol.8, n.3, p. 325-332, 2008.

TSAI J. et al. Usual Source of Care and the Quality of Medical Care Experiences. **Medical Care**, v.48, n.7, p.628-34, 2010.

VIEIRA DA SILVA, L. M. Avaliação da qualidade de programas e ações de vigilância sanitária. COSTA, E.A. org. **Vigilância Sanitária: temas para debate [online]**. Salvador: EDUFBA, 2009. 237 p.

WEI, X. et al. The Shanghai case: A qualitative evaluation of community health reform in response to the challenge of population ageing. **International Journal Health Planning and Management**, v. 20, p.269–286, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento de coleta das características socioeconômicas e demográficas.

Região de coleta

Verdes Campos 0

Entre Rios 1

Município

Agudo

Unidade

UBS Tradicional 0

UBS ESF 1

UBS Mista 2

Data de Nascimento

Sexo

Masculino 0

Feminino 1

Formação

Fundamental incompleto 0

Fundamental completo 1

Ensino médio incompleto 2

Ensino médio completo 3

Superior incompleto 4

Superior completo 5

Outro 6

Não alfabetizado 7

Situação conjugal

Solteiro 0

Casado 1

Viúvo 2

Divorciado 3

União estável 4

Cor/Etnia

Branco 0

Amarelo 3

Pardo 1

Indígena 4

Negro 2

Possui plano de saúde?

Sim 0

Não 1

Qual principal meio de transporte que você utiliza para chegar a unidade?

A pé 0

Carona 1

Bicicleta 2

Transporte coletivo 3

Transporte escolar 4

Transporte próprio (carro/moto) 5

Possui quantos filhos?

nenhum 0

um 1

dois 2

três 3

quatro 4

cinco ou mais 5

não se aplica 6

Possui emprego formal (sendo esse vínculo com carteira de trabalho)?

Sim 0

Não 1

Qual a renda total de sua família?

até R\$ 788 reais 0

de R\$ 789 reais a R\$ 1576 reais (aprox 2 salários min) 1

de R\$ 1577 reais a R\$ 2364 reais (aprox 3 salários min) 2

de R\$ 2365 reais a R\$ 3152 reais (aprox 4 salários min) 3

mais de 4 salários mínimos 4

*Conversão
libre*

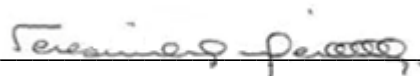
APÊNDICE B - Termo de autorização da pesquisadora responsável para o uso de banco de dados de projeto de pesquisa

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

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE BANCO DE DADOS DE
PROJETO DE PESQUISA**

Eu, **Profª Drª Teresinha Heck Weiller**, professora da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), pesquisadora responsável pelo projeto matricial intitulado “PCATool (PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL): AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (4ª CRS/RS)”, declaro para os devidos fins, que autorizo a utilização do banco de dados do referido projeto pela Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM, **Enfª Marciane Kessler**, para ser utilizado no desenvolvimento de sua dissertação de Mestrado intitulada “AVALIAÇÃO DA LONGITUDINALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL” sendo desenvolvida sob minha orientação e da **Profª Drª Suzinara Beatriz Soares de Lima**. A referida dissertação terá o objetivo de avaliar a presença e a extensão do atributo da longitudinalidade na atenção primária à saúde, segundo o instrumento PCATool-Brasil versão Adulto. Esta autorização está condicionada ao cumprimento dos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se o/a mesmo/a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Santa Maria, 01 de agosto de 2015.



Profª Dra Teresinha Heck Weiller
Coordenadora do projeto

ANEXOS

ANEXO A - Instrumento de coleta de dados – Avaliação da Longitudinalidade (PCATool).

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**

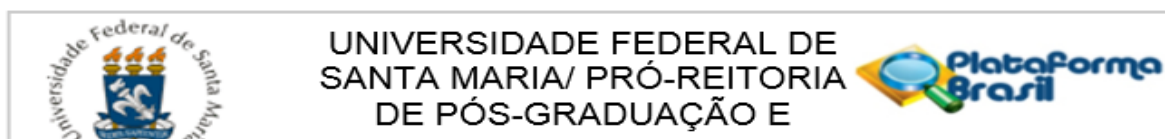
D - LONGITUDINALIDADE

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
D1 - Quando você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2 - Você acha que o seu "médico/enfermeiro" entende o que você diz ou pergunta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3 - O seu "médico/enfermeiro" responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D4 - Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D5 - O seu "médico/enfermeiro" lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D6 - Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu "médico/enfermeiro"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D7 - O seu "médico/enfermeiro" conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D8 - O seu "médico/enfermeiro" sabe quem mora com você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D9 - O seu "médico/enfermeiro" sabe quais problemas são mais importantes para você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D10 - O seu "médico/enfermeiro" conhece a sua história clínica (história médica) completa?	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
D11 - O seu "médico/enfermeiro" sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D12 - O seu "médico/enfermeiro" saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D13 - O seu "médico/enfermeiro" sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D14 - Você mudaria do "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



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

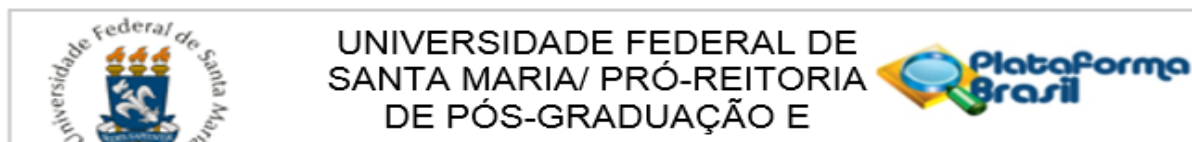
Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 756.292

Data da Relatoria: 14/08/2014



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)

ANEXO C - Termo de Consentimento Livre Esclarecido – Usuários

Nº do Instrumento: _____

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)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Usuários

O título de nossa pesquisa é “título da pesquisa”. Essa pesquisa tem como objetivo avaliar “descrição breve dos objetivos”. Está sendo realizada por um grupo de pesquisa pertencente ao “departamento/instituição responsável pela pesquisa”.

Sua participação nesta pesquisa compreenderá responder um instrumento para avaliar a qualidade da atenção recebida no seu serviço de saúde e “demais objetivos”.

Este estudo não implica em nenhum risco para sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. A entrevista será feita(na sua casa, no seu serviço de saúde) e contamos com cerca de “tempo estimado” da sua atenção.

Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu atendimento no seu local de consulta e que você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa.

Para fins de pesquisa os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou família será divulgado.

Eu, _____ (paciente ou responsável), fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do método que será utilizado. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. Fui igualmente informado da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento, e da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Assinatura do Entrevistado_____
Nome_____
Data_____
Assinatura do Pesquisador_____
Nome_____
Data

Pesquisador responsável: _____ Telefone: _____

ANEXO D - Aceite do artigo de revisão integrativa pela revista **Evidentia** em 2015.



Indexada en las bases de datos, CUIDEN, CINHAL
Incluida en los directorios, LATINDEX, DULCINEA
Incluida en las hemerotecas digitales, CANTÁRIDA
Incluida en los índices de citas, CUIDEN Citación
Miembro fundador del Consejo Iberoamericano de Editores de Revistas de Enfermería (CIBERE)

CERTIFICADO ACEPTACIÓN DE ARTÍCULO Y PENDIENTE DE PUBLICACIÓN

Autores: Marciane Kessler, Thaís Dresch Eberhardt, Rhea Sílvia de Ávila Soares, Eduarda Signor, Suzinara Beatriz Soares de Lima, Teresinha Heck Weiller

Título: Benefícios da longitudinalidade como atributo da Atenção Primária à Saúde

Sección: Revisión

Año: 2016

Número: 53

Edita: Fundación Index

Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/inicio.php>

Granada, a 19 de octubre de 2015



Dr. César Hueso Montoro
74660982S
Director de Revista Evidentia

ANEXO E - Nota Prévia intitulada “Avaliação da longitudinalidade nos serviços de Atenção Primária à Saúde: estudo transversal”, publicada na revista **Online Brazilian Journal of Nursing**, no ano de 2015.

08/01/2018

Kessler

Online Brazilian Journal of Nursing, v. 14 (2015)

NOTAS PRÉVIAS

Avaliação da longitudinalidade nos serviços de atenção primária à saúde: estudo transversal

Marciane Kessler¹, Suzinara Beatriz Soares de Lima¹, Teresinha Heck Weiller¹, Luis Felipe Dias Lopes¹, Thais Dresch Eberhardt¹, Rhea Silvia de Avila Soares¹

¹Universidade Federal de Santa Maria

RESUMO

Objetivo: Avaliar a presença e a extensão da longitudinalidade na atenção primária à saúde (APS) de uma Regional de Saúde do Rio Grande do Sul.

Método: Estudo transversal com 1065 usuários adultos, 1061 cuidadores de crianças e 247 profissionais da APS, com amostra definida por meio de cálculo amostral e amostragem por conveniência. Incluem-se usuários adultos e cuidadores de crianças e profissionais de saúde atuantes no serviço há seis meses. Serão excluídos usuários de primeiro acesso junto à unidade e que não podem responder. A coleta de dados será realizada por meio do instrumento *Primary Care Assessment Tool*, com respostas em escala de Likert.

Resultados esperados: Conhecer a qualidade da APS no aspecto da longitudinalidade, utilizando a avaliação como ferramenta para reorganizar e melhorar estes serviços.

Implicações para a saúde: Promover a melhoria e eficiência da atenção continuada, assistência e a relação interpessoal entre usuários e serviços de saúde.

Descritores: Enfermagem; Gestão em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Continuidade da Assistência ao Paciente.

SITUAÇÃO-PROBLEMA E SUA SIGNIFICÂNCIA

A avaliação da qualidade constitui uma importante ferramenta para a reorganização e melhoria dos serviços de saúde, permitindo subsidiar tomada de decisão, planejamento e gestão⁽¹⁾, além de possibilitar o monitoramento da qualidade, eficácia, eficiência e resolutividade⁽²⁾.

08/01/2016

Kessler

Para realizá-la, diferentes métodos e instrumentos podem ser utilizados. Neste contexto, destaca-se o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), que objetiva medir a presença e a extensão de quatro atributos essenciais da Atenção Primária em Saúde (APS)⁽³⁾, entre eles a longitudinalidade.

A longitudinalidade é uma fonte regular de cuidados e/ou continuada de atenção e sua utilização ao longo do tempo, com a presença de relação interpessoal de confiança entre os usuários e profissionais de saúde⁽³⁾.

QUESTÃO DE PESQUISA

Qual a qualidade dos serviços da APS, na perspectiva da longitudinalidade, da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4º CRS) do Estado do Rio Grande do Sul (RS)?

OBJETIVOS

O objetivo geral é avaliar a presença e extensão da longitudinalidade na APS nos municípios pertencentes à 4º CRS/RS. Os objetivos específicos são:

- Caracterizar os usuários da APS dos municípios pertencentes à 4º CRS/RS;
- Avaliar a longitudinalidade na atenção à saúde do adulto, criança e profissional;
- Avaliar a longitudinalidade nos serviços da APS – Unidade Básica de Saúde (UBS) Tradicional, UBS Mista e Estratégia de Saúde da Família (ESF);
- Verificar a influência de variáveis sociodemográficas nos escores da longitudinalidade e presença ou não de variáveis confundidoras.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa transversal a ser realizada nos serviços de APS dos 32 municípios de abrangência da 4ª CRS/RS. O tamanho da amostra foi definido por meio de cálculo amostral, com base na estimativa da média populacional (adultos, cuidadores e profissionais). Dessa forma, serão entrevistados 1.065 usuários adultos, 1.061 usuários cuidadores de crianças e 247 profissionais de saúde da APS. Para a amostragem dos entrevistados e das unidades de APS será utilizado o método não probabilístico de conveniência.

Serão incluídos adultos maiores de 18 anos e cuidadores ou responsáveis legais de crianças usuários da APS e profissionais de saúde de nível superior do quadro efetivo, atuantes no serviço de saúde pesquisado há, pelo menos, seis meses. Excluem-se usuários adultos e cuidadores ou responsáveis legais de crianças em que seja primeiro acesso junto à unidade, que não possuem condições de saúde cognitiva para responder ao instrumento de pesquisa e profissionais em período de férias, atestado de saúde ou afastamento do trabalho no período de coleta de dados.

A coleta de dados será feita de janeiro a junho de 2015, por meio do instrumento PCATool. A avaliação da longitudinalidade realiza-se por meio dos componentes Grau de Afiliação e Longitudinalidade do PCATool Versão Criança e Adulto; e componente da longitudinalidade do PCATool Versão Profissional. As respostas são em escala de Likert, que apresenta variáveis qualitativas ordinais, as quais serão

http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/5222/html_914

24

08/01/2016

Kessler

transformadas em variáveis quantitativas contínuas para a análise dos dados. Assim, calcula-se um escore final para o atributo da longitudinalidade da APS variando de 1 a 4 (escore mínimo: 1 e escore máximo: 4) e transformado para uma escala de 0 a 10 (baixo escore < 6,6 e alto escore ≥ 6,6).

Os dados serão coletados a partir do programa *Epi Info* versão 7.0, por meio de *tablet* e transferidos para o *Microsoft Office Excel* 2013, em seguida para o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0 for Windows, em que será realizada a análise dos dados. Mediante capacitação, mestrandos de enfermagem integrantes do projeto de pesquisa farão a coleta.

Para a análise dos dados, será calculada média e mediana como medidas de posição central; desvio-padrão, variância e coeficiente de variação como medidas de dispersão, levando em consideração a simetria da distribuição dos dados. A distribuição de normalidade das variáveis será avaliada pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Em seguida serão usados testes paramétricos ou não paramétricos para comparação de médias, de acordo com a distribuição de normalidade das variáveis. Será utilizada a Regressão de *Poisson* com variância robusta, para verificação das variáveis associadas a possíveis altos escores e influência de variáveis confundidoras. Para as análises estatísticas, considera-se nível de significância de 5%.

Os preceitos éticos baseiam-se na Resolução nº 466/2012. Este estudo é oriundo de um projeto matricial intitulado "PCATool: avaliação da atenção primária na 4ª CRS/RS" aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM.

REFERÊNCIAS

- Chaves LDP, Tanaka OY. Nurses and the assessment in health system management. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [Cited 2014 Ago 16] 46(5):1274-78. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/en_33.pdf
- Santo CCE, Gonçalves TC, Gomes AMT, Oliveira DC de. Evaluation of the health public system from its users: memories and social representations study. Online braz j nurs [Internet]. 2010 [Cited 2015 Jun 18] 9(3):01-13. Available from: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-42852010000300007
- Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. J Fam Practice [Internet]. 2001 [Cited 2014 Oct 10] 50(2): 161-75. Available from: <http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT%20pubs/Shi%202001.pdf>

Todos os autores participaram das fases dessa publicação em uma ou mais etapas a seguir, de acordo com as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participação substancial na concepção ou confecção do manuscrito ou da coleta, análise ou interpretação dos dados; (b) elaboração do trabalho ou realização de revisão crítica do conteúdo intelectual; (c) aprovação da versão submetida. Todos os autores declaram para os devidos fins que são de suas responsabilidades o conteúdo relacionado a todos os aspectos do manuscrito submetido ao OBJN. Garantem que as questões relacionadas com a exatidão ou integridade de qualquer parte do artigo foram devidamente investigadas e resolvidas. Eximindo, portanto o OBJN de qualquer participação solidária em eventuais imbróglis sobre a matéria em apreço. Todos os autores declaram que não possuem conflito de interesses, seja de ordem financeira ou de relacionamento, que influencie a redação e/ou interpretação dos achados. Essa declaração foi

http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/5222/html_914

34