

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE POR MEIO DO PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL (PCA-TOOL) EM UNIDADES SELECIONADAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CASCAVEL/PR

SOUZA, Juliana Siqueira¹
GRIEP, Rubens²
CAVALLI, Luciana Osório³

RESUMO

O objetivo do artigo é avaliar os atributos da Atenção Primária à Saúde por meio do PCATool-Brasil versão profissional vinculados a Estratégia Saúde da Família da Unidade de Saúde da Família Santo Onofre/Equipe Esmeralda e Unidade de Saúde da Família de Navegantes, município de Cascavel/PR. Os profissionais responderam um questionário padronizado, validado no Brasil. O Escore Geral de APS estimado pelo PCATool-Brasil resultou em 3,4 (IC 3,2-3,6) para a USF Navegantes e 2,9 (2,8-3,0) para a USF Santo Onofre, sendo um baixo escore de orientação para a APS. Conclui-se que há a necessidade de adaptação do instrumento de avaliação ou de uma mudança no modelo de atenção na área urbana, aumentando a disponibilidade do serviço ao cidadão, mantendo o vínculo e diminuindo a procura por serviços de pronto-atendimento.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde, profissionais de saúde, questionários.

EVALUATION OF PRIMARY CARE TO HEALTH BY PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL (PCA-TOOL) IN SELECTED UNITS OF FAMILY HEALTH IN CASCAVEL/PR

ABSTRACT

The objective of the article is to evaluate the attributes of Primary Health Care through the PCATool-Brazil professional version linked to the Family Health Strategy of the Family Health Unit of the Santo Onofre Family / Emerald Team and Family Health Unit of Navegantes, municipality of Cascavel / PR. The professionals answered a standard questionnaire, validated in Brazil. The APS Overall Score estimated by PCATool-Brazil resulted in 3.4 (CI 3.2-3.6) for USF Navegantes and 2.9 (2.8-3.0) for USF Santo Onofre, being one Low APS guideline score. It is concluded that there is a need to adapt the evaluation instrument or a change in the model of attention in the urban area, increasing the availability of service to the citizen, maintaining the link and reducing the demand for services of emergency care.

KEYWORDS: Primary health care, health professionals, questionnaires.

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi definida no Brasil como a alternativa para a reorganização do modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que sua avaliação não é uma tarefa simples e exige um esforço coletivo e perseverante bem como uma proposta específica de avaliação que não se restrinja a uma de suas tantas perspectivas (BRASIL, 2010).

Torna-se imprescindível mensurar para planejar a construção do sistema nacional de saúde no Brasil, identificando onde a rede ainda precisa ser ampliada e quais adequações são necessárias à

¹ Acadêmica do Curso de Medicina da FAG, jusouzafisio@gmail.com

² Orientador, Professor do Curso de Medicina da FAG, Doutorando em Saúde Coletiva UEL, rgriep@gmail.com

³ Coorientadora, Professora do Curso de Medicina da FAG, Doutoranda em Saúde Coletiva UEL, losoriocavalli@yahoo.com

estrutura já existente (VITÓRIA *et al.*, 2013) uma vez que se observa uma rápida ampliação dos serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) - especialmente por meio da ESF, a qual tem sido associada a vários resultados positivos no desempenho da saúde pública (BRASIL, 2012).

O presente artigo tem como objetivo avaliar em profissionais de saúde vinculados a Estratégia Saúde da Família da Unidade de Saúde da Família Santo Onofre/Equipe Esmeralda e Unidade de Saúde da Família de Navegantes, município de Cascavel/PR os atributos essenciais e derivados definidos por Starfield (2002) para uma Atenção Primária em Saúde (APS) de qualidade: Acesso de primeiro contato do indivíduo com sistema de saúde, longitudinalidade, coordenação da atenção e integralidade, bem como atenção a saúde centrada na família (orientação familiar), orientação comunitária e competência cultural.

Um dos usos do PCATool é a comparação do grau de orientação à APS dos outros modelos de atenção básica que ainda coexistem junto à ESF, como as Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (BRASIL, 2010). Compreende-se sua importância na inexistência de outros instrumentos validados que objetivem mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados de APS em diferentes serviços de saúde nacional (BRASIL, 2010).

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, tendo como referência o PCATool Brasil, validado pelo Grupo de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre da UFRGS e pelo Ministério da Saúde. A pesquisa foi desenvolvida junto a Unidade de Saúde da Família Santo Onofre/Equipe Esmeralda e a Unidade Saúde da Família Navegantes, ambas vinculadas à Secretaria de Saúde de Cascavel/PR.

O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária PCATool apresenta originalmente versões autoaplicáveis destinadas a profissionais de saúde e, também, ao coordenador / gerente do serviço de saúde. Criado por Starfield e colaboradores (STARFIELD *et al.*, 2000; STARFIELD, XU e SHI, 2001) na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center* (PCPC), o PCATool mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS.

Os profissionais responderam ao PCATool-Brasil-versão profissionais, um questionário padronizado, validado no Brasil. A partir de uma escala Likert, as respostas são consolidadas em escores que variam de 0 a 10, sendo considerado alto escore quando acima de 6,6. São calculados escores para cada um dos atributos da APS. Os escores de Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Coordenação e Integralidade compõem o Escore Essencial. Já os escores para

Orientação Familiar e Orientação Comunitária compõem o Escore Derivado. A média de todos os atributos e seus componentes compõe o Escore Geral de APS.

A definição do cálculo amostral foi realizada considerando-se erro de amostra de 5%, nível de confiança de 95% e população mais homogênea (80/20). Os dados dos grupos populacionais específicos foram obtidos por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (2015) e do Sistema de Informações do Pré-Natal e Nascimento (2016) da Secretaria de Saúde de Cascavel/PR.

Foram entrevistados na Unidade de Saúde da Família Santo Onofre (Equipe Esmeralda) um profissional de cada área (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde) bem como o coordenador da Unidade de Saúde. Na Unidade de Saúde da Família Navegantes foram entrevistados apenas um profissional de cada área (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde), considerando-se que a mesma não possui coordenação, sendo esta executada pelo enfermeiro da equipe.

Todos os entrevistados receberam esclarecimentos quanto aos objetivos do estudo, ausência de riscos ao entrevistado, garantia de sigilo das informações, e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A realização do estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Assis Gurgacz sob o número 036/2010.

A tabulação dos dados foi realizada em Microsoft Excel® aplicando-se o cálculo de escores estabelecidos no Manual do PCATool Brasil para a versão de profissionais e a análise dos resultados considerou os diferentes atributos da Atenção Primária à Saúde avaliados, confrontando os achados entre os grupos específicos das duas Unidades de Saúde.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

Historicamente, a ideia de atenção primária foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920. O referido relatório organizava o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino (Ministry of Health, 1920).

O documento descreve as funções de cada nível de atenção e as relações que deveriam existir entre eles. Essa proposta constituiu a base da regionalização dos serviços de saúde organizados em

bases populacionais, tendo influenciado a organização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (MENDES, 1999).

Em 1977, a trigésima Assembleia Mundial de Saúde aprovou a resolução 30.43 que estabelecia como principal meta dos governos e da Organização Mundial de Saúde (OMS) nas décadas seguintes o alcance por parte de todos os povos do mundo de um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva. Tal meta ficou conhecida como “Saúde para Todos”, esta declaração desencadeou uma série de atividades que tiveram um grande impacto sobre o pensamento a respeito da atenção primária.

Em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, conhecida como reunião de Alma-Ata, “Saúde para Todos” deixou de ser um slogan. Além de conseguir o compromisso político dos governos participantes da reunião, que expressam em sua Declaração Final o reconhecimento de que a saúde é um direito humano fundamental e que as chocantes desigualdades no estado de saúde entre países e no interior dos mesmos é política, social e economicamente inaceitável, a reunião de Alma-Ata lançou as bases da estratégia de Atenção Primária da Saúde, como chave para que a meta de Saúde para Todos fosse atingida (STARFIELD, 2003).

Dessa forma, na década de 1970 e início dos anos 1980, repercutiram no Brasil os princípios de Alma Ata, que encontraram no Movimento Brasileiro pela Reforma Sanitária um forte aliado (STARFIELD, 2003). Esse movimento, lutando pela implantação de um sistema gratuito e universal, teve sua expressão máxima na 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), quando foram delineados os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), mais tarde incorporados na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

A partir desse momento, Atenção Primária à Saúde foi se consolidando como o ponto de atenção preferencial do primeiro contato do indivíduo com os serviços de saúde, sendo definida pela OMS como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação (WHO, 1978).

Atenção primária à saúde é parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e

trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (WHO, 1978).

Nos últimos anos, principalmente no Brasil, a definição operacional da APS sistematizada por Starfield (1992) vem sendo muito utilizada, inclusive pelo Ministério da Saúde. A partir desta definição, podemos conceituar os quatro atributos essenciais (STARFIELD, 2003) dos serviços de APS:

Tabela 1 – Atributos da atenção primária à Saúde segundo Starfield.

Atributos essenciais da APS
Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: avalia a acessibilidade e a utilização propriamente dita do serviço pelo usuário, analisando desde as questões geográficas até os horários de atendimento que acabam por influenciar nessa variável.
Longitudinalidade: a unidade de APS deve ser a fonte regular e contínua de atenção a uma população específica ao longo do tempo.
Integralidade: disponibilidade de serviços ofertados pela unidade afim de garantir atenção integral ao usuário, levando em consideração a realidade da unidade de APS.
Coordenação da atenção: pressupõe atenção continuada tanto no âmbito de reforçar o vínculo entre médico e o paciente (através do atendimento sequencial pelo mesmo profissional), quanto na coordenação e integração do cuidado quando esse indivíduo necessita de serviços especializados.
Atributos derivados da APS
Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar): é necessário considerar o contexto familiar no atendimento integral do paciente.
Orientação comunitária: a equipe da unidade de APS deve prezar pelo bom relacionamento com os membros da comunidade bem como, conhecê-la profundamente estando a par, por exemplo, de seus dados epidemiológicos.
Competência cultural: capacidade de adaptação da equipe à cultura local facilitando o estabelecimento de vínculo com os usuários.

Fonte: Adaptado de STARFIELD, 2001.

3.2 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) nasceu do mesmo contexto da criação do SUS, sendo que a consequente inserção deste na Constituição Federal de 1988 consolidou o caminho necessário para aplicação da Atenção Básica como conceito forte para estruturação de todo o sistema de saúde.

A Política em questão é composta por diversos pontos definidores tanto do esqueleto básico como dos conceitos mais específicos da Atenção Básica com foco na Estratégia de Saúde da

Família. Dessa forma, ela consegue consolidar a importância da prevenção e a importância do primeiro contato da população com a Equipe de Saúde da Família.

A PNAB foi instaurada em 2006 e, conforme citado na resolução do Ministério da Saúde, ela se aplica “considerando os princípios e as diretrizes propostos nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, entre as esferas de governo na consolidação do SUS, que inclui a desfragmentação do financiamento da Atenção Básica” (BRASIL, 2016).

Conforme as novas mudanças, em vigor desde 2011, a PNAB firma na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. A regulamentação que a PNAB define é norteadora no sentido de organizar toda a equipe e estrutura dos profissionais. As Estratégias de Saúde da Família e todos os mecanismos descritos de ação sobre a saúde precisam estar de acordo com as diretrizes da Atenção Básica, assim como as do SUS, sendo que isso direciona o desenvolvimento do processo da estratégia como um todo (BRASIL, 2016).

A PNAB define, portanto, as funções dos diversos profissionais que compõe a Equipe de Estratégia da Saúde da Família (Enfermeiro, Técnico de Enfermagem; Agente Comunitário de Saúde; Cirurgião Dentista; Técnico em Saúde Bucal; Auxiliar em Saúde Bucal e Médico). Ela explicita também as atribuições necessárias que compõem a ação integrada desses profissionais com as diretrizes e funções da Estratégia Saúde da Família.

Algumas das normas, como exemplo de organização do sistema, são: A definição do número de profissionais mínimos para compor a Equipe; abrangência dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a população; Número mínimo da população a ser assistida pela Equipe de Saúde da Família, respeitando os graus de vulnerabilidade; Carga horária e cadastramento dos profissionais na ESF (BRASIL, 2016).

Com a atualização feita em 2011, pela Portaria 2.488, a principal mudança em relação às definições de 2006 foi reconhecer que a Atenção Primária em Saúde se articula com os outros serviços de saúde pela Rede de Atenção à Saúde (FONTENELLE, 2012). Rede essa que é definida, no âmbito do SUS, como sistemas integrados que procuram aplicar com o tempo adequado e cuidado adequado sobre determinada população os mecanismos de intervenção (MENDES, 2011).

A PNAB é citada como uma das ações que fortaleceram os pontos favoráveis e corrigiram as deficiências, estabelecendo a Estratégia Saúde da Família como programa de qualificação da Atenção Básica de Saúde de maior sucesso da história do Brasil. Além disso, cumpre relevante papel por impulsionar uma política que aos poucos vem sendo construída por outros governos (GUSSO, 2011).

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram entrevistados oito profissionais nas USF de Cascavel, sendo dois médicos, dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde, um profissional de cada categoria em cada uma das Unidades de Saúde pesquisadas (USF Navegantes e USF Santo Onofre).

Tabela 2 – Escores médios dos atributos e dos escores essencial, derivado e geral de atenção primária à saúde na avaliação dos profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde das unidades de saúde da família do município de Cascavel, 2017.

Atributo	Escore médios (IC 95%)	
	USF Navegantes	USF Santo Onofre
Atributos de Atenção Primária		
Acessibilidade	2,8 (2,5-2,9)	3,0 (2,8-3,1)
Longitudinalidade	3,0 (2,8-3,2)	2,7 (2,4-3,0)
Coordenação do Cuidado	2,9 (2,2-3,5)	2,5 (2,3-2,6)
Coordenação Sistema de Informação	3,2 (2,3-4,0)	2,3 (2,0-2,6)
Integralidade/serviços disponíveis	3,4 (3,1-3,6)	3,2 (2,9-3,4)
Integralidade/serviços prestados	3,6 (3,2-3,9)	3,3 (2,7-3,9)
Essencial	3,2 (2,8-3,6)	2,8 (2,3-3,3)
Orientação Familiar	3,9 (3,7-4,0)	3,2 (3,0-3,3)
Orientação Comunitária	3,2 (2,8-3,5)	2,8 (2,3-3,2)
Derivado	3,6 (3,2-3,9)	3,0 (2,8-3,2)
Geral	3,4 (3,2-3,6)	2,9 (2,8-3,0)

O Escore Geral de APS estimado pelo PCATool-Brasil resultou em 3,4 (IC 3,2-3,6) para a USF Navegantes e 2,9 (2,8-3,0) para a USF Santo Onofre, sendo um baixo escore de orientação para a APS. O Escore Essencial de APS foi de 3,2 (2,8-3,6) para a USF Navegantes e 2,8 (2,3-3,3) para a USF Santo Onofre e o Escore Derivado de APS foi de 3,6 (3,2-3,9) para a USF Navegantes e 3,0 (2,8-3,2) para a USF Santo Onofre.

Dos Atributos Essenciais, o escore para o Acessibilidade teve a pontuação mais baixa, com 2,8 (2,5-2,9), enquanto o escore de Integralidade/serviços prestados obteve a pontuação mais alta, com 3,6 (3,2-3,9) para a USF Navegantes. Já para a USF Santo Onofre, a Longitudinalidade teve a pontuação mais baixa com 2,7 (2,4-3,0) e a Integralidade/serviços prestados também obteve a pontuação mais alta, com 3,3 (2,7-3,9).

Em relação aos Atributos Derivados, a Orientação Familiar obteve o maior escore para a USF Navegantes com 3,9 (3,7-4,0) e USF Santo Onofre com 3,2 (3,0-3,3).

Os resultados deste estudo evidenciam que, em Cascavel/PR, na avaliação dos profissionais de saúde, as unidades de saúde pesquisadas possuem baixo escore dos atributos da Atenção Primária.

Estudos realizados por Guanais e Macinko têm demonstrado que a expansão da Estratégia Saúde da Família tem grande relação com a diminuição das taxas de mortalidade infantil e dos internamentos por condições sensíveis à atenção ambulatorial como diabetes e problemas respiratórios, devido à melhoria do acesso da população à atenção primária (GUANAIS *et al.*, 2009; MACINKO, *et al.*, 2006).

No presente estudo, o atributo de acessibilidade da Unidade de Saúde da Família Santo Onofre/Equipe Esmeralda atinge um escore mais alto que USF de Navegantes. Desta forma, observa-se que na área urbana o atributo de acessibilidade se destaca em relação à área rural, apesar do melhor resultado nas unidades com ESF, não atingir o nível de 6,6 (ponto de corte), sendo ainda assim considerado um baixo escore. Observando vários estudos que utilizaram o PCATool, verificamos que os resultados não são homogêneos.

Em um estudo realizado em Porto Alegre, encontraram alto escore no atributo acessibilidade em ambos os modelos, com uma diferença significativa a favor da ESF (CUNHA *et al.*, 2006). No presente estudo, em consonância com vários estudos nacionais que utilizaram o PCATool, o resultado foi divergente, apontando baixo escore médio.

Este atributo também apresentou baixo escore em estudo internacional realizado por Haggerty *et al.*, com usuários e profissionais no Quebec. No seu estudo, Haggerty menciona que, em uma pesquisa nacional sobre acesso aos serviços de cuidados de saúde, 18,8% dos canadenses relataram ter dificuldades para acessar esses serviços para problemas de saúde agudos em 2001, e estes índices aumentaram para 24,2% em 2003 (HAGGERTY, *et al.*, 2008).

O atributo acessibilidade é avaliado no PCATool, em alguns itens, considerando a disponibilidade da equipe para o atendimento ao usuário em horários fora do atendimento normal da Unidade de Saúde, como períodos noturnos e finais de semana, principalmente relacionados a eventos agudos. No entanto, isto não corresponde à realidade do modelo de atenção primária aplicado no Brasil, o que nos faz refletir sobre a necessidade de adaptação do instrumento de avaliação ou de uma mudança no modelo de atenção, aumentando a disponibilidade do serviço ao cidadão, mantendo o vínculo e diminuindo a procura por serviços de pronto-atendimento.

Em relação à longitudinalidade, o presente estudo revela baixo escore nas duas USF avaliadas, porém a USF de Navegantes apresentou um escore maior em relação a USF Santo Onofre. Este baixo escore sugere que os profissionais destas equipes percebem maior vinculação dos usuários aos serviços, sendo capazes de reconhecer melhor sua população eletiva. Este

resultado é semelhante aos encontrados nos estudos realizados em municípios do Estado de São Paulo (IBAÑEZ *et al.*, 2006).

Já em relação aos atributos da coordenação do cuidado e da coordenação do sistema de informação, obtiveram baixo escore nas duas USF avaliadas, o que demonstra a importância do investimento feito pelo município no sistema informatizado, que é um elemento facilitador, seja nos resultados dos exames laboratoriais de análises clínicas disponibilizados on-line no prontuário, ou na operacionalização da marcação de consultas especializadas. O resultado do atributo coordenação do cuidado em municípios do Estado de São Paulo (IBAÑEZ *et al.*, 2006) classifica como “insuficientes”, semelhantemente aos resultados de Porto Alegre (OLIVEIRA, 2007 e CUNHA, *et al.*, 2006).

No atributo da integralidade/serviços disponíveis e integralidade/serviços prestados, foram observados escores médios baixos nas duas USF avaliadas, ainda que com melhor desempenho na USF de Navegantes.

Em ambos os modelos, os atributos orientação comunitária e orientação familiar obtiveram baixos escores, semelhante de outros estudos realizados no País, nos quais, os valores encontrados são caracterizados como de baixo escore. Em um estudo realizado em Curitiba, obteve-se alto desempenho que pode ser atribuído aos princípios incorporados na construção da APS no município, como a territorialização, a vigilância à saúde e a responsabilização sanitária, presentes em ambos os modelos (CHOMATAS, *et al.*, 2013).

Na avaliação do escore geral, que abrange todos os atributos, USF de Navegantes obteve, em média, escore de 3,4 e a USF de Santo Onofre obteve o escore de 2,9.

Os modelos multivariáveis, considerando conjuntamente médicos e enfermeiros (Modelo Geral) e estratificado com médicos, evidenciam que o aumento da prevalência de Alto Escore Geral da APS está associado com o tipo de unidade (ESF). O maior número de consultas médicas semanais também aparece associado com o aumento da prevalência do Alto Escore Geral da APS no modelo estratificado para médicos (CHOMATAS, *et al.*, 2013).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados revelam melhor desempenho dos atributos na Unidade de Saúde da Família de Navegantes, o que está relacionado, entre outros fatores, com a melhor qualificação dos seus profissionais na APS. Na análise comparativa entre a Unidade de Saúde da Família Santo

Onofre/Equipe Esmeralda e a Unidade Saúde da Família de Navegantes, os resultados sugerem melhor desempenho na USF rural.

Observou-se que na Unidade de Saúde da Família de Navegantes, os pacientes possuem um vínculo maior com os profissionais de saúde, provavelmente por ter mais fácil acesso a unidade. Dessa forma, conclui-se que a unidade rural tem atingido melhor o objetivo de atenção primária em saúde, a qual orienta sobre a prevenção de doenças, soluciona os possíveis casos de agravos e direciona os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. Além disso, consegue levar serviços multidisciplinares à comunidade.

Por meio deste estudo, observou-se a necessidade de adaptação do instrumento de avaliação ou de uma mudança no modelo de atenção na área urbana, aumentando a disponibilidade do serviço ao cidadão, mantendo o vínculo e diminuindo a procura por serviços de pronto-atendimento.

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8th Conferência Nacional de Saúde**; VIII Conferência Nacional de Saúde; 1986; Brasília. Brasília: MEC; 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>. Acesso set.. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool** – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes /manual_avaliacao _pcatool_brasil.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf). Acesso set. 2016.

CHOMATAS E, VIGO A, MARTY I, HAUSER L, HARZHEIM E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v.8, n. 29, p. 294-303, 2013. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)828](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)828)

CUNHA CRH, HARZHEIM E, DUNCAN BB. Percepção da qualidade da atenção à saúde infantil pelos médicos e enfermeiros: comparação entre o Programa Saúde da Família e o modelo tradicional. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/13684>

DECLARAÇÃO DE ALMA ATA – Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

GUANAIS F, MACINKO J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. *J Ambul Care Manage.* 2009; 32(2): 78-9. PMID:19305223. <http://dx.doi.org/10.1097/JAC.0b013e31819942e51>.

GUSSO, GDF. Os Rumos da Atenção Primária e da Estratégia Saúde da Família no Brasil, 2011.

HAGGERTY JL, PINEAULT R, BEAULIEU MD, BRUNNELLE Y, GAUTHIER J, GOULET F, et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity and coordination of primary health care. *Ann Fam Med.* 2008; 6(2): 116-23. PMID:18332403 PMCID:PMC2267415. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.802>

IBAÑEZ N, ROCHA JSY, CASTRO PC, RIBEIRO MCSA, FORSTER AC, NOVAES MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006 Jul-Set; 11(3): 683-703. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300016>

MACINKO J, GUANAIS F, SOUZA MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health.* 2006; 60: 13-9. PMID:16361449 PMCID:PMC2465542. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.038323>

MENDES EV. Uma agenda para a saúde. 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em http://www.conass.org.br/pdf/Redes_de_Atencao.pdf. Acesso em mar. 2016. Ministry of Health. *Interim report on the future provision of medical and allied services*. London, 1920.

OLIVEIRA MMC. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/12649>

PICCINI RX, FACCHINI LA, TOMASI E, THUMÉ E, SILVEIRA DS, SIQUEIRA FV, et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica a saúde. *Cienc Saúde coletiva.* 2006 Jul; 11(3): 657-667. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300014>. Acesso set. 2016.

STARFIELD B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. UNESCO/Ministério da Saúde/ Governo Federal. Brasília, 2003.

STARFIELD B. *Primary Care: balancing health needs, services, and technology*. Oxford University Press Inc, 198 Madison Avenue, New York, 1998.

VITORIA AM, HARZHEIM E, TAKEDA SP, HAUSER L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* Rio de Janeiro, 2013 Out-Dez; 8(29):285-93.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health promotion: A discussion document on the concept and principles. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Primary Health Care. Geneva:

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>. Acesso set. 2016.