

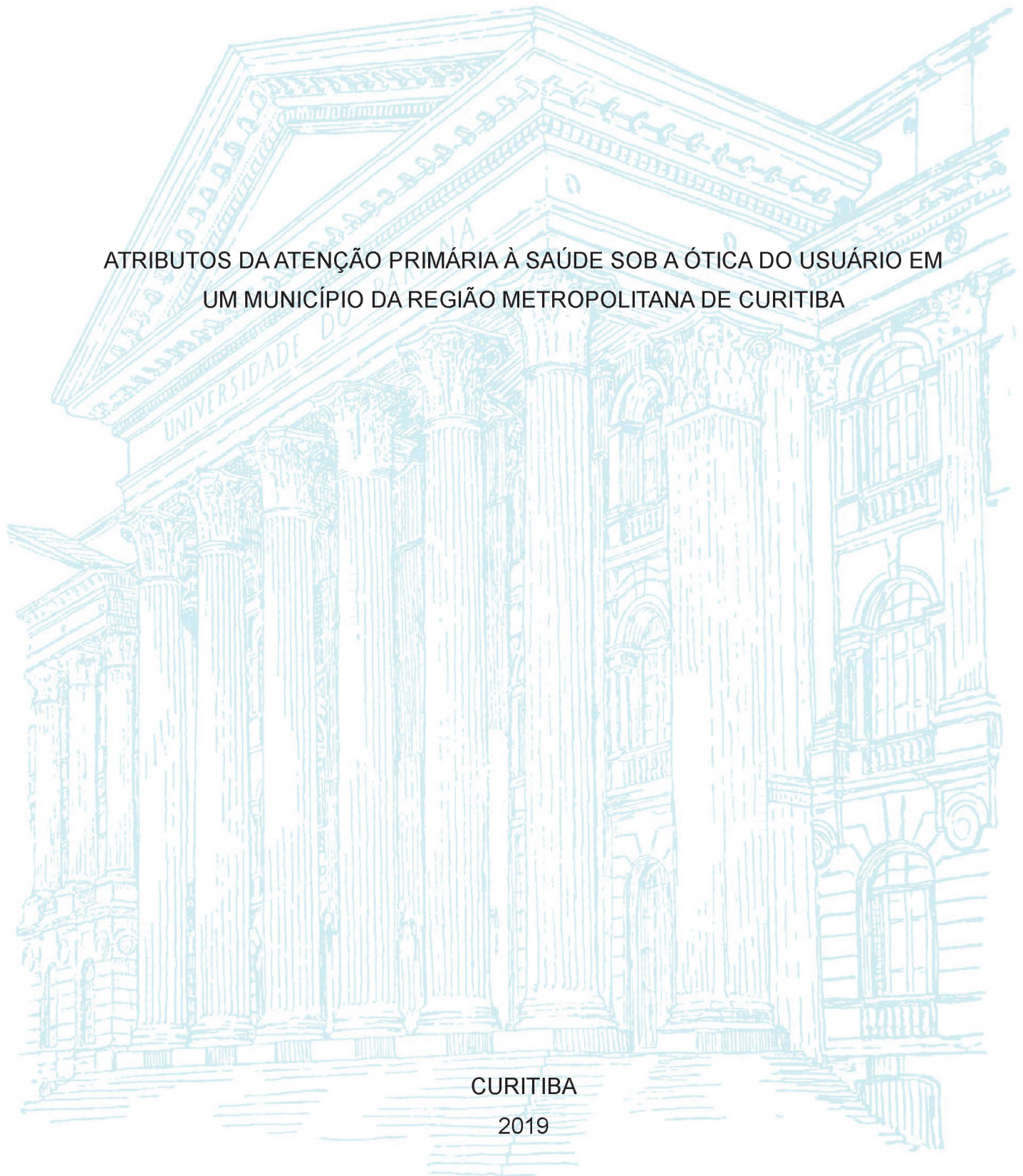
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

HERNANDO ALVES PEREIRA

ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DO USUÁRIO EM
UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA

CURITIBA

2019



HERNANDO ALVES PEREIRA

ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DO USUÁRIO EM
UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Giovana Daniela Pecharki Vianna

Coorientadora: Profa. Dra. Solena Ziemer Kusma

CURITIBA

2019

P436 Pereira, Hernando Alves

Atributos da atenção primária à saúde sob a ótica do usuário em um município da Região Metropolitana de Curitiba [Recurso eletrônico] / Hernando Alves Pereira. – Curitiba, 2019.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Giovana Daniela Pecharki Vianna

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Solena Ziemer Kusma

1. Atenção primária à Saúde. 2. Serviços de saúde. 3. Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde. I. Vianna, Giovana Daniela Pecharki. II. Kusma, Solena Ziemer. III. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família.. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

NLMC: W 83.1



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA -
33303002001P9

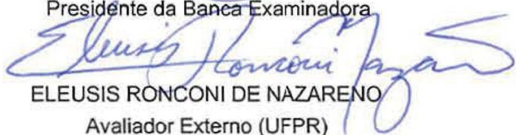
TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE DA FAMÍLIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado Profissional de **HERNANDO ALVES PEREIRA**, intitulada: **ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DO USUÁRIO EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA**, após terem inquirido o aluno e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 26 de Fevereiro de 2019.


GIOVANA DANIELA PECHARKI
Presidente da Banca Examinadora


ELEUSIS RONCONI DE NAZARENO
Avaliador Externo (UFPR)


PAULO POLI NETO
Avaliador Interno (UFPR)

Dedico este trabalho ao Senhor Jesus Cristo, por ser muito mais do que o primeiro, mas o Autor da vida e Consumador da minha fé, meu Bom Pastor, Maravilhoso, Conselheiro, Deus Forte, Pai da Eternidade e Príncipe da Paz; meu socorro presente no dia da angústia, o Senhor dos Exércitos, o Único e o Todo-Poderoso!

O Senhor se mostrou o Criador que foi criativo e o Seu fôlego de vida em mim foi-me sustento e deu-me coragem para questionar realidades e prosseguir diante dos desafios que se levantaram nesta jornada.

A Ti, ó Senhor, sejam toda a honra e toda a glória para sempre. Amém!

AGRADECIMENTOS

À minha família, por acreditar e investir em mim. Certamente não chegaria até aqui se não fosse pelos seus firmes, sólidos e decisivos alicerces.

Pai, sua presença e seus ensinamentos significaram a segurança e a certeza de que não estou sozinho nessa caminhada.

Mãe, seu cuidado e sua dedicação deram a esperança para continuar a prosseguir independente das adversidades.

À minha esposa amada Priscila, pessoa com quem tomei a segunda maior decisão em minha vida, que é partilhá-la ao seu lado. Com você sinto-me mais vivo de verdade. Obrigado pelo carinho, pela paciência e pela sua notável capacidade de me trazer paz na correria do dia a dia.

À minha filha primogênita Isabela, que já desde a sua vinda me ensinou que a perseverança e a coragem são pontos fundamentais para vencer os desafios.

A todos os irmãos na fé da 4ª Igreja do Evangelho Quadrangular de Curitiba, em especial aos inestimáveis amigos e conselheiros da Liga Total, pois foi aqui que aprendi o valor da minha fé e, para além do Curso de Mestrado, onde aprendi a refletir e a ter plena certeza dos propósitos de Deus para minha vida.

Aos meus amigos, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas. Com vocês, as pausas entre um parágrafo e outro de produção melhoram tudo o que tenho produzido na vida.

A todos os professores desta Primeira Turma do ProfSaúde, que me acompanharam durante o Curso, em especial os professores Deivisson V. D. Santos, Giovana D. P. Vianna e Solena Z. Kusma, com quem partilhei o que era a semente do que veio a ser este trabalho. Nossas conversas durante e além dos grupos de estudos foram decisivos para concluirmos este trabalho.

A toda a equipe Gestora da Secretaria Municipal de Saúde de Colombo- PR, em especial o Dr. Darci Martins Braga, a Enf. Nice Andreia M. A. Lara, a Enf. Adriana C. L. Pereira e o Dr. Paulo R. S. Filho e a cada Coordenador das Unidades de Saúde, pela compreensão e apoio neste projeto, que foram fundamentais para perspectivas que se abrirão como frutos deste projeto.

A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo com que o dia de hoje seja melhor do que ontem e que o amanhã seja melhor do que o hoje.

“A maior força de uma cidade é ter muitos cidadãos instruídos.”
(LUTERO, 1525)

RESUMO

Uma das chaves para a superação dos desafios no Sistema Único de Saúde está no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), que tem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como eixo prioritário. Os processos de avaliação sob percepção de usuários podem atuar para a construção de uma nova perspectiva do cuidado, além de monitorar as atividades, fortalecer o controle social e a participação da comunidade nos processos de planejamento. Esta pesquisa tem como objetivo avaliar os atributos da APS sob a ótica dos usuários em um município da região metropolitana de Curitiba, PR. Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa, realizada nas Unidades de Saúde com ESF do Município de Colombo/PR, tendo como participantes 150 usuários adultos vinculados às suas respectivas Unidades de Saúde. Aplicou-se em entrevistas individuais o instrumento Primary Care Assessment Tool – usuários adultos, versão reduzida, estabelecendo-se o ponto de corte de 6,6 para definição de orientação forte para a APS. Uma APS forte é essencial para um sistema de saúde forte, visto que os sistemas de saúde com APS forte apresentam impacto positivo sobre indicadores de morbimortalidade, aliado a melhor relação custo-benefício. Em relação ao perfil dos entrevistados, identificou-se que a maioria é do sexo feminino (75,3%), a idade média dos participantes é de 38,6 anos, a média de escolaridade é de 8,1 anos e a média de tempo de frequência do usuário na US é de 12,0 anos. Dois atributos (utilização e integração de cuidados) atingiram escores médios superiores a 6,6, demonstrando forte orientação para APS. O grau de afiliação e os demais atributos (acesso, longitudinalidade, coordenação – sistema de informações, integralidade – serviços disponíveis e serviços prestados, orientação familiar e orientação comunitária) obtiveram escores inferiores a 6,6, demonstrando fraca orientação para a APS. Verificou-se correlação positiva entre o grau de afiliação e os escores essencial e geral, demonstrando-se a importância da afiliação como parte integrante do desafio para o fortalecimento da APS. A presente pesquisa mostrou uma fraca APS em geral, necessitando de um olhar mais atento e de investimento por parte dos gestores, profissionais e da população.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Avaliação, Usuários de serviços de saúde.

ABSTRACT

One of the keys to overcome the challenges in the Unified Health System is the strengthening of Primary Health Care (PHC), which has the Family Health Strategy (ESF) as the priority axis. Assessment processes under user perception can act to build a new perspective on care, monitor activities, strengthen social control and community participation in planning processes. This research aims to evaluate the attributes of APS from the perspective of users in a municipality of the metropolitan region of Curitiba, PR. This is an exploratory, descriptive, quantitative approach, conducted at the Health Units with ESF of the Municipality of Colombo / PR, with participants as 150 adult users linked to their respective Health Units. In individual interviews the instrument Primary Care Assessment Tool - adult users, reduced version, establishing the cut-off point of 6.6 to define strong guidance for PHC. A strong PHC is essential for a strong health system, since health systems with strong PHC have a positive impact on indicators of morbidity and mortality, together with the best cost-benefit ratio. Regarding the profile of the interviewees, it was identified that the majority is female (75.3%), the average age of the participants is 38.6 years, the average schooling is 8.1 years and the average of user frequency time in the US is 12.0 years. Two attributes (care utilization and integration) reached mean scores higher than 6.6, demonstrating a strong orientation towards PHC. The degree of affiliation and the other attributes (access, longitudinality, coordination - information system, comprehensiveness - available services and services provided, family orientation and community orientation) obtained scores lower than 6.6, showing poor orientation for PHC. There was a positive correlation between the degree of affiliation and the essential and general scores, demonstrating the importance of affiliation as an integral part of the challenge to strengthen PHC. The present research showed a weak APS in general, requiring a closer look and investment by the managers, professionals and the population.

Keywords: Primary Health Care. Evaluation. Health services users.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
1.1	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	11
1.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	12
1.3	O PCA TOOL COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	15
1.4	CAMPO DE PESQUISA.....	19
2	CAPÍTULO ARTIGO 1.....	22
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
	REFERÊNCIAS.....	42
	APÊNDICE 1 – MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	46
	APÊNDICE 2 – MODELO DO QUESTIONÁRIO DA PESQUISA.....	49
	ANEXO 1 – TERMO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE COLOMBO-PR.....	54
	ANEXO 2 – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA EM SERES HUMANOS DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UFPR.....	55

1 INTRODUÇÃO

1.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Os inúmeros avanços no campo da saúde pública brasileira ocorridos especialmente ao longo das últimas duas décadas convivem, de modo contraditório, com desafios sob diferentes aspectos. Se por um lado, pode-se apontar avanços na descentralização e na regionalização da atenção e da gestão da saúde, com ampliação da universalidade, equidade, integralidade e controle social, por outro, a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho podem esgarçar as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários. Além disso, o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção fica fragilizado (AFFONSO e BERNARDO, 2015).

A proposição de um Sistema Único de Saúde, organizado em cada nível de governo, com garantia de acesso universal e igualitário, estabeleceu uma nova lógica organizacional de reestruturação do sistema de atenção à saúde. A primeira delas que se pode destacar é a definição da responsabilidade dos municípios da oferta de serviços básicos de saúde, de forma planejada e organizada com vistas a uma melhor assistência à população adscrita (GIOVANELLA, et al, 2009).

As visões e propostas de reformulação do sistema público de saúde remontam ao período da Reforma Sanitária, pois desde meados dos anos 70, passou-se a discutir de maneira mais intensa a saúde como direito. Como marco central dessas discussões, destacou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em torno dos temas da saúde como direito de cidadania, a reformulação do sistema nacional de saúde, a partir da qual se intensificaram os debates até promulgação da Constituição de 1988 (BRASIL, 1986, MATTA, 2007).

A implantação do SUS ocorreu no início da década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (lei nº 8.080/90, complementada pela lei nº 8.142/90), que estabeleceu como princípios norteadores do SUS: 1) A universalidade do acesso, 2) A igualdade, 3) A integralidade, 4) A participação da comunidade e 5) A descentralização político-administrativa, que trouxe consigo a compreensão do

conceito de Redes de Atenção à Saúde. Nos anos seguintes, reformularam-se os papéis dos entes governamentais na prestação de serviços e na gestão do sistema de saúde, criou-se e ampliou-se as instâncias colegiadas de negociação, integração e decisão, envolvendo a participação dos gestores, prestadores, profissionais da saúde e usuário (MATTA, 2007, SOUZA e COSTA, 2010).

A consolidação do SUS envolve uma série de outros desafios, exigindo mudanças em médio e longo prazo. A luta atual é por um novo modelo de desenvolvimento para o país com espaço para a proteção social e a política de saúde nesse modelo (MATTA, 2007, SOUZA e COSTA, 2010).

1.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Uma das chaves para a superação desses desafios está no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), que para o Ministério da Saúde é considerada um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS). Historicamente, a formação de profissionais vem seguindo a lógica especializada e assistencialista, com pouco espaço para a discussão sobre a concepção da APS e sua devida importância no sistema.

Quanto às definições de APS, a Organização Mundial da Saúde descreve que:

É a atenção de saúde essencial, baseada em métodos e tecnologia prática, científica e socialmente aceitável. É de acesso universal para indivíduos e famílias na comunidade. É a função e o **foco central do sistema de saúde do país** e do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro contato do indivíduo, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando-se o máximo possível do local onde vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de continuidade do processo de atenção à saúde. (Declaração de Alma Ata - OMS, 1978)

Barbara Starfield (2002) define a APS como:

O primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da

coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais. (STARFIELD, 2002)

Segundo o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, a APS:

É um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, das quais assumem responsabilidade (CONASS, 2004)

A APS oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (ou seja, não centrada para a doença) no decorrer do tempo, fornecendo atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Além disso, uma comparação entre nações industrializadas ocidentais diferentes indica que os países com uma orientação mais forte para atenção primária, na verdade, possuem maior probabilidade de ter melhores níveis de saúde e custos mais baixos. (STARFIELD, 2002).

O conceito da APS foi sistematizado por Starfield (2002) através de atributos denominados essenciais: 1) acesso de primeiro contato, que é a acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema; 2) a longitudinalidade, que pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo; 3) a integralidade, que implica fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde e 4) a coordenação, que é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento.

Além desses, a autora também define três atributos derivados: 1) a orientação familiar, decorrente da consideração do contexto familiar na atenção integral; 2) a orientação comunitária, decorrente do contexto comunitário e social; e 3) a competência cultural, que envolve a atenção às necessidades da população

com características culturais especiais (STARFIELD, 2002, OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

Nesse contexto, a APS é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. Aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar (STARFIELD, 2002). Também integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (GIOVANELLA, et al, 2009).

A literatura aponta evidências da associação entre o maior grau de orientação à APS e o aumento da efetividade dos sistemas de saúde, satisfação dos usuários, promoção da equidade, integralidade e eficiência. Apesar de a maior parte dos estudos terem sido realizados em países desenvolvidos, também existem evidências do impacto positivo da APS nos países em desenvolvimento, notadamente nos latino-americanos (OPAS, 2007).

A estratégia adotada pelo Ministério da Saúde no Brasil para a expansão da APS e do SUS é a Estratégia Saúde da Família (ESF), criada em 1994. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, a ESF visa a reorganização da APS no País, de acordo com as diretrizes do SUS, e é considerada uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo efetividade (BRASIL, 2017).

Sobre as especificidades das equipes de saúde da família (eSF), tem-se como requisito a composição de equipe multiprofissional com, no mínimo, médico e enfermeiro generalistas, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo-se acrescentar a essa composição os profissionais de saúde bucal, compondo-se as equipes de saúde bucal (eSB), formadas por cirurgia-

dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

Por sua vez, a atenção básica tradicional conta com centros de saúde com as equipes de atenção básica (eAB), contemplando médicos de diversas especialidades básicas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, cirurgiões dentistas e pessoal de apoio técnico, atende a uma demanda espontânea e/ou encaminhada por outros serviços (SALA, 2011).

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das eSF das eAB (BRASIL, 2017).

1.3 O PCA TOOL COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Segundo Brandão, Giovanella e Campos (2013), os processos de avaliação sob percepção de usuários podem atuar para a construção de uma nova perspectiva do cuidado, além de monitorar as atividades, fortalecer o controle social e a participação/inclusão dos usuários nos processos de planejamento. Oliveira e Silva (2014) destacam, ainda, que contribui para a institucionalização da avaliação e reorganização dos serviços, além de se constituir em uma ferramenta para a participação popular.

Quanto aos instrumentos de avaliação da APS, a literatura descreve diferentes metodologias de avaliação. Em revisão sistemática, Fracolli (2014) descreve que os principais instrumentos que avaliam a APS são: WHO Primary Care Evaluation Tool (PCET); ADHD Questionnaire for Primary Care Providers (AQ-PCP) e General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ), PACOTAPS (Aplicativo para atenção primária em saúde); PMAQ-AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) e PCATool (Primary Care Assessment Tool).

O PCATool é um instrumento criado por Starfield e colaboradores (STARFIELD, XU e SHI, 2001) na Johns Hopkins Primary Care Policy Center (PCPC), tendo como base o modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1966). Este modelo de avaliação baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde.

No mesmo sentido, Campbell (2000) descreve o processo de atenção como o conjunto das interações entre os usuários e os profissionais mediados pela estrutura do serviço de saúde. Desse modo, devido à ausência de ferramentas para medir essas interações no contexto da APS em nosso país, o PCATool preenche a devida lacuna, promovendo medida de base individual sobre a estrutura e, principalmente, o processo de atenção em APS.

O instrumento tem como objetivo medir a presença e a extensão dos 4 atributos essenciais e dos 3 atributos derivados da APS. Foi criado originalmente nas versões destinadas a crianças (PCATool versão Criança), a adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto), a profissionais de saúde e, também, ao coordenador / gerente do serviço de saúde (PCATool versão Profissional), tendo ao todo setenta e sete itens. O instrumento é validado no Brasil e produz escores para cada atributo e também os Escores Essencial e Geral, possibilitando mensurar o grau de orientação à APS em diferentes serviços e sistemas de saúde (STARFIELD, 2001).

O instrumento é amplamente utilizado em pesquisas internacionais para avaliação da APS. Um estudo realizado na Espanha com 2196 cuidadores de crianças menores de 15 anos em todas as 36 áreas de saúde denominadas *Àrees Integrals de Salut*, conforme o Sistema Nacional de Saúde na região da Catalunha, demonstrou escores com forte orientação para APS nos atributos: primeiro contato longitudinalidade, coordenação e integralidade (BERRA, et al, 2014). Um estudo realizado na China com 3360 usuários adultos do serviço de atenção primária atendidos no *Community Health Center* demonstrou boa avaliação dos atributos da APS na perspectiva do usuário (WANG, et al, 2014). Outro estudo realizado no Canadá com 1046 usuários adultos entrevistados mostrou forte orientação para os atributos coordenação e longitudinalidade, mas fraca orientação para o atributo primeiro contato (TOURIGNY, et al, 2010).

Em âmbito nacional o instrumento também é utilizado nas pesquisas de avaliação da APS. Um estudo realizado no Município de Serra-ES com 215 usuárias de 20 a 49 anos demonstrou escores essencial e geral baixos para APS na ótica da população estudada (LIMA, et al, 2015). Outro estudo nacional com cuidadores de crianças de 0 a 2 anos incompletos de 350 famílias cadastradas e acompanhadas em 43 das 44 ESF de zona urbana do município de Montes Claros-MG demonstrou que escore geral da APS mostrou valor próximo ao ideal entre as crianças que utilizavam a ESF como fonte de atenção à saúde e superior ao escore atribuído pelos cuidadores que utilizavam outros serviços (LEÃO, et al, 2011).

Outras pesquisas realizadas em âmbito nacional utilizando a metodologia do PCATool também permitiram verificar que o modelo da ESF foi superior ao modelo tradicional no que tange à força dos atributos da APS (HARZHEIM, 2004, MACINKO et al., 2004, ELIAS et al., 2006, FACCHINI et al., 2006, IBAÑEZ et al., 2008, CHOMATAS, 2011).

A versão reduzida do PCATool adulto Brasil, validada por Oliveira e colaboradores (2013), é composta por vinte e três itens, contemplando a avaliação do Grau de Afiliação, dos atributos essenciais (Primeiro Contato, Longitudinalidade, Coordenação e Integralidade) e derivados (Orientação Familiar e Orientação Comunitária) da APS.

A validação do PCA Tool adulto Brasil se deu a partir de um estudo transversal de base populacional realizado com 3014 participantes adultos maiores de 18 anos de idade, residentes nas áreas geográficas cobertas pela rede pública de Atenção Primária à Saúde (APS) de Porto Alegre e de um serviço privado estruturado sob os princípios da APS.

A avaliação de reprodutibilidade da escala na versão reduzida revelou que o instrumento pode seguramente ser utilizado para avaliar os serviços de APS (OLIVEIRA, 2013).

Tabela 01 – Perguntas do PCA Tool Versão Reduzida para usuários adultos

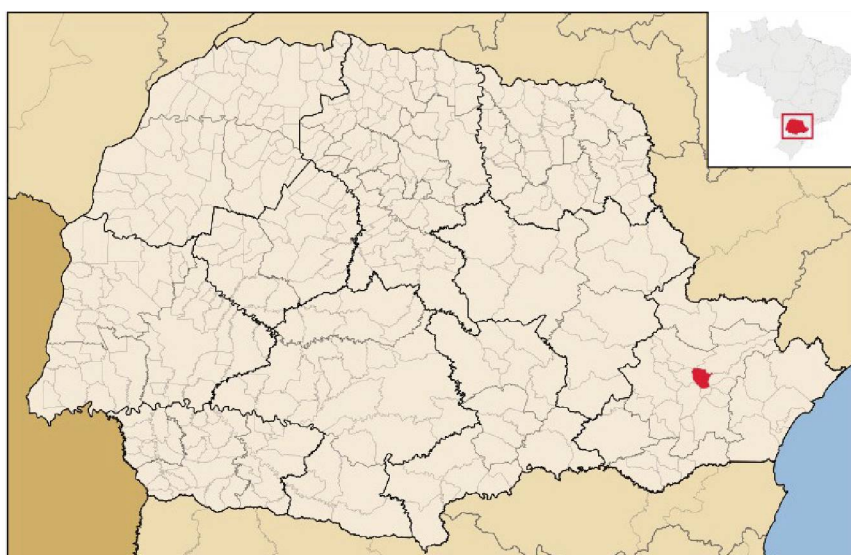
Grau de Afiliação	
A1	Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?
A2	Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?
A3	Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?
Atributos da APS	
<i>Primeiro Contato (Utilização)</i>	
B1	Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?
<i>Primeiro Contato (Acesso)</i>	
C1	Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?
C2	É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” quando pensa que é necessário?
<i>Longitudinalidade</i>	
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 as vezes?
D2	Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “médico/enfermeiro”?
D3	O seu “médico/enfermeiro” sabe quais problemas são mais importantes para você?
D4	Você mudaria do “nome do serviço de saúde / ou nome médico enfermeiro” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?
<i>Coordenação (Integração de cuidados)</i>	
E1	O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?
E2	O seu “médico/enfermeiro” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?
E3	O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe quais foram os resultados desta consulta?
E4	O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?
<i>Coordenação (Sistema de informações)</i>	
F1	Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?
<i>Integralidade (Serviços disponíveis)</i>	
Indique, por favor, se no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” esses serviços ou orientações estão disponíveis:	
G1	Aconselhamento para problemas de saúde mental.
G2	Aconselhamento sobre como parar de fumar.
G3	Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).
<i>Integralidade (Serviços prestados)</i>	
Em consultas ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você?	
H1	Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.
H2	Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.
H3	Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando.
H4	Como prevenir quedas.
<i>Orientação familiar</i>	
I1	O seu “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?
I2	O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?
<i>Orientação comunitária</i>	
J1	O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?

Fonte: O autor

1.4 CAMPO DE PESQUISA

Colombo é um município brasileiro do Estado do Paraná, Região Metropolitana de Curitiba. Originou-se por desmembramento de Curitiba em fevereiro de 1890, tendo como gentílico “colombense” e contando com uma área territorial de 197,805 Km². Limita-se ao norte com os municípios de Rio Branco do Sul e Bocaiuva do Sul, ao sul com Pinhais, a oeste com Curitiba e Almirante Tamandaré e a leste com Campina Grande do Sul e Quatro Barras. Situada há 17,3 Km da capital, grande parte da sua população habita em áreas loteadas contínuas a Curitiba, porém preserva uma grande característica agrícola herdada dos imigrantes italianos vindos no século XIX (COLOMBO, 2017).

FIGURA 1 – LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE COLOMBO, PR



Fonte: Wikipedia (2019)

Sua população estimada é de 237.402 habitantes (IPARDES, 2018). O Município integra a 2ª Regional Metropolitana de Saúde da SESA e se caracteriza como nível de Gestão de Atenção Básica (CIB, 2008). Quanto à sua divisão sanitária, compreende os distritos Guaraituba, Maracanã e Sede. Essa população corresponde a 6,60% da população total da 2ª Regional de Saúde e 2,05% da população estadual. Predomina a população urbana com 95,41%, em relação a 4,51% da população rural (IPARDES, 2018).

Segundo o IPARDES (2018), no ano de 2010 o Município de Colombo apresentou uma taxa de crescimento urbano anual de 1,51%, superior à do Estado do Paraná (1,36%) e decréscimo da população rural de -1,48%. Esses dados sinalizam que o município segue a mesma tendência de transição demográfica do cenário nacional com concentração urbana crescente, causando transformações significativas no estilo de vida das pessoas e com impactos na qualidade de vida da população em geral (IPARDES, 2018).

Quanto ao gênero, a predominância é do sexo feminino. A razão de masculinidade no município é de 97,27 homens para cada 100 mulheres. A população é predominantemente branca (64,5%), seguida da cor parda (30,8%), e da cor negra (3,8%). Cerca de 80% da população municipal depende dos serviços do SUS (COLOMBO, 2017).

Na avaliação global das condições epidemiológicas do Município, os principais indicadores seguem a mesma tendência do Estado e da região quanto a redução da taxa de natalidade geral e estabilização da taxa de mortalidade geral; e também quanto as principais causas de morbimortalidade na população residente. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (2017), as três principais causas de morte são as doenças do aparelho circulatório (25,1%), as neoplasias (16,7%), e as causas externas (15,6%).

Com relação aos internamentos hospitalares, as principais causas incluem: gravidez, parto e puerpério (22,1%), doenças do aparelho circulatório (12,7%), doenças do aparelho digestivo (10,2%) e doenças do aparelho respiratório (8,2%). As internações acontecem com maior proporção entre a população de 30 a 39 anos de idade, cujas principais causas são: a gravidez parto e puerpério, seguido das lesões, envenenamento e outras causas externas.

A cobertura populacional estimada pela atenção básica é de 86,18% (média nacional de 74,97%) e a cobertura populacional estimada pela ESF é de 69,76% (média nacional de 64,19%) em Dezembro/2018 (BRASIL, 2019). Os serviços de saúde que atendem à população municipal são majoritariamente públicos. Entre os estabelecimentos de saúde, há 24 unidades de atenção básica (sendo 18 unidades com ESF e 6 unidades sem ESF), além de 5 unidades de atenção especializada, 1

unidade de pronto atendimento, e serviços do sistema de apoio à rede de atendimento (COLOMBO, 2017).

O sistema de saúde municipal vem atravessando uma conjuntura de desafios, desde o nível estrutural até os relacionados com os processos de trabalho do cotidiano das unidades. Parte desses desafios giram em torno da associação entre a alta demanda pelos serviços com a defasagem de quadro de profissionais, cenário este que se repete em outras municipalidades.

Desta forma, justifica-se a importância da presente pesquisa pelo seu potencial em fornecer subsídios para que a gestão local possa buscar estratégias que resultem na melhoria dos atributos da APS e, conseqüentemente, melhoria da qualidade do serviço ofertado à população assistida e, além disso, que as respostas sejam resolutivas com ações efetivas para a qualidade de vida das pessoas. Esses subsídios poderão contribuir para outros municípios organizarem seus sistemas de saúde com vistas ao fortalecimento da APS.

Nesse contexto, esta pesquisa tem como objetivo geral avaliar os atributos da APS na ótica dos usuários das Unidades de Saúde com ESF do Município de Colombo/PR, e como objetivos específicos:

1. Avaliar o perfil sociodemográfico dos usuários das Unidades de Saúde do Município envolvidos na pesquisa
2. Avaliar os atributos essenciais (primeiro contato, coordenação, longitudinalidade e integralidade) da APS (orientação familiar e orientação comunitária) sob a ótica dos usuários das Unidades de Saúde com Estratégia Saúde da Família.

2 ARTIGO 1

Atributos da Atenção Primária à Saúde sob a ótica do usuário em um município da Região Metropolitana de Curitiba

Attributes of Primary Health Care from the perspective of the user in a municipality of the Metropolitan Region of Curitiba

Atributos de la Atención Primaria a la Salud bajo la óptica del usuario en un municipio de la Región Metropolitana de Curitiba

Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) na ótica dos usuários. Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório, descritiva, e quantitativa, realizada nas Unidades de Saúde (US) com Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Colombo/PR. A coleta de dados foi obtida com 150 usuários adultos, por meio da aplicação do instrumento PCA Tool, versão reduzida. Apenas os atributos “utilização” e “integração de cuidados” alcançaram escores superiores a 6,6. Verificou-se correlação positiva entre o grau de afiliação e os escores essencial e geral, demonstrando-se a importância da afiliação como parte integrante do desafio para o fortalecimento da APS. A presente pesquisa identificou a necessidade de um olhar mais atento à APS e de investimento por parte dos gestores, trabalhadores e da população.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Avaliação, Usuários de serviços de saúde.

Abstract

The objective of this study was to evaluate the attributes of Primary Health Care (PHC) from the users' perspective. This is an exploratory, descriptive, and quantitative research carried out in the Health Units (US) with Family Health Strategy

(ESF) of the Municipality of Colombo / PR. The data collection was obtained with 150 adult users, through the application of the instrument PCA Tool, reduced version. Only attributes " use " and " care integration " achieved scores greater than 6.6. There was a positive correlation between the degree of affiliation and the essential and general scores, demonstrating the importance of affiliation as an integral part of the challenge to strengthen PHC. The present research identified the need for a closer look at PHC and of investment by managers, workers and the population.

Keywords: Primary Health Care. Evaluation. Health services users.

Resumen

El objetivo de este estudio fue evaluar los atributos de la Atención Primaria a la Salud (APS) en la óptica de los usuarios. Se trata de una investigación de carácter exploratorio, descriptivo, y cuantitativa, realizada en las Unidades de Salud (US) con Estrategia Salud de la Familia (ESF) del Municipio de Colombo / PR. La recolección de datos fue obtenida con 150 usuarios adultos, a través de la aplicación del instrumento PCA Tool, versión reducida. Sólo los atributos " uso " y " integración de cuidados " alcanzaron escores superiores a 6,6. Se verificó una correlación positiva entre el grado de afiliación y los escores esencial y general, demostrando la importancia de la afiliación como parte integrante del desafío para el fortalecimiento de la APS. La presente investigación identificó la necesidad de una mirada más atenta a la APS y de inversión por parte de los gestores, trabajadores y de la población.

Palabras clave: Atención Primaria a la Salud. Evaluación, Usuarios de servicios de salud.

Introdução

Os inúmeros avanços no campo da saúde pública brasileira ocorridos ao longo das últimas duas décadas convivem, de modo contraditório, com desafios sob diferentes aspectos. Se por um lado, pode-se apontar progressos na descentralização e regionalização da atenção em saúde, a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho podem esgarçar as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários.¹

A proposição de um Sistema de Saúde Único (SUS), organizado em cada nível de governo, com garantia de acesso universal e igualitário, impôs uma nova lógica organizacional de reestruturação do sistema de atenção. A primeira delas que se pode destacar é a transferência aos municípios da responsabilidade da oferta de serviços básicos de saúde, de forma planejada e organizada com vistas a uma melhor assistência à população adscrita.

Uma das chaves para a superação desses desafios está no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), considerada um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS) para o Ministério da Saúde, pois oferece entrada no sistema para as necessidades em saúde, tendo como principal foco do cuidado a pessoa e não uma enfermidade específica². A Organização Mundial da Saúde³ ressalta que a APS é o papel central do país e do desenvolvimento social e econômico da comunidade. A literatura aponta evidências da associação entre o maior grau de orientação à APS e o aumento da efetividade dos sistemas de saúde, satisfação dos usuários, promoção da equidade, integralidade e eficiência tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, notadamente nos latino-americanos.⁴

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família (ESF) visa a reorganização da APS no País, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo efetividade.⁵

O conceito da APS foi sistematizado por Starfield² por meio de atributos denominados essenciais: 1) acesso de primeiro contato, que é a acessibilidade e

uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema; 2) a longitudinalidade, que pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo; 3) a integralidade, que implica fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde e 4) a coordenação, que é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento. Além desses, a autora também define três atributos derivados: 1) a orientação familiar, decorrente da consideração do contexto familiar na atenção integral; 2) a orientação comunitária, que procede do reconhecimento das necessidades sociais; e 3) a competência cultural, que envolve a atenção às necessidades de uma população com características culturais especiais.²

Na busca por avaliações da APS, a opinião e o envolvimento dos usuários são fundamentais. Segundo Brandão, Giovanella e Campos⁶, os processos de avaliação sob percepção de usuários podem atuar para a construção de uma nova perspectiva do cuidado, além de monitorar as atividades, fortalecer o controle social e a participação/inclusão dos usuários nos processos de planejamento. Oliveira e Silva⁷ destacam que contribui para a institucionalização da avaliação e reorganização dos serviços, além de se constituir em uma ferramenta para a participação popular.

Quanto aos instrumentos de avaliação da APS, a literatura descreve diferentes metodologias. Em revisão sistemática, Fracoli e colaboradores⁸ relataram que os principais instrumentos são: WHO Primary Care Evaluation Tool (PCET); ADHD Questionnaire for Primary Care Providers (AQ-PCP) e General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ), PACOTAPS (Aplicativo para atenção primária em saúde); PMAQ-AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) e PCATool (Primary Care Assessment Tool).

O Primary Care Assessment Tool (PCATool) foi originalmente criado nas versões Criança, Adulto e Profissional, e tem como objetivo medir a presença e a extensão de cada atributo da APS, possibilitando mensurar o grau de orientação à APS em diferentes serviços e sistemas de saúde.⁹ O instrumento é utilizado tanto em pesquisas internacionais^{10,11,12} como nacionais^{13,14,15} para avaliação da APS.

Colombo é um município brasileiro do estado do Paraná, região metropolitana de Curitiba¹⁶ e se caracteriza como nível de Gestão de Atenção Básica¹⁷. A população municipal estimada (237.402 habitantes) corresponde a 6,60% da população total da 2ª Regional de Saúde e 2,05% da população estadual. Predomina a população urbana com 95,41%, em relação a 4,51% da população rural.¹⁸ A cobertura populacional estimada pela atenção básica é de 86,18% (média nacional de 74,97%) e a cobertura populacional estimada pela ESF é de 69,76% (média nacional de 64,19%) em Dezembro/2018.¹⁹

Embora a consolidação do SUS fundamenta-se no entendimento de que os serviços de saúde devem estar organizados a partir de uma rede de cuidados articulada e com centralidade na APS, verifica-se na atualidade uma conjuntura de desafios enfrentados pelos sistemas de saúde municipais, englobando desde aspectos estruturais até os relacionados com os processos de trabalho. A persistência da lacuna que se observa sobre a adesão aos atributos da APS tornam imprescindível a discussão sobre a busca de melhores alternativas para se ter garantias de que as práticas atendam aos desafios necessários para a implementação de uma APS de qualidade⁷.

Considerando o cenário atual, este estudo tem como objetivo avaliar os atributos da APS na ótica dos usuários das Unidades de Saúde (US) com ESF do Município de Colombo-PR.

Metodologia

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, sob o protocolo nº 2.300.594. Trata-se de um estudo com caráter exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa, realizada em Unidades de Saúde com ESF do Município de Colombo-PR.

Em relação ao cálculo amostral, foi realizado tendo como base uma população finita, com a seguinte fórmula: $n = N.p.q.z^2/[p.q.z^2+(N-1).e^2]$, em que “n” é o tamanho da amostra, “N” é o tamanho da população; “p” é igual a 0,5 (proporção populacional de indivíduos que pertence à categoria a ser estudada); “q” é igual a

0,5 (proporção populacional de indivíduos que não pertence à categoria a ser estudada ($q = 1 - p$); “Z” é igual a 1,96 (valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado); “E” é igual a 0,05 (5%) (margem de erro ou erro máximo de estimativa, que identifica a diferença máxima entre a proporção amostral e a verdadeira proporção populacional $[p]$)⁷. Com isso, chegou-se a uma amostra de 150 participantes, com partilha proporcional desta amostra conforme a população adscrita a cada US.

A coleta de dados foi realizada entre maio e agosto de 2018 e consistiu na aplicação de questionário por meio de entrevistas aos usuários das US que apresentavam ESF na época do estudo. Foram entrevistados usuários moradores da área de abrangência das suas respectivas US, com idade entre 18 e 59 anos, que frequentam sua unidade de referência há pelo menos um ano e que aceitaram participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram realizadas por quatro pesquisadores treinados e duraram em média 15 minutos.

Foram excluídas do estudo as gestantes, pessoas fora da faixa etária preconizada (crianças, adolescentes e idosos), que não frequentaram previamente a sua unidade de saúde de referência ou que a frequentavam há menos de um ano e as que não aceitaram participar do estudo.

O recrutamento dos participantes de pesquisa consistiu na explanação sobre o estudo em reunião técnica que ocorre mensalmente na Secretaria Municipal de Saúde de Colombo com as coordenações das US, descrevendo-se os objetivos da pesquisa para os usuários, e esclarecendo que a participação só ocorreria mediante a assinatura do TCLE. Em momento posterior, realizou-se contato individual com cada coordenador das US para agendamento de data para realização da pesquisa. O convite aos usuários que estavam presentes em cada US no momento da pesquisa para participar da pesquisa foi realizado na sala de espera. Aqueles que concordaram em participar assinaram o TCLE, em conformidade com a legislação vigente e foram conduzidos a um local em separado na própria US, para garantir a privacidade do participante.

No instrumento foram coletadas informações referentes ao perfil sociodemográfico (sexo, idade, escolaridade e tempo de frequência na unidade de

saúde), bem como as questões da versão reduzida do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – *Primary Care Assessment Tool*), para usuário adulto.

Criado por Starfield et al⁹ na Johns Hopkins Primary Care Policy Center (PCPC), o PCATool mede a presença e a extensão de quatro atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação), além de outros dois atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária) da APS.

A versão reduzida do PCATool-Brasil, validada por Oliveira e colaboradores²⁰ contém 23 itens. A avaliação de reprodutibilidade da escala na versão reduzida revelou que o instrumento pode seguramente ser utilizado para avaliar os serviços de APS.²⁰ Esse instrumento mede a presença e extensão dos atributos da APS por meio de escala Likert, com cinco opções de resposta: ‘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), possibilitando construir escores para cada atributo ou seu componente separadamente.²¹

Os dados foram digitados em planilha eletrônica e posteriormente importados para o programa computacional *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0. Para fins de análise, efetuou-se a inversão dos valores dos itens C2 e D4 do PCA-Tool versão reduzida para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4), já que ele foi formulado de maneira que, quanto maior o valor atribuído, menor é a orientação para APS.

Ademais, para aqueles participantes em que a soma de respostas em branco (‘missing’) e com respostas ‘9’ (‘não sei/não lembro’) atingiram 50% ou mais do total de itens de um componente, o escore não foi calculado, e quando menos de 50%, as respostas ‘9’ (‘não sei/não lembro’) foram transformadas no valor ‘2’ (‘provavelmente não’). Essa transformação se fez necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo participante.²¹

Em seguida, foram calculados escores referentes a cada um dos componentes relacionados com os atributos da APS presentes no PCATool-Brasil. Esses escores foram obtidos pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que o compõe e transformados em escala de 0 a 10 utilizando

da seguinte fórmula: $(\text{Escore obtido} - 1) \times 10/3$.²¹ Além disso, foram alcançados os escores Essencial e Geral da APS, sendo que o escore Essencial é calculado pela soma do Grau de Afiliação mais escore médio de cada um dos componentes que pertencem aos atributos essenciais dividido pelo número de componentes. Por sua vez, o escore Geral é calculado pela soma do Grau de Afiliação mais escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais e derivados dividido pelo número total de componentes.

Ressalta-se que o Grau de Afiliação não é considerado atributo da APS, mas é incluído no cálculo dos escores Essencial e Geral, e visa identificar o serviço ou profissional de saúde que serve como referência para os cuidados de saúde do entrevistado.²¹

Em cada atributo, estabeleceu-se como ponto de corte para definição de orientação forte para APS os valores de escore iguais ou maiores a 6,6, que equivalem a um ajustamento dos escores apontados na escala de Likert original a uma escala entre zero e dez, para cada um dos atributos avaliados.²¹

A análise estatística foi realizada por meio de descrição das variáveis apresentando médias, intervalos de confiança, frequências e percentuais.

Para averiguar a correlação entre o grau de afiliação e as variáveis escolaridade, tempo de frequência na US e os escores essencial e geral, utilizou-se o teste estatístico não paramétrico de correlação de Spearman. Como classificação do grau de correlação, utilizou-se o seguinte parâmetro²²: fraco quando $0 < r < 0,3$; moderado quando $0,3 \leq r < 0,6$, forte quando $0,6 \leq r < 0,9$ e muito forte quando $0,9 \leq r < 1,0$. Foram consideradas correlações com significância estatística as que apresentaram $p \leq 0,05$ e grau de correlação moderado ou forte.

Resultados e discussão

Em relação ao perfil dos entrevistados, identificou-se que a maioria é do sexo feminino (75,3%). A idade média dos participantes é de 38,6 anos, variando entre 18 e 59 anos de idade, o tempo médio de escolaridade é de 8,1 anos e a média de tempo de frequência do usuário na US é de 12,0 anos.

Tabela 02 – Perfil sociodemográfico dos participantes, segundo sexo, idade, escolaridade e tempo de frequência na US (n = 150)

Sexo	Frequência (n)	Percentual (%)
Masculino	37	24,7
Feminino	113	75,3
Idade		
De 18 a 39 anos	81	54,0
De 40 a 59 anos	69	46,0
Escolaridade		
< 4 anos	17	11,3
De 4 a < 8 anos	46	30,7
De 8 a < 12 anos	69	46,0
12 anos ou mais	18	12,0
Tempo de frequência na US		
< 4 anos	30	20,0
De 4 a < 8 anos	26	17,3
De 8 a < 12 anos	27	18,0
12 anos ou mais	67	44,7

Fonte: O autor

A tabela 3 mostra as proporções de respostas positivas às perguntas de afiliação, sendo as respostas positivas direcionadas a um profissional de saúde em específico ou ao serviço da Unidade em geral.

Tabela 03 – Respostas positivas às perguntas de afiliação (n = 150)

Pergunta	Profissional		Serviço	
	n	%	n	%
Há um médico/enfermeiro ou serviço de fica doente ou precisa de conselhos sobr	33	22,0	89	59,3
	24	16,0	17	11,3
	35	23,3	36	24,0

Fonte: O autor

A maior proporção de respostas positivas às perguntas de afiliação se deu na primeira pergunta (“Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?”), sendo as respostas dirigidas ao serviço da US em geral. Nas três perguntas de

afiliação, foram baixas as proporções de respostas positivas indicando-se os profissionais de saúde.

A tabela 4 apresenta as médias de escore do Grau de Afiliação e dos atributos avaliados. Nela, identificou-se que dois atributos (primeiro contato/utilização e coordenação/integração de cuidados) ambos considerados essenciais, atingiram escore médio superior a 6,6, sendo assim bem avaliados. O Grau de Afiliação e demais componentes relacionados com os atributos, cinco essenciais e dois derivados, obtiveram escores médios inferiores a 6,6.

Tabela 04 – Escores médios do Grau de Afiliação e dos Atributos da APS

	n	Escore médio	IC 95%
Grau de Afiliação	150	4,4	3,9 – 4,8
Atributos da APS			
Primeiro Contato (Utilização)	150	7,6	7,1 – 8,2
Primeiro Contato (Acesso)	120	5,2	4,6 – 5,8
Longitudinalidade	150	6,2	5,9 – 6,6
Coordenação (Integração de cuidados)	79	7,0	6,3 – 7,6
Coordenação (Sistema de informações)	122	5,7	5,1 – 6,2
Integralidade (Serviços disponíveis)	125	5,0	4,4 – 5,5
Integralidade (Serviços prestados)	147	5,5	4,9 – 6,0
Orientação familiar	130	5,1	4,5 – 5,7
Orientação comunitária	132	3,7	3,0 – 4,4
Escore Essencial APS	150	5,8	5,5 – 6,0
Escore Geral APS	150	5,5	5,2 – 5,8

Fonte: O autor

A partir da definição do Grau Afiliação e dos escores de cada um dos atributos, calcularam-se os escores Essencial e Geral. O escore “Essencial” alcançou média 5,8, variando entre 5,5 e 6,0; e o escore Geral atingiu 5,5, variando de 5,2 a 5,8, demonstrando, assim, que ambos não alcançaram a média mínima de 6,6 na amostra avaliada.

A tabela 5 apresenta as proporções de baixo escore e alto escore do Grau de Afiliação e dos atributos avaliados. Nela, identificou-se predominância de alto escore em quatro atributos (primeiro contato/utilização, longitudinalidade, coordenação/integração de cuidados e coordenação/sistema de informações), todos

considerados essenciais. No que respeita ao escore Essencial e Geral, a proporção de alto escore foi baixa em ambos (34,0% e 26,0% respectivamente).

Tabela 05 – Força do escore do Grau de Afiliação e dos Atributos da APS

	n	Baixo Escore (< 6,6)		Alto Escore (≥ 6,6)	
		n	%	n	%
Grau de Afiliação	150	95	63,3	55	36,7
Atributos da APS					
Primeiro Contato (Utilização)	150	31	20,7	119	79,3
Primeiro Contato (Acesso)	120	75	62,5	45	37,5
Longitudinalidade	150	69	46,0	81	54,0
Coordenação (Integração de cuidados)	79	26	32,9	53	67,1
Coordenação (Sistema de informações)	122	47	38,5	75	61,5
Integralidade (Serviços disponíveis)	125	74	59,2	51	40,8
Integralidade (Serviços prestados)	147	74	50,3	73	49,7
Orientação familiar	130	77	59,2	53	40,8
Orientação comunitária	132	83	62,9	49	37,1
Escore Essencial APS	150	99	66,0	51	34,0
Escore Geral APS	150	111	74,0	39	26,0

Fonte: O autor

A avaliação da presença e extensão dos atributos da APS é fundamental para garantir seus resultados e a qualidade da assistência prestada à população, servindo de parâmetro para gestores, pesquisadores e profissionais.²³

Ainda segundo Araujo²³, a avaliação dos atributos colabora para a reflexão acerca das práticas em saúde, promovendo a participação social e servindo como ferramenta de orientação às políticas de saúde e aos avanços no sistema local de saúde. A presença de altos escores indica uma orientação forte para a APS, cujas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde são desenvolvidas de forma resolutiva, universal e distribuídas com equidade.

Em geral, os escores Essencial e Geral avaliados nesta pesquisa apresentaram baixos escores. Destaca-se que em apenas dois atributos essenciais o escore médio correspondeu a uma forte orientação para APS.

O baixo valor do escore Essencial pode ser atribuído principalmente aos baixos escores da Afiliação, primeiro contato/acesso e longitudinalidade. Já o baixo valor do escore Geral pode ser atribuído ao fato de que, no cálculo desse escore,

também são incluídos os atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária) sendo estes os atributos que, junto com o grau de Afiliação, receberam os menores escores na avaliação. Outros estudos semelhantes, realizados em cenários diferentes, identificaram escores Essencial e Geral baixos, revelando que a prática dos serviços não está orientada por meio dos atributos da APS.^{23,24}

Na discussão a respeito dos atributos da APS, é necessário considerar a avaliação do Grau de Afiliação, considerado como representativo da força da relação entre o usuário e o serviço/profissional de saúde.²¹ Na presente pesquisa, destaca-se a baixa afiliação da população estudada pelas baixas porcentagens de respostas positivas às perguntas de afiliação, notadamente as proporções de respostas positivas indicando-se os profissionais de saúde.

A correlação de Spearman entre o Grau de Afiliação e o Escore Essencial foi positiva, demonstrando uma concordância moderada ($r=0,409$; $p < 0,001$) e entre o Grau de Afiliação e o Escore Geral também foi positiva, demonstrando uma concordância moderada ($r=0,357$; $p < 0,001$). Não se verificou correlação entre o Grau de Afiliação e a escolaridade ou o tempo de frequência na US.

Tabela 06 – Coeficientes de correlação de Spearman entre o Grau de Afiliação e as médias de escolaridade, tempo de frequência na US os Escores Essencial e Geral da APS.

Correlação	Grau de Afiliação		
	n	r	p
Escolaridade	150	-0,088	0,282
Tempo de frequência na US	150	0,031	0,710
Escore Essencial APS	150	0,409	< 0,001*
Escore Geral APS	150	0,357	< 0,001*

Fonte: O autor

A garantia do acesso de primeiro contato, nos seus atributos de utilização e acesso pode estar relacionada com o uso da APS como a porta de entrada preferencial da rede de atenção, acolhimento dos usuários, promoção do vínculo e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde e a capacidade da atenção primária em lidar e resolver diferentes problemas influenciados pelo contexto social.⁵

Na atual pesquisa, o atributo utilização obteve o maior escore entre todos os atributos avaliados, enquanto o atributo acesso obteve baixo escore. Demonstra-se que o processo de trabalho das equipes em relação ao primeiro contato é bem avaliado enquanto a estrutura disponibilizada apresenta deficiências, comprometendo, dessa forma, o alcance pleno desse atributo. Além disso, 52% dos usuários entrevistados responderam afirmativamente a pergunta C2 do instrumento (É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “nome do serviço de saúde/ ou nome médico/ enfermeiro” quando pensa que é necessário?), o que pode ter contribuído para o baixo escore deste atributo.

Destaca-se, também a possibilidade da Unidade de Saúde da APS não ser a porta de entrada preferencial para alguns grupos de usuários. De acordo com Baratieri e colaboradores²⁵ a população pode estar habituada ao modelo tradicional de atenção (centrado na doença e na sua resolução imediata), não havendo perspectiva de prevenção de agravos e promoção da saúde.

Por outro lado, Murray e Tantau²⁶ referem que as agendas focadas somente em ações programáticas dificultam o acesso para o mesmo dia. Uma pessoa que não consegue atendimento na US quando precisa, pode se sentir desmotivada ou com pouca confiança nessa equipe, o que leva a fragilizar o vínculo e a repensar a sua escolha numa nova situação de necessidade de saúde²⁶.

O atendimento pleno do acesso de primeiro contato pode contribuir para a redução da morbidade e mortalidade, de internação hospitalar, de tempo para a resolução do problema de saúde, de encaminhamentos desnecessários a especialistas e de custos globais, traduzindo-se na atenção apropriada às necessidades e em melhores indicadores em saúde.²⁷ O fato do acesso ter apresentado baixo escore no presente estudo constitui-se em um importante desafio na busca da integralidade da atenção à saúde. Os usuários percebem o acesso ao serviço da APS como algo burocrático e demorado.²⁵ Diante das dificuldades, os usuários tendem a buscar outras formas de conseguir atendimento a demandas que poderiam ser solucionadas na APS, sobrecarregando assim outros serviços.²⁸

O acolhimento é um ponto importante no acesso: uma boa recepção, a resolubilidade, a escuta ao usuário, o atendimento das suas necessidades e a integralidade do cuidado são elementos fundamentais nesse processo. Paula e

colaboradores²⁷ ressaltam que a adoção de ferramentas apropriadas de trabalho gerencial, tais como o horário de funcionamento, a oferta de contato telefônico, a presença de enfermeiro no local, o atendimento domiciliar, a abordagem multidisciplinar, o planejamento das ações, o equilíbrio entre atendimento da demanda espontânea e programada, a organização horizontal do trabalho e o compartilhamento do processo decisório, podem contribuir significativamente para oferecer a atenção ao primeiro contato.

Outro atributo que teve forte orientação para a APS na ótica dos usuários no atual trabalho foi o de coordenação (integração de cuidados), destacando-se a pergunta E2 (O seu “médico/enfermeiro” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?), com 84,7% de respostas afirmativas. Esse atributo é considerado pilar da concepção estruturante e complexa da APS, em que pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional e do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços, seja pela integração desse cuidado no cuidado global do paciente.⁸ Araújo²³ resalta que, sem a coordenação, a longitudinalidade diminuiria seu potencial, a integralidade seria comprometida e a função de primeiro contato teria conotação essencialmente administrativa. Além disso, alguns fatores têm impacto sobre a coordenação do cuidado, entre eles: o incremento do papel dos médicos generalistas, relacionado com a gestão e com a responsabilização terapêutica do usuário na rede de atenção; o aumento da capacidade de resolução da APS, por meio da destinação de recursos e a referência e contrarreferências bem estabelecidas²³. Reconhece-se, dessa forma, que a desarticulação da rede ou o desconhecimento dos serviços de apoio disponíveis compromete a resolutividade da APS.²³

Sobre o atributo longitudinalidade, o escore médio também apresentou fraca orientação para APS. Araújo²³ descreve que, nas localidades em que este atributo apresenta fraca orientação para APS, demonstra-se que os usuários desconhecem as unidades de saúde como fonte regular de cuidados, significando que a população não tem esses serviços como referência habitual para as suas necessidades de saúde. Na pergunta 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

as vezes?), 50,6% dos usuários responderam negativamente a esta pergunta. Nesse contexto, a rotatividade de profissionais, particularmente médicos, pode ter contribuído para o baixo escore deste atributo. Em acréscimo, Oliveira e Pereira²⁹ sugerem que a falta de preparo dos profissionais de saúde ao lidar com a realidade das condições de vida e saúde da população, sem priorizar o acesso e continuidade da atenção, impedindo a formação de vínculos e serviço integral, constitui também um obstáculo ao alcance da longitudinalidade.

Observou-se na atual pesquisa a necessidade de estreitar a relação entre os trabalhadores de saúde e usuários, possibilitando diagnósticos mais precisos, tratamentos mais eficazes e principalmente o empoderamento e corresponsabilização dos indivíduos para o cuidado com a sua saúde, contribuindo, assim, para melhor resolutividade dos problemas de saúde. Alguns trabalhos anteriores ressaltaram que o atendimento a tal atributo só é possível se for uma prioridade da gestão, envolvendo as tecnologias de acolhimento, a oferta adequada de serviços, a fixação do profissional na unidade de saúde e, conseqüentemente, estabelecimento do vínculo e formação continuada.^{8,27,30}

Com relação à integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados), que inclui ações com caráter de abrangência, tanto do ponto de vista biopsicossocial do processo saúde-doença como também atos de promoção, prevenção, cura/reabilitação; observou-se baixo escore perante os avaliados. A fraca orientação deste atributo sugere a não abrangência do contexto do usuário e a descontinuidade assistencial. Oliveira e Pereira³⁰ descreveram que a atenção à saúde ainda se encontra centrada na doença, e como no sistema de saúde brasileiro coexistem os serviços públicos e privados, evidencia-se um confronto entre interesses e necessidades quando o usuário prioriza a busca de serviços com uma concentração tecnológica maior do que os da APS. Do mesmo modo, a integralidade requer que a APS reconheça a necessidade de saúde da população e direcione os recursos e estruturas necessárias para atendê-la.²³ O propósito da integralidade imprime aos profissionais de saúde a tarefa de perceberem o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere, possibilitando a elaboração de planos de cuidado que atendem às reais necessidades da população, construindo a possibilidade do cuidado centrado

na pessoa e contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados.³¹

No presente estudo, a orientação comunitária obteve o pior escore (3,7). Outros estudos carregam uma avaliação ruim desses mesmos atributos, demonstrando que o atributo enfoque familiar obteve o pior resultado.^{8,23} Isso pode revelar ainda o não reconhecimento, por parte do serviço, da realidade de vida das pessoas e suas famílias, da ausência de contato direto com a população adscrita, assim como a ausência de planejamento e avaliação, e da falta de continuidade de uma atenção ainda pautada no modelo individual e curativo²². Também devem ser considerados a pequena afiliação da população para com a APS e o baixo escore dos atributos essenciais acesso e integralidade como fatores comprometedores deste atributo.

O presente estudo mostrou uma fraca APS em geral na população estudada, excetuando-se atributos como utilização e coordenação (integração de cuidados). Resultados semelhantes em outros estudos^{23,24} demonstram que prática dos serviços não está orientada por meio dos atributos da APS.

Há limitações nessa pesquisa que devem ser mencionadas, como a não aleatorização da amostra, a ausência de avaliação sob a ótica dos trabalhadores dos serviços participantes e a coleta de dados realizada nas próprias US, não contemplando outras localidades (domicílios e outros estabelecimentos de saúde). No entanto, é importante ressaltar que esse é o primeiro estudo utilizando o instrumento *PCA tool* no local e a intenção principal era observar Unidades com ESF, porque simbolizam a essência dos atributos da APS, além de representarem a maioria das US do município. E pela necessidade de analisar usuários que utilizam realmente o sistema público de saúde municipal, optou-se por realizar as entrevistas com pessoas que estavam presentes diretamente no serviço.

A despeito das limitações deste estudo, cabe ressaltar que o instrumento PCATool versão reduzida é de fácil aplicação e manuseio. Sugere-se a sua utilização para uso rotineiro e contínuo no local avaliado e em outros municípios também, a fim de avaliar a qualidade e orientação a APS, sob a percepção dos usuários.

Considerações finais

A presente pesquisa mostrou uma fraca APS em geral, excetuando-se atributos como utilização e coordenação (integração de cuidados). Também destaca-se a fraca afiliação da população para com a APS do município.

Os atributos essenciais e derivados da APS analisados receberam avaliação heterogênea; e a maioria necessita de um olhar mais atento por parte dos gestores, profissionais e da população.

Destaca-se a necessidade de atenção maior acerca da orientação comunitária, da utilização de tecnologias de acolhimento, aquisição de confiança mútua e duradoura entre os usuários e os profissionais de saúde, além de maior sensibilização acerca da participação popular e do controle social.

Demonstra-se com a presente pesquisa um importante desafio na busca do fortalecimento da APS, partindo-se do aprimoramento do vínculo da população com a APS, seguida de correspondente melhora na integralidade da atenção à saúde e da necessidade de orientar as práticas de acordo com as necessidades da população e de dados epidemiológicos, por meio da construção do diagnóstico local e, conseqüentemente, planejamento de ações, elaboração e reformulação das políticas e programas e organização, além da articulação da APS com os demais níveis assistenciais.

Referências

1. Affonso PHB e Bernardo MH. A vivência de profissionais do acolhimento em Unidades Básicas de Saúde: Uma acolhida desamparada. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p. 23-43, 2015.
2. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
3. Organização Mundial da Saúde. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: Declaração de Alma-Ata, 1978. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004
4. Organización Panamericana de La Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud; 2007.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
6. Brandão ALR, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 103-114, 2013.
7. Oliveira e Silva CS, et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11):4407-4415, 2014
8. Fracolli LA, et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(12):4851-4860, 2014
9. Starfield, B, Xu J, Shi L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice*, United States, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.
10. Berra S, et al. Experiences with primary care associated to health, socio-demographics and use of services in children and adolescents. *Cad Saude Publica* 2014; 30(12):2607-2618.
11. Wang HHX, et al. Attributes of primary care in community health centres in China and implications for equitable care: a cross-sectional measurement of patients' experiences. *QJM* 2014; 108(7):549-560.
12. Tourigny A, et al Patients' perceptions of the quality of care after primary care reform: Family medicine groups in Quebec. *Can Fam Physician* 2010; 56(7):273-282.

13. Chomatas, E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba no ano de 2008. Dissertação de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.
14. Elias, PE. et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Cien Saude Colet 2006; 11(3):633-641.
15. Facchini, L., et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Cien Saude Colet 2006; 11(3):669-681.
16. Secretaria Municipal de Saúde de Colombo. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Secretaria Municipal de Saúde, Colombo, Paraná, 2017, 223 p.
17. Conselho de Secretários de Saúde do Paraná. Deliberação nº 07/2018: Aprova a adesão ao Pacto pela Saúde, através dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, dos municípios do Paraná. COSEMS, Paraná, 2008.
18. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Caderno Estatístico do Município de Colombo, 2018. Disponível em< www.ipardes.gov.br>
19. Brasil. Ministério da Saúde. E-Gestor Atenção Básica. 2018. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em 13/02/2019.
20. Oliveira MMC, et al. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, 2013 Out-Dez; 8(29):256-63.
21. Brasil, Ministério da Saúde. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil. Brasília, DF, 2010. 82 p.
22. Callegari-Jaques, SM. Bioestatística: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artemed, 2003. 255p.
23. Araujo LUA, et al . Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 19, n. 8, p. 3521-3532, ago 2014
24. Harzheim E, et al Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. Cad Saude Publica 2006; 22(8):1649- 1659.

25. Baratieri T, et al. Percepções de usuários atendidos em um Pronto Atendimento: olhar sobre a Atenção Primária à Saúde. Rev Saude Pública do Paraná. Londrina. v. 18 n. 1 p. 54-63. jul 2017
26. Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. Fam Pract Manag. 2000;7(8):45-50
27. Paula FA, et al. Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG). Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 802-814, jul./set. 2015.
28. Campos RTO, et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 38, p. 252-264, out. 2014.
29. Carneiro MSM, et al. Avaliação do atributo coordenação da atenção primária à saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 38, out., 2014.
30. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2013; 66(esp):158-64.
31. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostrou uma fraca APS em geral na população estudada, excetuando-se atributos como utilização e coordenação (integração de cuidados). Também destaca-se a fraca afiliação da população para com a APS do município.

Os atributos essenciais e derivados da APS analisados receberam avaliação heterogênea; e a maioria necessita de um olhar mais atento por parte dos gestores, profissionais e da população.

Enfatiza-se a necessidade de atenção maior acerca da orientação familiar e orientação comunitária, da utilização de tecnologias de acolhimento, aquisição de confiança mútua e duradoura entre os usuários e os profissionais de saúde, além de maior sensibilização acerca da participação popular e do controle social.

Cabe também ressaltar que o instrumento PCATool versão reduzida foi de fácil aplicação e manuseio. Sugere-se a sua utilização para uso rotineiro, a fim de avaliar a qualidade e orientação a APS, sob a percepção dos usuários.

Denota-se com esta pesquisa um importante desafio na busca do fortalecimento da APS, com correspondente melhora na integralidade da atenção à saúde e a necessidade de orientar as práticas de acordo com as necessidades da população e de dados epidemiológicos, por meio da construção do diagnóstico local e, conseqüentemente, planejamento de ações, elaboração e reformulação das políticas e programas, e aprimoramento da articulação da APS com os demais níveis assistenciais.

REFERÊNCIAS

AFFONSO, PHB e BERNARDO, MH. **A vivência de profissionais do acolhimento em Unidades Básicas de Saúde: Uma acolhida desamparada.** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p. 23-43, 2015.

AQUINO, R. OLIVEIRA, N. e BARRETO, M. **Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities.** Am J Public Health 2008; 99(1):87-93.

ARAÚJO, LUIZ. et al. **Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3521-3532, ago 2014

BARATIERI, T. et al. **Percepções de usuários atendidos em um Pronto Atendimento: olhar sobre a Atenção Primária à Saúde.** Rev Saude Pública do Paraná. Londrina. v. 18 n. 1 p. 54-63. jul 2017

BERRA, S., et al. **Experiences with primary care associated to health, socio-demographics and use of services in children and adolescents.** Cad Saude Publica 2014; 30(12):2607-2618.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde n. 8080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF p. 18055, 20.09.1990. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

_____, _____. **E-Gestor Atenção Básica. 2018.** Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>.

_____, _____. **PMAQ: Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica.** Brasília: MS; 2013.

_____, _____. **8ª Conferência Nacional de Saúde.** In: **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: MS, 1986.

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

BREHMER, LCF, VERDI, M. **Acolhimento na atenção básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários.** Ciênc Saúde Coletiva. 2010; 15(3):3569-78.

CALLEGARI-JACQUES, Sidia M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artemed, 2003. 255p.

CAMPBELL, S M, et al. **Defining quality of care**. Social Science & Medicine, England, v. 51, n. 11, p. 1611-1625, 2000.

CAMPOS, R. T. O. et al. **Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 38, p. 252-264, out. 2014.

CARNEIRO, M. S. M. et al. **Avaliação do atributo coordenação da atenção primária à saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 38, out., 2014.

CASSADY, CE, et al. **Clinical care for children: measuring consumer experiences with primary care**. Pediatrics 2000; 105(3):998-1003.

CHOMATAS, E. **Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba no ano de 2008**. Dissertação de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

CONSELHO DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE DO PARANÁ. **Deliberação nº 07/2018: Aprova a adesão ao Pacto pela Saúde, através dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, dos municípios do Paraná**. COSEMS, Paraná, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A Atenção Primária. Seminário para estruturação de consensos**. Caderno de informação técnica e memória de Progestores. Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

CORDEIRO, H. et al. **Acreditação como avaliação nos serviços de atenção primária em saúde**. In: HARTZ, H. et al. **Meta-avaliação da atenção básica da saúde; teoria e prática**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 153-166.

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

ELIAS, PE. et al. **Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo**. Cien Saude Colet 2006; 11(3):633-641.

FACCHINI, L., et al. **Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde.** Cien Saude Colet 2006; 11(3):669-681.

FIGUEIREDO, AM, et al. **Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008.** Epidemiol Serv Saúde 2013; 22(1):41-48.

FRACOLLI, LA, et al. **Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese.** Ciência & Saúde Coletiva, 19(12):4851-4860, 2014

GIOVANELLA L et al. **Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil.** Cien Saude Coletiva. 2009 maio-jun;14(3):783–94.

GIRAO, ALA e FREITAS, CHA. **Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea.** Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 37, n. 2, 2016

GONTIJO, TL, et al. **Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários.** Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 741-752, jul-set 2017

HARZHEIM, E. et al. **Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil.** Cad Saude Publica 2006; 22(8):1649- 1659.

_____. **Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa de Salus de Família en la región Sur de Porto Alegre, Brasil.** Alicante: Universidad de Alicante, 2004

IBAÑEZ, N. et al. **Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo.** Cien Saude Colet 2006; 11(3):683-703.

IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno Estatístico do Município de Colombo, 2016.** Disponível em< www.ipardes.gov.br>

JATURAPATPORN, D. et al. **Reliability and validity of a Thai version of the General Practice Assessment Questionnaire (CPAQ).** J Med Assoc Thai 2006; 89(9):1491-1496.

KRINGOS DS, et al. **A snapshot of the organization and provision of primary care in Turkey.** BMC Health Services Research 2011; 11:90

LEÃO, C.D,A e CALDEIRA, A.P., OLIVEIRA, M.M.C. **Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant 2011; 11(3):323-334.

LIMA, E.F.A., et al. **Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2015; 23(3):559-559.

MACEDO CA, TEIXEIRA ER, DAHER DV. **Possibilidades e limites no acolhimento na percepção de usuários.** *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2011 jul/set; 19(3):457-62.

MACINKO, et al. **Evaluation of the impact of Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002.** *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(1):13-19.

_____, **Organization and delivery of primary health care services in Petropolis, Brazil.** *International Journal of Health Planning and Management*, v. 19, p. 303-317, 2004.

MATTA, GC. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. 435 p.

MURRAY, M., TANTAU, C. **Same-day appointments: exploding the access paradigm.** *Fam Pract Manag.* 2000;7(8):45-50

OLIVEIRA, MMC, et al. **PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida.** *Rev Bras Med Fam Comunidade.* Rio de Janeiro, 2013 Out-Dez; 8(29):256-63.

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

OLIVEIRA E SILVA, CS, et al. **Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11):4407-4415, 2014

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **La renovación de la atención primaria de salud en las Américas.** Washington: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud; 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: Declaração de Alma-Ata**, 1978. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004

PAIM, J. S. **Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações?** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, jul./set. 2012.

PAULA, F. A. et al. **Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG).** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 802-814, jul./set. 2015.

PENNA, PMM, FARIA, RSR e REZENDE, GP. **Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade no acesso na atenção à saúde?** Rev Min Enferm. 2014; out/dez; 18(4): 815-822

PODER TJ, et al. **Managing attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care: a systematic analysis of roles and challenges.** Pediatrics 2008; 121(1):65-72

ROCHA, P.M. et al. **Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios.** Cad Saude Publica 2008; 24(Supl. 1):S69-78.

RODRIGUES, P.H.A. **Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica.** Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 37-60, Mar. 2014.

RONCALLI, A. e LIMA, L. **Impacto do PSF sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte do Nordeste do Brasil.** Cien Saude Colet 2006; 11(3):713- 724.

SALA, A. et al. **Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo.** Saude soc 2011; 20(4):948-960.

SANTOS, TVC e PENNA, CMM. **Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários.** Texto Contexto Enferm. 2013; 22(1):149-56.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE COLOMBO. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021.** Secretaria Municipal de Saúde, Colombo, Paraná, 2017, 223 p.

SOUZA, G.C.A e COSTA, I.C.C. **O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças.** Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010

SILVA, TF e ROMANO, VF. **Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro.** Saúde debate, v. 39, n. 105, p. 363-374, 2015.

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

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

TOMASI, E, et al. **Aplicativo para sistematizar informações no planejamento de ações de saúde pública.** Rev Saude Publica 2003; 37(6):800-806

TOURIGNY, A. et al. **Patients' perceptions of the quality of care after primary care reform: Family medicine groups in Quebec.** *Can Fam Physician* 2010; 56(7):273-282.

WANG, H.H.X., et al. **Attributes of primary care in community health centres in China and implications for equitable care: a cross-sectional measurement of patients' experiences.** *QJM* 2014; 108(7):549-560.

WEN, CK, HUDAK, PL and HWANG, SW. **Homeless People's Perceptions of Welcomeness and Unwelcomeness in Healthcare Encounters.** *Journal of General Internal Medicine, Alexandria*, v. 22, n. 7. p. 1011-1017, jul. 2007.

APÊNDICE 1 – MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Giovana Daniela Pecharki e Hernando Alves Pereira, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, usuário da Unidade de Saúde da Rede Municipal de Colombo a participar de um estudo intitulado “ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DO USUÁRIO EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA”, pois é por meio das pesquisas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental.

a) O objetivo desta pesquisa é avaliar o acolhimento nas Unidades Saúde no Município de Colombo-PR.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário preencher um questionário, contendo cerca de 25 perguntas sobre o serviço da Unidade de Saúde.

c) Para tanto você deverá comparecer na Unidade de Saúde na qual está lotado para o preenchimento do questionário, que será realizado em um ambiente reservado. Os pesquisadores estarão no local para atender as dúvidas e auxiliar nesse processo, o qual levará cerca de 20 minutos. Os questionários serão codificados a fim de garantir o sigilo de informações.

d) Os questionários foram formulados para evitar causar qualquer tipo de constrangimento ou dano ao participante da pesquisa. Sendo assim, o risco é considerado mínimo ou inexistente. Os dados obtidos serão confidenciais e os questionários serão codificados a fim de garantir o sigilo de informações. Caso você apresente qualquer desconforto ao responder os questionários, você tem total liberdade em se recusar a participar.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser constrangimentos ao responder as questões relacionados a pesquisa no questionário.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: maior entendimento da atuação e integração das equipes, contribuindo assim para a reorganização do processo de trabalho da Unidade de Saúde. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

g) Os pesquisadores Giovana Pecharki e Hernando Alves Pereira, responsáveis por este estudo, poderão ser localizados no Departamento de Saúde Comunitária da UFPR, endereço: Rua Padre Camargo, 280, 7º andar, CEP: 80060-240, Curitiba, PR, e-mails: g_pecharki@yahoo.com.br, hermandopereira2004@yahoo.com.br, tel: (41) 3360-7241, poderão ser contatados nas terças, quartas e quintas-feiras das 14:00 as 18:00, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo estarão com os pesquisadores e se qualquer dado for divulgado em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade**.

j) O material obtido (questionário) será utilizado unicamente para essa pesquisa e será descartado ao término do estudo, dentro de 18 meses.

k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa (materiais impressos) não são de sua responsabilidade e o senhor (a) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Colombo, ____ de _____ de _____

Assinatura do Participante de Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

APÊNDICE 2 – MODELO DO QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOB A ÓTICA DO USUÁRIO EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA

Orientações aos participantes

Este questionário trata de aspectos sobre as informações referentes aos Atributos da Atenção Primária. Não há necessidade de identificação do respondente para manter o sigilo do mesmo.

DADOS GERAIS

UNIDADE DE SAÚDE QUE ATUALMENTE FREQUENTA: _____

Sexo	() M () F
------	-------------

Data de nascimento	
--------------------	--

Escolaridade (anos)	
---------------------	--

Tempo de residência no Município (anos)	
---	--

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 **1 & 2** acima.
- () Sim, o mesmo que **1** somente.
- () Sim, o mesmo que **2** somente.
- () Sim, diferente de **1 & 2** (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:

1. 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 5**).
 2. Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o **item 5**).
 3. Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta **1** (Preencha o **item 5**).
 4. 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 5**).
 5. Se o entrevistado responder NÃO à pergunta **A1** e indicar respostas diferentes para as perguntas **2** e **3**, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na resposta **3** (Preencha o **item 5**).
 6. Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde o usuário consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha os **itens 4 e 5**).
- 4 - 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):

5 -

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

B – PRIMEIRO CONTATO (UTILIZAÇÃO)

<i>Por favor indique a melhor opção</i>	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
B1 – Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?					

C – PRIMEIRO CONTATO (ACESSO)

<i>Por favor indique a melhor opção</i>	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
C1 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?					
C2 – É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” quando pensa que é necessário?					

D – LONGITUDINALIDADE/ ATENDIMENTO CONTINUADO

<i>Por favor indique a melhor opção</i>	Com certeza,	Provavelmente,	Provavelmente,	Com certeza,	Não sei/ não
---	--------------	----------------	----------------	--------------	--------------

	sim	sim	não	não	lembro
D1 – Quando você vai ao seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas as vezes?					
D2 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ”?					
D3 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” sabe quais problemas são mais importantes para você?					
D4 – Você mudaria do “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?					

E – COORDENAÇÃO (CUIDADO)

<i>Por favor indique a melhor opção</i>	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
E1 – O “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?					
E2 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?					
E3 – O “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” sabe quais foram os resultados desta consulta?					
E4 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal					

atendido por este especialista ou serviço especializado)?					
---	--	--	--	--	--

F – COORDENAÇÃO (SISTEMAS DE INFORMAÇÃO)

<i>Por favor indique a melhor opção</i>	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
F1 – Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?					

G – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento. Indique, por favor, se no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” esses serviços ou orientações estão disponíveis:

<i>Por favor indique a melhor opção</i>	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
G1 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.					
G2 – Aconselhamento sobre como parar de fumar.					
G3 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).					

H – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”. Em consultas ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você?

<i>Por favor indique a melhor opção</i>	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
---	---------------------	-----------------------	-----------------------	---------------------	------------------------

H1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.					
H2 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.					
H3 – Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando.					
H4 – Como prevenir quedas.					

I – ORIENTAÇÃO FAMILIAR

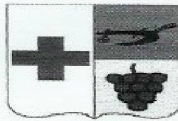
As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” com sua família.

<i>Por favor indique a melhor opção</i>	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
I1 – O seu “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?					
I2 – O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?					

J – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

<i>Por favor indique a melhor opção</i>	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
J1 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?					

**ANEXO 1 – TERMO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELA SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE DE COLOMBO-PR**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Memorando n.º 186/2018
Secretaria Municipal de Saúde**

Colombo, 09 de Março de 2018

Aos Coordenadores das Unidades de Saúde da Atenção Primária

Com cópia para
Coordenação do setor de RH/Saúde

Assunto: Informe de autorização para realização de Pesquisa Acadêmica

Através deste instrumento, informamos que foi autorizada por esta Secretaria a realização de uma Pesquisa Acadêmica em nível de Mestrado Profissional nas Unidades de Saúde da Atenção Primária desta Municipalidade.

A pesquisa é intitulada ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DO USUÁRIO EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA, sendo que sua execução foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR (Parecer nº 2.300.594).

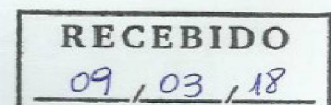
Pesquisadores responsáveis	
Giovana Daniela Pecharki	Professora da UFPR e Pesquisadora principal
Hernando Alves Pereira	Aluno do Mestrado Profissional

Período previsto para a Pesquisa
Março/2018 a Maio/2019

Sem mais para o momento, colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos que se fizerem necessários.

Cordial e atenciosamente,

ADRIANA CORDEIRO LOPES PEREIRA
Diretora do Departamento de Atenção à Saúde



Rua XV de Novembro, 213 – Centro.
CEP 83.414-000 – Colombo - PR
Tel: (41) 3656-3606 / 3656-3697
E-mail - saude@colombo.pr.gov.br

Heloyse Kabitschke Vieira
Matrícula nº 11010
Assistente Administrativo
Prefeitura Municipal de Colombo

**ANEXO 2 – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA EM
SERES HUMANOS DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UFPR**

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DO USUÁRIO EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA

Pesquisador: GIOVANA DANIELA PECHARKI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 76548317.8.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.300.594

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de pesquisa intitulado ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DO USUÁRIO EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA, sob a responsabilidade da Profa. Dra. Giovana Daniel Pecharki, na condição de orientadora de Hernando Alves Pereira, vinculado ao Programa de Pós-graduação de Saúde Coletiva do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

Será desenvolvida uma pesquisa de campo, de caráter exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa, realizada nas Unidades de Saúde da Atenção Primária do Município de Colombo/PR.

A pesquisa envolverá uma amostra de 246 participantes, com idade de 18 a 59 anos, na condição de usuários da saúde no município de Colombo. O trabalho de campo consistirá de entrevista que utiliza questionário, que será aplicado pelos pesquisadores responsáveis aos participantes da pesquisa (usuários das unidades de saúde).

Para realização da pesquisa, que ocorrerá nas próprias unidades de saúde, em local reservado para garantir o resguardo do participante, o mesmo será solicitado a responder ao questionário PCATool na versão reduzida para usuários adultos, que levará aproximadamente 20 minutos. Os pesquisadores estarão disponíveis em cada unidade para o esclarecimento de eventuais dúvidas no preenchimento do questionário.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.300.594

Objetivo da Pesquisa:

Este estudo tem como objetivo avaliar os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) na ótica dos usuários das Unidades de Saúde do Município de Colombo/PR.

Objetivos Secundários

1. Avaliar o perfil sociodemográfico dos usuários das Unidades de Saúde do Município envolvidos na pesquisa.
2. Avaliar os atributos da APS sob a ótica dos usuários das Unidades Básicas de Saúde e das Unidades de Saúde com Estratégia de Saúde da Família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios esperados com a presente pesquisa incluem a contribuição para avanço científico e possibilidade de subsidiar melhorias nos processos de trabalho e trazer repercussões positivas para a rede de atendimento de serviços de saúde do município de Colombo.

Dada a importância e a relevância do tema acolhimento no âmbito do SUS, os resultados da pesquisa também poderão ser de utilidade para auxiliar na organização do sistema de saúde em outras municipalidades.

Sobre os riscos inerentes ou decorrentes da pesquisa, algum desconforto pode ocorrer, de graduação mínima, relacionado a constrangimentos ao responder as questões relacionados a pesquisa no questionário.

Para minimizar os riscos e proteger os participantes serão disponibilizados esclarecimentos verbais e contidos do termo de consentimento livre e esclarecido como a opção de não responder a qualquer pergunta, desistência de participar do estudo a qualquer momento. O material obtido será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído após o término da mesma, a garantia por parte do pesquisador do sigilo, que somente terão acesso aos dados desta pesquisa as pessoas autorizadas (orientadora) e quando os resultados forem publicados, os dados dos participantes envolvidos serão preservados.

A pesquisa será realizada em local onde estejam apenas o pesquisador e o participante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta referenciais teóricos e metodológicos consistentes, assegurando viabilidade de execução.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos termos foram apresentados.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo
Bairro: Alto da Glória
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 2.300.594

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

Favor agendar a retirada do TCLE pelo telefone 41-3360-7259 ou por e-mail cometica.saude@ufpr.br, necessário informar o CAAE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_994450.pdf	14/09/2017 16:25:39		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada_projhernando_12set.pdf	14/09/2017 16:25:11	GIOVANA DANIELA PECHARKI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_Hernando.doc	14/09/2017 16:24:51	GIOVANA DANIELA PECHARKI	Aceito
Outros	Extrato_ata_projhernando.pdf	12/09/2017 14:54:39	GIOVANA DANIELA PECHARKI	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR **Município:** CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 2.300.594

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	11/09/2017 18:55:22	Hernando Alves Pereira	Aceito
Outros	Responsabilidades_projeto.pdf	11/09/2017 18:54:58	Hernando Alves Pereira	Aceito
Outros	Checklist.pdf	11/09/2017 18:54:22	Hernando Alves Pereira	Aceito
Outros	Termo_inicio.pdf	11/09/2017 18:52:01	Hernando Alves Pereira	Aceito
Outros	Declaracao_dados.pdf	11/09/2017 18:51:23	Hernando Alves Pereira	Aceito
Outros	Declaracao_publico.pdf	11/09/2017 18:50:45	Hernando Alves Pereira	Aceito
Outros	Termo_confid.pdf	11/09/2017 18:50:19	Hernando Alves Pereira	Aceito
Outros	Concordancia_copart.pdf	11/09/2017 18:49:45	Hernando Alves Pereira	Aceito
Outros	Analise_merito.pdf	11/09/2017 18:49:12	Hernando Alves Pereira	Aceito
Outros	Oficio_pesquisador.pdf	11/09/2017 18:48:44	Hernando Alves Pereira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 27 de Setembro de 2017

Assinado por:
Claudia Seely Rocco
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR **Município:** CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br