

O atributo Acesso de Primeiro Contato na Atenção Primária à Saúde do interior do Rio Grande do Sul: um estudo multinível

The First Contact Access attribute in Primary Health Care in the interior of Rio Grande do Sul: a multilevel study

El Primer atributo de Acceso de Contacto en la Atención Primaria de Salud en el interior de Rio Grande do Sul: un estudio multinivel

Recebido: 19/02/2020 | Revisado: 02/03/2020 | Aceito: 23/04/2020 | Publicado: 26/04/2020

Kauana Flores da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4221-0033>

Universidade Federal de Pelotas, Brasil

E-mail: uanaflores@yahoo.com.br

Teresinha Heck Weiller

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2531-0155>

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

E-mail: weiller2@hotmail.com

Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3825-9734>

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

E-mail: jessyesm@hotmail.com

Vanessa Rodrigues Pucci

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4036-316X>

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

E-mail: vanessarpucci@gmail.com

Resumo

O estudo tem o objetivo de analisar a prevalência e os fatores associados à presença do atributo Acesso de Primeiro Contato em serviços de Atenção Primária à Saúde nos municípios pertencentes a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde. Trata-se de um estudo observacional transversal multinível em dois níveis: individual (profissionais de saúde) e contextual (municípios), realizado com profissionais de saúde de nível superior, nos serviços de Atenção Primária à Saúde dos municípios pertencentes à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde. Os dados individuais foram coletados por meio de um questionário sócio econômico e

do *Primary Care Assessment Tool*-Brasil versão profissionais. Os dados contextuais, em sites oficiais da internet do Governo Federal Brasileiro. Não houve variáveis individuais com significância estatística na presença do atributo Acesso de Primeiro Contato. Entre as contextuais, apenas o porte populacional mostrou-se estatisticamente significativo para a presença do atributo, sendo os municípios com até cinco mil habitantes os que apresentaram maior prevalência desse atributo na Atenção Primária à Saúde. Os resultados encontrados mostram que o fator associado à presença do Acesso de Primeiro Contato na Atenção Primária à Saúde que apresentou significância estatística para sua prevalência foi o pequeno porte populacional dos municípios pesquisados. O que demonstra que os municípios com menor população apresentam melhor acesso a esse nível de atenção. Esse estudo contribui para o conhecimento acerca do tema, uma vez que possibilita identificar o contexto que mais influencia na prevalência do Acesso de Primeiro Contato, contribuindo para direcionar a vertente a ser explorada em novos estudos. Haja vista reconhecer que ainda há barreiras de acesso à serem superadas a fim de garantir a efetividade da Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Análise Multinível; Enfermagem.

Abstract

The study aims to analyze the prevalence and factors associated with the presence of the First Contact Access attribute in Primary Health Care services in the municipalities belonging to the 4th Regional Health Coordination. This is a multilevel observational cross-sectional study on two levels: individual (health professionals) and contextual (municipalities), carried out with health professionals at a higher level, in the Primary Health Care services of the municipalities belonging to the 4th Regional Health Coordination. Individual data were collected using a socio-economic questionnaire and the Primary Care Assessment Tool-Brasil version professionals. Contextual data on official websites of the Brazilian Federal Government. There were no individual variables with statistical significance in the presence of the First Contact Access attribute. Among the contextual ones, only the population size was shown to be statistically significant for the presence of the attribute, with municipalities with up to five thousand inhabitants having the highest prevalence of this attribute in Primary Health Care. The results found show that the factor associated with the presence of First Contact Access in Primary Health Care that showed statistical significance for its prevalence was the small population size of the cities surveyed. This shows that municipalities with a smaller population have better access to this level of care. This study contributes to the

knowledge about the theme, since it makes it possible to identify the context that most influences the prevalence of First Contact Access, contributing to direct the aspect to be explored in new studies. In order to recognize that there are still barriers of access to be overcome in order to guarantee the effectiveness of Primary Health Care.

Keywords: Primary Health Care; Access to Health Services; Quality, Access and Evaluation of Health Care; Multilevel Analysis; Nursing.

Resumen

El objetivo del estudio es analizar la prevalencia y los factores asociados con la presencia del atributo Acceso de primer contacto en los servicios de atención primaria de salud en los municipios que pertenecen a la 4ª Coordinación regional de salud. Este es un estudio observacional transversal de dos niveles en dos niveles: individuales (profesionales de la salud) y contextuales (municipios), realizadas con profesionales de la salud de nivel superior, en los servicios de Atención Primaria de Salud de los municipios pertenecientes a la 4ª Coordinación Regional de Salud. Los datos individuales fueron recolectados utilizando un cuestionario socioeconómico y la herramienta de evaluación de atención primaria-Brasil versión profesionales. Datos contextuales en sitios web oficiales del Gobierno Federal de Brasil. No hubo variables individuales con significación estadística en presencia del atributo Acceso de primer contacto. Entre los contextuales, solo el tamaño de la población fue estadísticamente significativo para la presencia del atributo, y los municipios con hasta cinco mil habitantes tienen la mayor prevalencia de este atributo en la Atención Primaria de Salud. Los resultados encontrados muestran que el factor asociado con la presencia de Primer Contacto de Acceso en Atención Primaria de Salud que mostró significación estadística para su prevalencia fue el pequeño tamaño de la población de los municipios encuestados. Esto muestra que los municipios con una población más pequeña tienen un mejor acceso a este nivel de atención. Este estudio contribuye al conocimiento sobre el tema, ya que permite identificar el contexto que más influye en la prevalencia de First Contact Access, contribuyendo a dirigir el aspecto a explorar en nuevos estudios. Para reconocer que todavía hay barreras de acceso a superar para garantizar la efectividad de la Atención Primaria de Salud.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Acceso a servicios de salud; Calidad, acceso y evaluación de la atención de salud; Análisis multinivel; Enfermería.

1. Introdução

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde configura-se como o primeiro nível de atenção e a porta de entrada do sistema de saúde (Brasil, 2010). É onde acontece a identificação das necessidades e dos problemas concretos da população, fornecendo as respostas para as condições em saúde e determinando o trabalho dos demais níveis do sistema de saúde (Barbosa, Elizeu & Penna, 2013).

Por ser a porta pelo qual o usuário adentra ao sistema de saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) é o acesso de primeiro contato do usuário com o sistema, caracterizando-se, principalmente, pela longitudinalidade, integralidade da atenção e a coordenação do cuidado, podendo contar com características complementares como a orientação familiar, comunitária e a competência cultural. Definição essa que explicita seus quatro atributos essenciais e três derivados, respectivamente (Harzheim, Pinto, L. P., Hauser, L. & Soranz, 2016). Ademais, a expressão primária implica no atributo essencial da APS, o do primeiro contato (Mendes, 2011).

O atributo Acesso de Primeiro Contato se caracteriza por ter um serviço como porta de entrada a cada novo problema de saúde ou novo episódio do mesmo problema (Starfield, 2002). Ou seja, quando a equipe e a população reconhecem o serviço como o primeiro recurso a ser procurado quando há uma necessidade de saúde (Oliveira & Pereira, 2013).

A acessibilidade acena as características da oferta que possibilita as pessoas chegarem aos serviços. O acesso é a maneira como as pessoas percebem a acessibilidade. Esse primeiro contato envolve a disponibilidade de serviços que sejam acessíveis (acessibilidade - componente de estrutura) e o uso desses serviços no caso de necessidades em saúde (utilização - componente de processo). Portanto, um serviço de APS apenas oferece atenção ao primeiro contato quando os usuários percebem-no acessível e isto reflete na sua utilização (Starfield, 2002). Ademais, compreende-se que o acesso se constitui em uma dimensão de avaliação dos serviços na busca da obtenção do direito à saúde (Weiller, 2008).

Nessa perspectiva tem-se o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool-Brasil) que visa medir a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados que concretizam uma APS de qualidade. Destaca-se que não há atualmente outro instrumento validado que permita mensurar os atributos da APS em diferentes serviços de saúde com qualidade e rigor (Brasil, 2010a).

O acesso é um indicador importante de impacto da APS e avaliar em que medida este atributo vem sendo alcançado é uma ferramenta fundamental de aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS) (Barbosa et al., 2013).

Assim, justifica-se a necessidade de conhecer o acesso de primeiro contato na APS, buscando subsídios que acrescentem elementos para o aprimoramento da atenção à saúde por meio deste atributo, reconhecendo que a efetivação desse nível de atenção demanda uma gama de elementos, entre eles, a presença dos demais atributos (Brasil, 2010a; Organização Pan Americana da Saúde [OPAS], 2011). Considera também que a conjuntura entre as características de cada município e região do Brasil, com suas diversas formas de organizar o sistema de saúde local, são determinantes para garantir a presença dos atributos e, conseqüentemente, concretizar as redes de atenção à saúde no Brasil (OPAS, 2011).

Diante do exposto elaborou-se a seguinte questão norteadora: quais as características dos profissionais de saúde e seus respectivos contextos sócio-espaciais que influenciam na presença do atributo Acesso de Primeiro Contato nos serviços de APS? Destarte, o objetivo deste estudo foi analisar a prevalência e os fatores associados à presença do atributo Acesso de Primeiro Contato em serviços de APS nos municípios pertencentes a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo observacional transversal multinível em dois níveis: individual (profissionais de saúde) e contextual (municípios).

A 4ª CRS/RS localiza-se na região central do Estado, apresentando uma estimativa populacional de 562.595 habitantes e é constituída por duas Regiões de Saúde (Entre Rios e Verdes Campos), perfazendo 32 municípios. A Região Entre Rios é formada por 11 municípios, sua sede encontra-se no município de Santiago e possui uma população de 127.574 habitantes. A população urbana corresponde à 74,1% e a rural 25,9%. Seu IDH é 0,687 e apresenta 49 UBS, 81% de cobertura de equipes de Atenção Básica e 79,14% de ESF (Rio Grande do Sul [RS], 2016).

A Região Verdes Campos é constituída por 21 municípios, tem como município sede Santa Maria e apresenta o maior contingente populacional da coordenadoria, com 435.021 habitantes. A população urbana corresponde a 81,7% e rural de 18,3%, e seu IDH é de 0,703. A região apresenta 89 UBS, com cobertura de equipes de Atenção Básica de 67,7% e de ESF de 39,1% (RS, 2016). A rede de APS está constituída por diferentes modelos de atenção,

incluindo Unidades Básicas de Saúde com equipe de Estratégia Saúde da Família (UBS/ESF) UBS tradicionais (UBS/T), e UBS mistas (UBS/M) constituída pelos dois modelos anteriores (Kessler, 2016).

A população do estudo compreende os profissionais de ensino superior que atuavam nos serviços de APS dos 32 municípios pertencentes à 4ª CRS/RS relacionados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES/2014). O cálculo do tamanho da amostra foi realizado por meio de amostragem probabilística, com base na estimativa da média populacional de profissionais de cada município, visando a obtenção de uma amostra representativa por município. Foram considerados os seguintes parâmetros: estimativa populacional de profissionais da APS para o ano de 2014 igual a 686 profissionais, distribuição de normalidade de 1,96, percentual estimado de 0,5%, erro amostral de 0,3 e nível de significância $\alpha=0,05$. O cálculo foi feito no programa *EpiInfo*® e a amostra foi constituída por 247 profissionais.

Como critérios de inclusão considerou-se profissionais de saúde de nível superior e que estivessem atuando nos serviços há mais de seis meses. Os critérios de exclusão foram: profissionais que encontraram-se em férias, licenças ou afastamentos, aqueles que respondiam apenas uma vez por trabalharem em mais de uma unidade de saúde no mesmo município ou em municípios diferentes, mas participantes do estudo.

Os dados individuais foram obtidos mediante entrevistas realizadas com os profissionais de saúde que trabalhavam nos serviços de APS dos municípios da 4ª CRS/RS através de dois instrumentos: i) um questionário sócio demográfico objetivando a caracterização do perfil dos profissionais; e ii) a aplicação do instrumento PCATool-Brasil versão profissionais.

O PCATool (*Primary Care Assessment Tool*) foi desenvolvido por Barbara Starfield e colaboradores na Universidade *Johns Hopkins* nos Estados Unidos. No Brasil o mesmo foi validado em 2006 e passou a ser uma ferramenta de avaliação dos serviços de saúde disponibilizada pelo Ministério da Saúde, apresentando características de medição extremamente eficazes para avaliar a qualidade da APS (Harzheim, Starfield, Rajmil, Dardet & Stein, 2006; Brasil, 2010a; Stein, 2013). O instrumento tem o objetivo de medir a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais: Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação da atenção e dos três derivados: Orientação Familiar, Orientação Comunitária e Competência Cultural. Cada atributo apresenta um componente relacionado à estrutura e outro relacionado ao processo de atenção dos serviços de APS. A mensuração destes atributos mostra o quanto estão direcionados à uma APS de qualidade. O atributo

essencial do Acesso de Primeiro Contato na versão para profissionais apresenta apenas o componente – acessibilidade - composto por nove itens (perguntas) (Brasil, 2010a).

A coleta de dados ocorreu entre o período de 6 de fevereiro e 23 julho de 2015, de maneira informatizada a partir do *Software Epi Info*® 7.0, com a utilização de tablets da marca CCE TR92-Android 4.2 Dual Core 1.2 GHz, 8GB *wi-fi*, minimizando erros de digitação. Participaram da coleta 6 avaliadores que foram estudantes do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Os avaliadores foram treinados e participaram de um curso de capacitação com carga horária de 10 horas, com o propósito de operacionalizar e padronizar a execução da coleta de dados utilizando o PCATool-Brasil e o questionário sócio demográfico. Após as coletas, os dados foram organizados em um banco de dados criado no *Software* Microsoft Excel 2013 e Sistema operacional *Windows* 8. Entretanto, não foi realizado sorteio dos participantes, sendo as entrevistas realizadas conforme a disponibilidade dos profissionais.

Os dados contextuais (municípios) foram coletados em sites oficiais da internet do Governo Federal Brasileiro: i) Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (<http://www.ibge.gov.br>) e ii) Ministério da Saúde (<http://idsus.saude.gov.br>); e da Organização das Nações Unidas (<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/>). Diretamente nos sites da internet foram realizados os downloads das planilhas através de um computador da UFSM que, imediatamente foram armazenadas em um único documento contendo os dados referentes aos 32 municípios incluídos no presente estudo, formando um banco ecológico.

A agregação dos dados do banco ecológico no banco individual foi realizada através de comandos de sintaxe a partir da variável que apresentava o código do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de cada município em ambos os bancos. Utilizou-se o comando *Recode into Different Variables* do *Software* SPSS 20.

As variáveis contextuais são referentes às características dos municípios nos quais se realizou a pesquisa, sendo elas: qualitativa nominal – Região de saúde (Verdes Campos / Entre Rios); qualitativas ordinais – Porte populacional (até 5mil hab / 5 a 10 mil hab / mais de 10 mil hab), Proporção de Internações por Condições Sensíveis à APS (ICSAB) (28% ou mais / até 27,9%) e Índice de Gini (Ruim: 0,53 - 1 / bom: 0 - 0,52) (Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde [SUS], 2011; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [PNUD], 2013).

Destaca-se que o Índice de Gini mede o grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar per capita e consiste em um número entre 0 e 1,

sendo que 0 corresponde à completa igualdade de renda e 1 à completa desigualdade (PNUD, 2013). Já, o ICSAB é medido em relação ao total das internações clínicas realizadas por residentes de um município. Adota-se o parâmetro de 28,6% equivalente à proporção média de internações sensíveis à APS para residentes dos municípios de referência. É considerado satisfatório quando o resultado for menor ou igual a este (IDSUS, 2011).

As variáveis individuais independentes são relativas aos dados do questionário sociodemográfico, sendo as variáveis - idade e tempo de trabalho na unidade - recodificadas de quantitativas discretas para qualitativas ordinais. Assim, têm-se as seguintes variáveis individuais independentes: qualitativas nominais - Sexo (feminino / masculino), formação complementar (sim / não) e modelo de atenção da Unidade de Saúde (ESF / UBS / Mista); qualitativas ordinais - Idade (20-29 / 30-39 / 40-49 / 50-59 / 60-80) e tempo de trabalho na unidade (até 1 ano / até 5 anos / até 10 anos / mais de 10 anos). A variável formação complementar refere-se à especialização, residência, mestrado ou doutorado, e a variável tempo de trabalho na unidade refere-se ao tempo, em anos, que o profissional atual na unidade em que se realiza a entrevista.

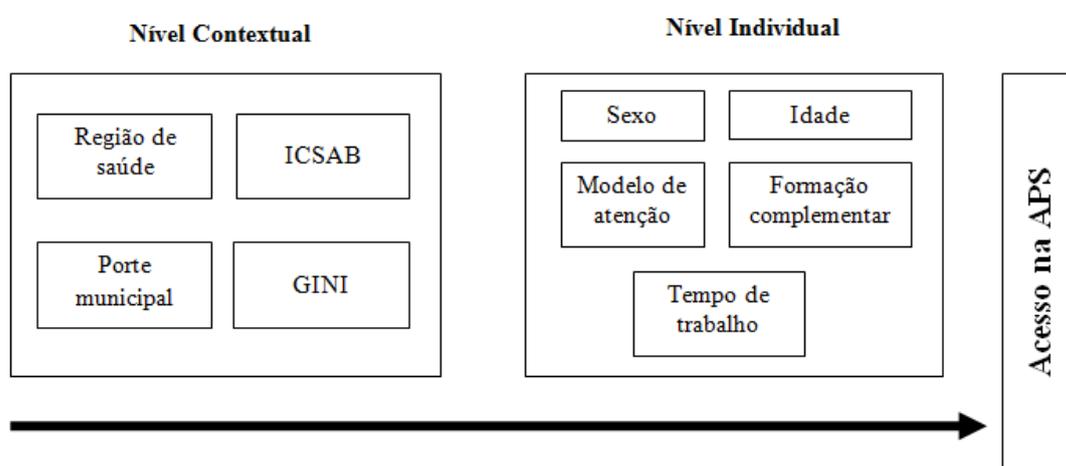
O desfecho foi a presença do atributo do Acesso de Primeiro Contato nos serviços de APS, categorizado de forma dicotômica a partir das escalas obtidas no PCATool (Escala $\geq 6,6$ = Sim / Escala $< 6,6$ = Não). O processo de obtenção das escalas inicia no cálculo dos escores de Acesso obtidos conforme instruções contidas no manual do instrumento PCATool-Brasil - Componente Acessibilidade – composto por nove itens (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9).

O escore do referido atributo foi definido por meio da média aritmética dos nove itens (perguntas) que compõe o instrumento. As respostas são em escala *Likert* com intervalo de 1 a 4 que correspondem: “com certeza não” (valor=1), “provavelmente não” (valor=2); “provavelmente sim” (valor=3), “com certeza sim” (valor=4) e “não sei/não lembro” (valor=9). O item A9 teve seus valores invertidos (valor 4=1 / valor 3=2 / valor 2=3 / valor 1=4). Ademais, quando a soma dos *missing* com respostas valor 9 atingir 50% ou mais do total de itens do componente, a respectiva entrevista é excluída. Se a soma destes for inferior a 50%, transforma-se o valor 9 em valor 2 (Brasil, 2010a).

Logo após, o escore do Acesso de Primeiro Contato foi transformado em uma escala quantitativa contínua de 0 a 10, utilizando a fórmula a seguir: (escore obtido-1)*10/4-1. Então, as variáveis referentes aos itens do atributo foram dicotomizadas em baixo escore quando $< 6,6$ (insatisfatórios) e alto escore quando $\geq 6,6$ (satisfatórios), de acordo com o manual do instrumento (Brasil, 2010a).

Foi elaborado um modelo teórico para a explicação das relações entre as variáveis em função de não haver na literatura alguma fonte de informação abordando esta temática a partir de um modelo teórico que envolve aspectos contextuais e individuais (Figura 1). Portanto, para esta proposta, foram utilizadas fontes que abordassem o conceito e definição de acesso à APS conforme Starfield (2002), os aspectos da avaliação dos serviços de saúde de Donabedian (1978), bem como os indicadores demográficos (IBGE), econômicos (PNUD) e de saúde (IDSUS).

Figura 1: Modelo teórico do acesso aos serviços de APS de acordo com características individuais e contextuais.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Os dados foram analisados no *Software Stata 11*. Foram realizadas análises das frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas. Regressão de *Poisson* (Bastos, Oliveira & Velasque, 2015; Spiegelman & Hertzmark, 2005; Barros & Hirakata, 2003) Multinível (comando *xtpoisson*, com o subcomando *re* para os efeitos randômicos) (Rabe-Hesketh & Skrondal, 2008) foi utilizada para obtenção das razões de prevalências brutas e ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e nível de significância de 5%. A modelagem utilizada foi hierárquica (Fuchs, Victora & Fachel, 1996) em dois estágios: Modelo 1 (apenas as variáveis contextuais no ajuste dentro do próprio bloco) e Modelo 2 (as variáveis contextuais com $p < 0,10$ do modelo 1, mais as variáveis do nível equipe de saúde). Para análise de ajuste dos modelos foi utilizado o *deviance (Log likelihood)*.

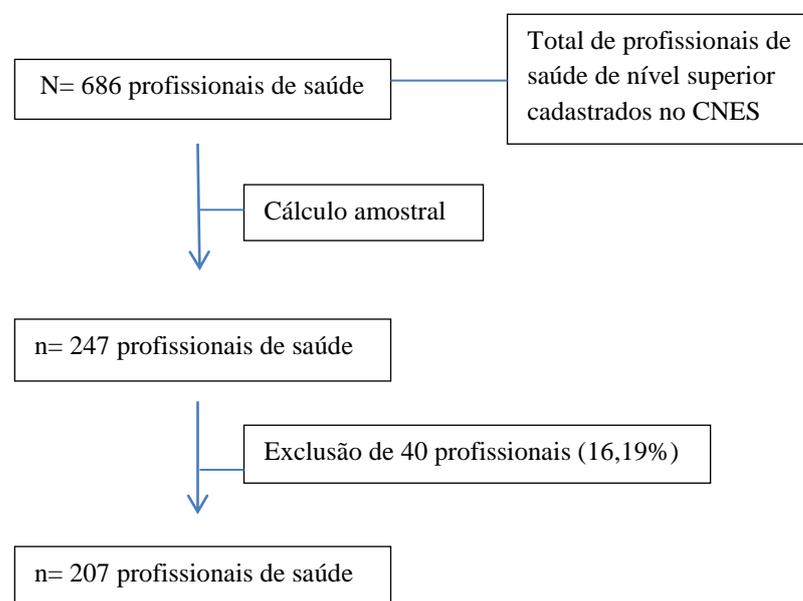
Os profissionais de saúde participantes foram informados quanto aos objetivos do estudo e solicitados a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O

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

3. Resultados

Da amostra de 247 profissionais de saúde, foram entrevistados 207 (n=207) devido exclusão de 40 profissionais (16,19%), relativo a licenças, férias ou afastamentos. Bem como os que participavam apenas uma vez da entrevista por atuarem em diferentes serviços de APS do mesmo município e/ou de outro município participante da pesquisa. Portanto foram incluídos 207 profissionais de saúde para as análises. O fluxograma apresenta esse percurso detalhadamente (Figura 2).

Figura 2: Fluxograma do percurso amostral (n=207).



Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 1: Descrição da amostra, prevalência de acesso e Razões de Prevalência bruta e ajustada para as variáveis contextuais, Brasil, 2015 (n=207).

VARIÁVEL	n (%)	Prevalência de acesso (IC95%)	RP bruta (IC95%)	Modelo 1 RP ajustada (IC95%)	Valor p*
Região de Saúde					
Verdes campos	122 (58,9)	16,3 (9,7-23,0)	1	1	-
Entre rios	85 (41,1)	16,4 (8,4-24,4)	1,03 (0,26-4,07)	1,45 (0,42-4,97)	0,552
Porte populacional					
hab Mais de 10mil	93 (44,9)	1,0 (1,0-3,1)	1	1	-
5 a 10mil hab	43 (20,8)	11,6 (1,8-21,3)	15,54 (1,12-215,19)	17,06 (1,16-249,57)	0,038
Até 5mil hab	71 (34,3)	39,4(27,9-50,9)	35,64 (3,31-383,60)	43,47 (3,88-486,28)	0,002
Índice de Gini					
Ruim 0,53 - 1	83 (40,1)	10,8 (4,0-17,6)	1	1	-
Bom 0 - 0,52	124 (59,9)	20,1 (13,0-27,2)	1,05 (0,19-5,81)	1,02 (0,25-4,10)	0,970
Internações por condições APS					
28% ou mais	113 (54,6)	9,7 (4,2-15,2)	1	1	-
Até 27,9%	94 (45,4)	24,4 (15,6-33,2)	2,0 (0,41-9,57)	2,71 (0,67-10,94)	0,160

* referente às Razões de Prevalência ajustadas.

Modelo 1: apenas as variáveis contextuais no ajuste dentro do próprio bloco.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 2: Descrição da amostra, prevalência de acesso e Razões de Prevalência bruta e ajustada para as variáveis individuais, Brasil, 2015 (n=207).

VARIÁVEL	n (%)	Prevalência de acesso (IC95%)	RP bruta (IC95%)	Modelo 2 RP ajustada (IC95%)	Valor p*
Sexo					
Masculino	57 (27,7)	19,2 (8,9-29,6)	1	1	-
Feminino	149 (72,3)	14,7 (9,0-20,5)	0,79 (0,35-1,78)	0,76 (0,30-1,92)	0,567
Faixa etária					
20-29	41 (20,0)	12,1 (1,9-22,3)	1	1	-
30-39	80 (39,0)	18,7 (10,0-27,4)	1,09 (0,34-3,46)	0,90 (0,24-3,37)	0,882
40-49	45 (22,0)	20,0 (8,1-31,8)	1,19 (0,35-4,04)	1,16 (0,24-5,59)	0,852
50-59	26(12,7)	15,3 (1,1-29,6)	1,24 (0,29-5,29)	0,84 (0,14-5,03)	0,856
60-80	13 (6,3)	7,6 (7,4-22,8)	1,07 (0,1010,59)	0,77 (0,05-11,50)	0,853
Modelo de atenção					
Tradicional	50 (24,1)	18,0 (7,1-28,8)	1	1	
Saúde da família	95 (45,9)	12,6 (5,8-19,3)	0,70 (0,20-2,46)	0,75 (0,19-2,90)	0,681
Mista	62 (30,0)	20,9 (10,6-31,2)	0,85 (0,22-3,19)	0,45 (0,10-1,90)	0,278
Formação complementar					
Sim	137 (66,8)	16,0 (9,8-22,2)	1	1	
Não	68 (33,2)	16,1 (7,3-25,0)	0,86 (0,39-1,85)	0,79 (0,33-1,86)	0,601
Tempo de trabalho					
Até 1 ano	61 (29,5)	11,4 (3,3-19,5)	1	1	
Até 5 anos	61 (29,5)	14,7 (5,7-23,7)	0,91 (0,31-2,61)	0,87 (0,26-2,92)	0,827
Até 10 anos	39 (18,8)	17,9 (5,6-30,2)	1,16 (0,38-3,57)	1,04 (0,26-4,17)	0,950
Mais de 10 anos	46 (22,2)	23,9 (11,3-36,4)	1,20 (0,41-3,51)	0,90 (0,21-3,77)	0,893

* referente às Razões de Prevalência ajustadas.

Modelo 2: as variáveis contextuais com p<10% do modelo 1, mais as variáveis do nível equipe de saúde.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A prevalência do atributo Acesso de Primeiro Contato na Coordenadoria de Saúde pesquisada foi de 16,4% (IC95%: 11,3 – 21,5). Ou seja, a maioria dos municípios, 83,6% (IC95%: 78,4 – 88,6) obteve baixo escore para este atributo.

Em relação às características contextuais dos municípios estudados, a maioria dos profissionais de saúde encontrava-se na região Verdes Campos (58,9%), em municípios com porte populacional de mais de 10 mil habitantes (44,9%), com Índice de Gini bom (59,9%) e com alta proporção de internações por condições sensíveis à APS (54,6%) (Tabela 1). Para as características do nível individual dos profissionais de saúde, a maioria era do sexo feminino (72,3%), pertencente a faixa etária de 30 a 39 anos (39%), atuantes no modelo de atenção ESF

(45,9%), com formação complementar (66,8%) e com um tempo de trabalho na unidade de saúde de até 5 anos (59%) (Tabela 2). Quanto da regressão, na análise bruta das variáveis, as maiores prevalências do atributo Acesso de Primeiro Contato foram encontradas na variável do porte populacional, sendo que o maior efeito se deu nos municípios com população de até 5 mil habitantes, apresentando grande relevância.

Na análise hierárquica, após os ajustes, entre as variáveis contextuais, as maiores prevalências continuam sendo na variável porte populacional, com grande magnitude do efeito nos municípios com população de até 5 mil habitantes, mantendo a significância estatística (RP 43,47 - IC 95%: 3,88-486,28) (Tabela 1: Modelo 1). Entre as variáveis do nível individual não houve razões de diferenças estatisticamente significativas (Tabela 2: Modelo 2).

A variância (*deviance*) foi -72.602 no modelo vazio (sem as variáveis independentes). Este valor reduziu para - 67.054 na análise multivariável do modelo multinível 1 (contextuais) e para - 63.136 na análise multivariada do modelo multinível 2 (individuais e contextuais).

4. Discussão

O presente estudo, ao analisar a prevalência e os fatores associados à presença do atributo Acesso de Primeiro Contato em serviços de APS nos municípios pertencentes a 4ª CRS/RS, por meio de inquérito de profissionais de saúde atuantes nestes, identificou um baixo escore do atributo Acesso de Primeiro Contato na maioria dos municípios. Resultado também encontrado em outros estudos (Oliveira, 2014; Castro, Knauth, Harzheim, Hauser & Duncan, 2012; Silva, Nogueira, Paraizo & Fracolli, 2014). Destaque para a prevalência de acesso na variável contextual do porte populacional, sendo a única variável com significância estatística para o desfecho deste estudo, ou seja, a presença do Acesso de Primeiro Contato ($p=0,002$), mantendo a magnitude do seu efeito após ajuste. Quanto menor o porte populacional, maior o efeito positivo desde no atributo. Ressalta-se que a grande amplitude dos intervalos de confiança na categoria porte populacional, deve-se ao total (n) de respostas “sim” no escore do atributo Acesso de Primeiro Contato, em que municípios com mais de 10 mil habitantes obteve $n=1$, de 5 a 10 mil $n=5$ e nos municípios com até 5 mil habitantes o $n=28$.

Sabe-se que após a municipalização das ações em saúde, ou seja, o mais importante processo de descentralização do SUS os municípios tornaram-se os principais responsáveis pela gestão e oferta de ações em saúde para a população. O que resulta no aumento da

autonomia decisória, tornando-se essencial para inovar a criatividade do município para ajustar a gestão e a atenção à saúde aos contextos e necessidades locais. Essa é uma das características para se alcançar a universalidade do acesso aos serviços de saúde e melhoria da qualidade da atenção à população (Silva, Souza & Barretto, 2014). Ademais, Fontana, Lacerda e Machado (2016), ao desenvolverem e aplicarem um modelo de avaliação da gestão do processo de trabalho na APS em municípios catarinenses, encontraram nos municípios com até 5 mil habitantes, as melhores classificações no que tange a gestão, organização e estrutura da APS, entre eles o acesso, ainda que o horário de funcionamento das unidades de saúde seja configurado como um ponto estrutural crítico desse nível de atenção. Os autores salientam que, melhores resultados nas condições estruturais podem indicar um comprometimento da gestão municipal com a superação de problemas estruturais evidenciados ao longo da consolidação da APS. O que demonstra que os municípios com pequeno porte populacional tendem a apresentar melhor desempenho nesse nível de atenção, como encontrado em outros estudos (Lacerda, Calvo, Berretta & Ortiga, 2012; Pimentel, Albuquerque & Souza, 2015).

Viana, Fausto e Lima (2003), contribuem com as observações acima, ao analisarem a inclusão da questão da equidade na área da saúde, sobretudo nas políticas de saúde em municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal trazem que as regiões Sudeste e Sul mantêm os maiores coeficientes de cobertura na utilização dos serviços, em especial, os municípios com menos de 10 mil habitantes. Os autores justificam essa observação trazendo que o padrão de cobertura é mantido graças ao significativo incremento da cobertura de consultas básicas no período. Nessa perspectiva, Faria, Jannuzzi e Silva (2008) enfatizam que a eficiência dos municípios não relaciona-se, necessariamente, à maior ou menor disponibilidade de recursos, mas o quanto esses recursos estão sendo bem investidos.

Infere-se que essas observações possam contribuir para a maior prevalência de acesso de primeiro contato nos municípios de pequeno porte populacional, devido a maior autonomia e disponibilidade destes em possuir e organizar os recursos necessários para oferecer acesso à APS e englobando a totalidade da demanda local. O que culmina em uma maior facilidade, por parte dos gestores, em possibilitar o acesso à população a esse nível de atenção.

Também, Vieira, Lima e Grazielli (2014) salientam que os municípios pequenos, que representam a maioria dos municípios brasileiros, comumente não possuem, ou possuem poucos serviços de saúde especializados em seus territórios de abrangência. Assim, os municípios de pequeno porte, em geral, executam as ações de nível local, atendendo as necessidades básicas da população e dependem de municípios de médio ou grande porte para

vários serviços, entre eles, os de saúde (Calvo, Lacerda, Colussi, Schneider & Rocha, 2016). Portanto, os municípios pequenos acabam por não oferecer serviços que englobe todas as necessidades em saúde de sua população, o que intensifica a importância das regiões de saúde nesses cenários. Embora apenas o nível contextual porte populacional tenha apresentado significância estatística, cabe discorrer sobre as demais variáveis, mesmo não podendo serem interpretadas como um fator que afeta estatisticamente na presença do Acesso de Primeiro Contato no cenário pesquisado.

No Brasil, 75% dos municípios possuem menos de 20 mil habitantes e essa escala é considerada insuficiente para a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) eficientes. Devido a isso, elas precisam se organizar de maneira autossuficiente na atenção especializada no interior das regiões de saúde e na alta complexidade dentro das macrorregiões, oferecendo atenção à saúde da população na perspectiva de um território sanitário e não político-administrativo (Brasil, 2011).

No que se refere a variável Região de Saúde, a mesma não apresentou significância estatística para a presença do atributo Acesso de Primeiro Contato no presente estudo. O que mostra que, mesmo o total de profissionais participantes ser maior em uma das regiões e o cenário de pesquisa estar estruturado em regiões de saúde, não influenciaram no acesso da população à APS, uma vez que, a prevalência de acesso foi de 16,3% (IC95%=9,7-23,0) na região Verdes Campos e de 16,4% (IC95%=8,4-24,4) na Entre Rios. Salienta-se que nas regiões Verdes Campos e Entre Rios, a cobertura populacional estimada pelas equipes de APS, em 2014 foi de, aproximadamente, 73% e 88%, respectivamente (Brasil, 2016).

Corroborando neste contexto, tem-se os dados de que a região Verdes Campos, mesmo sendo constituída por um número maior de municípios e população, apresentou, nos últimos dados referentes à 2014, menores recursos de transferência do SUS por habitante, menor despesa com saúde utilizando recursos próprios e menor despesa total em saúde por habitante, quando comparada com a região Entre Rios (Brasil, 2016).

Embora os dados acima mostrem que uma das regiões apresenta maiores gastos e investimentos em saúde, isso não se reflete no melhor acesso à APS. Contribuindo nessa reflexão, Mendes (2016) traz que a qualificação do acesso pode, em algumas circunstâncias, exigir um incremento da oferta, o que implica mais recursos. Entretanto, quando se conhece a real natureza do problema do acesso aos serviços de saúde, pode-se entender que a sua melhoria deve ser feita por mecanismos concomitantes de racionalização da oferta e da demanda, muitos deles independentes de incrementos de recursos financeiros.

A implementação do novo modelo de atenção à saúde no SUS vem acompanhado do processo de regionalização a fim de efetivar as regiões de saúde providas dos recursos tecnológicos, humanos e financeiros suficientes para garantir o direito à saúde (Sauter, Perlini & Kopf, 2012). Barbosa (2013) traz que a lógica de redes e de região de saúde na oferta de serviços nos diferentes níveis de atenção tem funcionado como porta de entrada, e dado seguimento a outros níveis de complexidade pela utilização dos diferentes pontos de atenção, distribuídos no município polo da região.

Nessa perspectiva, Silva (2011) corrobora ao destacar como uns dos desafios para a consolidação das redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde no SUS, o baixo financiamento desse sistema de saúde. Os indícios de esgotamento da expansão do novo modelo de atenção, expressa no crescimento dos gastos municipais, uma vez que os incentivos cobrem apenas parte dos custos de implantação e com restrições para contratação de pessoas, favorecendo a terceirização e precarização do trabalho. Também se tem a relação entre as esferas de governo e suas atribuições no contexto da descentralização da saúde, em que o trinômio indução, autonomia e regulação necessita ter um equilíbrio para a harmonia das relações entre os entes federados. A gestão intergovernamental nas regiões, com desarticulação no planejamento nas regiões de saúde, em que se tem a fragilidade institucional na implementação do Pacto pela Saúde, pois sua adesão efetiva depende da vontade política dos governantes.

Viana *et al.* (2015) contribui trazendo que o cenário de regiões de saúde no Brasil é complexo e contraditório e precisa desenvolver políticas públicas regionais integradas, que envolvam simultaneamente desenvolvimento econômico e social. Além do fortalecimento dos espaços de governança regional, a fim de promover a organização de sistemas de saúde regionais alicerçada nos princípios do SUS e em uma gestão solidária e compartilhada que tenha como imagem-objetivo a garantia do acesso à saúde. Assim, compreende-se que a organização do sistema de saúde em regiões de saúde, por meio da diretriz da regionalização, ainda apresenta obstáculos que necessitam ser superados a fim de alcançar seu propósito, ou seja, a efetivação do acesso universal à saúde. Sugere-se que os entraves apresentados, bem como outros específicos de cada local, possam estar relacionados ao fato de haver prevalência da presença do atributo Acesso de Primeiro Contato em uma pequena parcela das regiões de saúde pesquisadas, não apresentando diferença significativa entre elas.

Sabe-se que no Brasil, o Ministério da Saúde adotou como estratégia para expansão da APS, possibilitando melhor acesso, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que vem gradativamente substituindo as UBS/T (Martins, Fonseca, Miranda & Mendes, 2016). Assim,

o preconizado atualmente é que a ESF seja responsável pela saúde de uma população composta de 600 a mil famílias pertencentes a uma área geográfica definida, ou seja, o território. A Política Nacional de Atenção Básica recomenda que cada ESF seja responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, respeitando o princípio da equidade (Brasil, 2012). Também há de se garantir os atributos essenciais da APS, em especial, o Acesso de Primeiro Contato, uma vez que as diretrizes da ESF objetivam a ampliação do acesso e da utilização dos serviços de APS como porta de entrada ao sistema, com unidades de saúde próximas ao local de moradia das pessoas, assim como a vinculação da população e a responsabilidade pelo território (Brasil, 2011).

Nessa perspectiva, a variável individual modelo de atenção, também não apresentou significância estatística para o desfecho. Embora o modelo de atenção em que a maioria dos profissionais pesquisados encontram-se alocados seja a ESF, ela foi a que apresentou a menor prevalência do atributo Acesso de Primeiro Contato na 4ª CRS/RS, ficando atrás da mista e da UBS/T. Essa observação vem ao encontro de outros estudos que encontraram a UBS/T com melhor acesso quando comparada à ESF (Van Stralen *et al.*, 2008; Marin, Moracvick & Marchioli, 2014). Também com estudos que mostraram não haver diferença entre ESF e UBS no acesso (Martins, Abreu, Quevedo & Bourget, 2016). Além da revisão sistemática de Paula, Samico, Caminha, Filho e Silva (2016) acerca da avaliação da APS na ótica dos usuários, que encontrou, em geral, baixos escores para o atributo Acesso de Primeiro Contato, mesmo quando considerada a ESF. O que fortalece os achados de que a ESF não garante um melhor acesso à APS.

Vale aqui retomar a questão da única variável estatisticamente significativa do porte populacional, uma vez que, em 2014, a Coordenadoria de saúde pesquisada, englobando seus 32 municípios, apresentou 15 destes com população de até 5 mil habitantes e todos estes com 100% de cobertura de APS (Brasil, 2016). Contudo, infere-se que a presença de melhor acesso nos municípios com menor porte populacional (até 5 mil habitantes) esteja relacionada ao quantitativo de unidades de saúde que precisam oferecer para sanar a pequena demanda populacional, independentemente de ser ou não Saúde da Família. O que demonstra que a UBS ainda apresenta um papel significativo na garantia da população ao direito à saúde. Somado à dinamização do processo de gestão local e suas prioridades.

Com relação ao Índice de Gini, mesmo não obtendo relevância significativa no presente estudo, mostrou que a maioria dos municípios possui baixa desigualdade de renda. Resultado também encontrado no estudo de Mendonça, Diercks e Kopittke (2016) ao pesquisar o fortalecimento da APS nos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre,

após a inserção no Programa Mais Médicos. Esse estudo encontrou um Índice de Gini de 0,4 na maioria dos municípios pesquisados, representando também o grupo com os mais baixos escores de APS. Porém, este último resultado mostra-se diferente do encontrado no presente estudo, em que há maior prevalência de acesso nos municípios com Índice de Gini bom (20,1%, IC95%=13,0-27,2) quando comparado ao índice ruim (10,8%, IC95%=4,0-17,6). Os mesmos autores reforçam o Gini como um indicador de desigualdade de renda importante para análises de avaliação do sistema de saúde. Desse modo, sugere-se que, mesmo com uma proporção pequena de presença de acesso relacionado ao índice de Gini dos municípios, quanto melhor a distribuição de renda, maior presença de acesso à APS. Nessa perspectiva, Mendes (2006) mostra que a grande desigualdade de renda pode resultar em um gasto público de pouca eficiência.

Outra variável que não apresentou relevância estatística foi a ICSAB, que engloba as condições sensíveis à APS, ou seja, um conjunto de problemas de saúde para os quais a ação efetiva desse nível de atenção diminuiria o risco de internações (Alfradique *et al.*, 2009). Porém, nota-se que a prevalência de acesso foi superior nos municípios que apresentaram ICSAB de até 27,9% (24,4%, IC95%=15,6-33,2), vindo ao encontro de outro estudo (Mendonça, *et al.*, 2016). Nessa perspectiva, Alfradique *et al.* (2009) traz que taxas altas de internações por condições sensíveis à APS pode indicar graves problemas de acesso ao sistema de saúde, bem como do seu desempenho em oferecer a atenção à saúde. Portanto, revela-se como um indicador valioso para a avaliação e monitoramento dos serviços de saúde. Assim, esse resultado pode sugerir que os municípios com ICSAB aceitável apresentam melhor acesso as ações na APS.

Com relação às variáveis individuais, mesmo não apresentando significância estatística na prevalência do atributo Acesso de Primeiro Contato, contribuem para traçar o perfil dos profissionais de saúde participantes. Assim, têm-se a maioria do sexo feminino, sendo uma observação encontrada em outros estudos (Oliveira, 2014; Costa *et al.*, 2013; Hauser, *et al.*, 2013; Nascimento, *et al.*, 2016). Essa propensão à feminilização nas profissões da área da saúde está relacionada ao maior nível escolar somados à redução das taxas de fecundidade que propuseram à mulher alçar o mercado de trabalho (Pinto, Menezes & Villa, 2010). Já, a faixa etária que predominou foi de 30 a 39 anos, também englobada em outros estudos (Silva S. A., *et al.*, 2014; Oliveira, 2014).

No que tange a formação complementar dos profissionais de saúde participantes, a grande parte afirmou possuírem (137; 66,8%), resultado que corrobora com outros estudos (Castro, *et al.*, 2012; Costa, *et al.*, 2013; Hauser, *et al.*, 2013; Oliveira, 2014). A prevalência

de profissionais com pós-graduação demonstra uma tendência de busca de melhor qualificação na área da saúde (Costa, *et al.*, 2013). Também tem-se que a maioria (59%) possui um tempo de atuação no serviço de APS de até cinco anos, vindo ao encontro de outros estudos (Oliveira, 2014; SILVA S. A., *et al.*, 2014). Infere-se que esse resultado esteja relacionado à maneira adotada pela gestão municipal para a contratação dos profissionais para o processo de trabalho na APS, bem como a rotatividade destes.

O estudo apresenta como limitações alguns aspectos importantes: o delineamento transversal, o qual não possibilita, além de outras razões, afirmativas de causalidade. Outro aspecto é a utilização de um instrumento não validado para todas as categorias profissionais analisadas no presente estudo para captar o desfecho investigado, haja vista que o PCATool é validado apenas para profissionais da medicina e enfermagem. Além disso, o presente estudo não aborda aspectos dos profissionais de nível médio atuantes nos serviços de APS, pois o instrumento utilizado é direcionado apenas para profissionais de ensino superior atuando na assistência à saúde, impossibilitando avaliar o impacto de seu trabalho no que se refere a qualidade da atenção da população destes municípios, refletido no atributo do Acesso de Primeiro Contato.

Ademais, os dados não foram coletados de forma probabilística, uma vez que os profissionais entrevistados não foram sorteados, o que pode resultar em um possível viés de seleção. Finalmente, não se pode descartar a possibilidade de confundimento e viés residual, pois informações importantes podem não ser consideradas e analisadas. Os pontos fortes deste estudo vão desde a magnitude de municípios estudados, pois a maioria dos estudos com PCATool são realizados em apenas um ou dois municípios; também a utilização de um modelo estatístico que permite a análise multinível associando fatores individuais e contextuais; e a possibilidade indutora de dialogar com os serviços e a gestão regional de saúde auxiliando na busca da equidade.

5. Considerações Finais

Inicialmente destaca-se a utilização da análise contextual realizada com a inclusão de características dos municípios como um aspecto importante e inovador para o meio científico, bem como para direcionar as possíveis dificuldades e/ou facilidades encontradas acerca do acesso da população à APS. Ademais, observou-se que o atributo Acesso de Primeiro Contato não está presente na grande maioria dos municípios pesquisados, o que confirma a distância que ainda se tem entre o que se objetiva, ou seja, o acesso universal e de qualidade, do que se

oferta atualmente.

Percebe-se que os municípios de menor porte populacional, com seus investimentos em saúde, somado ao fato de apresentarem uma população menor, impacta positivamente na presença do atributo Acesso de Primeiro Contato nesses municípios, sendo a única variável estatisticamente significativa que contribuiu para tal resultado. Contudo, nota-se que a prevalência da presença do atributo ainda foi pequena em proporção, demonstrando que ainda há desafios a serem superados, independentemente do porte populacional.

Compreende-se que novos estudos precisam ser realizados com vistas à aprofundar o conhecimento acerca dos motivos que direcionam os municípios com menor porte populacional à oferecerem melhor acesso à sua população. Portanto, faz-se necessário avançar na realização de estudos que avaliem fatores contextuais, incluído a avaliação de outras características dos municípios, bem como a inclusão de outros fatores individuais além dos analisados no presente estudo, bem como a realização de estudos longitudinais. Acredita-se que proporcionarão um conhecimento aprofundado, contribuindo na melhoria do acesso da população à APS.

Referências

Alfradique, M. E., Bonolo, P. F., Dourado, I., Costa, M. F. L., Macinko, J., Mendonça, C. S. ... Turci, M. A. (2009). Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, 25(6), 1337-1349. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>

Barbosa, S. P. (2013). *Acesso na Atenção Primária à Saúde em municípios de uma Região de Saúde de Minas Gerais* (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2013.

Barbosa, S. P., Elizeu, T. S., Penna, C. M. M. (2013). Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(8), 2347-2357. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/19.pdf>

Barros, A. J. D., Hirakata, V. N. (2003). Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the

prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology*, 3, 21. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC521200/pdf/1471-2288-3-21.pdf>

Bastos, L. S., Oliveira, R. V. C., Velasque, L. S. (2015). Obtaining adjusted prevalence ratios from logistic regression models in cross-sectional studies. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(3), 487-495. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n3/0102-311X-csp-31-03-00487.pdf>

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2011). *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. Brasília: CONASS, 197 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 3). Recuperado de http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. (2010). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado de http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2010a). *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil*, 80 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Recuperado de http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrumento_avaliacao.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*, 110 p.: il. (Série E. Legislação em Saúde). Recuperado de <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

_____. Região e Redes. Caminho da universalização da Saúde no Brasil. (2016). *Banco de Indicadores*. Recuperado de <http://indicadores.resbr.net.br/view/>

Calvo, M. C. M., Lacerda, J. T., Colussi, C. F., Schneider, I. J. C., Rocha, T. A. H. (2016). Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 25(4), 767-776. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n4/2237-9622-ress-25-04-00767.pdf>

Castro, R. C. L. Knauth, D. R., Harzheim, E., Hauser, L., Duncan, B. B. (2012). Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(9), 1772-1784. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015>

Costa, S. M., Prado, M. C. M., Andrade, T. N., Araújo, E. P. P., Junior, W. S. S., Filho, Z. C. G. ... Rodrigues, C. A. Q. (2013). Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 8(27), 90-96. Recuperado de [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(27\)530](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(27)530)

Donabedian, A. (1978). The Quality of Medical Care. *Science*, 200(4344).

Faria, F. P., Jannuzzi, P. M., Silva, S. J. (2008). Eficiência dos gastos municipais em saúde e educação: uma investigação através da análise envoltória no estado do Rio de Janeiro. *Revista de Administração Pública*, 42(1), 155-177. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0034-76122008000100008>

Fontana, K. C., Lacerda, J. T., Machado, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. (2016). *Saúde Debate*, 40(110), 64-80. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611005>

Fuchs, S. C., Victora, C. G., Fachel, J. (1996). Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. *Revista de Saúde Pública*, 30(2), 168-178. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0034-89101996000200009>

Harzheim, E., Starfield, B., Rajmil, L., Dardet, C. A., Stein, A. T. (2006). Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(8), 1649-1659. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800013>

Harzheim, E., Pinto, L. P., Hauser, L., Soranz, D. (2016). Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de

Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5), 1399-1408. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.26672015>

Hauser, L., Castro, R. C. L., Vigo, A., Trindade, T. G., Gonçalves, M. R., Stein, A. T. ... Harzheim, E. (2013). Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 8(29), 244-55. Recuperado de [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)821](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)821)

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades e Estados. Recuperado de <http://www.ibge.gov.br/home>

Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS). (2011). *Tabela com os municípios*. Recuperado de <http://idsus.saude.gov.br/>

Kessler, M. (2016). *Avaliação da longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

Lacerda, J. T., Calvo, M. C. M., Berretta, I. Q., Ortiga, A. M. B. (2012). Avaliação da gestão para o planejamento em saúde em municípios catarinenses. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4), 851-859. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400008>

Marin, M. J. S., Moracvick, M. Y. A. D., Marchioli, M. (2014). Acesso aos serviços de saúde: comparação da visão de profissionais e usuários da atenção básica. *Revista de enfermagem UERJ*, 22(5), 629-636. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2014.4238>

Martins, J. S., Abreu, S. C. C., Quevedo, M. P., Bourget, M. M. M. (2016). Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 11(38), 1-13. Recuperado de [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1252](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1252)

Martins, M. C., Fonseca, F. F., Miranda, L. P., Mendes, P. H. C. (2016). Avaliação da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos usuários diante da mudança do modelo assistencial. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 14(2), 1164-1174.

Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 549 p.: il. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf

Mendes, E. V. (2016). *O Acesso à Atenção Primária à Saúde*. Trabalho realizado para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

Mendes, M. (2006). *Ineficiência do gasto público no Brasil*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Boletim de Desenvolvimento Fiscal, Brasil, (3), 20-31.

Mendonça, C. S., Diercks, M. S., Kopittke, L. (2016). O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre, Brasil, após a inserção no Programa Mais Médicos: uma comparação intermunicipal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9), 2871-2878. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16622016>

Nascimento, L., Paula, C. C., Magnago, T. S. B. S., Padoin, S. M. M., Harzheim, E., Silva, C. B. (2016). Qualidade da Atenção Primária à Saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2720. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0609.2720>

Oliveira, M. P. R. (2014). *Formação e qualificação dos profissionais de saúde: fatores associados à qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde* (Dissertação de Mestrado Profissional). Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

Oliveira, M. A. C., Pereira, I. C. (2013). Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(esp.), 158-164. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

(2011). *Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras*, 137 p.: il. (NAVEGADORSUS, 3).

Paula, W. K. A. S., Samico, I. C., Caminha, M. F. C., Filho, M. B., Silva, S. L. (2016). Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 50(2), 335-345. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200021>

Pimentel, F. C., Albuquerque, P. C., Souza, W. V. (2015). A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. *Saúde em Debate*, 39(104), 88-101. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040138>

Pinto, E. S. G., Menezes, R. M. P., Villa, T. C. S. (2010). Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 44(3), 657-664. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300015>

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). (2013). Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. *Atlas dos municípios*. Recuperado de <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/download/>

Rabe-Hesketh, S., Skrondal, A. (2008). *Multilevel and Longitudinal Modeling Using Stata*. Second Edition. Texas: Stata Press.

Rio Grande do Sul (RS). Secretaria da Saúde. (2016). *Plano Estadual de Saúde: 2016/2019*. Porto Alegre, 218 p.: il. Recuperado de <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf>

Silva, S. F., Souza, N. M., Barreto, J. O. M. (2014). Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11), 4427-4438. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.16612013>

Silva, S. A., Nogueira, D. A., Paraizo, C. M. S., Fracolli, L. A. (2014). Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 48(esp.), 126-32. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v48nspe/pt_0080-6234-reecusp-48-esp-126.pdf

Sauter, A. M. W., Perlini, N. M. O. G., Kopf, A. W. (2012). Política de Regionalização da Saúde: das normas operacionais ao Pacto pela Saúde. *Revista Mineira de Enfermagem*, 16(2), 265-274. Recuperado de <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/528>

Silva, S. F. (2011). Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2753-2762. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>

Starfield, B. (2002). *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 726 p. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf

Stein, A. T. (2013). A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 22(1), 179-181. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100019>

Spiegelman, D., Hertzmark, E. (2005). Easy SAS calculations for risk or prevalence ratios and differences. *American Journal of Epidemiology*, 162(3), 199-200.

Van Stralen, C. J., Belisário, S. A., Van Stralen, T. B. S., Lima, A. M. D., Massote, A. W., Oliveira, C. L. (2008). Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 24(sup 1), S148-S158. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300019>

Viana, A. L. Á., Fausto, M. C. R., Lima, L. D. (2003). Política de saúde e equidade. *São Paulo em Perspectiva*, 17(1), 58-68. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0102-88392003000100007>

Viana, A. L. Á., Bousquat, A., Pereira, A. P. C. M., Uchimura, L. Y. T., Albuquerque, M. V., Mota, P. H. S. ... Ferreira, M. P. (2015). Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 24(2), 413-422. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200002>

Vieira, E. W. R., Lima, T. M. N., Gazzinelli, A. (2014). Tempo de espera por consulta médica especializada em um município de pequeno porte de Minas Gerais, Brasil. *Revista Mineira de Enfermagem*, 19(1), 65-71. Recuperado de <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/986>

Weiller, T. H. (2008). *O acesso na rede pública de saúde no município de Ijuí/RS: um cenário de controvérsias* (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Kauana Flores da Silva – 32%

Teresinha Heck Weiller – 26%

Jessye Melgarejo do Amaral Giordani - 22%

Vanessa Rodrigues Pucci – 20%