

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ  
ESCOLA POLITÉCNICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA EM SAÚDE**

**ADRIANA KARLA CASADO SILVA DE ARAÚJO**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE ASSISTENCIAL EM SERVIÇO DE ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE NA UNIMED PARANÁ – APLICAÇÃO DO PCATool  
ADULTO, VERSÃO REDUZIDA**

**CURITIBA**

**2017**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE ASSISTENCIAL EM SERVIÇO DE ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE NA UNIMED PARANÁ – APLICAÇÃO DO PCATool  
ADULTO, VERSÃO REDUZIDA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde, da Escola Politécnica, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, para a obtenção do título de Mestre em Tecnologia em Saúde.

Orientadora: Prof. Dr. Sergio Oshii

Coorientadora: Profa. Dra. Deborah Ribeiro Carvalho

**CURITIBA**

**2017**

Dados da Catalogação na Publicação  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná  
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR  
Biblioteca Central

A663a  
2017      Araújo, Adriana Karla Casado Silva de  
Avaliação da qualidade assistencial em serviço de atenção primária à saúde da Unimed Paraná : aplicação do PCATool adulto, versão reduzida / Adriana Karla Casado Silva de Araújo ; orientador, Sérgio Ossamu Ioshii ; coorientadora, Deborah Ribeiro Carvalho. – 2017.  
102 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2017  
Bibliografia: f. 71-82

1. Atenção primária à saúde. 2. Serviços a saúde. 3. Unimed. 4. Ciências medicas. I. Ioshii, Sergio Ossamu, 1960-. II. Carvalho, Deborah Ribeiro. III. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Tecnologia Saúde. IV. Título.

CDD 22. ed. – 610.28


**ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA EM SAÚDE**

**DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 245**


**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: TECNOLOGIA EM SAÚDE**

Aos 30 dias do mês de maio de 2017, no Auditório Waldemiro Augusto Teixeira de Freitas 2º Andar-Bloco 9 (Parque Tecnológico - Bloco Mecânica), realizou-se a sessão pública de Defesa da Dissertação: **“AVALIAÇÃO DA QUALIDADE ASSISTENCIAL EM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UMA OPERADORA DE SAÚDE – APLICAÇÃO DO PCATool ADULTO, VERSÃO REDUZIDA”**, apresentada pela aluna Adriana Karla Casado Silva de Araújo sob orientação do Professor Drº Sergio Ossamu Ioshi e coorientação da Professora Drª Deborah Ribeiro Carvalho, como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Tecnologia em Saúde**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:


**Prof.º Dr.º Sergio Ossamu Ioshi**  
PUCPR (Presidente)

  
\_\_\_\_\_  
(assinatura) APROVADO  
(Aprov/Reprov.)

**Prof.ª Dr.ª Marcia Regina Cubas**  
PUCPR (Examinador)

  
\_\_\_\_\_  
(assinatura) APROVADO  
(Aprov/Reprov.)

**Prof.ª Dr.ª Denise Siqueira de Carvalho**  
UFPR (Examinador)

  
\_\_\_\_\_  
(assinatura) APROVADA  
(Aprov/Reprov.)

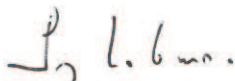
Início: 8h30 Término: 10h50

Conforme as normas regimentais do PPGTS e da PUCPR, o trabalho apresentado foi considerado APROVADA (aprovado/reprovado), segundo avaliação da maioria dos membros desta Banca Examinadora.

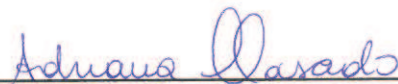
Observações: — // —

O(a) aluno(a) está ciente que a homologação deste resultado está condicionada: (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 60 dias para o cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGTS/PUCPR; (III) entrega da documentação necessária para elaboração do Diploma.

ALUNO(A): **Adriana Karla Casado Silva de Araújo**





  
\_\_\_\_\_  
(assinatura)

Prof.º Dr.º Percy Nohama,  
Coordenador do PPGTS PUCPR

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu marido, Cid (*in memoriam*), por contribuir para a realização do mais importante projeto da minha vida: minha família.

Às minhas filhas, Carine e Camile, por todo amor, apoio, conversas e incentivo de dar continuidade à carreira, como também pela paciência nas horas de ausência e trabalho.

Ao meu orientador, Dr. Sergio Ossamu Ioshii, por me escolher como sua orientanda.

À minha coorientadora, Dra. Deborah R. Carvalho, pelo incentivo a cada etapa.

A todos os amigos, pelo companheirismo nesta jornada.

Principalmente, à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pela bolsa de pesquisa, assim contribuindo não só para este trabalho, como para minha carreira.

Jamais considere seus estudos como  
uma obrigação, mas como uma  
oportunidade invejável para aprender a  
conhecer a influência libertadora da  
beleza do reino do espírito, para seu  
próprio prazer pessoal e para proveito da  
comunidade à qual seu futuro trabalho  
pertencer.

(EINSTEIN)

## RESUMO

**Introdução:** Na saúde suplementar brasileira, modelos assistenciais baseados em Atenção Primária à Saúde (APS) ainda constituem prática pouco comum, apesar de a Agência Nacional de Saúde Suplementar estimular sua implementação. Assim, são escassas as iniciativas e ferramentas para se avaliar a qualidade assistencial quando esse modelo é utilizado. **Objetivo:** Avaliar a qualidade assistencial num modelo de assistência baseado em APS na Unimed Paraná, operadora de planos de saúde. **Metodologia:** Estudo avaliativo, quantitativo e transversal, realizado com a aplicação do instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) adulto, versão reduzida. De um universo de 900 beneficiários, foram entrevistadas 270 pessoas, utilizando-se questionário padronizado contendo os atributos essenciais e derivados da APS. A partir dos dados coletados, foram produzidos escores e extraídas estatísticas descritivas. O valor mínimo para a definição do nível de qualidade aceitável foi considerado 6,6. **Resultados:** Entre os entrevistados, 84,8% declararam utilizar a APS como principal serviço de saúde e 44,4% informaram que poderiam mudar de modelo assistencial. Entre os atributos avaliados, destacaram-se afiliação, com valor de 9,6, e acesso ao primeiro contato (utilização), com valor de 9,5. Os atributos com menores escores foram integralidade (serviços disponíveis), com valor de 4,4, e orientação comunitária, com valor de 7,0. As médias dos escores essencial e geral foram de 7,6 e 7,7, respectivamente. **Conclusão:** Aplicando o instrumento PCATool adulto, versão reduzida, observou-se que os atributos de qualidade assistencial no serviço de atenção primária à saúde da Unimed Paraná foram atendidos, existindo entretanto pontos a ser melhorados, em especial, no que se refere à integralidade da atenção.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Avaliação em saúde. Serviços de saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Health care models based on Primary Health Care (PHC) are still an uncommon practice in the supplementary health care system in Brazil, although the National Supplemental Health Agency (ANS) encourages its implementation. Thus, there are few initiatives and tools to evaluate the quality of care when this model is used. **Objective:** To evaluate the quality of care in an PHC-based care model at Unimed Paraná, a health plans provider. **Methodology:** Evaluative, quantitative and transversal study, carried out with the application of the instrument Primary Care Assessment Tool (PCATool), reduced version. From an universe of 900 beneficiaries, 270 persons were interviewed, using a standardized questionnaire containing the essential attributes and derivatives from PHC. Based on the collected data, scores were produced and descriptive statistics were extracted. The minimum value for the definition of the acceptable quality level was considered 6.6. **Results:** Among the interviewees, 84.8% reported using PHC as their main health care service and 44.4% said they could change their care model. Among the evaluated attributes, affiliation with a score of 9.6, and access to the first contact (use) with a score of 9.5 were highlighted. The attributes with the lowest scores were integrality (services available), with a value of 4.4, and a community orientation, with a value of 7.0. The averages of the essential and general scores were 7.6 and 7.7, respectively. **Conclusion:** Applying the adult PCATool instrument, reduced version, it was observed that the attributes of quality care in the primary health care service of Unimed Parana were met, although there are points to be improved, especially regarding to the integrality of the attention.

**Keywords:** Primary health care. Quality assurance, health care. Health assessment. Health services.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Configuração de um modelo assistencial – macrocenário .....	20
Figura 2 – Organograma do SAPS.....	25
Figura 3 – Pirâmide da Kaiser Permanente .....	31
Figura 4 – Etapas da pesquisa.....	43
Figura 5 – Representação dos atributos e cálculo dos escores essencial e geral. ....	48
Gráfico 1 – Índice de beneficiários em planos individuais de assistência médica, segundo a modalidade da operadora – Brasil – março de 2010 a março de 2016. ..	18
Gráfico 2 – Frequências absoluta e relativa das respostas, segundo o grau de afiliação à APS .....	51
Gráfico 3 – Escore médio da APS, por atributo.....	56
Quadro 1 – Comparativo de modelos de assistência à saúde .....	22
Quadro 2 – Análise dos atributos da APS .....	26
Quadro 3 – Comparativo entre o modelo de saúde tradicional e a ESF.....	29
Quadro 4 – Comparativo da informatização dos registros/prontuários clínicos. ....	32
Quadro 5 – Definições de eficácia, efetividade e eficiência.....	34
Quadro 6 – Métodos de avaliação da qualidade da assistência à saúde .....	38
Quadro 7 – Avaliação da qualidade da assistência à saúde – saúde suplementar... ..	40
Tabela 1 – Distribuição da frequência de respostas na aplicação do instrumento PCATool adulto, versão reduzida.....	53
Tabela 2 – Escores dos atributos da APS, por beneficiários dos serviços de APS, em uma operadora de saúde suplementar – Curitiba, PR, Brasil – 2016.....	57
Tabela 3 – Escores essencial e geral.....	58

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUROPEP	<i>European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care</i>
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OPS	Operadora de Planos de Saúde
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAPS	Serviço de Atenção Personalizada à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
1.1	PROBLEMATIZAÇÃO .....	12
1.2	OBJETIVO .....	14
1.3	CONTRIBUIÇÕES.....	14
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>16</b>
2.1	SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL .....	16
2.2	SAÚDE SUPLEMENTAR .....	17
2.3	MODELOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE .....	19
2.4	PROJETO BASEADO EM APS EM UMA OPERADORA DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	24
<b>2.4.1</b>	<b>APS</b> .....	<b>25</b>
<b>2.4.2</b>	<b>Kaiser Permanente</b> .....	<b>30</b>
2.5	AVALIAÇÃO .....	32
<b>2.5.1</b>	<b>Avaliação da qualidade</b> .....	<b>34</b>
<b>2.5.2</b>	<b>Avaliação da qualidade da assistência à saúde</b> .....	<b>34</b>
<b>3</b>	<b>ENCAMINHAMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>42</b>
3.1	TIPOLOGIA DA PESQUISA .....	42
3.2	CENÁRIO DA PESQUISA .....	42
3.3	ETAPAS DA PESQUISA .....	42
<b>3.3.1</b>	<b>Etapa 1: aspectos éticos da pesquisa</b> .....	<b>43</b>
<b>3.3.2</b>	<b>Etapa 2: seleção dos participantes</b> .....	<b>43</b>
<b>3.3.3</b>	<b>Etapa 3: coleta de dados</b> .....	<b>44</b>
<b>3.3.4</b>	<b>Etapa 4: cálculo dos escores</b> .....	<b>45</b>
3.3.4.1	Inversão dos valores.....	46
3.3.4.2	Transformação do valor das respostas.....	46
3.3.4.3	Cálculo da média para definição do escore .....	47
3.3.4.4	Transformação da escala .....	47
3.3.4.5	Escore essencial e geral.....	47
3.3.4.6	Considerações éticas para aplicação do PCATool .....	49
<b>3.3.5</b>	<b>Etapa 5: análise dos escores</b> .....	<b>49</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS OBTIDOS</b> .....	<b>51</b>

## SUMÁRIO

6	CONCLUSÃO.....	72
	REFERÊNCIAS.....	73
	APÊNDICE A – TCLE – BENEFICIÁRIOS.....	85
	APÊNDICE B – PERGUNTAS DO FORMULÁRIO PCATool ADULTO, VERSÃO REDUZIDA.....	88
	APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PCATool ADULTO, VERSÃO REDUZIDA.....	91
	ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA DIRETORIA DA UNIMED PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	99

## 1 INTRODUÇÃO

Passados 18 anos do início do seu marco regulatório (Lei nº 9.656/1998), a saúde suplementar consolidou-se como complemento ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme foi previsto na Constituição Federal de 1988. A saúde suplementar atende aproximadamente, 25% da população brasileira (CECHIN, 2008). Nesse período, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em janeiro de 2000, pela Lei nº 9.961/2000, que, desde então, vem estabelecendo as agendas regulatórias que norteiam as atividades estratégicas nesse importante setor da economia (MENICUCCI, 2014; SALVATORI; VENTURA, 2012; TRETTEL; LEÃO, 2015).

Apesar do seu amadurecimento, a saúde suplementar ainda tem se caracterizado por heterogeneidade nos padrões de qualidade, fragmentação e descontinuidade da atenção assistencial e assimetria de informações, o que repercute na efetividade e eficiência do sistema (DAROS et al., 2016; GARBIN et al., 2013).

Numa das vertentes regulatórias – a da qualidade de serviços –, a ANS vem estimulando mudanças no modelo assistencial atual, em que predomina o pagamento pelo uso, para um modelo de atenção que privilegie o cuidado integral à pessoa como eixo condutor das ações de saúde. Esse modelo já é adotado pelo setor público, por meio dos programas de Atenção Primária à Saúde (APS) e dos Programas de Saúde da Família (PSFs) (BARBOSA; CELINO; COSTA, 2015; RODRIGUES; SILVA; SENA, 2015). Starfield (2001) afirma que um programa de assistencial só será considerado como sendo de APS quando apresenta atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade e integralidade da atenção, além de coordenação da assistência), e atributos derivados (atenção centrada na família, orientação comunitária e competência cultural dos profissionais envolvidos).

Algumas Operadoras de Planos de Saúde (OPS), incentivadas pelos atos regulatórios da ANS, têm implantado modelos assistenciais com essas características (BARBOSA; CELINO; COSTA, 2015; MALTA; JORGE, 2008; RODRIGUES; SILVA; SENA, 2015). Em Curitiba, a Unimed Paraná (Federação das Unimed do Estado do Paraná, cooperativa de segundo grau) vem desenvolvendo esse modelo há aproximadamente cinco anos, utilizando como estratégias: a capacitação de profissionais da saúde para formação de equipe multiprofissional; construção de uma unidade assistencial; utilização de um registro eletrônico de saúde integrado; a coordenação do cuidado; e a definição da população assistida. A estrutura entrou em funcionamento em 2014, disponibiliza atendimento a

aproximadamente 900 beneficiários, funcionários da Unimed Paraná e seus dependentes.

Avaliações sistemáticas da qualidade dos serviços de saúde disponíveis para a população são um grande desafio para os gestores, tanto públicos quanto privados. Nesse sentido, o desenvolvimento de métodos para a avaliação de serviços de saúde vem ganhando destaque. Para a avaliação da assistência baseada em APS, foi traduzido e validado em nosso meio o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), desenvolvido por Starfield et al., na Universidade Johns Hopkins, entre 1997 e 2001, e denominado PCATool Brasil, versão usuários adultos. Nesse estudo de validação, realizado em Porto Alegre, o PCATool Brasil foi considerado válido para avaliar a presença e extensão dos atributos da APS, consolidando-se como uma importante ferramenta para avaliação de serviços de saúde e de orientação aos gestores (HARZHEIM et al., 2013).

Em 2013, a partir da versão completa do PCATool Adulto Brasil, Oliveira et al. publicaram a versão reduzida da ferramenta, composta por 23 itens, contemplando os atributos essenciais e derivados da APS. Essa versão reduzida possibilitou melhor e mais ágil aplicação do instrumento, com a estimativa do traço latente ou de orientação à APS. Os autores afirmam que a aplicação da versão reduzida possibilita ações mais rápidas de ajustes ou melhorias, tão necessárias na fase de implantação e consolidação de modelos assistenciais baseados em APS (HARZHEIM et al., 2013; KINALSKI, 2014). A versão foi aplicada predominantemente no setor público, havendo portanto oportunidades para aplicá-la nos novos modelos assistenciais baseados em APS desenvolvidos no setor da saúde suplementar.

Este estudo aborda informações sobre a qualidade da APS, utilizando um questionário de relevância reconhecida internacionalmente e validado no Brasil (HARZHEIM et al., 2006). Destaca-se por ser, provavelmente, a primeira avaliação com o PCATool adulto, versão reduzida, realizada em um serviço que tem como modelo assistencial a APS, em uma operadora de saúde suplementar no Sul do Brasil.

Embora este não seja um estudo comparativo, o ineditismo das características de APS na saúde suplementar e a escassez de publicações sobre o tema no Brasil levam ao uso como referência de estudos com aplicação do PCATool na saúde pública, fazendo as adequadas considerações sobre similaridades e divergências no que tange ao modelo assistencial de atenção à saúde.

## 1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

Decorrente de demandas políticas e sociais e objetivando melhorar o acesso à atenção básica, por meio do fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde e a população e do incentivo à prevenção de doenças, o Ministério da Saúde reestruturou o modelo inicial de APS, inserindo a Estratégia de Saúde da Família

(ESF), a fim de superar as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, visando o alcance da equidade dentro do sistema (FERTONANI et al., 2015; GIOVANELLA, 2008; SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

O atendimento centrado na família resulta no alcance da integralidade, pois a assistência aos pacientes ocorre em seus ambientes, levando em consideração seu meio familiar, social e ambiental, as condições e hábitos de vida, a dinâmica familiar e seus antecedentes, ou seja, a ESF não se limita a focar somente na enfermidade do indivíduo; estudos demonstram o impacto positivo da expansão da APS, baseada na ESF, no SUS (BRASIL, 2005; MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006).

Nos países em que os modelos assistenciais baseados na APS estão em pleno funcionamento, observam-se resultados positivos relacionados à maior equidade e satisfação das pessoas atendidas (WHO, 2015). Chomatas et al. (2013) sugerem que um serviço só pode ser considerado APS quando o prestador de serviços apresenta os quatro atributos essenciais, quais sejam: atenção de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, e garante o fortalecimento da interação entre as pessoas e a comunidade ao assegurar os atributos derivados.

A ANS, em sua agenda regulatória, baseando-se na experiência exitosa do setor público, tem estimulado o setor privado a desenvolver ações que busquem a integralidade da assistência, a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Assim, as OPSs, incluindo a cooperativa médica deste estudo, têm desenvolvido novos modelos assistenciais tendo como eixo norteador a APS (DAROS et al., 2016).

Nesse processo, amplas discussões fizeram-se necessárias, abordando temas emergentes como as reformas de sistemas de saúde que estão em curso em todo o mundo; a necessidade de sustentabilidade dos atuais desenhos de sistemas públicos, privados e mistos; a qualidade na assistência prestada, tendo uma avaliação crítica no que tange à objetificação do paciente; a baixa resolubilidade e o uso adequado dos recursos assistenciais. Em alguns países da Europa, no Canadá e na Nova Zelândia, o tema APS vem sendo estudado nas políticas de governo, assim como nas organizações privadas de assistência à saúde, com o intuito de



fazer contraponto à fragmentação assistencial, à superespecialização e ao uso abusivo e indiscriminado de tecnologias médicas (CONASS, 2007).

A implementação de um modelo de assistência em que estão presentes características de APS no sistema de saúde suplementar mostra-se complexa, pois extrapola as questões técnicas e assistenciais (LANA; MALTA; ANDRADE, 2011). Atua diretamente na modificação do modelo biomédico, que Fertoni et al. (2015) definem como hegemônico e pautado no diagnóstico, exames e tratamento de doenças de forma individualizada, fragmentada, reativa e pouco planejada, para um modelo que investe na identificação de problemas que interferem direta ou indiretamente na saúde do indivíduo, atuando de forma preventiva e direcionando para ações de promoção da saúde. Nesse novo modelo, um dos maiores desafios é avaliar a percepção de qualidade pela população assistida (ALVES; UGA; PORTELA, 2016; DAROS et al., 2016).

É de importância estratégica a definição de metodologias de avaliação da qualidade da assistência à saúde, visto que é um conjunto de informações que auxilia na definição de necessidades a serem consideradas no planejamento de serviços assistenciais. A avaliação da qualidade em saúde não pode ser reduzida aos dados estatísticos de atendimento, tampouco à análise isolada dos profissionais (HAYASHI; PEDROSO, 2016). Mendes (2010) pontua que deve também ser considerado critério relevante a satisfação do usuário nas diversas dimensões da assistência (PEREIRA et al., 2016; SILVA, 2016).

Decorrente desses fatos, torna-se fundamental a identificação e validação de instrumentos que avaliem a qualidade assistencial nos modelos de atendimento baseados em APS na saúde suplementar.

## 1.2 OBJETIVO

Verificar a qualidade de um novo modelo assistencial alicerçado em atenção primária à saúde na operadora de saúde Unimed Paraná.

## 1.3 CONTRIBUIÇÕES

Esta pesquisa surgiu da necessidade de contribuição científica e social. No aspecto científico, visa disponibilizar uma metodologia de avaliação da qualidade da assistência moldada em APS no âmbito da saúde suplementar, utilizando-se o PCA-Tool Brasil, instrumento validado originalmente para APS no contexto da saúde pública. No aspecto social, visa fomentar a melhoria da prestação de serviços de

assistência à saúde à população e a eficiência na gestão dos recursos em saúde, que são consequência da melhoria da qualidade assistencial.

A escassez de referências sobre a avaliação da qualidade da assistência em em modelos baseados em APS na saúde suplementar contrasta com a grande quantidade de publicações sobre avaliação da qualidade assistencial em modelos de APS desenvolvidos no sistema único de saúde e em sistemas públicos de saúde com características de APS de outros países.

Assim, a validação de ferramentas que avaliam a qualidade de modelos assistenciais com características de APS em saúde suplementar é muito relevante, possibilitando a mensuração do impacto deste novo modelo, o que possibilita a elaboração de propostas de aprimoramento, e adiciona subsídios importantes para a gestão em saúde.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

A fundamentação teórica deste estudo é apresentada nas próximas subseções, sendo primeiramente realizada uma contextualização do sistema de saúde no Brasil e seus marcos legais, iniciando-se pelo SUS. Na sequência, é demonstrado o perfil da saúde suplementare e os modelos de assistência à saúde, seguido da descrição de modelo assistencial desenvolvido alicerçado em APS na Unimed Paraná denominado de Atenção Personalizada à Saúde. O capítulo é finalizado com o tema avaliação da qualidade dos serviços de saúde e os tipos de instrumentos de avaliação da qualidade na APS.

### 2.1 SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Garantido pela Constituição Federal de 1988, o sistema de saúde no Brasil tem uma estrutura mista, composta por um sistema público denominado SUS, formalizado pela Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), e por um sistema privado denominado saúde suplementar, no qual empresas privadas comercializam planos de assistência à saúde obedecendo regras definidas pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar e pela Lei 9.676/1998 (PAIM et al., 2011).

Com a garantia constitucional de que a saúde é direito de todo cidadão e dever so Estado, a Lei Orgânica da Saúde estabeleceu os princípios e diretrizes do SUS, que são a universalização, a equidade do acesso aos serviços de saúde e a integralidade na assistência (ALMEIDA; ATHAYDE, 2016; CORDEIRO, 2001).

A Constituição Federal tratou de garantir o direito de o setor privado atuar na prestação de serviços na área da saúde, considerou a saúde um bem público e, portanto, definiu que o Estado tem papel determinante no que diz respeito a estabelecer regras e regular o setor. A legislação resultante do processo constituinte desenvolveu os temas do controle, avaliação, auditoria e regulação, que consistem no processo de definição do arcabouço legal da saúde (SANTOS, 2006).

Na saúde suplementar, a regulação e fiscalização é realizada pela ANS, criada em 2.000 pela Lei nº 9.961. A ANS exerce várias atividades relevantes, entre elas a de definir o rol mínimo e obrigatório de procedimentos e eventos em saúde que deve ser disponibilizado à população assistida, além de estabelecer as garantias administrativo-financeiras necessárias para atendimento seguro e de qualidade aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

A saúde é um direito inalienável, de forma que ninguém e nenhuma coletividade podem ser excluídos de sua posse ou consumo, e seus benefícios

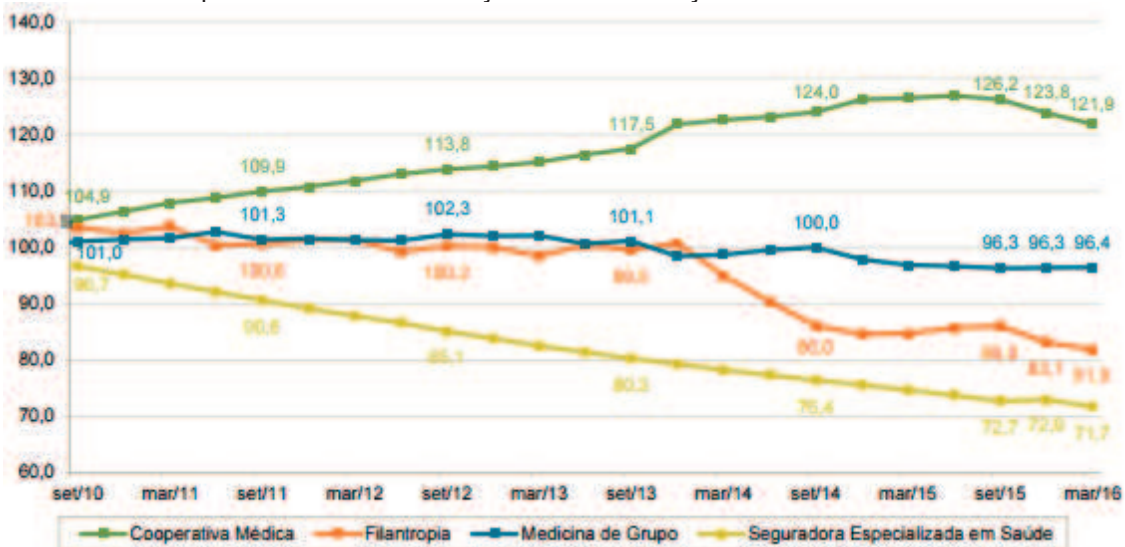
devem estar disponíveis a todos. “Há, também, o aparente consenso de que a saúde não seja concorrencial, e que não haja rivalidade, isso é, a saúde de uma pessoa não pode se dar às expensas da exclusão de outras pessoas” (KICKBUSH, 2013).

## 2.2 SAÚDE SUPLEMENTAR

A saúde suplementar possui como marcos a Lei nº 9.656/1998, que regulamentou o setor, e a Lei nº 9.961/2000, que criou a ANS e definiu sua finalidade, estrutura, atribuições, receita e vinculação ao Ministério da Saúde. Por sua vez, o Decreto nº 3.327/2000 aprovou o Regulamento da ANS e a Lei nº 10.185/2001 tratou da especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde.

A participação da saúde suplementar é expressiva no sistema de saúde brasileiro (MALTA; JORGE, 2008), tendo havido, nos últimos cinco anos, aumento significativo da parcela da população que utiliza planos e seguros privados de saúde (NORONHA; SANTOS; PEREIRA, 2011), como se observa no Gráfico 1. Na atualidade, são 50,19 milhões de beneficiários e 1.414 operadoras em atividade, que ofertam em torno de 33.468 planos de saúde ou produtos, sendo 20.982 médico-hospitalares e 12.486 odontológicos (ANS, 2016).

Gráfico 1 – Índice de beneficiários em planos individuais de assistência médica, segundo a modalidade da operadora – Brasil – março de 2010 a março de 2016.



Fonte: ANS (2016, p.13).

Segundo Albuquerque et al. (2008), a diversidade de OPSs torna complexa a descrição minuciosa de cada tipo. Encontram-se subdivididas em cinco grandes grupos, que apresentam diferenças quanto ao escopo da regulação realizada pela ANS e à forma de funcionamento. São elas: (i) as autogestões, entidades de

atividades econômicas outras que não a saúde, que operam serviços de assistência à saúde, em rede própria ou de terceiros, destinados, exclusivamente, a seus empregados e dependentes; (ii) as cooperativas de saúde, sociedades sem fins lucrativos caracterizadas por cooperativismo de profissionais médicos ou dentistas, conforme o disposto na Lei nº 5.764/1971, que estabeleceu a Política Nacional de Cooperativismo; (iii) as filantrópicas, entidades sem fins lucrativos que operam planos privados, certificadas como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social; (iv) as seguradoras de saúde, sociedades seguradoras autorizadas a operar planos de saúde; (v) as medicinas de grupo, demais empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde.

As operadoras não se distinguem apenas pelo seu estatuto jurídico, mas também pelas especificidades dos produtos e modelos assistenciais em saúde que disponibilizam para seus beneficiários. Nesse sentido, Malta e Jorge (2008), ao analisar o modelo assistencial de uma OPS de autogestão, pontuam que existe uma grande heterogeneidade nos padrões de qualidade, prestação de serviços e modelos assistenciais praticados, bem como na forma de organização do setor. Identificam, ainda, que o modelo atual de assistência implementado na saúde suplementar, pautado pela fragmentação do cuidado e pelo estímulo ao consumo dos recursos, em geral propiciando a elevação dos custos e com resultados nem sempre adequados, está se esgotando e há necessidade urgente de mudanças.

### 2.3 MODELOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

De acordo com Silva Junior e Alves (2007), o modelo assistencial refere-se à forma como são organizadas as ações de atenção à saúde, em determinada sociedade, e como esta ordena e articula os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde da coletividade.

Segundo Fertoni et al. (2015), na configuração de um modelo assistencial, vários elementos interagem entre si, influenciando a definição de diferentes práticas assistenciais, articuladas a diferentes contextos históricos e culturais. Esses elementos encontram-se explicitados na Figura 1, podendo-se concluir que o modelo assistencial em saúde é resultante da interferência de cada um deles, de forma isolada ou conjunta, com maior ou menor grau de influência. Os autores afirmam, ainda, que diferentes modelos consistem em respostas políticas produzidas frente aos problemas de saúde de uma dada sociedade, considerando custos, demandas e a capacidade dos diferentes agentes de fazer valer seus interesses e direitos

(FERTONANI et al., 2015).

Figura 1 – Configuração de um modelo assistencial – macrocenário.



Fonte: Fertoni et al. (2015, p. 1873).

No SUS, o modelo assistencial adotado é o da APS, com o apoio do PSF. Para Gomes et al. (2011), a APS constitui o primeiro nível de contato do cidadão com o sistema de saúde, enquanto o PSF é sua principal estratégia de implementação e organização, em que estão contemplados os preceitos de atenção no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

Em 2001, Starfield, em seu artigo, afirmou que o modelo assistencial norteado pelos princípios da APS é o que tem condições de ser a base direcionadora da atenção para os outros níveis dos sistemas de saúde, por meio da coordenação do cuidado. Assim, possibilita-se atenção centrada no paciente, uso adequado dos recursos em saúde e melhores resultados de tratamento e acompanhamento.

Para Mendes (2010), o cenário de rápida transição epidemiológica e

demográfica exige do SUS o restabelecimento da coerência entre a situação da saúde, com predominância de condições crônicas, e o sistema de atenção à saúde. Afirma que há necessidade de mudanças profundas que permitam modificar o sistema vigente que é fragmentado. Sugere a implantação de redes de atenção à saúde, que são “organizações poliárquicas de conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população coordenada pela APS” (MENDES, 2010, p.2300).

Bessa (2011), em seu estudo sobre modelos de remuneração médica, encontrou a predominância do modelo de remuneração por procedimento ou *fee for service*, que favorece a remuneração por quantidade de procedimentos, sem necessidade de vínculo com qualidade. Observou, ainda, que havia grande expectativa pelo desenvolvimento de novos modelos capazes de avaliar, por meio de indicadores, o desempenho dos médicos e os resultados da atenção à saúde, permitindo um modelo remuneratório que reduzisse os procedimentos (e os gastos) desnecessários, priorizasse a qualidade dos serviços, otimizasse os resultados e melhorasse os índices de satisfação de todos os envolvidos na cadeia da saúde. Na saúde suplementar, há o predomínio do modelo de assistência baseado em *fee for service*, fragmentado e com pouco foco na coordenação do cuidado. Neste setor, os modelos de assistência que têm como base os atributos da APS ainda são escassos (BARBOSA; CELINO; COSTA, 2015; SUMAR; FAUSTO, 2014).

Bispo Júnior e Messias (2005) afirmam que os modelos assistenciais dos setores público e privado de saúde no Brasil são distintos, no que tange à conformação, objetivos, componentes, características e funções. Nesse sentido, Fernández (2011) e Mendes (2010) entendem que o modelo de saúde em que há uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) tem vários benefícios em comparação ao modelo atual de assistência, que tem como uma das características a fragmentação do cuidado (Quadro 1). Com a coordenação do cuidado, a APS é um dos modelos em que há uma RAS muito efetiva.

Quadro 1 – Comparativo de modelos de assistência à saúde.

CARACTERÍSTICA	FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
<b>Forma de organização</b>	Hierarquia	Poliarquia
<b>Coordenação da atenção</b>	Inexistente	Feita pela APS
<b>Comunicação entre os componentes</b>	Inexistente	Feita por sistemas logísticos eficazes
<b>Foco</b>	Nas condições agudas por meio de unidades de pronto atendimento	Nas condições agudas e crônicas por meio de uma RAS
<b>Objetivos</b>	Objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não medidos	Objetivos de melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos
<b>População</b>	Voltado para indivíduos isolados	Voltado para uma população adscrita estratificada por subpopulações de risco e sob responsabilidade da RAS
<b>Sujeito</b>	Paciente que recebe prescrições dos profissionais de saúde	Agente co-responsável pela própria saúde
<b>A forma da ação do sistema</b>	Reativa e episódica, acionada pela demanda das pessoas usuárias	Proativa e contínua, baseada em plano de cuidados de cada pessoa usuária, realizado conjuntamente pelos profissionais e pela pessoa usuária e com busca ativa



CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
<b>Ênfase das intervenções</b>	Curativas e reabilitadoras sobre condições estabelecidas	Promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras ou paliativas, atuando sobre determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas
<b>Modelo de atenção à saúde</b>	Fragmentado por ponto de atenção à saúde, sem estratificação de riscos e voltado para as condições de saúde estabelecidas	Integrado, com estratificação dos riscos, e voltado para os determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas
<b>Modelo de gestão</b>	Gestão por estruturas isoladas (gerência hospitalar, gerência da APS, gerência dos ambulatórios especializados etc.)	Governança sistêmica que integre a APS, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos da rede
<b>Planejamento</b>	Planejamento da oferta, e baseado em séries históricas e definido pelos interesses dos prestadores	Planejamento das necessidades, definido pela situação das condições de saúde da população adscrita e de seus valores e preferências
<b>Ênfase do cuidado</b>	Cuidado profissional centrado nos profissionais especialmente os médicos	Atenção colaborativa realizada por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias e suas famílias e com ênfase no autocuidado apoiado
<b>Conhecimento e ação clínicas</b>	Concentradas nos profissionais, especialmente médicos	Partilhadas por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias
<b>Tecnologia de informação</b>	Fragmentada, pouco acessível e com baixa capilaridade nos componentes das redes de atenção à saúde	Integrada a partir de cartão de identidade das pessoas usuárias e de prontuários eletrônicos e articulada em todos os componentes da rede de atenção à saúde
<b>Organização territorial</b>	Territórios político-administrativos definidos por uma lógica política	Territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção
<b>Sistema de financiamento</b>	Financiamento por procedimentos em pontos de atenção à saúde isolados	Financiamento por valor global ou por capitação de toda a rede
<b>Participação social</b>	Participação social passiva e a comunidade vista como cuidadora	Participação social ativa por meio de conselhos de saúde com presença na governança da rede

Fonte: Adaptado de Fernández (2011) e Mendes (2010).

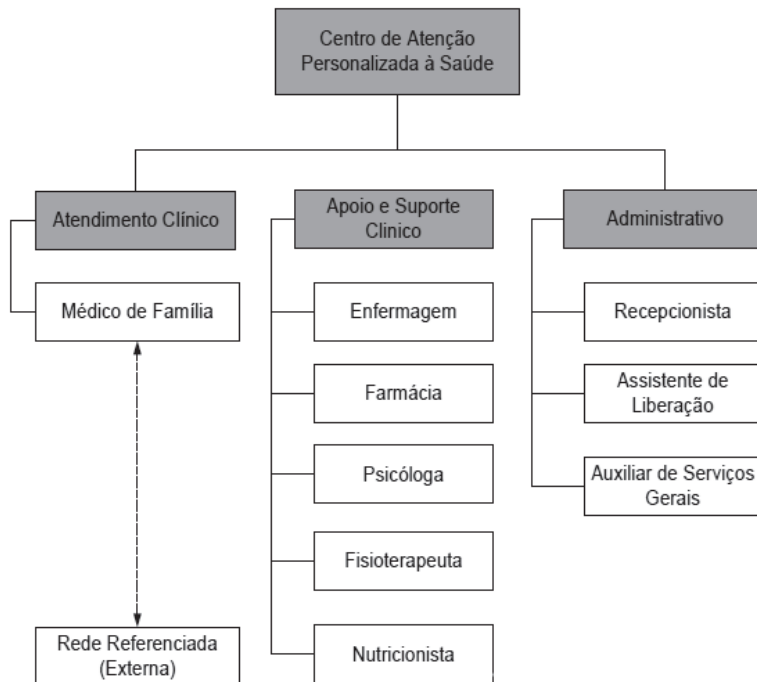
## 2.4 PROJETO BASEADO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA UNIMED PARANÁ

A Unimed Paraná – Federação das Unimeds do Estado do Paraná, fundada em 1979, é cooperativa de saúde de segundo grau, operadora de planos de saúde de grande porta, e está localizada em Curitiba, PR. O projeto baseado em APS na Unimed Paraná vem sendo desenvolvido desde 2010, com objetivo de estimular no sistema cooperativo de saúde a mudança do modelo assistencial predominante, o *fee for service*. O projeto foi denominado de Serviço de Atenção Personalizada à Saúde (SAPS), norteado pelos requisitos da APS e moldado em modelos de sucesso desenvolvidos em países da Europa, no Canadá e em alguns iniciativas nos Estados Unidos, como o da empresa Kaiser Permanente (ver subseções 2.4.1 e 2.4.2).

No SAPS, o modelo de assistência considera os atributos da APS, ou seja, acesso ao primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, atenção centrada na família, orientação comunitária e competência cultural (MENDES, 2010). Como premissa, utilizaram-se também recursos de tecnologia da informação, oportunizando o acesso a registros clínicos eletrônicos padronizados, monitoramento de indicadores clínicos, programação realizada a partir das diretrizes clínicas, compartilhamento de serviços de apoio à clínica e compartilhamento das informações clínicas.

O SAPS é composto por estrutura física e equipe de saúde multiprofissional, liderada por médicos da família. Funciona de segunda a sexta- feira, das 7h30 às 19h30, e aos sábados, das 7h30 às 13h30. Fora desses horários, o beneficiário pode entrar em contato com o médico da família por via telefônica, buscando orientação a distância, 24 horas por dia. Possui recepção, brinquedoteca, sala de triagem, consultórios, sala para exame e sala de aplicação de medicamento. A equipe é formada por três médicos da família, duas enfermeiras, dois técnicos de enfermagem, duas recepcionistas, um farmacêutico, uma psicóloga, uma fisioterapeuta e uma nutricionista. Na Figura 2, pode-se observar o organograma dessa unidade de atendimento.

Figura 2 – Organograma do SAPS.



Fonte: Moraes (2015, p. 5).

### 2.4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Desde a Conferência de Alma-Ata, em 1978, diversos autores vêm propondo definições sobre a APS. Por sua relevância, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS apud BRASIL, 2010, p. 52) definiu-a como

um conjunto de valores: direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade. Um conjunto de princípios: responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social, entre outros. Um conjunto indissociável de elementos estruturantes atributos – do sistema de serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural.

A APS tem sido desenvolvida e reconhecida no mundo, por mais de três décadas, como uma estratégia capaz de estruturar redes integradas de atenção à saúde. “Em vários países europeus e no Canadá, a atenção primária é vista como o primeiro nível de um sistema de saúde com oferta de serviços clínicos de qualidade, responsável pela coordenação do cuidado e organização do sistema” (LAVRAS, 2011, p. 868).

Experiências em países com sistemas de assistência à saúde, como Inglaterra, Canadá, Espanha, Portugal e Cuba, evidenciam que a APS melhora a eficiência e efetividade da atenção à saúde, com racionalização de custos (CASTRO et al., 2012; GIL, 2006; OUVRENEY; NORONHA, 2013). No Brasil, o Ministério da

Saúde implementou mudanças na assistência à saúde, fundamentando-se em modelos de experiências exitosas de países que organizaram seus sistemas de saúde tendo como prioridade a atenção de acesso universal, continuada e integral junto à comunidade, ou seja, que desenvolveram sistemas direcionados para a APS, promovendo a atenção básica como porta de entrada (CANESQUI; OLIVEIRA, 2002; OLIVEIRA, 2007).

Nesse sentido,

o objetivo maior de todos os processos de estruturação e gestão do sistema de saúde consiste no bem-estar da população usuária, de forma que as estratégias de coordenação do cuidado devem considerar sempre os impactos efetivos sobre os níveis de saúde dos beneficiários. É fundamental o domínio de informações detalhadas sobre o ambiente de inserção do usuário e de sua família, o que amplia a capacidade de planejamento de ações efetivas por parte do sistema de saúde (OUVERNEY; NORONHA, 2013, p. 154).

Assim, a APS sistematizada deve apresentar o domínio de informações, por meio das características que Starfield (2005) conceitua como atributos essenciais, quais sejam: acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação dos serviços, além da presença de atributos derivados, como orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. Esses atributos podem ser avaliados separadamente, apesar de apresentarem-se intimamente inter-relacionados na prática assistencial, individual ou coletiva, dos serviços de APS, como indicado no Quadro 2.

Quadro 2 – Análise dos atributos da APS.

Dimensão de análise	Definição
Acesso	Acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.

Dimensão de análise	Definição
Longitudinalidade	Existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.
Integralidade	Leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.
Coordenação da atenção	continuidade do atendimento pelo mesmo profissional ou por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.
Orientação familiar	Avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.
Orientação comunitária	Reconhecimento por parte do serviço de saúde, que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado. As necessidades em saúde da comunidade devem ser identificadas através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.
Competência cultural	Adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

Fonte: Adaptado de Starfield (2005).

A atenção à saúde centrada na família (orientação familiar) é um dos atributos da APS. Nesse contexto, inicialmente, idealizou-se o PSF, que, por ter sido avaliado como um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde no nível da atenção básica, “foi considerado, em 1997, uma estratégia possível para reorientação da Atenção Básica” (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013, p. 222). Hoje, é denominado ESF, sendo direcionado para a construção de um novo modelo de atenção integral à saúde das famílias.

O ESF articula os demais níveis de complexidade de atenção com a APS, garantindo, assim, a integralidade das ações e a continuidade do cuidado. Trata-se de um modelo pautado no trabalho em equipe, priorização da família em seu território, acolhimento, vínculo, ações de prevenção e promoção da saúde, sem descuidar do tratamento e reabilitação (GARUZI et al., 2014, p. 144).

As estratégias voltadas para a reorganização das ações de APS fundamentam-se em uma nova ética política institucional e consolidam-se por meio da ESF, “expandindo os serviços à população em geral, particularmente nas camadas mais pobres” (ALVES, 2005, p. 62). Essa mudança configura-se como meio de fomentar ações de promoção, prevenção e assistência à saúde, de maneira que integrem todos objetivos, em território bem delimitado.

Destarte, o processo de trabalho da ESF caracteriza-se pelo desenvolvimento de ações multidisciplinares, planejadas a partir das necessidades locais, por meio do diagnóstico de saúde do território e estabelecimento de vínculos entre profissionais e população, com a finalidade de garantir a efetividade da atenção primária (BRASIL, 1997, 2007). Em seu estudo, Garuzi et al. (2014) identificam que a ESF também tem a função de articular os demais níveis de complexidade com a APS. Assim, compreende ações relacionadas ao contato do paciente/médico com o sistema de saúde; coordenação da prestação de cuidados; abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a família e a comunidade; relação médico-paciente ao longo do tempo; processo de tomada de decisão, determinado pela prevalência e incidência de doença na comunidade; e gestão simultânea dos problemas, tanto agudos quanto crônicos, dos pacientes individuais.

A dinâmica de assistência à saúde na prática da ESF diferencia-se do modelo tradicional no que se refere aos princípios, concepção de saúde, relação profissional, assistência, finalidade do trabalho, objeto de trabalho, instrumentos de trabalho e produto de trabalho, como é possível observar no Quadro 3.

MODELO TRADICIONAL DE SAÚDE	PARÂMETROS	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
Baseado nas premissas da biomedicina.	PRINCÍPIOS	Baseado nas premissas da Atenção Primária em Saúde e do Sistema Único de Saúde.
Pautada no entendimento de saúde como ausência de doença.	CONCEPÇÃO DE SAÚDE	Adota uma noção mais ampla do processo saúde-doença.
Centrada no médico.	RELAÇÃO PROFISSIONAL	Amplia para uma equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar.
Centrada na doença e cura.	ASSISTÊNCIA	Inclui ações curativas, de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de reabilitação.
É a ação profissional voltada à pessoa que necessita de tratamento de doenças.	FINALIDADE DO TRABALHO	É a ação profissional voltada para uma assistência ampliada, prestada às pessoas e à coletividade de uma área adstrita.
O corpo físico do indivíduo/parte afetada do corpo.	OBJETO DE TRABALHO	É o ser humano com carência de saúde na sua integralidade; em seu contexto familiar, cultural e social.
São equipamentos e materiais como maca, gaze, seringa, entre outros, bem como protocolos assistenciais, conhecimento estruturado sobre clínica.	INSTRUMENTOS DE TRABALHO	São equipamentos, materiais e protocolos assistenciais, similares aos usados no modelo tradicional, agregando outros com vistas a contemplar a dimensão integral do sujeito.
É a atividade assistencial realizada, como por exemplo, o curativo feito, o diagnóstico realizado, a prescrição fornecida.	PRODUTO DO TRABALHO	É a assistência realizada agregando outras dimensões como: ações educativas, implantação de programas e de medidas para mudanças nos indicadores sociais e de morbimortalidade.

Fonte: Soratto et al. (2015, p. 588).

O estudo de Barbosa, Celino e Costa (2015, p. 1106) analisou a operacionalização da ESF em uma empresa do sistema de saúde suplementar, a partir das subcategorias: vínculo, cobertura assistencial/integralidade e programas de promoção da saúde, concluindo que “a adoção da ESF no setor suplementar representa um avanço na tentativa de implantação de uma assistência voltada para a promoção da saúde, em detrimento da atenção médica tradicional prestada entre os planos privados de saúde”.

A ESF, portanto, constitui uma proposta de mudança do “modelo tradicional de assistência em saúde, que é fragmentado, tecnicista, *hospitalocêntrico* e centrado na doença” (SORATTO et al., 2015, p. 588, grifo do autor), para um modelo de

assistência integral, “compreendendo a integralidade nas dimensões de: cuidar da pessoa conforme sua necessidade, em um atendimento integral e intersetorial” (VIEGAS et al., 2015, p. 1097).

#### **2.4.2 Kaiser Permanente**

A Kaiser Permanente é empresa privada de saúde nos Estados Unidos, que desenvolve estratégias de gestão em saúde utilizando como modelo a atenção e cuidado integral e a gestão de pacientes com doenças crônicas, com foco na integração tecnológica de suas estruturas assistenciais e de gestão (FEACHEM; SEHRI; WHITE, 2002). Além disso, apresenta finalidade social orientada à qualidade e assume responsabilidade compartilhada para o sucesso do programa, integração em múltiplas dimensões, prevenção e cuidados com foco na gestão. Segundo Singh e Ham (2006), há evidências de que a adoção do modelo de atenção à saúde da Kaiser Permanente produz melhorias na qualidade de vida dos beneficiários, diminuindo as internações hospitalares e o tempo de permanência nos hospitais.

Nesse modelo de atenção, alcançar um atendimento integrado é um dos grandes desafios. Isso exige a implementação de mudanças, a transformação sistêmica, inclusive em níveis de remuneração e financiamento, assim como avaliação de intervenções de prevenção de forma ampla. Nele,

médicos de atenção primária e secundária compartilham o mesmo orçamento e as mesmas funções em centros multi-especialidades com participação de enfermeiras, farmacêuticos, técnicos de laboratório, radiologistas e outros. Os pacientes com condições crônicas são estratificados de acordo com suas necessidades, com uma gestão intensiva da atenção aos portadores de mais altos riscos (MENDES, 2010, p. 116).

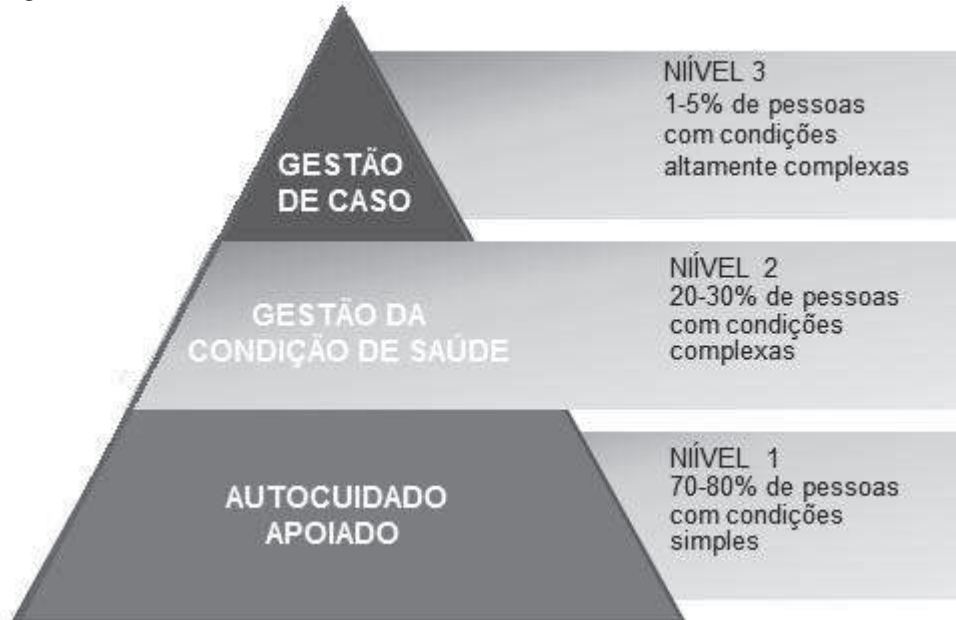
Os sistemas integrados de saúde promovem um novo processo de governança, que envolve o planejamento, incluindo a formulação estratégica, adaptação programática e formulação orçamentária. Vários fatores fazem parte do desdobramento, como gestão de clientes, gestão dos conflitos, motivação e manutenção cultural e processos de monitoramento (financeiro e dos programas).

Em seu estudo, Mendes (2010) expõe que, mediante a pirâmide da Kaiser Permanente e das evidências sobre a atenção à saúde baseada na população de



risco, é possível articular ações com intervenções de prevenção das condições de agravamento. Por isso, as intervenções relativas às condições de saúde estabelecidas implicam a estratificação dos riscos, como demonstra a Figura 3.

Figura 3 – Pirâmide da Kaiser Permanente.



Fonte: Bengoa (2008, p. 36).

O modelo da pirâmide de risco evoluiu gradativamente, desde um foco em portadores de condição de saúde muito complexa até seus três níveis atuais (FIREMAN et al., 2004). A delimitação do cuidado, como demonstrado, sugere que o cuidado, coordenado com a integração da informação, propicia melhores resultados na atenção ao paciente. Mendes (2010, p. 33), nesse sentido, pontua que é preciso possuir uma visão ampliada da evolução clínica, uma vez que “muitas condições agudas podem evoluir para condições crônicas e de outra forma, as condições crônicas podem apresentar períodos de agudização”; nesses momentos, o gerenciamento dá-se pela integração das informações.

No Quadro 4, há um comparativo entre um prontuário sem integração e informatização e um prontuário informatizado e integrado com toda a rede de assistência.

Quadro 4 – Comparativo da informatização dos registros/prontuários clínicos.

<b>Sem informatização</b>		<b>Com informatização (integrada)</b>
Sem gerência da informação	≠	Gerência da informação
Memorização da informação para a tomada das decisões		Ferramenta interativa para a tomada das decisões
Ações probabilísticas		Tomada de decisões científicas
Ações individuais		Ações com utilização de diretrizes clínicas
22% a 38% das informações das pessoas usuárias não estão disponíveis		Informações completas, relevantes e instantâneas
Dificuldade de acompanhamento das informações		Compartilhamento e interoperacionalidade das informações

Fonte: Mendes (2010, p. 141).

O prontuário integrado é disponibilizado para toda a rede de atenção e torna possível uma análise ampla das condições de saúde do paciente, como também de sua evolução ao longo do tempo. Há evidências de que os prontuários clínicos eletrônicos melhoram a divisão de trabalho entre diferentes prestadores, reduzem a redundância de procedimentos e melhoram o diagnóstico e o plano de cuidado (WHO, 2001).

Kodner e Spreeuwenberg (2002, p. 4) definem a integração como um “conjunto consistente de métodos e modelos nível finanças, administração, organização, realização, serviços e aspectos clínicos, destinadas a criar conectividade, alinhamento e colaboração dentro e entre setores, sendo cuidados integrados”, de forma que a combinação desses processos favorece a prestação coordenada de serviços em saúde e fornece melhores resultados para os beneficiários finais.

## 2.5 AVALIAÇÃO

Libâneo (2008) considera que a avaliação, um termo polissêmico, de forma geral, diz respeito a um conjunto de ações voltadas para o estudo sistemático de um fenômeno, ou uma pessoa, visando a emitir um juízo valorativo. Constitui uma tarefa complexa que não se resume à coleta, mensuração de dados e interpretações; diz

respeito também ao “aprendizado gerado como consequência da avaliação para todo corpo social nela interessado” (HARTZ, 2006, p. 4).

Contandriopoulos (2006, p. 706) complementa que avaliar é

aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas – avaliação normativa – ou, ser elaborado a partir de um procedimento científico – pesquisa avaliativa.

Cruz e Reis (2011, p. 11) salientam que, na lógica disciplinar da sociedade moderna, “o julgamento ainda é associado à punição, a castigo e a sanção”. Embora a avaliação gere julgamento, ela possibilita aprendizagens e reflexões aos atores envolvidos e, por conseguinte, possíveis reorganizações, adequações e melhorias. Para tanto, faz-se necessária a “explicitação clara dos critérios e parâmetros utilizados para a emissão do julgamento” (CRUZ; REIS, 2011, p. 3). Sendo assim, a escolha de uma metodologia adequada pode produzir melhores resultados, por organizar e assegurar que a avaliação seja “condizente com as necessidades e útil do ponto de vista da produção de respostas apropriadas para as mudanças necessárias” (CRUZ; REIS, 2011, p. 6).

A avaliação pode ocorrer como iniciativa de diferentes atores sociais e apresentar distintos objetivos ou propósitos (UCHIMURA, 2002). Bodstein (2009, p. 1337), a esse respeito, afirma que “pesquisas avaliativas têm o mérito inegável de aprofundar o diálogo entre academia e serviços”, podendo suas evidências e resultados influenciar e até reorientar processos decisórios.

As metodologias adotadas para avaliações podem ser diversas. Para Novaes (2000, p. 549), elas “devem atender a critérios referenciados por teorias e metodologias gerais aceitas por áreas de conhecimento e práticas legitimadas”.

Na área de conhecimento da saúde, existe uma grande diversidade nos métodos de avaliação, os quais podem ser determinados pelo objetivo desta – se é para “tomada de decisão, produção de conhecimento ou aprimoramento da gestão, considerando a forma de utilização: se é para demonstração, comprovação ou informação” (NOVAES, 2000, p. 549). Assim, elas podem ser quantitativas ou

qualitativas, situacionais ou experimentais, no contexto controlado ou natural. Novaes (2000) afirma que há um juízo formulado de: comprovação/negação de hipóteses, recomendações ou normas.

### 2.5.1 Avaliação da qualidade

Nos estudos sobre avaliação da qualidade da assistência na área de conhecimento da saúde, identificam-se a complexidade e abrangência do conceito de qualidade (MALLET, 2005; NOVAES, 2000; SERAPIONI, 2009). Serapioni (2009, p. 70), por exemplo, aponta que “a complexidade é reforçada pela variedade de atores que agem no âmbito dos sistemas de saúde e pela diversidade dos pontos de vista”. Nesse contexto, a escolha de um método de avaliação da qualidade da atenção à saúde deve apresentar enfoque multidimensional (SERAPIONI, 2009).

As dimensões da qualidade perpassam pela eficácia, efetividade e eficiência clínica (MALLET, 2005) e estão intimamente relacionadas à capacidade organizacional, à relação com o paciente, ao trabalho interdisciplinar etc. Nesse sentido, Pena, Silva e Ronchin (2013, p. 1236) ressalta que a “qualidade em serviço de saúde pode ser considerada a razão entre o nível de eficácia do serviço e a expectativa do usuário”. No Quadro 5, é possível compreender as definições de eficácia, efetividade e eficiência.

Quadro 5 – Definições de eficácia, efetividade e eficiência.

<b>Termo</b>	<b>Dicionário Aurélio</b>	<b>Collins Dictionary</b>
Eficácia ( <i>efficacy</i> )	Qualidade ou propriedade de eficaz; eficiência.	<i>If you talk about the efficacy about something, you are talking about its effectiveness and its ability to do what is supposed to.</i>
Efetividade ( <i>effective</i> )	Atividade real; resultado verdadeiro; a efetividade de um serviço ou de um tratamento.	<i>Effective means having a particular role or result in practice though not officially or in theory.</i>
Eficiência ( <i>efficiency</i> )	Ação, força; virtude de produzir um efeito.	<i>The quality of being able to do a task successfully, without wasting time or energy.</i>

Fonte: Adaptado de Collins (2006) e Ferreira (2002).

### 2.5.2 Avaliação da qualidade da assistência à saúde

Mallet (2005, p. 449) cita que Avedis Donabedian é reconhecido na área da saúde por seus “estudos relacionados a questões teóricas, práticas e de monitoração e avaliação de qualidade”, com base em três aspectos – estrutura, processo e resultado – relacionados à presença de sete atributos, “que se difundiram graças ao apoio da OMS, em muitos países do mundo” (SERAPIONI, 2009, p. 666). Os atributos sistematizados por Donabedian (1992 apud NEPOMUCENO; KURCGANT, 2008) são: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Após 24 anos dos estudos de Donabedian, a perspectiva de qualidade mudou consideravelmente e passou de uma consciência mais geral da qualidade nos cuidados “para esforços de políticas mais amplas destinadas a avaliar proativamente a qualidade e melhorar o atendimento” (SCOTT, 2015, p. 5). Contudo, os aspectos de estrutura, processo e resultados ainda são os principais sustentáculos em avaliação e melhoria da qualidade, pois avaliam o contexto e ambiente de cuidado, a maneira como os cuidados são prestados e seus efeitos.

Para Donabedian (1992 apud NEPOMUCENO; KURCGANT, 2008, p. 667), as dimensões da qualidade referem-se tanto aos três atributos citados (eficácia, efetividade e eficiência) quanto aos seguintes:

Otimidade: conceito próximo de eficiência, pois também lida com a questão de custo/benefício. Avalia os efeitos do cuidado em relação os custos.

Aceitabilidade: é igual à adaptação do cuidado aos desejos expectativas e valores os indivíduos das famílias relacionam-se com acessibilidade que resulta na combinação de fatores distintas ordens que podem ser classificados como geográficos, organizacionais, socioculturais e econômicos.

Legitimidade: refere-se à qualidade do cuidado em seu componente social, significado que além da preocupação com os indivíduos, deve levar em conta a responsabilidade pelo bem-estar da comunidade.

Equidade: é o atributo pelo qual se determina o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para sociedade. Mais do que uma dimensão do cuidado, é uma questão de política pública.

Tais atributos demonstram que a qualidade não se restringe à dimensão técnico-profissional do cuidado, sendo as percepções dos atores sociais sobre a qualidade dos serviços importantes, uma vez que refletem suas experiências no contexto da assistência à saúde. Moraes, Campos e Brandão (2014) afirmam que a

satisfação dos beneficiários é um dos componentes básicos da qualidade de qualquer serviço de saúde.

Em seus estudos, Jorge et al. (2007, p. 260) dissertam que a “qualidade da assistência é determinada pelo resultado, traduzido na obtenção da saúde e na satisfação dos beneficiários”. Mas a qualidade de sua assistência não necessariamente garante a saúde, visto que vários fatores estão implicados no processo saúde-doença, de forma que a “relação entre os serviços de saúde e a população envolve inúmeras características que extrapolam o atendimento à demanda” (NUNES et al., 2014, p. 969).

O conceito de satisfação faz-se presente em muitas pesquisas relacionadas à qualidade de serviços de assistência à saúde (CASTRO et al., 2012; MORAES; CAMPOS; BRANDÃO, 2014; MOREIRA et al., 2015; PENA; SILVA; RONCHIN, 2013). Por exemplo, em seu estudo, Savassi (2010) faz uma relação entre os atributos das dimensões da qualidade de Donabedian referentes à estrutura, processo e resultado e os três fatores principais que podem determinar a satisfação: características dos pacientes (sociodemográficas, expectativas e estados de saúde), características dos profissionais (personalidade, qualidade técnica e perfil) e aspectos da relação médico-paciente (fatores estruturais e ambientais). Já Moraes, Campos e Brandão (2014) afirmam que “não existe um consenso sobre o conceito de satisfação”, mas ele deve ser parte integrante da avaliação da qualidade.

No Brasil, o processo de avaliação “ainda é incipiente, com poucos instrumentos disponíveis, adequados e validados” (MORAES; CAMPOS; BRANDÃO, 2014, p. 127). Dada a relevância das metodologias avaliativas (TEIXEIRA et al., 2014), há indicativos de que a realização de uma pesquisa de avaliação da qualidade de um serviço de assistência à saúde deve se orientar por uma metodologia com rigor científico, devendo os instrumentos utilizados ter amplo reconhecimento, entendendo-se que a “qualidade de um instrumento depende de sua validação, que é entendida por sua capacidade de medir precisamente o fenômeno estudado” (POLIT; BECK, 2011, p. 29).

Serapioni (2009, p. 73) afirma que há “um amplo consenso sobre a importância de adotar uma pluralidade metodológica” no que se refere à avaliação

da qualidade em saúde, tendo em vista que se busca responder às diversas questões relacionadas às diferentes necessidades dos implicados na avaliação.

Na perspectiva multidimensional da avaliação da qualidade em saúde, pode-se admitir a copresença de métodos e técnicas, desde que demonstrem a capacidade de capturar as dimensões estruturais e as representações sociais dos atores envolvidos (SERAPIONI, 2009). Sendo assim, sua realização pode se dar por meio de “questionários, grupos focais, assembleias públicas, análise de queixas e reclamações dos pacientes, análise dos processos de fluxo dos pacientes e várias tipologias de estudos etnográficos” (SERAPIONI, 2009, p. 69).

O Quadro 6 contempla métodos de avaliação da qualidade da assistência à saúde identificados na literatura, a partir de levantamento bibliográfico no banco de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), com os descritores: “instrumentos avaliação qualidade serviços saúde atenção primária” e “instrumentos de avaliação qualidade serviços de saúde atenção primária saúde suplementar”, incluindo suas respectivas configurações, características, atores envolvidos, o que avalia, trabalhos relacionados e locais onde são aplicados. Na busca, foram identificadas 165 publicações em periódicos com pesquisas em diversos países, das quais 133 foram revisadas por pares. No Brasil, encontraram-se 57 publicações, sendo 38 revisadas por pares. O levantamento bibliográfico revelou que o PCATool é um instrumento utilizado especificamente para avaliação da qualidade.

Quadro 6 – Métodos de avaliação da qualidade da assistência à saúde.

<b>Método/ instrumento</b>	<b>Autor(es)</b>	<b>Modelo</b>	<b>Características</b>	<b>Atores</b>	<b>O que av</b>
Instrumento de avaliação para melhoria da qualidade	Brasil (2005)	Questionário semiestruturado	Instrumento de avaliação e de gestão da qualidade da ESF.	Gestores integrantes de equipes de saúde da família.	Equipamentos, organização do trabalho, acolhimento e utilização, com enfoque na qualidade do serviço prestado.
Instrumento de avaliação – formulário próprio	Jorge et al. (2007)	Formulário baseado na metodologia de Donabedian, apresenta análise descritiva, qui-quadrado para análise da associação e análise estatística, com cálculo do índice V de Cramer.	Avalia a qualidade dos serviços relacionada ao perfil do usuário.	Beneficiários dos serviços ofertados pela equipe de saúde da família.	Estrutura (condições do espaço físico), processo (ações desenvolvidas no campo) e resultados (resolubilidade e satisfação).
Instrumento de avaliação – questionário SERVQUAL	Pena, Silva e Ronchin (2013)	Questionário estruturado	Avalia a qualidade dos serviços de saúde.	Beneficiários dos serviços de saúde ofertados.	Em duas escalas: expectativas e percepções, analisando cinco dimensões da qualidade: tangibilidade, confiabilidade, responsabilidade, atendimento, segurança e eficiência.
Instrumento de avaliação – <i>European Task Force on Patient Evaluation of General</i>	Brandão, Giovanella e Campos (2013)	Questionário com perguntas fechadas, utilizando uma escala de categorias representadas por figuras de faces, com cinco expressões	Instrumento de avaliação projetado para fornecer <i>feedback</i> para a melhoria da prática, desempenho e organização dos	Beneficiários dos serviços ofertados pela equipe de saúde da família.	Relação e comunicação, cuidados médicos, informação e acesso, continuidade e cooperação e organização do



<i>Practice Care</i> (EUROPEP)		distintas de satisfação (1 - muito bom; 2 - bom; 3 - regular; 4 - ruim; 5 - péssimo; 6 - não se aplica).	cuidados dos profissionais médicos da família. Modelo europeu de avaliação da qualidade em APS.		serviços, com ênfase na satisfação dos beneficiários.
Grupo focal e questionário	Moraes, Campos e Brandão (2014)	Grupo focal e questionário para a obtenção de informações dos beneficiários sobre: faixa etária, sexo, nível de escolaridade e autopercepção de saúde, com cinco possibilidades de resposta: ótima, muito boa, boa, regular e má. Realizou análise de conteúdo, com a categorização das falas em dimensões e subdimensões da satisfação.	Avalia a qualidade dos serviços, por meio das dimensões relacionadas pelo usuário.	Beneficiários dos serviços ofertados pela equipe de saúde da família.	Chegou-se a um total de 17 dimensões, sendo as mais importantes: acesso e disponibilidade do serviço de saúde; organização do processo de trabalho; relação com os profissionais de saúde; longitudinalidade do cuidado e estabelecimento de vínculo entre profissionais e beneficiários; e coordenação do cuidado.
PCATool Brasil	Harzheim et al. (2013)	Questionário semiestruturado, em quatro versões: profissionais da saúde, beneficiários adultos, beneficiários crianças e beneficiários adultos, versão reduzida.	Mede a extensão dos atributos da APS.	Gestores profissionais da saúde, beneficiários adultos e beneficiários crianças.	Presença dos atributos da APS: acesso de primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; orientação familiar; orientação comunitária; e competência clínica.

Fonte: A autora (2016).

Os trabalhos relacionados à avaliação da qualidade da assistência à saúde na saúde suplementar contemplando os atributos da APS foram escassos, tendo os estudos encontrados evidenciado avaliação segmentada, como demonstra o Quadro 7.

Quadro 7 – Avaliação da qualidade da assistência à saúde – saúde suplementar.

AUTORES E ANO	ATRIBUTO	AVALIA	PRÁTICA
ALVES. <i>et al.</i> (2016)	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS E CUSTOS	SEGMENTADO
DAROS <i>et al.</i> (2016)	INTEGRALIDADE	SATISFAÇÃO DO BENEFICIÁRIO	SEGMENTADO
MONKEN <i>et al.</i> (2016)	COORDENAÇÃO SIST. INFORMAÇÃO	SATISFAÇÃO DO BENEFICIÁRIO	SEGMENTADO
NERI <i>et al.</i> (2015)	TANGIBILIDADE; CONFIABILIDADE; PRESTEZA; SEGURANÇA, EMPATIA.	SATISFAÇÃO DO BENEFICIÁRIO	SISTÊMICO
BARBOSA <i>et al.</i> (2015)	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	OPERACIONALIZAÇÃO DA ESF PROFISSIONAIS	SEGMENTADO

Fonte: A autora (2016).

O estudo de Alves, Uga e Portela (2016) explora a associação entre ações de promoção da saúde e prevenção de doenças cardiovasculares em uma OPS brasileira que adotou a ESF a partir da utilização de serviços e respectivos custos. Daros et al. (2016), por sua vez, desenvolveram um estudo cujo objetivo foi analisar o conceito de qualidade a partir da demanda dos beneficiários da saúde suplementar, na perspectiva da integralidade. Já Monken et al. (2016) avaliaram o sistema de informação e gestão em relação à eficiência de uma central de atendimento, boas práticas e satisfação dos clientes, tendo como metodologia a pesquisa-ação.

Neri (2015) demonstra, em sua pesquisa, uma avaliação sistêmica que abrange vários atributos relacionados à qualidade, porém distintos daqueles preconizados na APS. Por fim, Barbosa, Celino e Costa (2015) objetivaram analisar

a ESF em uma empresa do sistema de saúde suplementar e sua respectiva qualidade, a partir dos profissionais que atuam no serviço.

### **3 ENCAMINHAMENTOS METODOLÓGICOS**

#### **3.1 TIPOLOGIA DA PESQUISA**

Trata-se de estudo avaliativo, quantitativo e transversal, realizado com a aplicação do instrumento PCATool adulto, versão reduzida, cujo intuito foi o de avaliar a qualidade assistencial do Serviço de Atenção Personalizada à Saúde da Unimed Paraná, cooperativa de saúde de segundo grau e operadora de saúde.

#### **3.2 CENÁRIO DA PESQUISA**

O projeto foi realizado na cidade de Curitiba, capital do estado do Paraná, no SAPS da Unimed Paraná. Trata-se de projeto que envolve infraestrutura física e tecnológica, gestão de processos e envolvimento de equipe multidisciplinar para prestar assistência à saúde para um grupo específico de beneficiários constituído por colaboradores da Unimed Paraná e seus dependentes. A equipe multidisciplinar foi treinada e é liderada por pessoas que realizaram curso de especialização em atenção primária à saúde, com professores brasileiros e da Universidade de Cambridge (Boston, EUA). Os componentes da equipe multidisciplinar são três médicos com especialidade em medicina da família, duas enfermeiras, dois técnicos de enfermagem, duas recepcionistas, um farmacêutico, uma psicóloga, uma fisioterapeuta e uma nutricionista, e que garantem o acesso ao primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado e atenção centrada na família. Conforme relatado anteriormente, dispõe também de recursos de tecnologia da informação, tais como registros clínicos eletrônicos padronizados, monitoramento de indicadores, sistemas de agendamento e de acompanhamento conforme diretrizes clínicas.

O SAPS funciona de segunda a sexta- feira, das 7h30 às 19h30, e aos sábados, das 7h30 às 13h30. Fora desses horários, o beneficiário pode entrar em contato com o médico da família por via telefone, buscando orientação à distância, 24 horas por dia. Possui recepção, brinquedoteca, sala de triagem, consultórios, sala para exame e sala de aplicação de medicamento.

O SAPS, no período analisado, prestava assistência a este grupo específico e que somavam 900 beneficiários. A estrutura e a equipe atendiam em média, semanalmente, 76 consultas médicas, sendo que o PCATool Adulto versão reduzida foi aplicado num período que somou aproximadamente 60 dias, em que a pesquisadora aplicou e realizou entrevista individual para 270 pessoas que

aceitaram participar da pesquisa, depois de terem conhecimento e assinarem o consentimento livre e esclarecido.

### 3.3 ETAPAS DA PESQUISA

Esta pesquisa foi organizada em quatro etapas, como demonstrado na Figura 4. A primeira etapa diz respeito à seleção dos participantes; a segunda refere-se à coleta de dados; a terceira diz respeito aos seis passos para a obtenção dos escores; e a quarta corresponde à análise dos escores.

Figura 4 – Etapas da pesquisa.



Fonte: A autora (2017).

#### 3.3.1 Etapa 1: aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, em 12 de agosto de 2016, sob o parecer de nº CAAE 58087216.6.0000.0020, mediante autorização por escrito da Unimed Paraná. Os dados dos beneficiários foram mantidos em sigilo e todos os procedimentos foram realizados em conformidade com as exigências éticas para aplicação do instrumento PCATool adulto, versão reduzida. Todas as informações foram utilizadas exclusivamente para fins desta pesquisa.

#### 3.3.2 Etapa 2: seleção dos participantes

A definição do número de participantes foi realizada por meio de cálculo de amostragem aleatória simples, conforme Equação 1 descrita por Correia (2003). O número  $n$  foi definido como sendo 270 beneficiários. A seleção foi feita entre os

colaboradores da Unimed Paraná e seus dependentes, que foram incluídos no projeto visto o plano de saúde ser um benefício sem ônus aos funcionários da instituição

$$n = \frac{N.Z^2.p.(1-p)}{(N-1).e^2 + Z^2.p.(1-p)}$$

Em que: n = tamanho da amostra; N = tamanho do universo (900); Z = nível de confiança 95% (1,96); e = margem de erro máximo (5%); p = 50% = 0,5.

Realizou-se um pré-teste, com a aplicação do instrumento de pesquisa a 27 beneficiários, número que corresponde a 10% do universo amostral (não incluído no estudo), no intuito de identificar possíveis vieses e dificuldades referentes às perguntas do questionário.

Por meio dos resultados desse pré-teste, definiu-se que não se incluíam na pesquisa os beneficiários que estavam realizando a primeira consulta, por eles se considerarem incapazes de responder com fidedignidade às questões, uma vez que não haviam sido atendidos no SAPS, pois aquele era o primeiro contato. Não houve necessidade de ajustes do questionário.

Os critérios de inclusão foram residência fixa no município de Curitiba e idade igual ou superior a 18 anos. Critérios de exclusão: pessoas que, no momento da coleta, estavam impedidas de comunicar-se e beneficiários em primeira consulta.

### 3.3.3 Etapa 3: coleta de dados

A pesquisa de campo efetivou-se por meio de uma entrevistadora (própria pesquisadora), que não tinha relação com o serviço. A coleta de dados teve início em 8 de agosto de 2016 e finalizou-se em 24 de outubro de 2016. Durante esse período, as entrevistas foram realizadas no horário de funcionamento da unidade assistencial própria da operadora de saúde suplementar, em dias alternados. Foram abordados 300 beneficiários, dos quais 30 (10%) negaram-se a participar. As principais justificativas para a recusa foram: beneficiários acompanhados de filhos pequenos, que precisavam de atenção; beneficiários que, após a consulta, estavam se sentindo mal; e beneficiários que afirmaram não querer avaliar os serviços. No fim da pesquisa, obteve-se uma amostra total de 270, sendo 176 (65,2%) mulheres e 94 (34,8%) homens.

Os beneficiários do SAPS que atendiam aos critérios de inclusão foram selecionados, por meio de sorteio utilizando uma planilha de Excel com os agendamentos de consulta da semana. Para cada nome (usuário), foi atribuído um número aleatório (entre 1 e 75, por exemplo), selecionando-se 30 amostras

aleatórias. Aos selecionados, foi feito o convite para participar do estudo, além da explicação acerca dos seus objetivos, ressaltando-se o anonimato. Aqueles que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), constante no Apêndice A.

Nesta pesquisa, foi aplicado o formulário PCATool adulto, versão reduzida, disponibilizado no Apêndice B, que consistiu em um instrumento de avaliação da orientação à APS, composto por 28 itens, cinco dos quais mediam o grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde, enquanto os demais avaliaram os atributos da APS, quais sejam: primeiro contato (utilização e acesso); longitudinalidade; coordenação (integração, cuidado e sistema de informações); integralidade (serviços e serviços prestados), orientação familiar e orientação comunitária.

Os 23 itens avaliados na versão reduzida foram escolhidos por “apresentarem características de discriminação, classificadas de moderada a forte, contemplando os atributos da APS” (OLIVEIRA et al., 2013, p. 256), sendo descritos de forma a captar a experiência do usuário em relação ao processo e à estrutura de um serviço de saúde. As questões identificaram e possibilitaram mensurar a presença e a extensão dos atributos primários e derivados da APS, avaliados em relação a um componente de estrutura e outro de processo da atenção (BRASIL, 2010; HARZHEIM et al., 2006). A partir das respostas, foi definido um escore para cada atributo, podendo-se correlacioná-lo com a efetividade do cuidado (BRASIL, 2010).

O instrumento PCATool foi adaptado por Macinko (2004) e posteriormente utilizado por Elias et al. (2006), Ibañez et al. (2006) e Van Stralen et al. (2008). As perguntas estão disponibilizadas no Apêndice B.

#### **3.3.4 Etapa 4: cálculo dos escores**

Após a aplicação do instrumento, foram calculados os escores dos atributos, de acordo com as instruções presentes no manual do PCATool (BRASIL, 2010), atendendo aos seguintes passos: (i) inversão dos valores; (ii) transformação do valor das respostas; (iii) cálculo da média para definição do escore; (iv) transformação da escala; (v) escore essencial; (vi) escore geral. É importante ressaltar que o instrumento utilizado foi a versão reduzida, que, portanto, não apresenta todos os itens da versão completa.

As respostas possíveis para cada um dos itens e respectivos valores eram: com certeza sim (4), provavelmente sim (3), provavelmente não (2), com certeza não (1) e não sei/não lembro (9). Os escores dos atributos ou seus componentes foram calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens

(questões) que compõem cada atributo ou seu componente e convertidos em uma escala de 0 a 10. Valor igual ou maior que 6,6, que compreende o tercil superior do escore, foi considerado alto (BRASIL, 2010; HAUSER et al., 2013).

#### 3.3.4.1 Inversão dos valores

Os itens C9, C10, C11, C12 e D14 foram formulados de maneira que, quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor era a orientação para APS. Logo, tiveram seus valores invertidos, da seguinte forma: valor 4 = 1, valor 3 = 2, valor 2 = 3 e valor 1 = 4.

#### 3.3.4.2 Transformação do valor das respostas

Se, para um entrevistado, a soma de respostas em branco (*missing*) com respostas 9 (não sei/não lembro) atingiu 50% ou mais do total de itens (perguntas) de um componente (B a J), não se calculou o escore desse componente para o sujeito. Assim, o escore correspondente para ele ficou em branco (*missing*) no banco de dados<sup>2</sup>.

Se, para um entrevistado, a soma de respostas em branco (*missing*) com respostas 9 (não sei/não lembro) foi inferior a 50% do total de itens de um componente, transformou-se o valor 9 para valor 2 (provavelmente não). Essa transformação foi necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde não são conhecidas pelo sujeito.

---

<sup>2</sup> Razão pela qual há variação no *n*. Embora tenham sido realizadas 270 entrevistas, o escore de alguns componentes, conforme a resposta do entrevistado, ficou em branco (*missing*) no banco de dados, não tendo sido contabilizado.



Quanto ao componente grau de afiliação (A1 a A3), do atributo longitudinalidade, seu cálculo requereu o uso do seguinte algoritmo:

- a) Todas as respostas “não”:  $A1 = A2 = A3 = 0$ ; então, grau de afiliação = 1.
- b) Uma, duas ou três respostas “sim”, porém diferentes, relativas a serviços distintos:  $A1 \neq A2 \neq A3 \neq 0$ ; então, grau de afiliação = 2.
- c) Duas respostas “sim” iguais, relativas ao mesmo serviço:  $A1 = A2$ ,  $A1 = A3$  ou  $A2 = A3$  e iguais a sim; então, grau de afiliação = 3.
- d) Todas as respostas “sim”:  $A1 = A2 = A3 = 1$ ; então, grau de afiliação = 4.

#### 3.3.4.3 Cálculo da média para definição do escore

O escore para o componente foi calculado pela soma dos valores dos itens (perguntas), dividida pelo número de itens, resultando em um escore médio (Equação 2).

$$(2) \text{Escore} = \frac{E2+E3+E4+E5+E6+E7+E8+E9}{8}$$

#### 3.3.4.4 Transformação da escala

Para transformar os escores em escala de 0 a 10, utilizou-se a Equação 3:

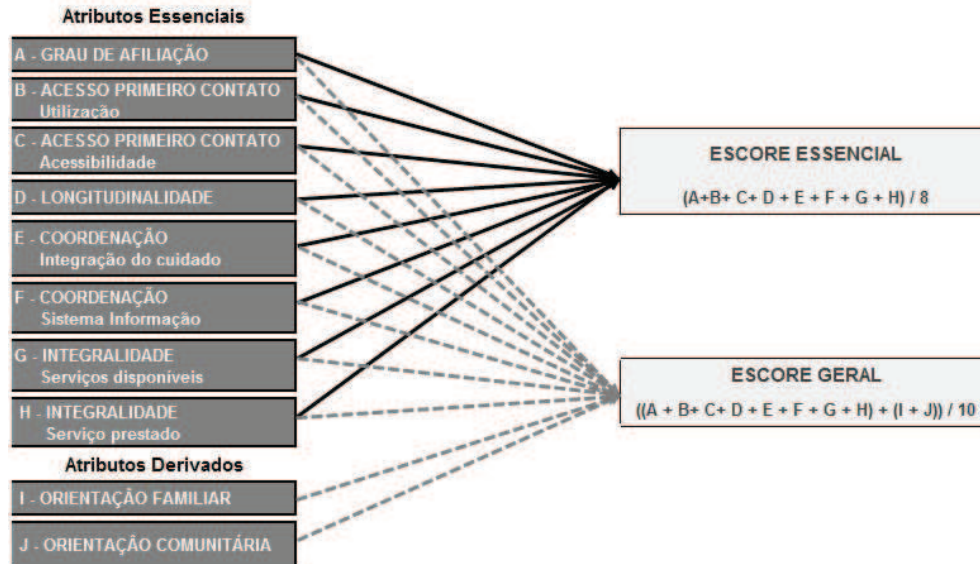
$$(3) \text{Escala} = \frac{(\text{Escore obtido}-1)*10}{3}$$

Escore com valor maior ou igual a 6,6 foi definido como elevado, indicando orientação para APS e sendo uma linha de corte; já valores menores foram considerados de baixa orientação para APS. Dessa forma, entende-se que o PCATool, método desenvolvido pela Johns Hopkins Primary Care Policy Center, mede a “extensão e a qualidade dos serviços de APS por meio da verificação de seus atributos essenciais e derivados” (CARNEIRO et al., 2014, p. 280).

#### 3.3.4.5 Escores essencial e geral

O quinto e sexto passos estão demonstrados na Figura 5, que relaciona os atributos essenciais e derivados<sup>3</sup> e explicita a forma como é realizado o cálculo dos escores essencial e geral.

Figura 5 – Representação dos atributos e cálculo dos escores essencial e geral.



Fonte: A autora (2017).

O escore essencial é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (mais grau de afiliação), dividida pelo número de componentes (Equação 4). Por exemplo: (soma dos componentes dos atributos essenciais + grau de afiliação)/número de componentes.

$$\text{Escore Essencial} = \frac{A+B+C+D+E+F+G+H}{8} \quad (4)$$

Por sua vez, o escore geral é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais, dos componentes que pertencem aos atributos derivados e do grau de afiliação, dividida pelo número total de componentes (Equação 5). Por exemplo: (componentes dos atributos essenciais + componentes dos atributos derivados + grau de afiliação)/número total de componentes.

<sup>3</sup> O manual do PCATool (BRASIL, 2010) não contempla a apresentação do cálculo dos atributos derivados isoladamente e, sim, como componente do cálculo do escore geral.



$$(5) \text{ Escore Geral} = \frac{(A+B+C+D+E+F+G+H)+(I+J)}{10}$$

São dez atributos ao todo, cada qual composto por questões demonstradas no Apêndice B, a saber: A = afiliação; B = acesso (utilização); C = acesso (primeiro contato); D = longitudinalidade; E = coordenação (cuidado); F = coordenação (sistema de informação); G = integralidade (serviços disponíveis); H = integralidade (serviços prestados); I = orientação familiar; J = orientação comunitária.

De acordo com Starfield (2002), o valor de 6,6 é o ponto de corte, ou seja, é o valor mínimo considerado para definir que um serviço de saúde tem qualidade, por meio da presença dos atributos de APS. Em uma escala de 0 a 10, zero representa a ausência dos atributos de APS e dez, sua presença na totalidade.

#### 3.3.4.6 Considerações éticas para aplicação do PCATool

O instrumento pode ser utilizado para a realização de investigações científicas pertencentes ao contexto acadêmico da construção de conhecimento, como também no contexto cotidiano da prática e da gestão da APS. Em ambos os cenários, há preceitos éticos essenciais à sua aplicação que devem ser rigorosamente seguidos.

Por exemplo, as informações pessoais coletadas devem ser mantidas confidenciais, principalmente o nome dos entrevistados; a participação ou não de entrevistados, bem como a qualidade de suas respostas, não deve trazer prejuízos para os beneficiários na sua relação com os serviços de saúde, tampouco prejuízos trabalhistas para os profissionais da saúde, quando estes forem entrevistados.

Todos os entrevistados devem receber explicação clara sobre os objetivos do estudo de avaliação. Caso o PCATool faça parte de um projeto de pesquisa, é essencial que o pesquisador obedeça também ao seguinte preceito ético complementar: a pesquisa deve ser aprovada por comitês de ética relacionados às exigências locais (universidades, centros de saúde etc.), além das normas nacionais. Ainda, somente devem ser entrevistados os sujeitos que aceitaram participar e assinaram o TCLE (modelo sugerido no Apêndice A).

Os princípios éticos fundamentais devem ser priorizados em todas as etapas da investigação, quais sejam: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

### 3.3.5 Etapa 5: análise dos escores

Os dados foram tabulados no software Microsoft Excel 2007, enquanto os escores e as variáveis foram processados com o uso do software SPSS Statistics IBM for Windows, versão 20.0, para análise estatística descritiva. Para o cálculo dos percentuais, foi utilizada aplicação estatística (frequências absoluta e relativa).

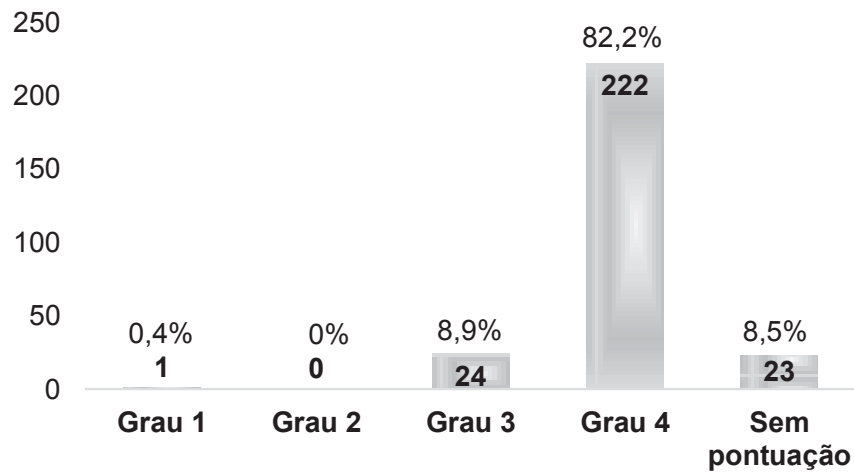
Cumprе informar que a frequência absoluta é a quantidade de respostas de cada pergunta e a relativa, o percentual de respostas equivalentes a cada pergunta. Nesta, utiliza-se o resultado da frequência absoluta (quantidade de cada resposta), dividindo pelo total de respostas e multiplicando por 100, para dar o valor em percentual.

## 4 RESULTADOS OBTIDOS

Para a compreensão inicial dos resultados, será apresentado o componente de estrutura do atributo longitudinalidade denominado afiliação (BRASIL, 2010), que é composto por três itens (A1, A2, A3) no instrumento PCATool adulto, versão reduzida. O objetivo dos itens supracitados é identificar o profissional ou serviço de saúde, bem como o grau de afiliação do usuário a esse profissional ou serviço. Ademais, o instrumento define quatro níveis de afiliação (graus 1 a 4), sendo que o grau 1 corresponde ao menor nível, ou seja, menor adesão aos serviços de APS e ao profissional que faz o atendimento, enquanto o nível 4 relaciona-se a uma maior adesão.

O item afiliação apresentou o escore com a maior média da pesquisa (9,64; desvio padrão de 1,16). O Gráfico 2 demonstra as frequências absoluta e relativa da distribuição de respostas, observando-se que 82,2% dos beneficiários procuram a APS como primeira opção de atendimento, sentindo-se afiliados<sup>4</sup> aos serviços e profissionais que os acompanham.

Gráfico 2 – Frequências absoluta e relativa das respostas, segundo o grau de afiliação à APS.



Fonte: A autora (2017).

<sup>4</sup> Os itens de afiliação possuem metodologia específica para análise, a qual ocorre pela combinação de respostas. Suas variáveis diferenciam-se das variáveis dos outros itens do instrumento (com certeza sim; provavelmente sim; provavelmente não; com certeza não; não sei/não lembro).

Para melhor compreensão dos atributos e itens que os compõem, a Tabela 1 apresenta a distribuição das frequências absoluta e relativa das respostas obtidas pela aplicação do instrumento PCATool adulto, versão reduzida, sendo possível identificar possíveis diferenças de valores que podem interferir nos resultados dos escores essencial e geral, porém é importante ressaltar que a metodologia do instrumento avalia o atributo.

Tabela 1 – Distribuição da frequência de respostas na aplicação do instrumento PCATool adulto, versão reduzida.

Atributos /Dimensões	Itens	CCS		PS
		%	(n)	%
A - Afiliação	A1 - Há um médico ou serviço de saúde aonde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos			
	A2 - Há um médico ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?			
	A3 - Há um médico ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?			
B - Acesso ao Primeiro Contato [Utilização]	B2 - Quando você necessita de uma consulta de revisão , você vem a APS antes de ir a outro serviço de saúde?	84,81	(229)	14,81
C - Acesso ao Primeiro Contato [Acessibilidade]	C4 - Você recebe aconselhamento rápido pelo telefone quando o serviço de APS esta aberto?	39,63	(107)	27,78
	C11 - É difícil para você conseguir atendimento médico no serviço de APS quando pensa que é necessário?	10,74	(29)	20,37
D - Longitudinalidade	D1 - Quando você vem APS, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes?	49,63	(134)	43,70
	D6 - Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “médico/enfermeiro”?	86,67	(234)	11,11
	D9 - O seu “médico/enfermeiro” sabe quais problemas são mais importantes para você?	65,19	(176)	24,44
	D14 - Você mudaria de serviço de APS para outro serviço de saúde se isso fosse muito fácil de fazer?	9,63	(26)	12,22
E - Coordenação [Integração do cuidado]	E2 - Na APS o méd./enf. sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	50,00	(135)	1,11
	E6 - O seu “méd./enf.” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?	44,81	(121)	1,85
	E7 - A APS ou seu méd./enf. sabe quais foram os resultados desta consulta?	55,93	(151)	6,67
	E8 - Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu “médico/enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	35,19	(95)	4,07
F - Coordenação [Sistema de informação]	F3 - Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no serviço de APS ou se solicitasse ao seu méd./enf.?	27,04	(73)	31,11
G - Integralidade [Serviços disponíveis]	G9 - Aconselhamento para problemas de saúde mental	56,30	(152)	8,15
	G17 - Aconselhamento sobre como parar de fumar.	18,52	(50)	5,56
	G20 - Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).	25,56	(69)	8,52
H - Integralidade [Serviços prestados]	H1 - Recebe orientações/conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	87,41	(236)	3,70
	H5 - Recebe orientações/conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.	84,44	(228)	5,56
	H7 - Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando	82,59	(223)	8,15
	H11 - Recebe orientações como prevenir quedas.	14,44	(39)	3,33
I - Orientação Familiar	I1 - O seu “méd./enf.” lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?	70,00	(189)	13,33
	I3 - O seu “méd./enf.” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	65,19	(176)	25,56
J - Orientação Comunitária	J4 - O serviço de APS faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	59,63	(161)	0,74

Fonte: A autora (2017).



Na experiência com os serviços da APS (Tabela 1), 84,81% dos beneficiários indicaram que, quando necessitam de uma consulta de revisão, procuram-na antes de ir a outro serviço de saúde (B2); 36,63% afirmaram que obtêm aconselhamento rápido pelo telefone quando o serviço de APS está aberto (C4); 41,48% consideraram que com certeza não é difícil de conseguir atendimento médico no serviço de APS, quando necessário. Por outro lado, menos da metade dos beneficiários (49,63%) indicaram que, quando vão à APS, é o mesmo médico ou enfermeiro que os atende todas as vezes; 86,67% sentem-se à vontade contando suas preocupações ou problemas ao seu médico; e 65,19% afirmaram que o médico que os acompanha sabe quais são seus problemas mais importantes.

Quando questionados sobre a mudança de atendimento, 44,44% expuseram que provavelmente não mudariam de serviço de APS para outro serviço de saúde, mesmo se isso fosse muito fácil de fazer. Em relação ao atendimento com especialistas, 50,00% dos beneficiários afirmaram que, na APS, o médico já sugeriu (indicou, encaminhou) consulta com especialista ou serviço especializado.

Quando encaminhados ao especialista, 44,81% dos beneficiários relataram que seu médico escreveu alguma informação para o especialista a respeito do motivo da consulta; 55,93% afirmaram que com certeza a APS ou seu médico conhece os resultados da consulta com o especialista; e 35,19% informaram que com certeza, depois da ida a um especialista ou serviço especializado, seu médico conversou sobre o que aconteceu durante essa consulta.

No que se refere à possibilidade de ler (consultar) seu prontuário/ficha, se quisesse, no serviço de APS ou solicitando ao médico, 35,56% afirmaram que não sabem ou não lembram se podem consultá-lo. Quanto a aconselhamentos, 56,30% dos beneficiários relataram que com certeza recebem aconselhamento para problemas de saúde mental; 61,11% indicaram que com certeza não recebem aconselhamento sobre como parar de fumar e 49,63%, que com certeza não recebem aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (por exemplo, diminuição da memória, risco de cair etc.).

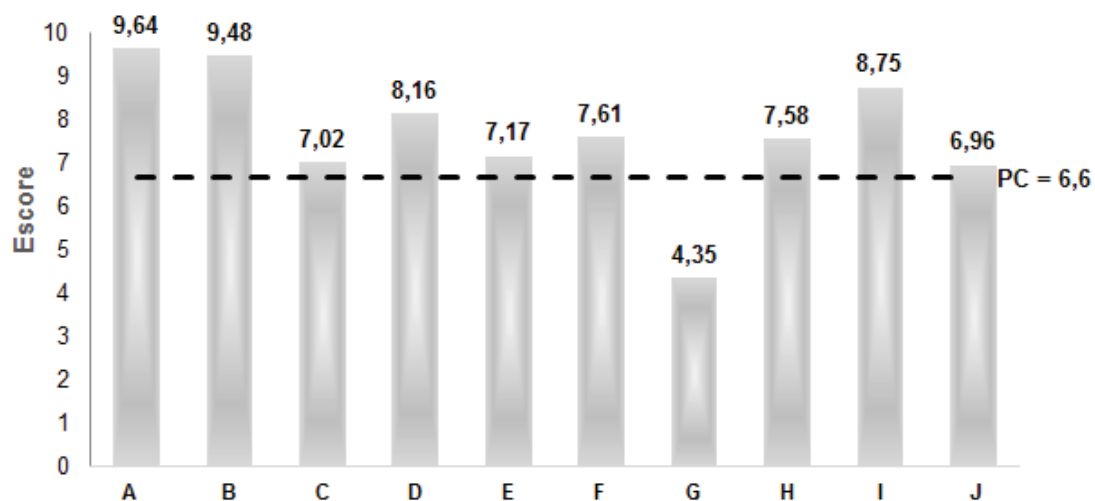
Sobre o recebimento de orientações nos serviços de APS, 87,41% dos beneficiários afirmaram que com certeza recebem orientações/conselhos sobre alimentação saudável ou dormir suficientemente; 84,44% relataram que recebem orientações/conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados; 82,59%

pontuaram que, durante a consulta, é possível verificar e discutir os medicamentos ingeridos, mas 59,26% expuseram que com certeza não recebem orientações sobre como prevenir quedas.

Por fim, quando questionados se o médico pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que pensa) ao planejar o tratamento e cuidado, para os próprios ou para um membro da família, 70,00% indicaram que com certeza ele pergunta sua opinião; 65,19% afirmaram que com certeza o médico reunir-se-ia com membros da família se o usuário achasse necessário; e 59,63% responderam que com certeza o serviço de APS faz pesquisas com os pacientes para verificar se os serviços satisfazem (atendem) as necessidades das pessoas.

A análise conjunta desses itens, que compõem o atributo, permite produzir o escore. Especificamente, os resultados da análise por atributo estão evidenciados no Gráfico 3, notando-se que apenas a integralidade (serviços disponíveis) (G) não atingiu a meta estabelecida, condizente com orientação para APS.

Gráfico 3 – Escore médio da APS, por atributo.



Fonte: A autora (2017).

Nota: Cada barra representa o escore médio da APS, por atributo, sendo A = afiliação; B = acesso de primeiro contato (utilização); C = acesso de primeiro contato (acessibilidade); D = longitudinalidade; E = coordenação (integração do cuidado); F = coordenação (sistema de informação); G = integralidade (serviços disponíveis); H = integralidade (serviços prestados); I = orientação familiar; J = orientação comunitária. A linha tracejada ao longo do gráfico representa o ponto de corte (6,6).

Segundo Harzheim et al. (2006), o escore adequado deve ser maior ou igual a 6,6 (considerado escore alto). O atributo integralidade (serviços disponíveis) apresenta questões que remetem a toda experiência com o serviço de saúde e abordam os serviços disponíveis para toda família, sendo um indicador da

disponibilidade dos serviços e tendo muita relevância na promoção da saúde e prevenção de enfermidades. Nesta pesquisa, foi o item que apresentou o menor escore (Tabela 1).

A despeito de a Tabela 2 apresentar parte dos dados já apresentados no Gráfico 3, ela se justifica por trazer informações complementares que possibilitam uma melhor percepção dos escores por atributos, número da amostra, valor mínimo, valor máximo, médias obtidas, desvio padrão e critérios para variação da amostra, considerando um intervalo de confiança de 95%.

Tabela 2 – Escores dos atributos da APS, por beneficiários dos serviços de APS, em uma operadora de saúde suplementar – Curitiba, PR, Brasil – 2016.

Atributos e Dimensões	Amostra	Valor Mínimo	Valor Máximo	Média	Desvio Padrão
A - Afiliação	247	0,00	10	9,64	1,16
B - Acesso ao Primeiro Contato [Utilização]	270	3,33	10	9,48	1,24
C - Acesso ao Primeiro Contato [Acessibilidade]	220	0,00	10	7,02	2,70
D - Longitudinalidade	270	1,67	10	8,16	1,54
E - Coordenação [Integração do cuidado]	187	0,00	10	7,17	3,06
F - Coordenação [Sistema de informação]	174	0,00	10	7,61	2,50
G - Integralidade [Serviços disponíveis]	259	0,00	17	4,35	3,01
H - Integralidade [Serviços prestados]	265	0,00	14	7,58	2,23
I - Orientação Familiar	251	0,00	10	8,75	1,92
J - Orientação Comunitária	235	0,00	10	6,96	4,55

Fonte: A autora (2017).

Nota: No atributo coordenação (integração de cuidados) (E), o item E1 não deve entrar no cálculo do escore, por se tratar de um item descritivo. Se, para a pergunta “Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que estava em acompanhamento no (nome do serviço de saúde/médico/enfermeiro)?”, a resposta for não ou não sei/não lembro, dever-se-á passar para a questão F3.

Na apresentação dos escores por atributo (Tabela 2), verifica-se que a afiliação obteve a maior média (9,64; desvio padrão de 1,16); a segunda maior média refere-se ao acesso de primeiro contato (utilização) (9,48; desvio padrão de 1,24). A dimensão que obteve menor média (4,35; desvio padrão de 3,01) foi integralidade (serviços disponíveis).

Os demais atributos apresentaram resultados com escore maior ou igual a 6,6: acesso de primeiro contato (acessibilidade) – 7,02 e desvio padrão de 2,70; longitudinalidade – 8,16 e desvio padrão de 1,54; coordenação (integração dos cuidados) – 7,17 e desvio padrão de 3,06; coordenação (sistema de informação) –

7,61 e desvio padrão de 2,50; integralidade (serviços prestados) – 7,58 e desvio padrão de 2,23; orientação familiar – 8,75 e desvio padrão de 1,92; orientação comunitária – 6,96 e desvio padrão de 4,55.

Esses atributos podem ser avaliados separadamente, sendo os resultados percebidos isoladamente bastante significativos para uma análise aprofundada, com o objetivo de identificar possíveis pontos de melhoria, mas, por se apresentarem intimamente inter-relacionados na prática assistencial, individual ou coletiva, dos serviços de APS, o manual do instrumento sugere que é relevante produzir e analisar os escores essencial e geral (BRASIL, 2010).

Como já abordado, o escore essencial diz respeito à presença de atributos indispensáveis para que um serviço de saúde seja considerado provedor de atenção primária, enquanto o escore geral é composto pelos atributos essenciais e derivados. O manual do PCATool aponta que os atributos derivados aumentam o poder de interação com os indivíduos e a comunidade, quando presentes nos serviços de APS (BRASIL, 2010).

Assim, considerando as médias identificadas em cada atributo, seguindo os passos determinados pela metodologia do instrumento, a Tabela 3 contempla os escores essencial e geral.

Tabela 3 – Escores essencial e geral.

<b>Escore</b>	<b>Amostra</b>	<b>Valor Mínimo</b>	<b>Valor Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Essencial	270	1,83	10,99	7,62	1,60
Geral	270	1,47	8,79	7,67	1,28

Fonte: A autora (2017).

## 5 DISCUSSÃO

Este estudo aborda a qualidade em um projeto de novo modelo assistencial em saúde suplementar centrado em atenção primária à saúde, utilizando-se o PCATool adulto, versão reduzida. Na avaliação dos atributos da atenção primária à saúde, observa-se que a maior média identificada foi a do atributo afiliação. Nesse sentido, o resultado apontou escore superior ao ponto de corte (gráfico 3, p.56) e quando questionados sobre um médico ou serviço de saúde ao qual geralmente vão quando ficam doentes ou precisam de conselhos sobre saúde (tabela 1, p.52), 91,5% dos entrevistados afirmaram que procuram o SAPS. Resultado com o estudo de Lima et al. (2015, p. 556), que sugere que o alto escore permite inferir que o “serviço serve de referência para o cuidado de saúde”, e de Fracoli et al. (2014), que atribui o alto escore à confiança no cuidado de saúde que os beneficiários reconhecem no serviço. Os escores, em ambos os estudos, obtiveram média maior ou igual a 6,6. Ressalte-se que, para os beneficiários entrevistados, por serem empregados da instituição e terem o plano de saúde como benefício gratuito, não havia alternativa para procura de atendimento fora do SAPS, exceto se referenciado ou em casos de emergência. Estas características podem ter influenciado no alto escore do atributo, e foi considerado um ponto de fragilidade do presente estudo.

Considerando que a afiliação diz respeito ao reconhecimento por parte do beneficiário de que o SAPS da Unimed Paraná é uma fonte regular de cuidado, é interessante enfatizar que obrigatoriamente o beneficiário passa por consulta com médico da família, para, quando necessário ser encaminhado a outro especialista, exceto em casos de emergência ou urgência. Assim, embora 91,5% dos beneficiários tenham se referido o SAPS como provedor do cuidado, existe certo grau de limitação para procurar outros serviços como fonte primária de atenção. Cunha et al. (2011) sugerem que a continuidade do cuidado na mesma estrutura assistencial também é influenciada por aspectos interpessoais, o que favorece a boa comunicação, confiança e senso de responsabilidade entre os envolvidos.

Destaca-se que a afiliação está relacionada ao vínculo entre o beneficiário e os profissionais da saúde. Os itens relativos a este atributo visam identificar o serviço ou profissional da saúde de referência para os entrevistados quando surge a necessidade.

O acesso de primeiro contato apresenta-se dividido em dois itens: acessibilidade e utilização, sendo, de forma geral, “considerado prioridade nas ações de melhoria de qualidade” (ARAÚJO et al., 2013, p. 3526), pois se refere ao serviço

de saúde como fonte de cuidado. Giovanella et al. (2009) pontuam que o acesso é categoria central para a análise das inter-relações entre beneficiários e serviços de saúde e demonstra a adequação entre os primeiros e o sistema de cuidados em saúde.

O atributo acesso de primeiro contato (utilização) apresentou alto escore (gráfico 3, p.56). Para a questão: “Quando você necessita de uma consulta de revisão, você vem à APS antes de ir a outro serviço de saúde?” (gráfico 3, p.56) (tabela 1, p.52), 229 (84,8%) relataram que com certeza procuram a APS; 40 (14,81%) responderam provavelmente sim; um (0,37%), provavelmente não; e ninguém assinalou as respostas “com certeza não” e “não sabe/não lembra”. Estudos em diferentes regiões do país também apresentaram resultados com escore maior ou igual a 6,6, de forma que esse resultado indica a adequação deste atributo (ARAÚJO et al., 2013; LIMA et al., 2015).

Araújo et al. (2013) pontuam que a avaliação positiva em seu estudo com relação à utilização pode ser justificada pelo próprio perfil da população entrevistada (idosos), por questões culturais e pela necessidade de acompanhamento constante, em razão da prevalência elevada de doenças crônico-degenerativas. Já o estudo de Lima et al. (2015) sugere que o alto escore resultou do fato de os beneficiários da unidade de saúde da família ser atendidos nas suas solicitações quando procuram o serviço de saúde. Esse atributo está relacionado à oportunidade de utilização dos serviços de saúde e na sua distribuição geográfica. Nesta pesquisa, o perfil dos entrevistados diferiu do estudo de Araújo et al. (2013), percebendo-se que os pontos relacionados ao acolhimento e à humanização da atenção foram fatores importantes para o alto escore, mas a comodidade também pode ser um fator relevante para o resultado, considerando que o SAPS localiza-se em edifício anexo ao local de trabalho dos beneficiários. Já em estudo realizado em Ribeirão Preto (PEREIRA et al., 2011), o resultado apresentado por esse atributo foi menor ou igual a 6,6, com 100% beneficiários considerando-o de baixa qualidade. Nesse sentido, faz-se necessário reiterar as peculiaridades e diferenças entre os cenários referidos.

Quanto ao acesso de primeiro contato (acessibilidade), o escore foi superior ao pontode corte (gráfico 3, p.56). Para a questão: “Você recebe aconselhamento rápido pelo telefone quando o serviço de APS está aberto?” (tabela 1, p.52), 107 (39,63%) responderam com certeza sim; 75 (27,78%), provavelmente sim; 22

(8,15%), provavelmente não; 16 (5,93%), com certeza não; e 50 (18,52%), não sabe/não lembra. Já para a pergunta: “É difícil para você conseguir atendimento médico no serviço de APS quando pensa que é necessário?”, 29 (10,74%) assinalaram com certeza sim; 55 (20,37%), provavelmente sim; 74 (27,41%), provavelmente não; 112 (41,48%), com certeza não; e nenhum, não sabe/não

lembra.

A boa avaliação desse atributo pode estar relacionada ao fato de o serviço apresentar bom desempenho nos vários pontos referentes ao acolhimento e à humanização da atenção ofertada, disponibilidade e comodidade, especialmente no que tange ao tempo de espera para realizar consultas e exames, visto que a infraestrutura de atendimento e a equipe multidisciplinar de atendimento diferem do serviço público, pois são decorrentes de investimento privado e há metas institucionais bem definidas e exigidas. Esse resultado difere dos estudos realizados por Lima et al. (2015), Pereira et al. (2011) e Silva et al. (2014), em que os escores foram abaixo da média de 6,6. Esses autores atribuem os resultados inferiores ao ponto de corte às dificuldades para conseguir consultas especializadas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico para média e alta complexidade da atenção, além de longos tempos de espera, filas e demora para realização e recebimento dos exames, características comuns ao sistema público de saúde.

O atributo acessibilidade refere-se à praticidade de atendimento, quanto ao tempo de espera para agendar consulta, dias e horários de funcionamento da unidade e orientações via telefone, tendo relação direta com a oferta e a demanda dos serviços de saúde.

De forma geral, pelos resultados encontrados, é possível afirmar que os altos escores indicam que os beneficiários consideram que o SAPS apresenta qualidade. Contudo, o atributo acesso de primeiro contato deve ser observado com critério, especialmente pela discrepância entre os escores nas duas dimensões: para utilização, 9,48 e, para acessibilidade, 7,02, o que pode indicar questões relacionadas ao estrangulamento do sistema e manejo do problema/necessidade dos beneficiários (PEREIRA et al., 2011). O SAPS não dispõem infraestrutura de apoio diagnóstico e terapias, como laboratório e exames de imagem, sendo que quando há necessidade, os mesmos são referenciados para prestadores externos.

A longitudinalidade apresentou escore de 8,16 e desvio padrão de 1,54, um resultado alto que evidencia que o SAPS apresenta continuidade no atendimento ao longo do tempo e foco no indivíduo, de forma a fortalecer o vínculo dos beneficiários com o serviço.

Esse resultado é compatível com o estudo de Araújo et al. (2013), que justifica o alto escore pela existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, com a adequada identificação da população adstrita. No entanto, ressalta-se que, no SAPS da Unimed Paraná, a longitudinalidade deve ser analisada com critério, devido às peculiaridades que o serviço apresenta. Assim, considerando que o SAPS foi implantado em 2013, o acompanhamento longínquo dos beneficiários difere do estudo de Araújo et al. (2013). Outra característica relevante a ser

considerada diz respeito à contratação dos serviços, pois, na OPS, ela ocorre por meio de relação de trabalho, de forma que, se há um desligamento, o funcionário desligado deixa de ser beneficiário do S APS.

Este é considerado um atributo essencial à APS, expressando a existência de uma fonte continuada de assistência, que se traduz na possibilidade de diagnósticos e tratamentos mais precisos e permite a atuação na prevenção e na evolução das doenças.

Para a questão: “Quando você vai ao serviço de saúde (APS), é o mesmo médico que atende você todas as vezes?” (tabela 1, p.52), 134 (49,63%) responderam com certeza sim; 118 (43,70%), provavelmente sim; 14 (5,19%), provavelmente não; três (1,11%), com certeza não; e um (0,37%), não sabe/não lembra. Para a pergunta: “Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu médico?”, 234 (86,67%) assinalaram com certeza sim; 30 (11,11%), provavelmente sim; três (1,11%), provavelmente não; três (1,11%), com certeza não; e nenhum (0,00%), não sabe/não lembra.

Considerando a questão: “O seu médico sabe quais problemas são mais importantes para você?” (tabela 1, p.52), as respostas apresentaram-se da seguinte forma: 176 (65,19%) com certeza sim; 66 (24,44%) provavelmente sim; 18 (6,67%) provavelmente não; cinco (1,85%) com certeza não; e cinco (1,85%) não sabe/não lembra. Já para a pergunta: “Você mudaria de serviço de APS para outro serviço de saúde se isso fosse muito fácil de fazer?”, 26 (9,63%) responderam com certeza sim; 33 (12,22%), provavelmente sim; 120 (44,44%), provavelmente não; 90 (33,33%), com certeza não; e um (0,37%), não sabe/não lembra.

O resultado da avaliação deste atributo é coerente com as respostas por item (Tabela 1), quando 120 (44,44%) beneficiários afirmaram que não mudariam de serviço de saúde e 26 (9,63%) relataram que com certeza mudariam. Entretanto, é necessário reconhecer as limitações do estudo.

O atributo coordenação é composto pelos itens: integração dos cuidados e sistema de informação, sendo definido na APS como uma forma de continuidade, pois se relaciona com o atendimento pelo mesmo profissional, os registros de saúde no que tange às anotações no prontuário e informações sobre acompanhamento de problemas novos e antigos, encaminhamento e acompanhamento do atendimento do beneficiário em outros níveis de atenção (STARFIELD, 2002).

Consiste na articulação entre os diversos serviços que fazem parte da rede de atenção e ações relacionadas à atenção à saúde, de forma sincronizada, para atingir o objetivo do melhor cuidado ao paciente. Essa integração do acompanhamento com as informações sobre o estado de saúde do paciente favorece a atuação na promoção da saúde e prevenção de doenças pela identificação de riscos e evolução



do estado de saúde do beneficiário.

O escore do item coordenação (integração dos cuidados) apresentou-se acima da média, porém próximo da linha de corte (gráfico 3, p.56), diferenciando-se dos estudos de Carneiro et al. (2014), Lima et al. (2015) e Paula et al. (2015). Carneiro et al. (2014) pontuam que seus resultados podem estar relacionados a uma procura dos beneficiários por outros níveis de atenção, sem o encaminhamento da APS, em função da limitação do sistema no que concerne à oferta de serviços. Em seus estudos, Paula et al. (2015) sugerem que o baixo escore indica a ausência de um sistema organizado, com fragmentação da atenção nos diferentes níveis locais de prestação de serviços. Por fim, Lima et al. (2015) consideram que o baixo escore traz à tona a fragilidade do serviço em manter a longitudinalidade do cuidado e a integralidade na rede de atenção. Neste estudo, o alto escore deve-se ao reconhecimento pelos beneficiários do papel dos médicos de família, no que tange à referência e contrarreferência bem estabelecidas no decorrer do caminho terapêutico. Esta diferença entre o público e o privado tem como um dos fatores importantes a capacidade e velocidade de investimento entre estes dois setores.

Para a questão: “Na APS o médico sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com especialista ou serviço especializado?” (tabela 1, p.52) 135 (50,00%) beneficiários responderam com certeza sim; três (1,11%), provavelmente sim; dois (0,74%), provavelmente não; 50 (18,52%), com certeza não; e dois (0,74%), não sabe/não lembra. Já para a pergunta: “O seu médico escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?”, a distribuição das respostas foi: 121 (44,81%) com certeza sim; cinco (1,85%) provavelmente sim; três (1,11%) provavelmente não; 55 (20,37%) com certeza não; e oito (2,96%) não sabe/não lembra.

Referente à pergunta: “A APS ou seu médico sabe quais foram os resultados desta consulta?” (tabela 1, p.52), 151 (53,93%) assinalaram com certeza sim; 18 (6,67%), provavelmente sim; três (1,11%), provavelmente não; 16 (5,93%), com certeza não; e quatro (1,48%), não sabe/não lembra. Já para “Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu médico conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?”, os resultados foram: 95 (35,19%) com certeza sim; 11 (4,07%) provavelmente sim; 14 (5,19%) provavelmente não; 57 (21,11) com certeza não; e 15 (5,56%) não sabe/não lembra.

O atributo coordenação (sistema de informação) obteve escore acima da média. (gráfico 3, p.56) Esta dimensão teve avaliação favorável também nos estudos de Paula et al. (2015), para quem tais achados sugerem que os profissionais e beneficiários possuem adequado acesso aos registros de atendimento em prontuários. Já Carneiro et al. (2014) identificaram que, embora

tenha obtido escore superior a 6,6, denotando qualidade, houve um grande número de beneficiários que não sabia se o acesso ao prontuário era um direito. Esse resultado corrobora este estudo, cujo item apresenta o menor número de respostas (n), evidenciando uma possível falta de esclarecimento por parte dos profissionais aos beneficiários de que o prontuário é propriedade do paciente.

Para a questão: “Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no serviço de APS ou se solicitasse ao seu médico?” (tabela 1, p.52), 73 (27,04%) beneficiários responderam com certeza sim; 84 (31,11%), provavelmente sim; dez (3,70%), provavelmente não; sete (2,59%), com certeza não; e 96 (35,56%), não sabe/não lembra.

Esses resultados indicam que os beneficiários reconhecem a qualidade dos serviços, porém, como este item apresentou o menor número de respostas (n) de toda a pesquisa, é necessário considerar que, pela “continuidade informacional, considerada a base da longitudinalidade” (CUNHA, 2011, p. 1039), relacionar-se com a coordenação, é possível que as características diferenciadas pertinentes ao fato de se tratar de uma operadora de saúde (citado no item longitudinalidade) tenham influenciado o resultado.

De forma geral, é perceptível que as médias das dimensões apresentaram escores com valores acima da média, ou seja, maiores ou iguais a 6,6, e muito semelhantes: coordenação (integração do cuidado) com 7,17 e coordenação (sistema de informação) com 7,61. Isso pode ser um indicativo de que ocorre otimização dos serviços, do ponto de vista clínico, no atendimento do profissional aos beneficiários, assim como nas inter-relações com outros serviços, como exames e especialidades, e também do aparato tecnológico, com a utilização de sistema informatizado.

O atributo integralidade é composto por duas dimensões: serviços disponíveis e serviços prestados no SAPS, tendo bastante relevância, pois trata-se da atenção integral ao beneficiário, tanto do ponto de vista biopsicossocial do processo saúde-doença quanto das ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS (BRASIL, 2010).

A integralidade (serviços disponíveis) apresentou o menor escore (gráfico 3, p.56), um resultado baixo que evidencia insatisfação dos beneficiários com os serviços, uma vez que esta dimensão “se relaciona à experiência do beneficiário com os serviços e de todos os serviços disponíveis para toda família” (FRACOLLI et al., 2014, p. 58). Esses resultados corroboram os estudos de Araújo et al. (2013), Lima et al. (2015) e Paula et al. (2015).

Araújo et al. (2013), em seu estudo, constataram que o atributo foi mal avaliado e atribuíram o resultado à oferta de serviços que fogem à realidade prática

da grande maioria das unidades de atenção primária no Brasil, como colocação de talas, remoção de verrugas e realização de suturas, ficando esses atendimentos a cargo dos serviços secundários. O estudo de Paula et al. (2015) apresentou resultado inferior à linha de corte, atribuído à possibilidade de nem todas as ações de promoção e prevenção da saúde voltadas ao cuidado integral do adulto serem executadas de forma efetiva. Finalmente, Lima et al. (2015) consideram que as ações de promoção e prevenção recebidas produziram esse resultado e estão diretamente relacionadas ao atendimento das necessidades da população (questões relativas à imunização, orientação sobre saúde mental e atividades direcionadas à detecção e manejo dos problemas de saúde da comunidade).

Neste estudo, a OPS realiza pequenos procedimentos na APS, de forma que se distingue do estudo de Araújo et al. (2013). Por sua vez, as questões relacionadas à promoção e prevenção demonstraram-se frágeis, assim como na pesquisa de Lima et al. (2015), principalmente no que tange às orientações sobre saúde mental, fumo e envelhecimento, podendo ser esta a razão do resultado negativo. Este baixo escore pode estar relacionado com o fato de que a população estudada é constituída por colaboradores de uma operadora de saúde, que aborda os assuntos referentes a esta dimensão de forma organizacional, não sendo contemplados especificamente pelo SAPS.

Quando questionados se recebiam aconselhamento para problemas de saúde mental (tabela 1, p.52), 152 (56,30%) beneficiários responderam com certeza sim; 22 (8,15%), provavelmente sim; oito (2,96%), provavelmente não; 70 (25,93%), com certeza não; e 18 (6,67%), não sabe/não lembra. Quanto ao aconselhamento sobre como parar de fumar, 50 (18,52%) assinalaram com certeza sim; 15 (5,56%), provavelmente sim; 12 (4,44%), provavelmente não; 165 (61,11%), com certeza não; e 28 (10,37%), não sabe/não lembra. Já no que se refere ao aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (diminuição da memória, risco de cair etc.), 69 (25,56%) responderam com certeza sim; 23 (8,52%), provavelmente sim; 18 (6,67%), provavelmente não; 133 (49,63%), com certeza não; e 26 (9,63%), não sabe/não lembra.

Tratando-se do atributo integralidade (serviços prestados), o escore o resultado superior ao ponto de corte que evidencia satisfação dos beneficiários com os serviços (gráfico 3, p.56). Esta dimensão está relacionada com ações que visam à promoção de práticas saudáveis por meio de alimentação, exercícios, sono. Os resultados dos estudos de Araújo et al. (2013) e Paula et al. (2015) apresentam-se negativos, com baixo escore para a dimensão, situação contrária a este estudo.

A pesquisa de Araújo et al. (2013) revelou resultado inferior a 6,6, denotando diminuta atenção às práticas de educação e promoção da saúde e de prevenção de

doenças e agravos ao autocuidado. Por sua vez, Paula et al. (2015) pontuam que os resultados com baixo escore sugerem que nem todas as ações de promoção e prevenção da saúde voltadas ao cuidado integral do adulto são executadas.

Quando questionados se recebiam orientações/conselhos sobre alimentação saudável ou dormir suficientemente (tabela 1, p.52), 236 (84,41%) beneficiários responderam com certeza sim; dez (3,70%), provavelmente sim; dois (0,74%), provavelmente não; 21 (7,78%), com certeza não; e um (0,37%), não sabe/não lembra. Já sobre orientações/conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados, 228 (84,44%) assinalaram com certeza sim; 15 (5,56%), provavelmente sim; cinco (1,85%), provavelmente não; 19 (7,04%), com certeza não; e três (1,11%), não sabe/não lembra.

Para a questão referente a verificar e discutir os medicamentos tomados com o médico, a distribuição das respostas foi: 223 (82,59%) com certeza sim; 22 (8,15%) provavelmente sim; três (1,11%) provavelmente não; 13 (4,81%) com certeza não; e nove (3,33%) não sabe/não lembra. Quanto a orientações sobre como prevenir quedas, 39 (14,44%) beneficiários responderam com certeza sim; nove (3,33%), provavelmente sim; 20 (7,41%), provavelmente não; 160 (59,26%), com certeza não; e 42 (15,56%), não sabe/não lembra.

O atributo integralidade obteve uma avaliação divergente no que tange às suas dimensões, sendo que o resultado negativo da dimensão serviços disponíveis contraria o que é preconizado para um serviço de APS. Para Starfield (2002, p. 62) a integralidade “implica fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde”. Dessa forma, para contemplá-la, faz-se necessário repensar a estrutura de oferta de serviços e ponderar sobre as demandas surgidas.

Outro fator relevante é que, considerando a “APS uma estratégia de organização de atenção à saúde” (OLIVEIRA et al., 2013, p. 159), com práticas contínuas e sistematizadas “integrando ações preventivas e curativas” (OMS, 2011, p. 2), os resultados mostram uma fragilidade na questão da educação em saúde voltada para a prevenção e proteção. Nesse sentido, Duncan et al. (2012, p. 126) apontam que as “doenças crônicas não transmissíveis são as principais causas de morbimortalidade no mundo”; o aumento de sua incidência, em grande parte, poderia ser evitada por meio de prevenção, com campanhas e educação individual e coletiva em saúde (OMS, 2011), direcionadas a todas as idades, sobre hipertensão arterial, tabagismo, uso de álcool, inatividade física, dieta inadequada e obesidade.

Tratando-se do atributo orientação familiar, a avaliação apresentou alto escore (gráfico 3, p.56), situação que reflete o reconhecimento do beneficiário em relação à qualidade dos serviços. Esse resultado é semelhante ao demonstrado no estudo de Chomatas et al. (2013), que relaciona o alto desempenho encontrado em

Curitiba aos princípios incorporados à construção da APS no município, como a territorialização, a vigilância em saúde e a responsabilização sanitária.

Nos estudos de Araújo et al. (2013), Lima et al. (2015) e Paula et al. (2015), as respectivas áreas avaliadas ficaram abaixo do ponto de corte. Araújo et al. (2013) dissertam que esse resultado pode ter relação com o fato de as equipes ainda não trabalharem com a perspectiva da clínica ampliada, em que se contempla a integração da família, considerando histórias familiares, fatores hereditários e fatores culturais. Já Lima et al. (2015) consideram que a falta de comprometimento, acolhimento adequado, acessibilidade e projetos terapêuticos singulares é a principal causa da insatisfação do beneficiário. Por fim, Paula et al. (2015) relatam que o resultado de seu estudo reflete o quanto a família não tem sido destaque no processo de formação e assistência à saúde nas unidades de saúde na APS.

Este estudo identifica, neste atributo, características distintas quando comparadas saúde suplementar e saúde pública, no que tange à dimensão e população atendidas. Contudo, o SAPS apresenta bom desempenho nos requisitos comprometimento, acolhimento adequado, acessibilidade e projetos terapêuticos singulares, que são itens importantes para a concretização dos princípios da APS na orientação familiar.

O núcleo familiar mostra-se importante e complexo e deve ser “compreendido de forma integral em seu espaço social, uma vez que é na família que ocorrem interações e conflitos que interferem diretamente na vida das pessoas” (BATISTA et al., 2016, p. 91). No que diz respeito à atenção à saúde, ele abarca crenças e os valores atribuídos a atitudes e aos comportamentos como hábitos alimentares, atividade física, lazer, uso de substâncias, como o tabaco e o álcool, são vivenciados e aprendidos na família. Assim, uma relação de confiança entre o médico e a família favorece a aderência ao plano de cuidado.

Para a questão: “O médico lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?” (tabela 1, p.52), 189 (70,00%) beneficiários responderam com certeza sim; 36 (13,33%), provavelmente sim; dez (3,70%), provavelmente não; 16 (5,93%), com certeza não; e 19 (7,04%), não sabe/não lembra. Já para a pergunta: “O médico se reuniria com membros da família se o beneficiário achasse necessário?”, 176 (65,19%) assinalaram com certeza sim; 69 (25,56%), provavelmente sim; dois (0,74%), provavelmente não; quatro (1,48%), com certeza não; e 19 (7,04%), não sabe/não lembra.

Sendo assim, a orientação familiar possibilita uma visão ampla das necessidades, problemas e prioridades da família e se efetiva quando o alcance da “integralidade fornece uma base para a consideração do indivíduo dentro de seus

ambientes” (REICHERT et al., 2016, p. 120).

Embora a Unimed Paraná ofereça o atendimento nessa perspectiva, ou seja, o mesmo médico atende a todos os integrantes da família, e disponha de amplas ações no cuidado integral, o serviço apresenta parcialmente os critérios que caracterizam este atributo e é, portanto, uma oportunidade de melhoria a ser considerada futuramente pelos gestores da operadora. A esse respeito, Martins, Garcia e Passos (2008, p. 3) afirmam que, para ocorrer a orientação familiar, também se fazem necessárias “técnicas de visitas domiciliares, reuniões entre os profissionais e a comunidade, atividades educativas com grupos definidos, ações administrativas de supervisão e educação continuada”.

A orientação comunitária apresentou escore acima de 6,6, mas se mostrou o segundo escore com valor mais baixo de todo o (gráfico 3, p.56). Este atributo refere-se às ações de promoção, prevenção e cuidados em saúde, a partir das “condições de vida da população adscrita e não a partir da demanda por assistência” (BATISTA et al., 2016, p. 91).

Para Starfield (2002), a orientação comunitária requer o conhecimento das necessidades de saúde da comunidade. Portanto, são necessárias pesquisas para avaliar os serviços de saúde, de forma que auxiliem na construção de uma nova perspectiva de cuidado e no monitoramento das atividades desse serviço e “que possam fortalecer o controle social e a participação do beneficiário nos processos de planejamento” (SILVA et al., 2014, p. 4414).

Embora, neste atributo, o SAPS apresente características distintas da saúde pública, o item referido na pesquisa revelou resultado positivo, situação divergente ao estudo de Lima et al. (2015), cujo escore foi abaixo do ponto de corte, sendo relacionado à inadequação da atuação dos profissionais diretamente no território e comunidade, realizando mobilização social. Paula et al. (2015) também obtiveram resultado inferior ao ponto de corte, caracterizando uma má qualidade atribuída ao fato de a atenção à saúde desenvolvida não estar focando corretamente a comunidade na qual está inserida.

Quando questionados se “o serviço de APS faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas” (tabela 1, p.52), 161 (59,63%) beneficiários responderam com certeza sim; dois (0,74%), provavelmente sim; quatro (1,48%), provavelmente não; 68 (25,19%), com certeza não; e 35 (12,96%), não sabe/não lembra.

Neste atributo, devem estar presentes no SAPS habilidades clínicas e epidemiológicas, com o propósito de possibilitar uma melhor efetivação da promoção e proteção à saúde. No SUS, isso ocorre por meio de campanhas de mobilização da comunidade, participação da comunidade nas políticas de saúde, treinamento e

pesquisa, além de ações direcionadas aos cuidados em saúde, mediante visitas domiciliares dos profissionais que compõem as equipes de APS.

Os escores de cada atributo da APS, em geral, foram satisfatórios, ressaltando-se os valores bem acima do valor de referência de grau de afiliação, acesso de primeiro contato (utilização) e orientação familiar. Isso demonstra que o SAPS tem sido a porta de entrada no sistema de saúde para os beneficiários da operadora de saúde suplementar estudada e que, apesar de não possuir algumas características e serviços presentes nos estudos referentes à APS na saúde pública (vacinas, campanhas, agente comunitário de saúde, visitas domiciliares), os beneficiários reconhecem a qualidade dos seus serviços.

Em relação ao escore essencial, este apresentou valor superior ao escore de referência (gráfico 3, p.56), diferindo de estudos realizados por outros autores como Araújo et al. (2013), Dotto et al. (2016) e Lima et al. (2015), cujos resultados foram de 6,2, 5,4, 5,3 e 6,4, respectivamente. Do mesmo modo, o escore geral pontuou acima do valor de referência, com valor de 7,67, porém, nas pesquisas de Araújo et al. (2013), Lima et al. (2015) e Paula et al. (2015), os resultados ficaram abaixo do valor de referência.

Esses estudos relacionam fatores que contribuíram para esses resultados, como, por exemplo, a limitada prática de ações de prevenção, orientações sobre autocuidado e suporte social (ARAÚJO et al., 2013); a formulação do processo de trabalho por parte dos gestores e profissionais da saúde para a consolidação da efetividade da APS (PAULA et al., 2015); a inexistência de prontuários eletrônicos comuns para toda a rede, um sistema de referência e contrarreferência ineficaz, bem como o comportamento do próprio beneficiário, muitas vezes focado na agudização da doença, optando por atendimento em emergências, ou do profissional especialista, que pode dificultar a efetividade da APS (DOTTO et al., 2016).

Este estudo não se destinou a comparações entre a APS em uma OPS e no SUS, embora os estudos de referência sejam de aplicação nesta realidade. De fato, apresenta uma aproximação com o modelo de APS já aplicado no SUS.

Apesar de os resultados terem se mostrado satisfatórios, com valores acima do ponto de corte, indicando qualidade do serviço de saúde com orientação à APS, é preciso ter precaução, pois as diferentes realidades em que a APS está inserida podem influenciá-los, devido às características organizacionais, demográficas e socioeconômicas. Podemos afirmar que o PCATool adulto, versão reduzida foi muito útil na avaliação da qualidade assistencial do SAPS da Unimed Paraná, e os resultados da sua aplicação foram compatíveis com o que esperavam os pesquisadores.

## 6 CONCLUSÃO

Sob perspectiva geral, a avaliação da qualidade, a partir do instrumento PCATool adulto, versão reduzida, revelou que existe qualidade na prestação de serviços, porém há pontos a ser melhorados. Esta pesquisa demonstrou que os beneficiários do SAPS avaliaram os atributos afiliação, acesso de primeiro contato (utilização) e orientação familiar como pontos fortes, com altos escores. Esses atributos são considerados fundamentais para uma atenção à saúde mais equânime.

Percebe-se que, apesar dos investimentos para a consolidação da APS na OPS, existem obstáculos que dificultam o acesso dos beneficiários aos serviços de saúde, fato que se evidenciou no baixo escore do atributo integralidade (serviços disponíveis), como também em orientação comunitária, que, embora tenha escore acima da média, foi o segundo pior avaliado.

Tais resultados apontam para a necessidade de incentivar ações que promovam a melhoria dos atributos supracitados, como, por exemplo, incremento dos meios de comunicação (telefone, mídias digitais) sobre programas de promoção da saúde relacionados a temas como fumo, álcool, prevenção de quedas e envelhecimento, entre beneficiários e serviços de saúde, além da promoção de educação continuada às equipes, especialmente no que tange à abordagem dos pacientes, com temas e estratégias relacionados à prevenção e promoção da saúde, e pesquisa com os beneficiários para identificar as demandas do grupo social.

Novas pesquisas na área de avaliação de serviços são importantes para melhor compreensão desses achados. Este estudo foi pioneiro no que se refere à avaliação da qualidade dos serviços de APS em uma operadora de saúde suplementar com a utilização do instrumento PCATool adulto, versão reduzida. Suas limitações referiram-se às características peculiares da APS na OPS, ao perfil dos beneficiários, colaboradores e seus dependentes da OPS que por ser um benefício gratuito tinham no SAPS a obrigatoriedade de realizar o primeiro atendimento e a limitações inerentes à pesquisa avaliativa transversal propriamente dita.



## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Novo modelo para remuneração de hospitais**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em:

<<http://www.ans.gov.br/index.php/a-ans/sala-de-noticias-ans/a-ans/1860--novo-modelo-para-remuneracao-de-hospitais>>. Acesso em: 28 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. **Caderno de informações da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Perfil\\_setor/Caderno\\_informacao\\_saude\\_suplementar/Caderno\\_setembro\\_2016.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/Caderno_setembro_2016.pdf)>. Acesso em: 28 jan. 2017.

ALBUQUERQUE, C. et al. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1421-1430, out. 2008. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000500008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 2 abr. 2017.

ALMEIDA, A. R.; ATHAYDE, F. T. S. Promoção da saúde, qualidade de vida e iniquidade em saúde: reflexões para a saúde pública. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 9, n. 2, p. 165-172, 2016.

ALVES, D. C.; UGA, M. A. D.; PORTELA, M. C. Promoção da saúde, prevenção de doenças e utilização de serviços: avaliação das ações de uma operadora de plano de saúde brasileira. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 153-161, jun. 2016. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2016000200153&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000200153&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: fev. 2017.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface**, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2015.

ARAÚJO, L. U. A. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3521-3532, ago. 2013. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000803521&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803521&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 fev. 2017.

BARBOSA, M. L.; CELINO, S. D. M.; COSTA, G. M. C. A Estratégia de Saúde da Família no setor suplementar: a adoção do modelo de atenção primária na empresa de autogestão. **Interface**, São Paulo, v. 19, n. 55, p. 1101-1108, dez. 2015.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000401101&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000401101&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 maio 2016.

BATISTA, V. C. L. et al. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde segundo os profissionais de saúde da família. **Sanare**, Sobral, v. 15 n. 2, p. 87-93,

jun./dez. 2016. Disponível em:

<<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1042/588>>. Acesso em: 2 fev. 2017.

BENGOA, R. Curar y cuidar. In: BENGOA, R.; NUÑO, R. S. **Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar**. Barcelona: Elsevier, 2008.

BESSA, R. O. **Análise dos modelos de remuneração médica no setor de saúde suplementar brasileiro**. 2011. Tese (Doutorado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2011.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MESSIAS, L. M. Sistemas de serviços de saúde: principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde Brasileiro. **Revista Saúde.com**, v. 1, n. 1, p. 79-89, 2005. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/20>>. Acesso em: 2 jun. 2016.

BODSTEIN, R. Processo decisório e avaliação em saúde: ampliando o debate sobre o Programa Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1336-1338, out. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000800003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 maio 2016.

BRANDÃO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos beneficiários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 103-114, jan. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 maio 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 9 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF: MS, 1997.

\_\_\_\_\_. Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 jun. 1998. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm)>. Acesso em: 9 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jan. 2000a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm)>. Acesso em: 9 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 3.327, de 5 de janeiro de 2000. Aprova o Regulamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 jan. 2000b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D3327.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3327.htm)>. Acesso em: 9 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei n. 10.185, de 12 de fevereiro de 2001. Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 fev. 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10185.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10185.htm)>. Acesso em: 9 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Documento técnico. Brasília, DF: MS, 2005. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/doc\\_tec\\_amq\\_portugues.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/doc_tec_amq_portugues.pdf)>. Acesso em: 29 maio 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. 4. ed. Brasília, DF: MS, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil**. Brasília, DF: MS, 2010.

CANESQUI, A. M.; OLIVEIRA, A. M. F. **Saúde da família: modelos internacionais e estratégia brasileira**. O Sistema Único de Saúde em 10 anos de desafio. São Paulo: Sobravime, 2002.

CARNEIRO, M. S. M. et al. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 279-295, out. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000600279&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600279&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 fev. 2017.

CASTRO, R. C. L. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, set. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000900015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 maio 2016.

CECHIN, J. **A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação**. São Paulo: Saraiva, 2008.

CHOMATAS, E. et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**,

Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 294-303, out. 2013. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/828>>. Acesso em: 17 fev. 2017.

COLLINS. **Active English dictionary**. London: Collins Cobuild, 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília, DF, 2007.

CONTANDRIOPOULOS, A. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, set. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 maio 2016.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 319-328, 2001.

CORREIA, S. M. B. B. **Probabilidade e estatística**. 2. ed. Belo Horizonte: PUC Minas, 2003.

CRUZ, M. M.; REIS, A. C. Monitoramento e avaliação como uma das funções gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS). In: GODIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W. (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: EAD/ ENSP, 2011.

CUNHA, E. et al. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 fev. 2017.

DAROS, R. F. et al. A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 525-547, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n2/0103-7331-physis-26-02-00525.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2017.

DOTTO, J. M. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de atenção primária à saúde acessados por idosos em dois distritos de Porto Alegre, RS, Brasil. **RFO UPF**, Passo Fundo, v. 21, n. 1, p. 23-30, abr. 2016. Disponível em: <[http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-40122016000100004&lng=pt&nrm=iso](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-40122016000100004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 17 abr. 2017.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 126-134, dez. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000700017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 abr. 2017.

ELIAS, P. E. et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**,

Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, set. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 3 abr. 2017.

FEACHEM, R. G. A.; SEKHRI, N. K.; WHITE, K. L. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanent. **BMJ**, n. 324, p. 135-143, 2002.

FELISBERTO, D. F. et al. Qualidade dos serviços oferecidos em uma unidade de saúde da família: avaliando a conformidade com os padrões do programa avaliação para melhoria da qualidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 37, n. 2, p. 473-485, abr./jun. 2013 Disponível em: <[http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/384/pdf\\_420](http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/384/pdf_420)>. Acesso em: 2 jun. 2016.

FERNÁNDEZ, J. M. D. In: MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: OPAS, 2011.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 maio 2016.

FIREMAN, B. et al. Can disease management reduce health care costs by improving quality? **Health Affairs**, n. 23, p. 63-75, 2004. Disponível em: <<http://content.healthaffairs.org/content/23/6/63.long>>. Acesso em: 21 maio 2016.

FRACOLLI, L. et al. Instrumentos de avaliação da atenção primária à saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4851-4860, dez. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014001204851&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204851&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 fev. 2017.

FURLAN, C. F. B. **Avaliação de qualidade do atendimento hospitalar: o esperado e o percebido por clientes e acompanhantes**. 2011. 112 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/...31102011.../ClaudiaElisangelaBisFurlan.pdf>>. Acesso em: 9 maio 2016.

GARBIN, D. et al. Odontologia e saúde suplementar: marco regulatório, políticas de promoção da saúde e qualidade da atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 441-452, 2013.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 35, n. 2, p. 144-149, fev.

2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892014000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892014000200009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 9 maio 2016.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000600006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 maio 2016.

GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde seletiva ou abrangente? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s21-s23, 2008. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 9 maio 2016.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, jun. 2009. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000300014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 fev. 2017.

GOMES, K. O. et al. Atenção primária à saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 881-892, 2011.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 2 abr. 2017.

HARTZ, Z. M. A. Princípios e padrões em meta-avaliação: diretrizes para os programas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 733-738, 2006.

HARZHEIM, E. et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Services Research**, v. 6, n. 156, p. 1-7, 2006.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-6-156>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde:

PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e**

**Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 274-284, 2013. Disponível em:

<[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)829](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)829)>. Acesso em: 22 jun. 2015.

HAUSER, L. C. et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 244-255, 2013.

HAYASHI, A. P.; PEDROSO, C. B. Melhorias na qualidade dos serviços de saúde no Brasil: uma revisão bibliográfica sistemática. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 7, p. 1089-1103, 2016.

- IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, set. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 3 abr. 2017.
- JORGE, M. S. B. et al. Avaliação da qualidade do Programa de Saúde da Família no Ceará: a satisfação dos beneficiários. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, n. 2, p. 256-266, 2007. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2007/v31n2/a258-268.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2016.
- KICKBUSCH, I. **Global health: a definition 2002**. New Haven: Yale, 2013. Disponível em: <<http://www.ilonakickbusch.com/kickbusch-wAssets/docs/global-health.pdf>>. Acesso em: 3 maio 2015.
- KINALSKI, D. D. F. Avaliação da atenção primária à saúde: revisão de evidências do Primary Care Assessment Tool. **Enfermería Comunitaria**, v. 10, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://www.index-f.com/comunitaria/v10n2/ec9475.php>>. Acesso em: 2 abr. 2015.
- KODNER, D. L.; SPREEUWENBERG, C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. **International Journal of Integrated Care**, v. 2, p. 1-6, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480401/pdf/ijic2002-200212.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2015.
- LANA, C. F.; MALTA, D. C.; ANDRADE, E. I. G. Estudo dos modelos assistenciais praticados. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1561-1577, 2011.
- LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/29723/31600com>>. Acesso em: 3 maio 2015.
- LIBÂNIO, J. C. **Organização e gestão: teoria e prática**. 5. ed. rev. ampl. Goiânia: MF Livros, 2008.
- LIMA, E. F. A. et al. Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 553-559, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692015000300553&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000300553&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 fev. 2017.
- MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil: 1990-2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2465542/>>. Acesso em: 5 maio 2015.
- MALLET, A. L. R. Qualidade em saúde: tópicos para discussão. **Revista da SOCERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 449-456, set./out. 2005. Disponível em:

<[http://www.rbconline.org.br/wp-content/Archives/a2005\\_v18\\_n05\\_art08.pdf](http://www.rbconline.org.br/wp-content/Archives/a2005_v18_n05_art08.pdf)>. Acesso em: 5 maio 2016.

MALTA, D. C.; JORGE, A. O. Modelos assistenciais na saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1535-1542, out. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000500018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 2 fev. 2017.

MARTINS, J. S.; GARCIA, J. F.; PASSOS, A. B. P. Estratégia Saúde da Família: população participativa, saúde ativa. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 1, n. 1, p. 1-9, nov./dez. 2008. Disponível em: <[https://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v1/julieta\\_martins\\_junior\\_garcia\\_e\\_ana\\_passos.pdf](https://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v1/julieta_martins_junior_garcia_e_ana_passos.pdf)>. Acesso em: 29 mar. 2017.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 maio 2016.

MENICUCCI, T. M. G. The history of the public health reform in Brazil and of the Sistema Único de Saúde: changes, continuities, and the current agenda. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 21, n. 1, p. 77-92, 2014.

MONKEN, S. F. et al. Sistemas tecnológicos como suporte aos canais de atendimento aos beneficiários em operadoras de saúde no Brasil. **Revista Espacios**, v. 37, n. 17, p. 17, 2016. Disponível em: <<http://www.revistaespacios.com/a16v37n17/16371717.html>>. Acesso em: jan. 2017.

MORAES, V. D.; CAMPOS, C. E. A.; BRANDÃO, A. L. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 127-146, mar. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312014000100127&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100127&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 2 jun. 2016.

MORAIS, M. Integrando e convergindo as práticas atuais no modelo APS no Sistema Unimed. In: CONGRESSO NACIONAL UNIMED DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE, 2., 2015, Vitória. **Anais...** [S.l.: s.n.], 2015.

MOREIRA, R. et al. Qualidade de serviços: análise de uma unidade do programa de saúde da família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 1267-1288, 2015. Disponível em: <[HTTP://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/download/1097/pdf\\_1\\_com](http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/download/1097/pdf_1_com)>. Acesso em: 29 abr. 2016.

NEPOMUCENO, L. M. R.; KURCGANT, P. Uso de indicador de qualidade para fundamentar programa de capacitação de profissionais de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 665-672, dez. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342008000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000400008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 maio 2016.



NERI, A. S. C. **A influência da qualidade percebida, do valor percebido e do custo de mudança sobre a lealdade dos usuários do serviço de saúde suplementar**. 2015. 153 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração) – Universidade Nove de Julho, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.uninove.br/handle/tede/1195>>. Acesso em: jan. 2017.

NORONHA, J. C.; SANTOS, I. S.; PEREIRA, T. R. Relação entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2011. p. 152-179.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-549, out. 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102000000500018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000500018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 maio 2016.

NUNES, B. P. et al. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 968-976, dez. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102014000600968&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000600968&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 7 jun. 2016.

OLIVEIRA, M. M. C. **Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária à saúde em Porto Alegre: uma análise agregada**. 2007. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/12649>>. Acesso em: 3 fev. 2017.

OLIVEIRA, M. M. C. et al. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 256-263, 2013. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)823](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)823)>. Acesso em: 2 jan. 2016.

OUVERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030** – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; Ministério da Saúde; Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3. p. 143-182.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PAULA, F. A. et al. Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 802-814, set. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000300802&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300802&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 abr. 2017.

PENA, M. M.; SILVA, E. S.; RONCHIN, D. M. R. O emprego do modelo de qualidade de Parasuraman, Zeithaml e Berry em serviços de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1235-1240, 2013. Disponível em: <<http://link-periodicos-capes-gov-br.ez433.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em: 29 maio 2016.

PEREIRA, A. S. et al. Satisfação de usuários de planos odontológicos: um estudo de caso em uma operadora de autogestão. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Passo Fundo, v. 21, n. 1, p. 49-54, 2016.

PEREIRA, M. J. B. et al. Atributos essenciais da atenção primária à saúde: comparação do desempenho entre unidades de saúde tradicionais e unidades da estratégia de saúde da família. In: CONGRÈS DE L'ALASS, 22., 2011, Lausanne. **Anais...** Lausanne: ALASS, 2011. Disponível em: <[http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2011/Sesion\\_V/sesion27/02-09\\_sesion27\\_2-pt.pdf](http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2011/Sesion_V/sesion27/02-09_sesion27_2-pt.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

REICHERT, A. P. S. et al. Orientação familiar e comunitária na atenção primária à saúde da criança. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 119-127, jan. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000100119&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100119&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 abr. 2017.

RODRIGUES, A. T.; SILVA, K. L.; SENA, R. R. Programas de promoção da saúde na saúde suplementar em Belo Horizonte, MG, Brasil: concepções e práticas. **Interface**, São Paulo, v. 19, n. 54, p. 455-466, 2015.

SALVATORI, R. T.; VENTURA, C. A. A. A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde. **Organizações & Sociedade**, v. 19, n. 62, p. 471-487, 2012.

SANTOS, F. P. Saúde suplementar: impactos e desafios da regulação. Universidade Federal de Goiás. **Revista UFG**, Goiânia, ano VIII, n. 2, 2006. Disponível em: <[http://www.proec.ufg.br/revista\\_ufg/dezembro2006/textos/saude\\_suplementar.pdf](http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/dezembro2006/textos/saude_suplementar.pdf)>. Acesso em: 9 abr. 2015.

SAVASSI, L. C. M. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 17, p. 3-5, mar. 2010. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/135/127>>. Acesso em: 2 jun. 2016.

SCOTT, G. M. Revisiting structure, process, and outcome. **Cancer**, n. 121, p. 328-330, 2015. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.29070/pdf>>. Acesso em: 2 maio 2016.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 85, p. 65-82, 2009. Disponível em: <[http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/362\\_RCCS\\_85\\_Mauro\\_Serapioni.pdf](http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/362_RCCS_85_Mauro_Serapioni.pdf)>. Acesso em: 2 maio 2016.

SILVA, A. M. M. **Uso de serviços de saúde e percepção da qualidade da atenção médica recebida entre idosos brasileiros com e sem limitação funcional**: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. 2016. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/18083/2/Dissertacao%20AlexandreMoreiradeMeloSilva%202016.pdf>>. Acesso em: 3 fev. 2017.

SILVA, C. S. O. et al. Integralidade e atenção primária à saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4407-4415, nov. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014001104407&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104407&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 fev. 2017.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, jan. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000100023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100023&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 maio 2016.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 27-41.

SINGH, D.; HAM, C. **Improving care for people with long term conditions**: a review of UK and international frameworks. Birmingham: University of Birmingham, 2006.

SORATTO, J. et al. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-592, jun. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000200584&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200584&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 maio 2016.

STARFIELD, B. New paradigms for quality in primary care. **The British Journal of General Practice**, v. 51, n. 465, p. 303-309, 2001.

\_\_\_\_\_. **Atenção primária**: equilíbrio entre a necessidade, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf)>. Acesso em: 2 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. The primary solution: put doctors where they count. **Boston Review**, Science & Nature, 1 nov. 2005. Disponível em: <<http://bostonreview.net/barbara-starfield-the-primary-solution-doctors>>. Acesso em: 2 jun. 2015.

SUMAR, N.; FAUSTO, M. C. R. Atenção primária à saúde: a construção de um conceito ampliado. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 5, n. 2, p. 202-212, 2014.

TEIXEIRA, M. et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 52-68, out. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000600052&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600052&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 2 jun. 2016.

TRETTEL, D. B.; LEÃO, L. N. Teoria e prática da participação na Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 91-121, 2015.

VAN STRALEN, C. J. et al. 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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s148-s158, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 3 mar. 2017.

VIEGAS, S. M. et al. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface**, São Paulo, v. 19, n. 55, p. 1089-1100, dez. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000401089&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000401089&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 maio 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report 2008**: primary health care now more than ever. Geneva, 2015.

## APÊNDICE A – TCLE – BENEFICIÁRIOS

Beneficiários N° do Instrumento:
----------------------------------

### AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE ASSISTÊNCIANO SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA SAÚDE EM UMA OPERADORA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Beneficiários**

O título de nossa pesquisa é “Avaliação da Qualidade de Assistência no Serviço de Atenção Primária à Saúde em uma Operadora de Saúde Suplementar”. Essa pesquisa tem como objetivo avaliar “a qualidade da assistência no serviço de Atenção Primária Saúde”.

Está sendo realizada por uma mestranda do grupo de pesquisa pertencente ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde (PPGTS) da Pontifícia Universidade Católica do Paraná na linha de pesquisa Avaliação de Tecnologia em Saúde. Orientador Prof. Dr. Sergio Ossamu Ioshii.

A sua participação no referido estudo será responder a uma entrevista. Será preenchido um “Formulário denominado Instrumento de Avaliação da Atenção Primária PCATool-Brasil – Versão Reduzida Beneficiários Adultos”, que será impresso pela pesquisadora, na qual ela registrará informações cedidas por você sobre suas vivencias relacionadas ao atendimento no serviço de assistência Personalizada.

Esta pesquisa ocorrerá na Unidade de Saúde, num período médio de 30 minutos.

É assegurado, durante toda pesquisa, o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas conseqüências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Este estudo não implica em nenhum risco para sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu atendimento no seu local de consulta e que você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Para fins de pesquisa os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou família será divulgado.

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

A pesquisadora envolvida com o referido projeto chama-se Adriana Karla Casado Silva de Araújo, Psicóloga e Mestranda no Programa de Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PPGTS/PUCPR.

Fui esclarecido sobre o risco de me sentir constrangido durante o preenchimento do formulário, em qualquer momento terei a liberdade de me opor a responder qualquer questão; posso comunicar à pesquisadora meu desconforto e solicitar a interrupção do preenchimento. Estou ciente que não haverá identificação com o meu nome no formulário preenchido, de forma que seja prevenida a correlação direta de minhas respostas com minha identidade e evitado qualquer tipo de imposição de vontades de terceiros sobre minhas respostas.

Estou ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação. Caso eu tenha despesa com o preenchimento do formulário, haverá ressarcimento em dinheiro. De igual maneira, caso ocorra algum dano pelo preenchimento do formulário, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para o CEP PUCPR (41) 3271-2292 ou mandar um email para [nep@pucpr.br](mailto:nep@pucpr.br)

E ainda, fui alertado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo.

Curitiba, ..... de ..... de 2016.

---

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

---

Adriana Karla Casado Silva de Araujo  
Mestranda do PPGTS/PUCPR

## **APÊNDICE B – PERGUNTAS DO FORMULÁRIO PCATool ADULTO, VERSÃO REDUZIDA**

### **A – GRAU DE AFILIAÇÃO**

A1 – Há um médico ou serviço de saúde aonde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

A2 – Há um médico ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?

A3– Há um médico ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

### **B Atributo - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO**

B2 – Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu “nome do serviço de saúde/ ou nome médico / enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?

### **C Atributo – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE**

C4 – Quando o seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?

C11 É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” quando pensa que é necessário?

### **D Atributo – LONGITUDINALIDADE**

D1– Quando você vai ao seu “nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes?

D6 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “médico/enfermeiro”?

D9 – Os eu “médico/enfermeiro “sabe quais problemas são mais importantes para você?



D14 – Você mudaria o “serviço de saúde médico (a)” para outro serviço de saúde se isso fosse muito fácil de fazer?

#### E Atributo – COORDENAÇÃO – Integração de Cuidados

E6 – O seu “médico/enfermeiro” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?

E10 - O motivo da consulta

E 11 - Resultados da consulta com especialista

E 13 – Qualidades da consulta com especialista

#### E Atributo – COORDENAÇÃO – Sistema de Informação

F3 – Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no “nome do serviço de saúde /ou nome médico enfermeiro”?

#### G Atributo – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

G9 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.

G17 – Aconselhamento sobre como parar de fumar.

G20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).

#### H Atributo – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

H1– Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.

H5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.

H7 – Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando

H11 – Como prevenir quedas.

#### I Atributo – ORIENTAÇÃO FAMILIAR

I1 – O seu “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?

I3 – O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?

#### J Atributo – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

J4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?

## APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PCATool ADULTO, VERSÃO REDUZIDA

### INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil – Versão Reduzida Usuários Adultos A – AFILIAÇÃO

*Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

**A1.** Há um médico (a) ou serviço de saúde aonde você geralmente vai quando adoecer ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

Não

Sim (Por favor, informe o nome e o endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

**A2.** Há um médico (a) ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?

Não

Sim, o(a) mesmo médico(a) / serviço de saúde acima referido(a) (no item A1)

Sim, o(a) médico(a) /serviço de saúde diferente do(a) acima referido(a) (no item A1) (Por favor, informe o nome e o endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

**A3.** Há um médico (a) ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

Não

Sim, o (a) mesmo referido (a) em A1 e A2

Sim, somente o (a) mesmo referido(a) em A1

Sim, somente o (a) mesmo referido(a) em A2

Sim, diferente do(s) referido(s) em A1 e A2 (Por favor, informe o nome e o endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

#### Identificação do Serviço de Saúde ou Médico(a) a ser avaliado

- Se o(a) entrevistado(a) indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o questionário sobre esse médico(a) ou serviço de saúde. (Siga para o item A5)

- Se o(a) entrevistado(a) respondeu duas perguntas iguais, continue o questionário sobre esse médico(a) ou serviço de saúde. (Siga para o item A5)

- Se todas as respostas foram diferentes, continue o questionário sobre o(a) médico(a) ou serviço de saúde identificado na pergunta A1. (Siga para o item A5)

- Se o(a) entrevistado(a) respondeu NÃO a duas perguntas, continue o questionário sobre esse médico(a) ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Siga para o item A5)

- Se o(a) entrevistado(a) respondeu NÃO à pergunta A1 e indicou respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o questionário sobre o(a) médico(a) ou serviço de saúde indicado na pergunta A3. (Siga para o item A5)

- Se o(a) entrevistado(a) respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor, pergunte o nome do(a) último(a) médico(a) ou serviço de saúde onde ele(a) consultou e continue o questionário sobre esse(a) último(a) médico(a) ou serviço de saúde. (Siga para o item A4)

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool Brasil – Versão Reduzida**

**A – AFILIAÇÃO**

**A4.** Nome do(a) serviço de saúde/médico(a) procurado pela última vez:

\_\_\_\_\_

Esclareça ao entrevistado que:

A partir de agora, todas as perguntas serão sobre o(a):

**A5.** \_\_\_\_\_  
"serviço de saúde/médico (a)"

**B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO**

Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/não lembro
<b>B2.</b> Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao (à) "serviço de saúde/ médico (a)" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE**

Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/não lembro
<b>C4.</b> Quando o (a) "serviço de saúde" está aberto (a), você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>C11.</b> É difícil para você conseguir atendimento médico no (a) "serviço de saúde" quando pensa que é necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMARIA**  
**PCATool Brasil – Versão Reduzida**  
**D – LONGITUDINALIDADE**

Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/não lembro
<b>D1.</b> Quando você vai ao “ <i>serviço de saúde</i> ”, é o (à) mesmo (a) médico (a) ou que atende você todas às vezes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>D6.</b> Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao (à) “ <i>médico (a)</i> ”?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>D9.</b> O (A) “ <i>médico (a)</i> ” sabe quais problemas são mais importantes para você e a sua família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>D14.</b> Você mudaria do (a) “ <i>serviço de saúde/médico (a)</i> ” para outro serviço de saúde se isso fosse muito fácil de fazer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
**PCATool Brasil – Versão Reduzida**  
**COORDENAÇÃO**

**E1.** Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no (a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)”?

- Sim
- Não (Passe para o item F3)
- Não sei /não lembro (Passe para o item F3)

**E – COORDENAÇÃO – CUIDADOS**

Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/não lembro
<b>E2.</b> O “nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>E6.</b> O(a) “médico(a)” escreveu alguma informação para o especialista a respeito do motivo dessa consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>E7.</b> O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe quais foram os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>E8.</b> Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu “médico/enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**F – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES**

Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/não lembro
<b>F3.</b> Se você quisesse, poderia ler (consultar) o seu prontuário no(a) “serviço de saúde”?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
**PCATool Brasil – Versão Reduzida**  
**G – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS**

*Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e a sua família ou as pessoas que utilizam esse Serviço podem necessitar em algum momento.

Indique, por favor, se no "serviço de saúde/médico (a)" esses serviços/orientações estão disponíveis.

Está disponível no "serviço de saúde/ médico (a)"?

Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/ não lembro
<b>G1.</b> Aconselhamento para problemas de saúde mental (exemplos: ansiedade, depressão)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>G17.</b> Aconselhamento sobre como parar de fumar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>G20.</b> Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (exemplos: Diminuição da memória, risco de cair)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

### PCATool Brasil – Versão Reduzida

#### H – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta no (a)/com o(a) "serviço de saúde/médico(a)".

Em consultas no (a)/com o(a) "serviço de saúde/médico(a)", algum dos seguintes assuntos já foi ou é discutido (conversado) com você?

Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/não lembro
<b>H1.</b> Orientações para se manter saudável, tais como: alimentação saudável, boa higiene e sono adequado.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>H5.</b> Orientações a respeito de exercícios físicos apropriados para você	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>H7.</b> Verificar e discutir os medicamentos que você está usando	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>H11.</b> Como prevenir quedas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

#### I – ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/não lembro
<b>I1.</b> O(A) "médico(a)" lhe pergunta sobre as suas idéias e opiniões (o que você pensa) ao planejar o tratamento e o cuidado para você ou para um membro da sua família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>I3.</b> O(A) "médico(a)" se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>



**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
**PCATool Brasil – Versão Reduzida**  
**J – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA**

A seguir é apresentada uma forma de avaliar a qualidade de serviços de saúde. No "*serviço de saúde/ médico (a)*" são realizadas?

Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/ não lembro
<b>J4.</b> Pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

## APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PCATool ADULTO, VERSÃO REDUZIDA – CARTÃO-RESPOSTA

PCATool Brasil – Versão Reduzida Usuários Adultos					
					Usuários N° do Instrumento: _____
<b>A1</b>	NÃO	NOME MÉDICO/SERVIÇO			
	SIM	ENDEREÇO			
<b>A2</b>	NÃO				
	SIM	O <b>mesmo</b> médico serviço do item A1			
	SIM	Médico/ serviço <b>diferente</b> do item A1 NOME MÉDICO/SERVIÇO ENDEREÇO			
<b>A3</b>	NÃO				
	SIM	O(A) mesmo referido(a) em A1 e A2			
	SIM	somente o(a) mesmo referido(a) em A1			
	SIM	Sim, somente o(a) mesmo referido(a) em A2			
	SIM	Médico/ serviço <b>diferente</b> do item A1 NOME MÉDICO/SERVIÇO ENDEREÇO			
<b>A4</b>	Nome do(a) serviço de saúde/médico (a) procurado pela última vez:				
<b>A5</b>	A partir de agora todas as perguntas serão sobre (nome do(a) serviço de saúde/ médico (a)):				
	COM CERTEZA SIM 4	PROVAVELMENTE SIM 3	PROVAVELMENTE NÃO 2	COM CERTEZA NÃO 1	NÃO SEI/ NÃO LEMBRO 9
<b>B2</b>					
<b>C4</b>					
<b>C11</b>					
<b>D1</b>					
<b>D6</b>					
<b>D9</b>					
<b>D14</b>					
<b>E1</b>	SIM				
	NÃO	Passe para o item F1			
	NÃO SEI NÃO LEMBRO	Passe para o item F1			
<b>E2</b>					
<b>E6</b>					
<b>E7</b>					
<b>E8</b>					
<b>F3</b>					
<b>G9</b>					
<b>G17</b>					
<b>G20</b>					
<b>H1</b>					
<b>H5</b>					
<b>H7</b>					
<b>H11</b>					
<b>I1</b>					
<b>I3</b>					
<b>J14</b>					

## ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA DIRETORIA DA UNIMED PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



www.unimed.coop.br/parana  
Rua Antonio Camilo, 283  
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR  
☎ (41) 3219-1500

### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que a diretoria executiva da Unimed Paraná autorizou a realização da pesquisa intitulada “Avaliação da qualidade de assistência no serviço de Atenção Personalizada À Saúde em uma operadora de saúde suplementar”, a ser realizada no Centro de Atenção Personalizada à Saúde pela aluna de mestrado ADRIANA KARLA CASADO SILVA DE ARAÚJO, nos limites dos parâmetros a serem avaliados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Curitiba, 22 de junho de 2016.

Atenciosamente,

  
Dr. Faustino Garcia Alferez  
DIRETOR VICE-PRESIDENTE  
UNIMED PARANÁ

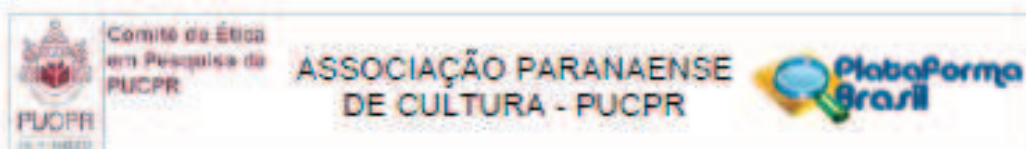
SAC 0800 41.4554 | Deficientes auditivos 0800 642 2009 | Ouvidoria [www.unimed.coop.br/parana/canaisderelacionamento](http://www.unimed.coop.br/parana/canaisderelacionamento)

 Membro da Aliança  
Cooperativa Internacional

“Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz.”  
Roberto Rodrigues

**ANS - nº 312720**

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE ASSISTÊNCIA DO SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UMA OPERADORA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

**Pesquisador:** ADRIANA KARLA CASADO SILVA DE ARAÚJO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 58087216.6.0000.0020

**Instituição Proponente:** Pontifícia Universidade Católica do Paraná

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

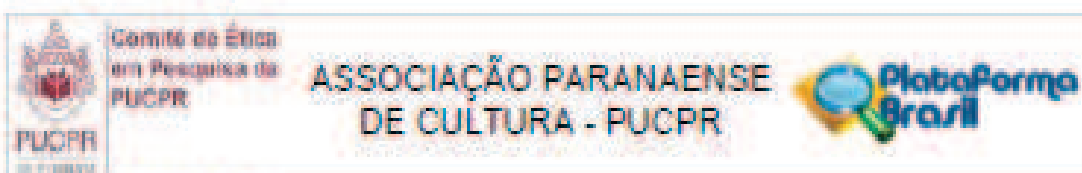
#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.675.447

#### Apresentação do Projeto:

O sistema de Saúde apresenta três níveis de atenção que dizem respeito à complexidade da assistência, são elas: A Atenção Primária, Atenção Secundária e Atenção Terciária. O nível de Atenção Primária no sistema de serviços de saúde é a porta de entrada no sistema para todas os outros níveis de atendimento, ela orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Este é o modelo de assistência à saúde adotada no Brasil pela saúde pública. Este modelo propõe superar a fragmentação existente nos sistemas de atenção à saúde e promover o alcance de maior equidade. Sistema de saúde privado por meio de uma operadora de saúde suplementar que tem um modelo assistencial fragmentado e sem a coordenação do cuidado teve a iniciativa de realizar uma inovação, desenvolveu serviço de assistência baseado no modelo de Atenção Primária à Saúde. Denominado Serviço de Atenção Personalizada à Saúde. A proposta do projeto é um estudo avaliativo de análise quantitativa de dados de caráter transversal. O objetivo deste trabalho é avaliar a qualidade de assistência de saúde em uma operadora de saúde suplementar que implementou uma inovação para seus beneficiários, com um Serviço de Atenção Personalizada à saúde, que tem como modelo assistencial Atenção Primária à Saúde, cujos requisitos indispensáveis são Acesso ao primeiro contato, longitudinalidade,

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1156  
 Bairro: Prado Velho CEP: 80.215-901  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3271-2103 Fax: (41)3271-2103 E-mail: nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 1.075.447

Integralidade, Coordenação, Orientação Familiar, Orientação Comunitária, e competência cultural. Neste projeto utilizaremos como instrumento de avaliação de qualidade o Primary Care Assessment Tool – PCATool- BRASIL Adulto Versão reduzida. O sistema público de saúde tradicionalmente já adota este modelo de Atenção Primária a Saúde e é regularmente avaliado. Desta forma, por tratar-se de uma inovação no sistema privado, ou seja, na saúde suplementar, identifica-se a necessidade de verificar a qualidade de assistência dentre os princípios indispensáveis da APS, que são Acesso ao primeiro contato, longitudinalidade, Integralidade, Coordenação, Orientação Familiar, Orientação Comunitária, e competência cultural após dois anos de implementação.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Verificar a qualidade da atenção primária a saúde num novo modelo assistencial em uma operadora de plano de saúde suplementar.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos previstos e preservados e benefícios previstos

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante com objetivos claros e metodologia adequada

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos adequados

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende os requisitos éticos necessários para a sua realização.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_761248.pdf	15/07/2016 13:56:38		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.pdf	15/07/2016 13:55:45	ADRIANA KARLA CASADO SILVA DE	Aceito

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155

Bairro: Prado Velho

CEP: 80.215-401



UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3271-3103

Fax: (41)3271-3103

E-mail: nep@pucpr.br

 <p>PUCPR 1912</p>	<p>Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR</p>	<p>ASSOCIAÇÃO PARANAENSE DE CULTURA - PUCPR</p>	
---	---	---	---

Continuação do Parecer: 1.075.447

Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/07/2016 13:55:45	ARAUJO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhado.doc	18/07/2016 13:55:17	ADRIANA KARLA CASADO SILVA DE ARAUJO	Aceito
Folha de Rosto	fohaderostoassinada.pdf	18/07/2016 13:54:42	ADRIANA KARLA CASADO SILVA DE ARAUJO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 12 de Agosto de 2016

---

Assinado por:  
NAIM AKEL FILHO  
(Coordenador)

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155  
Bairro: Prado Velho CEP: 80.215-901  
UF: PR Município: CURITIBA  
Telefone: (41)3271-2103 Fax: (41)3271-2103 E-mail: nep@pucpr.br