

Integralidade do cuidado na oferta e utilização de serviços da Atenção Primária à Saúde

Comprehensive care in the provision of Primary Health Care services

Fábio Mello da Rosa¹, Gabriele Rissotto Menegazzo², Jessye Melgarejo do Amaral Giordani³,
Teresinha Heck Weiller⁴

Artigo Original

RESUMO

Objetivou-se avaliar a qualidade dos serviços ofertados pela Atenção Primária à Saúde (APS) à população negra. Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, realizado nos serviços da APS de um município do oeste de Santa Catarina. Os participantes foram 88 usuários dos serviços que se autodeclararam negros. Para coleta de dados, aplicou-se um questionário de caracterização e o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, PCATool-Brasil, versão adulto reduzida, no período de junho a outubro de 2021. Os dados foram submetidos à análise descritiva e analítica. Os participantes avaliaram os atributos da APS aquém do ideal, com médias de 5,91 no Escore Geral, 6,04 no Escore Essencial e 5,01 no Escore Derivado. Apenas o Acesso de primeiro contato – utilização e Longitudinalidade e a variável Grau de Afiliação atingiram médias consideradas satisfatórias. Ter algum problema de saúde apresentou relação significativa nas melhores avaliações do escore geral (6,43; $p=0,004$) e essencial (6,57; $p=0,006$), apesar de insatisfatórias. Conclui-se a necessidade de melhoria dos serviços da APS para a população negra, especialmente na ruptura das barreiras de acesso e acolhimento integral, visando à diminuição das iniquidades étnico-raciais em saúde de forma a mitigar o racismo institucional.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação em saúde. Epidemiologia. Integralidade.

ABSTRACT

Aim: To analyze the prevalence and associated factors of integrality care perceived by adults in primary health care services of the 32 municipalities that make up the 4th Regional Health Coordination of the state of Rio Grande do Sul (4th CRS/RS). **Methods:** This is a multilevel cross-sectional study. The sample size calculation was for representativeness of the 4th CRS/RS and reached a minimum sample of 1,076 individuals. Data collection took place between January and August 2015. The contextual level data sources were taken from the Ministry of Health and the individual level variables are data from the PCATool adult version instrument. To explain the relationships between the variables, a theoretical model was elaborated, organizing the dimensions and levels. Data were analyzed using Stata 11 software. **Results:** We found an association of integrality with variables of both individual and contextual levels. **Conclusion:** It can be evidenced that the overall prevalence of integrality in the evaluated services was relatively low (16.9%). It is understood that further longitudinal studies and evaluative research are needed incorporating contextual factors regarding health services.

KEYWORDS: Health evaluation. Epidemiology. Integrality.

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) –  <https://orcid.org/0000-0003-2072-5095>

² Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) –  <https://orcid.org/0000-0002-4181-0267>

³ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) –  <https://orcid.org/0000-0002-3825-9734>  jessyesm@hotmail.com

⁴ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) –  <https://orcid.org/0000-0003-2531-0155>

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a definição operacional da Atenção Primária à Saúde (APS) sistematizada por Starfield¹ vem sendo utilizada para orientação das políticas públicas de saúde nesse nível de atenção. A partir desta definição, o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção do cuidado foram conceitos assinalados como atributos essenciais dos serviços de APS². Nesse contexto, ressalta-se a importância, não apenas de estudos que permitam avaliar a efetividade da APS de forma consistente, mas que institucionalizem a “cultura de avaliação” em nossos serviços de saúde. Mesmo que os resultados das avaliações não apontem para decisões imediatas, estes embasam o julgamento proporcionando um resultado mais positivo, revelando-se, assim, uma estratégia factível para os serviços de saúde³.

A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde, devendo ser contínuo e sistemático, e cujo tempo de duração é definido em função do espaço que se estabelece⁴. Para avaliar os serviços de saúde da APS, deve-se considerar os aspectos individuais e populacionais para a análise da qualidade da atenção, referindo-se à necessidade de abordagens que incluam os elementos de estrutura, processo e resultados para a avaliação da qualidade em saúde⁵. A proposta de obter uma avaliação em saúde com resultados confiáveis para a tomada de decisão se faz a partir da utilização de instrumento validado capaz de responder essa demanda. Para isso, destaca-se o *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*, o qual é um instrumento reconhecido pelo Ministério da Saúde por avaliar quantitativamente os atributos da APS⁶.

O formato ágil das questões, as diferentes versões para profissionais, usuários e responsáveis por crianças, além do reconhecimento e validação em outros países contribuíram para sua aplicação no Brasil, propiciando o diálogo entre as opiniões dos dois segmentos (profissionais e usuários), fornecendo subsídios para planejar a atenção em saúde⁷. Após ser validado em três versões (adulto, profissionais e criança), o instrumento *PCATool*/versão Brasil, tem capacidade de avaliar a presença e a extensão dos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade), e também de atributos derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural) da APS⁸.

A partir dos pressupostos da APS, a integralidade é elencada como o leque de serviços disponíveis e prestados pela atenção primária, ou seja, as ações que o serviço de saúde deve oferecer, para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do processo saúde-doença como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS. Entretanto, algumas ações não podem ser oferecidas nesse nível de atenção, o que inclui os encaminhamentos para especialidades médicas locais, hospitais, entre outros². Desta

forma, adotar a integralidade como eixo da atenção implica reconhecer as necessidades de saúde como referência para organizar os serviços e as práticas de saúde, conformando a rede de cuidados⁸.

Diante da conjuntura apresentada, poucos estudos buscam avaliar a prevalência do atributo integralidade e seus fatores associados⁹⁻¹¹. O atributo integralidade nos serviços da APS na perspectiva dos usuários de unidades de saúde tem se mostrado bastante favorável nas questões de porta de entrada, elenco de serviços e coordenação em amostras de outros estados brasileiros^{9,10}. Ainda, o atributo se mostrou importante no cuidado da criança e do adolescente na mesma Coordenadoria Regional de Saúde¹¹. Sendo assim, o objetivo do estudo foi analisar a prevalência e os fatores associados da integralidade do cuidado percebida por adultos nos serviços de atenção primária à saúde dos 32 municípios que compõem a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS (4ªCRS).

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo epidemiológico observacional transversal multinível. A população do estudo foi composta de adultos dos 32 municípios pertencentes à região da 4ª CRS. A sede da 4ª CRS localiza-se na região central do Estado do Rio Grande do Sul, no município de Santa Maria, a 286 km da capital Porto Alegre. Em 2012, havia 542.357 mil habitantes e 148 unidades de APS divididas em duas regiões de saúde: Verdes Campos e Entre Rios^{12,13}.

O cálculo de tamanho de amostra foi realizado, para que houvesse representatividade da 4ª CRS. Foi considerado o peso amostral de cada município para a faixa etária de adultos e, assim, a amostra foi estratificada, conforme a proporção do tamanho da população de cada município em relação à população geral. Com isso, chegou-se a uma amostra mínima de 1.076 indivíduos, levando-se em consideração um erro amostral de 5%.

Para a realização da coleta de dados foi utilizado o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde, *Primary Care Assessment Tool* - PCATool-Brasil na sua versão adulto^{5,2}, acrescido de um questionário com informações socioeconômicas e demográficas. O PCATool mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS, com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian¹⁴.

Os instrumentos de pesquisa foram aplicados de forma presencial, por avaliadores e auxiliares de pesquisa, os quais foram previamente submetidos a um treinamento, com carga horária de 10 horas, compreendida de conteúdos relacionados à pesquisa e à técnica de abordagem dos avaliadores. Os dados foram coletados nas Unidades de Saúde, via contato prévio com os coordenadores, em horários de funcionamento, de forma a coincidir a coleta dos

dados com a rotina de atendimento da unidade, sem que houvesse prejuízo no atendimento aos usuários, em um local reservado em cada unidade, a fim de preservar o anonimato e a privacidade dos entrevistados. Os entrevistados foram selecionados nas UBS, de acordo com a disponibilidade destes, ou seja, não foi realizada randomização para a seleção dos usuários em seus domicílios.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão dos participantes: possuir idade ≥ 18 anos na data da coleta, e os critérios de exclusão foram: usuários com idade < 18 anos na data da coleta, que fosse o primeiro acesso junto ao serviço, e usuários com dificuldades cognitivas para responder ao instrumento.

Os dados do primeiro nível (individual) foram referentes às entrevistas realizadas com usuários adultos (*PCAtool*); e os dados do segundo nível (contexto) referiram-se às características dos municípios nos quais residiam os usuários entrevistados. A fonte de informação das variáveis do primeiro nível foram os dados do instrumento do *PCATool* versão adulto e do questionário socioeconômico e demográfico, sendo que as fontes dos dados do segundo nível foram retiradas do Atlas de Desenvolvimento Humano¹⁵ e do Ministério da Saúde¹⁶.

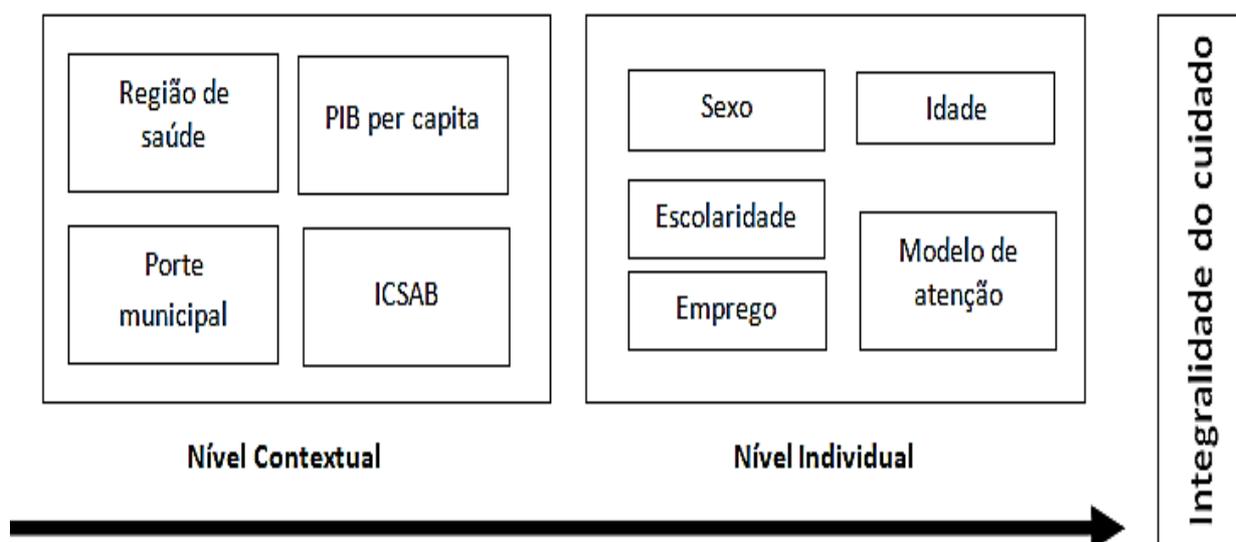
Em relação às variáveis independentes contextuais (nível município), foram utilizadas as seguintes informações: região de saúde (Verdes Campos / Entre Rios); porte populacional (até 5 mil hab. / entre 5 e 10 mil hab. / entre 10 e 20 mil hab. / entre 20 e 50 mil hab. / entre 50 e 100 mil hab. / entre 100 e 500 mil hab.); cobertura populacional por equipes de saúde da família; proporção de Internações por condições sensíveis à Atenção Básica.

As variáveis independentes individuais (nível equipe de saúde) foram: sexo (feminino / masculino), idade em anos, escolaridade (não alfabetizado / ensino fundamental incompleto / ensino fundamental completo / ensino médio incompleto / ensino médio completo / ensino superior incompleto / ensino superior completo), modelo de atenção da Unidade de Saúde (ESF / UBS / mista).

As variáveis individuais dependentes foram questões do instrumento *PCATool* no atributo: integralidade – serviços disponíveis (G), constituído por 22 itens e integralidade – serviços prestados (H), constituído por 13 itens para mulheres, e 11 itens para homens. Foram obtidas as médias de cada variável (G e H). Após uma média entre as duas variáveis $(G+H/2)$, sendo esta nova variável nomeada de integralidade. A variável integralidade foi dicotomizada a partir dos pontos de corte dos escores obtidos: baixo escore, quando $< 6,6$, e alto escore, quando $\geq 6,6$, conforme manual do instrumento¹⁷. Portanto, a variável desfecho integralidade foi desta forma classificada: categórica (sim $\geq 6,6$ / não $< 6,6$), ou seja, foi presença, ao mesmo tempo, da integralidade dos serviços disponíveis e prestados.

Para a explicação das relações entre as variáveis foi elaborado um modelo teórico, organizando-se as dimensões (socioeconômica, demográfica e serviço de saúde), e os níveis (individual e contextual), em função de não haver na literatura alguma fonte de informação abordando esta temática que integrasse fatores contextuais e individuais (Figura 1). Os dados foram analisados no *software Stata 11*. Foram realizadas análises das frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas. A Regressão de Poisson Multinível foi utilizada para a obtenção das razões de prevalências brutas e ajustadas, com seus respectivos intervalos de confiança de 95%, e nível de significância de 5%^{18,19}. A modelagem utilizada foi em dois estágios: modelo 1 (apenas as variáveis contextuais no ajuste dentro do próprio bloco), e modelo 2 (as variáveis contextuais mais as variáveis individuais). Para análise de ajuste dos modelos foi utilizado o *deviance (loglikelihood)*.

Figura 1 – Modelo teórico da integralidade do cuidado na utilização de serviços de atenção primária à saúde por adultos, de acordo com características individuais e contextuais, 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, Rio Grande do Sul, 2018



Fonte: elaborada pelos autores

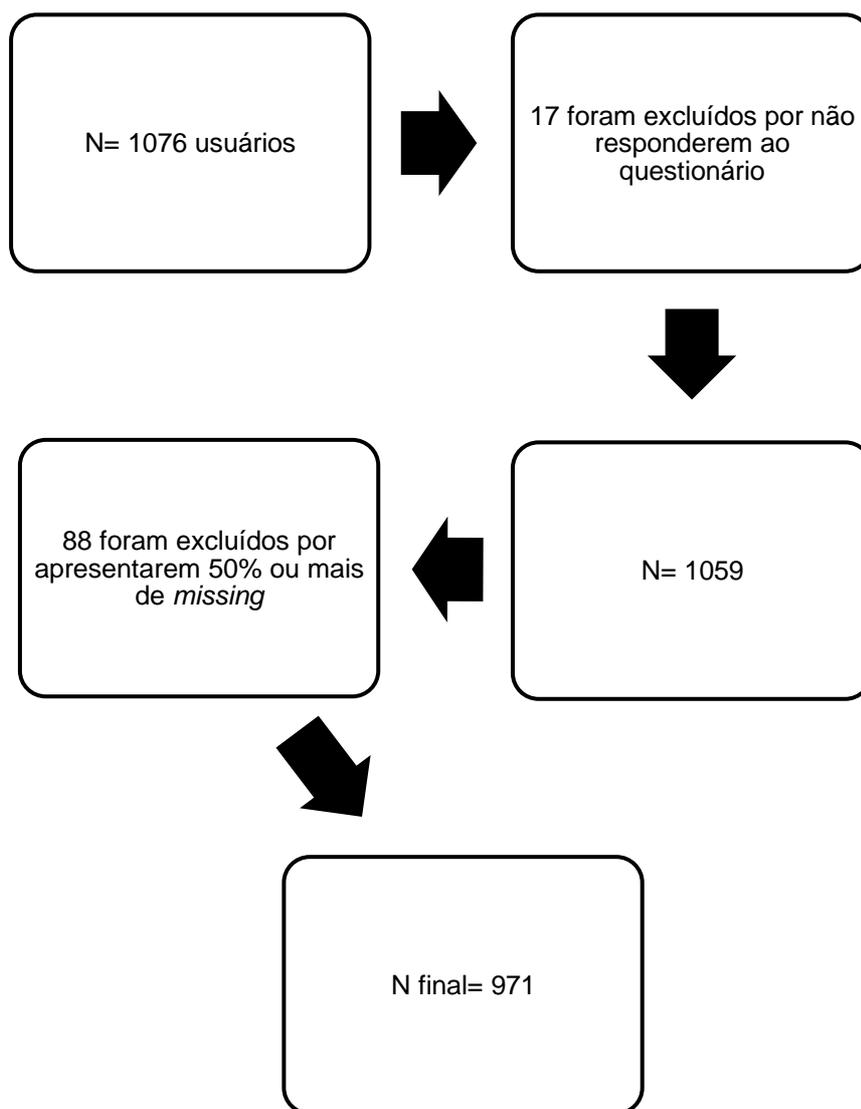
O presente estudo pertence ao projeto matricial “PCATool (*Primary Care Assessment Tool*): avaliação da Atenção Primária à Saúde na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS)”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria – (parecer n.º 756.292; CAAE n.º 34137314.4.0000.5346).

RESULTADOS

A partir da amostra de 1076 usuários dos serviços de saúde, 971 entrevistas foram realizadas. Foram consideradas 9,75% de perdas (n=105), as quais se referiam aos usuários

com idade < 18 anos na data da coleta, que fosse o primeiro acesso junto ao serviço; usuários com dificuldades cognitivas para responder ao instrumento ou por apresentarem 50% ou mais de *missing* nos itens G e H, conforme o manual do instrumento utilizado¹⁷. O detalhamento deste percurso foi apresentado na forma de fluxograma (Figura 2).

Figura 2 – Detalhamento do percurso amostral na forma de fluxograma (n= 971), 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, Rio Grande do Sul, 2015



Fonte: elaborada pelos autores

Em relação às características contextuais, 77,03% dos usuários pertenciam a região de saúde de Verdes Campos, sendo que 49,02% residiam em municípios com mais de 50 mil habitantes; 62,51% dos usuários moravam em municípios, com PIB *per capita* entre 13.663,00 e 16.935,00, e 70,13% dos usuários estavam em municípios que possuíam mais de 28% de internações por condições sensíveis à atenção primária (Tabela 1).

Tabela 1 – Descrição da amostra, prevalência de integralidade e razões de prevalência bruta para as variáveis contextuais, em adultos, Brasil, 2015 (n=971)

VARIÁVEL	n (%)	Prevalência de integralidade	Razão de prevalência bruta (IC95%)
Porte populacional			
Mais de 50mil hab.	476 (49,02)	10,9%	1
25mil a 50mil hab.	81 (8,34)	21,0%	1,92 (1,11-3,32)
20mil a 25mil hab.	44 (4,53)	15,9%	1,45 (0,66-3,20)
15mil a 20mil hab.	157 (16,17)	15,9%	1,45 (0,90-2,34)
10mil a 15mil hab.	45 (4,63)	17,8%	1,62 (0,77-3,42)
5mil a 10mil hab.	81 (8,34)	28,4%	2,59 (1,59-4,24)
4mil a 5mil hab.	23 (2,37)	30,4%	2,78 (1,26-6,13)
3mil a 4mil hab.	38 (3,91)	42,1%	3,85 (2,20-6,74)
Até 3mil hab.	26 (2,68)	34,6%	3,16 (1,56-6,42)
PIB per capita			
Até 13.662,00	262 (26,98)	19,5%	1
Entre 13.663,00 e 16.935,00	607 (62,51)	12,9%	0,80 (0,46-1,39)
Mais de 16.935,00	102 (10,50)	34,3%	1,86 (1,09-3,19)
Região de saúde			
Verdes Campos	748 (77,03)	15,1%	1
Entre Rios	223 (22,97)	22,9%	1,06 (0,63-1,78)
ICSAB			
Mais de 28,6%	681 (70,13)	15,7%	1
Até 28,6%	290 (29,87)	19,7%	0,80 (0,47-1,33)

Nota: internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) são as hospitalizações causadas por doenças infecciosas evitáveis por imunização, as complicações que poderiam ser atenuadas por diagnóstico e tratamento precoces, e as complicações agudas de doenças não transmissíveis

Fonte: elaborada pelos autores

No que se refere às características individuais dos usuários, 77,75% eram do sexo feminino; 47,78% estavam na faixa etária de 18-39 anos de idade; 41,52% possuíam ensino fundamental incompleto; 72,20% dos usuários eram desempregados, e 42,12% estavam em unidades tradicionais (Tabela 2).

Tabela 2 – Descrição da amostra, prevalência de integralidade e razões de prevalência bruta para as variáveis individuais, em adultos, Brasil, 2015 (n=971)

VARIÁVEL	n (%)	Prevalência de integralidade	Razão de prevalência bruta (IC95%)
Sexo			
Masculino	216 (22,25)	15,3%	1
Feminino	755 (77,75)	17,4%	1,16 (0,79-1,70)
Faixa etária			
Entre 18 e 29	232 (23,89)	12,5%	1
Entre 30 e 39	232 (23,89)	16,4%	1,27 (0,78-2,07)
Entre 40 e 49	183 (18,85)	17,5%	1,21 (0,72-2,02)
Entre 50 e 59	167 (17,20)	21,6%	1,49 (0,90-2,47)
Entre 60 e 69	110 (11,33)	20,0%	1,42 (0,81-2,50)
Entre 70 e 79	40 (4,12)	12,5%	0,84 (0,32-2,21)
80 ou mais	7 (0,72)	28,6%	1,87 (0,43-8,02)
Escolaridade			
Não alfabetizado	23 (2,39)	30,4%	1
Fundamental incompleto	399 (41,52)	16,8%	0,48 (0,22-1,07)
Fundamental completo	122 (12,70)	25,4%	0,79 (0,34-1,89)
Médio incompleto	86 (8,95)	17,4%	0,64 (0,25-1,60)
Médio completo	262 (27,26)	10,7%	0,36 (0,15-0,84)
Superior incompleto	31 (3,23)	16,1%	0,67 (0,20-2,17)
Superior completo	38 (3,95)	23,7%	0,74 (0,27-2,04)
Emprego			
Sim	268 (27,80)	15,7%	1
Não	696 (72,20)	17,5%	0,97 (0,68-1,40)
Modelo de atenção			
ESF	406 (41,81)	17,0%	1
Tradicional	409 (42,12)	14,2%	0,93 (0,62-1,40)
Mista	156 (16,07)	23,7%	1,33 (0,84-2,11)

Fonte: elaborada pelos autores

A prevalência geral da integralidade nos serviços avaliados foi 16,9% (IC95%: 15,2-18,6). As maiores prevalências de integralidade foram encontradas nos municípios de pequeno porte e com PIB *per capita* maior (Tabela 1).

Na análise hierárquica, após os ajustes, entre os fatores contextuais (Tabela 3: Modelo 2), as maiores razões de prevalências de integralidade foram para os usuários que residiam em municípios com população entre 3 e 10 mil habitantes, em comparação a municípios com população superior a 50 mil habitantes, e entre os fatores individuais, os usuários com ensino médio completo foram os que apresentaram menor razão de prevalência de integralidade, quando comparados com os usuários sem escolaridade. Os demais fatores do nível contextual (PIB *per capita*, região de saúde e ICSAB), bem como os fatores do nível individual dos usuários (sexo, faixa etária, emprego e unidade de saúde) não apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 3 – Razões de prevalências ajustadas e seus respectivos intervalos de 95% de confiança, de acordo com os modelos em adultos, Brasil, 2015 (n=971)

VARIÁVEL	Razão de prevalência (IC95%) Modelo 1	Razão de prevalência (IC95%) Modelo 2
<i>Características contextuais</i>		
Região de saúde		
Verdes Campos	1	1
Entre Rios	1,01 (0,59-1,73)	1,08 (0,62-1,88)
Porte populacional		
Mais de 50mil hab.	1	1
25mil a 50mil hab.	2,43 (0,77-7,62)	2,33 (0,73-7,42)
20mil a 25mil hab.	2,16 (0,81-5,75)	2,16 (0,79-5,89)
15mil a 20mil hab.	1,47 (0,69-3,10)	1,60 (0,74-3,49)
10mil a 15mil hab.	1,48 (0,55-3,98)	1,59 (0,58-4,34)
5mil a 10mil hab.	2,62 (1,27-5,38)	2,48 (1,19-5,15)
4mil a 5mil hab.	2,89 (1,04-8,00)	3,09 (1,09-8,81)
3mil a 4mil hab.	3,50 (1,20-10,21)	3,47 (1,17-10,24)
Até 3mil hab.	3,89 (1,58-9,59)	4,41 (1,73-11,22)
PIB <i>per capita</i>		
Até 13.662,00	1	1
Entre 13.663,00 e 16.935,00	0,86 (0,46-1,60)	0,97 (0,51-1,85)
Mais de 16.935,00	1,13 (0,58-2,19)	1,26 (0,64-2,49)
ICSAB		
Mais de 28,3%	1	1
Até 28,6%	0,67 (0,37-1,19)	0,73 (0,40-1,32)

(Conclusão)

VARIÁVEL	Razão de prevalência (IC95%) Modelo 1	Razão de prevalência (IC95%) Modelo 2
<i>Características individuais</i>		
Sexo		
Masculino	-	1
Feminino	-	1,21 (0,80-1,82)
Faixa etária		
Entre 18 e 29	-	1
Entre 30 e 39	-	1,38 (0,84-2,28)
Entre 40 e 49	-	1,08 (0,63-1,86)
Entre 50 e 59	-	1,58 (0,92-2,68)
Entre 60 e 69	-	1,41 (0,76-2,59)
Entre 70 e 79	-	0,97 (0,35-2,63)
80 ou mais	-	2,59 (0,57-11,72)
Emprego		
Sim	-	1
Não	-	0,91 (0,60-1,36)
Escolaridade		
Não alfabetizado	-	1
Fundamental incompleto	-	0,46 (0,20-1,05)
Fundamental completo	-	0,79 (0,32-1,92)
Médio incompleto	-	0,73 (0,27-1,92)
Médio completo	-	0,38 (0,15-0,93)
Superior incompleto	-	0,80 (0,23-2,73)
Superior completo	-	0,73 (0,25-2,10)
Modelo de atenção		
ESF	-	1
Tradicional	-	1,05 (0,70-1,56)
Mista	-	1,10 (0,67-1,81)

Fonte: elaborada pelos autores

DISCUSSÃO

O presente estudo analisou a prevalência e os fatores associados da integralidade do cuidado percebida por usuários adultos dos serviços de atenção primária à saúde dos 32 municípios que compõem a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS, em 2015. A partir das análises realizadas verificou-se que a prevalência geral da integralidade nos serviços avaliados foi baixa. Tal achado não corroborou com pesquisa que utilizou o *PCATool* para avaliação do atributo integralidade em crianças na mesma região de saúde¹¹, evidenciando que os serviços apresentavam lacunas relacionadas à disponibilidade dos serviços prestados para a população adulta maiores do que quando considerada a população infantil. A integralidade caracterizou-se pelo reconhecimento das necessidades da população, considerando-se o cuidado amplo e voltado aos serviços disponíveis que buscassem a resolução do usuário². Sua baixa prevalência apontou para uma desorganização dos serviços e das práticas de saúde que buscavam romper com a polaridade entre ações de prevenção e de recuperação (curativas).

De modo geral, a avaliação da integralidade pelos usuários da APS mostrou-se, em pesquisa anterior, bastante favorável nas questões de porta de entrada, elenco de serviços e coordenação, e menos focadas quanto ao enfoque familiar, à orientação comunitária e à acessibilidade⁹. As dificuldades de acesso rápido e desconhecimento da saúde, de maneira contextual, podem ter sido um motivo pelo qual ainda haja dificuldade para que o usuário utilize os serviços da APS de maneira integral. Ainda, o alcance da integralidade estava diretamente ligado à reconstrução do modo de produzir cuidado, uma vez que os sistemas de saúde foram historicamente criados com base em um modelo voltado à doença²⁰.

Verificou-se que municípios de pequeno porte populacional apresentaram uma maior prevalência no atributo integralidade, podendo ser atribuído à descentralização preconizada na legislação brasileira. Para Klering²¹, a descentralização da administração pública diminui a burocracia; gera maior sensibilidade em relação a problemas locais; maior representatividade a grupos minoritários; melhora a capacidade de gestão local; facilita a participação popular nas decisões; aumenta a flexibilidade e a capacidade de inovação; leva uma administração local a ser mais flexível e inovadora, e melhora a eficiência na distribuição dos serviços e de bens públicos, entre outros.

Assim, em municípios menores, as populações podem ficar mais próximas das administrações públicas. A administração das finanças pode ser realizada com maior controle, facilitando a gestão de recursos humanos, com efetividade, e os investimentos definidos e executados com participação e acompanhamento da sociedade²¹. Quando foram comparados os municípios de menor porte populacional, que apresentaram maior valor *per capita* de recursos para a AB, com os municípios de grande porte, pôde-se identificar a presença do atributo da

integralidade, que era maior nos primeiros, resultante, além de outros fatores, possivelmente, de investimentos na rede de atenção²².

Em relação ao achado não significativo para as variáveis de municípios de grande porte, com PIB *per capita* menor, na região de Verdes Campos, e com mais de 28,6% de ICSAB, pode estar associado, provavelmente, à demanda da população que a saúde de cada município deveria cuidar, acompanhado de um baixo investimento financeiro para a atenção primária, contribuindo para um aumento das internações por causas sensíveis, uma vez que o município com a maior população na área estudada estava localizado na região de Verdes Campos. Em relação aos achados não significativos para as características individuais, entre adultos do sexo masculino, abaixo dos 80 anos, alfabetizados, empregados e usuários de outros serviços, confirmaram-se as evidências que apontaram para o fato de que os homens utilizavam pouco as unidades de saúde, apesar de ter sido a população com maior escolaridade, e, por sua vez, maior poder aquisitivo, tendo a opção de acessar outros serviços, inclusive privados, para atendimento de suas demandas de saúde²³.

O estudo apresentou como limitação um importante aspecto relacionado ao delineamento transversal, pois este não possibilitou afirmativas de causalidade. Os dados não foram coletados de forma probabilística, uma vez que os usuários entrevistados não foram sorteados, o que pôde resultar em um possível viés de seleção. Finalmente, não se descartou a possibilidade de confundimento e viés residual, pois informações importantes podem não ter sido consideradas e analisadas. Os pontos fortes deste estudo foram, desde a magnitude de municípios estudados, pois a maioria dos estudos com PCATool limitou-se a um ou dois municípios. Também pode ser considerada a utilização de um modelo estatístico que permitiu a análise multinível, associando fatores contextuais e individuais, e a possibilidade de subsidiar teoricamente gestores municipais, estaduais e federais como forma de incluir, como ponto relevante, a integralidade no planejamento de suas ações.

CONCLUSÃO

As características demográficas contextuais apresentaram associação significativa, com a prevalência de integralidade, independente dos fatores individuais, sendo que a prevalência geral da integralidade nos serviços avaliados foi baixa. A avaliação das ações realizadas nos serviços de saúde, por meio de instrumentos validados, revelou-se uma alternativa para a tomada de decisão dos gestores, colaborando para a escolha de suas prioridades, e por consequência, qualificando as ações no Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Primary care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press. 1992.
2. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *The J Fam Pract* [Internet]. 2001 [acesso em 2024 jan. 05]; 50(2): 161-75. Disponível em: <http://link.gale.com/apps/doc/A71403442/AONE?u=anon~84cfe714&sid=googleScholar&xid=6815ea7a>
3. Contandriopoulos AP. Avaliar a avaliação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação: conceito e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2011; 263-272.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de acompanhamento e avaliação. Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização. Brasília, DF: Ministério da Saúde [Internet]. 2005 [acesso em 2024 jan. 05]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1521.pdf>
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco. 2002.
6. Fracolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappellini VK, Almeida ACCD. Instrumentos de avaliação da atenção primária à saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2014 [acesso em 2024 jan. 05]; 19(12):4851-4860. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.00572014>
7. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, Soranz D. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016 [acesso em 2024 jan. 05]; 21(5):1399-1408. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.26672015>
8. Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1 ed. - Rio de Janeiro: Hexis, 2016.
9. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. Integralidade e atenção primária à saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saude Soc* [Internet]. 2011 [acesso em 2024 jan. 05]; 20(4):948-960. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400012>
10. Perillo RD, Poças KC, Bernal RTI, Duarte EC, Malta DC. Fatores associados à avaliação da atenção primária à saúde na perspectiva do usuário: resultados do inquérito telefônico Vigitel, 2015. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2021 [acesso em 2024 jan. 05]; 26:961-974. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.45722020>
11. Carvalho JL, Menegazzo GR, Colomé JS, Gomes BCF, Streck MTH, do Amaral Giordani JM et al. Prevalência de integralidade e fatores associados na saúde da criança em municípios da 4ª região de saúde do Rio Grande do Sul. *Rev Aten Saude* [Internet]. 2021 [acesso em 2024 jan. 05]; 19(67). DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol19n67.7215>
12. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde [Internet]. 2014 [acesso em 2024 jan. 05]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisa. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativa da população residente com data de referência de 1º de julho de 2011 [Internet]. 2011 [acesso em 2024 jan. 05]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>

14. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care, 1966. *Milbank Q* [Internet]. 2005 [acesso em 2024 jan. 05]; 83(4):691-729. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>.
15. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do desenvolvimento humano dos municípios [Internet]. 2016 [acesso em 2024 jan. 05]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2016/>
16. Brasil. Departamento de informática do sistema único de saúde [Internet]. 2016 [acesso 2024 jan. 05]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>
17. Brasil. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool- Brasil. Normas e manuais técnicos. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2010 [acesso em 2024 jan. 05]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf
18. Bastos LS, Oliveira RVC, Velasque LS. Obtaining adjusted prevalence ratios from logistic regression models in cross-sectional studies. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2015 [acesso 2024 jan. 05]; 31(3):487-495. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00175413>
19. Spiegelman D, Hertzmark E. Easy SAS calculations for risk or prevalence ratios and differences. *Am J Epidemiol* [Internet]. 2005 [acesso 2024 jan. 05]; 162:199-200. DOI: <https://doi.org/10.1093/aje/kwi188>
20. Gomes LB, Barbosa MG, Ferla AA. Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade (PMAQ-AB). Porto Alegre: Rede UNIDA [Internet]. 2016 [acesso 2024 jan. 05]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/141070/000992879.pdf?sequence=1>
21. Klering LR, Krueel AJ, Stranz E. Os pequenos municípios do Brasil—uma análise a partir de índices de gestão. *Análise - Rev Adm PUCRS* [Internet]. 2012 [acesso 2024 jan. 05]; 23(1):31-44. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/face/article/view/11433>
22. Pimentel FC, De Albuquerque PC, De Souza WV. A estratégia saúde da família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. *Saude Debate* [Internet]. 2015 [acesso 2024 jan. 05]; 39(104):88-101. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040138>
23. Vieira KLD, Gomes VLDO, Borba MR, Costa CFDS. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. *Anna Nery Rev Enfermagem* [Internet]; 2013 [acesso 2024 jan. 05]; 17:120-127. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000100017>

Artigo recebido em janeiro de 2020

Versão final aprovada em agosto de 2023