

**FACULDADE ASSIS GURGACZ
LUANA LUIZA VIEIRA**

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE POR MEIO DO PRIMARY
CARE ASSESSMENT TOOL (PCA-TOOL) EM USUÁRIOS COM DIABETES
MELLITUS NAS UNIDADES SELECIONADAS
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CASCAVEL-PR**

**CASCAVEL – PR
2018**

**FACULDADE ASSIS GURGACZ
LUANA LUIZA VIEIRA**

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE POR MEIO DO PRIMARY
CARE ASSESSMENT TOOL (PCA-TOOL) EM USUÁRIOS COM DIABETES
MELLITUS NAS UNIDADES SELECIONADAS
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CASCAVEL-PR**

Artigo apresentada como requisito parcial para
a conclusão do curso de Medicina do Centro
Universitário da Fundação Assis Gurgacz.
Orientador: Prof. Ddo. Rubens Griep

**CASCAVEL - PR
2018**

**AValiação DA Atenção Primária À Saúde POR MEIO DO PRIMARY
CARE ASSESSMENT TOOL (PCA-TOOL) EM USUÁRIOS COM DIABETES
MELLITUS NAS UNIDADES SELECIONADAS
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ¹CASCADEL-PR**

VIEIRA, Luana Luiza ¹

GRIEP, Rubens²

RESUMO

O objetivo do artigo é avaliar os atributos da Atenção Primária à Saúde por meio do PCATool-Brasil - versão adultos – aplicado a um grupo de 32 usuários com diabetes mellitus, idade maior de 15 anos, vinculados à Unidade de Saúde da Família Santo Onofre/Equipe Esmeralda, município de Cascavel/PR. Os usuários responderam um questionário padronizado, validado no Brasil. O Escore Geral de APS resultou em 6,826 (IC 4,409-9,409), sendo considerado satisfatório. Os menores escores foram nos atributos de acessibilidade, integralidade e orientação familiar, enquanto a utilização obteve um alto resultado. Assim, considera-se a acessibilidade e integralidade atributos abrangentes e necessários na organização da Atenção Primária para aumentar a vinculação do paciente e diminuir o uso de serviços de pronto-atendimento.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação de serviço de saúde, atenção primária a saúde, estratégia saúde da família, diabéticos, questionários.

ABSTRACT

The objective of the article is to evaluate the attributes of Primary Health Care through PCATool-Brazil – adults version – applied to a group of 32 users with diabetes mellitus, older than 15 years, linked to the Health Unit of the Santo Onofre / Esmeralda Team, municipality of Cascavel / PR. The users answered a standard questionnaire, validated in Brazil. The APS Overall Score resulted in 6,826 (IC 4,409-9,409) and was considered satisfactory. The accessibility obtained a lower score, while the Utilization obtained a high result. Thus, accessibility is considered a comprehensive and necessary attribute in the organization to increase patient engagement and decrease the use of emergency services.

KEY WORDS: Health service evaluation, Primary health care, Family health strategy, diabetics, questionnaires.

¹ Acadêmica - Faculdade Assis Gurgacz - luanaluizavieira@yahoo.com.br

² Docente orientador – Faculdade Assis Gurgacz

1- INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) constitui parte integrante e estratégica do sistema de saúde. Ao longo da história da medicina preventiva, desenvolveram-se diversos modelos que aprimoraram os serviços nos níveis de saúde, entre os quais se destacam a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o objetivo de reformulação do modelo assistencial para efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estão indicados os princípios essenciais para o desenvolvimento da APS no âmbito desafiador de universalização do acesso e da atenção à saúde da população com os princípios do SUS, garantindo o direito a saúde.

O desafio da APS está em coordenar a expansão ao cuidado e simultaneamente ordenar a rede de serviços. Nesse aspecto, para melhorar a progressão e obter um feed-back do trabalho realizado, faz-se necessário avaliar o desenvolvimento da APS para responder as demandas específicas exigidas.

Dessa forma, uma das iniciativas que abrangem esse objetivo refere-se a utilização do Primary Care Assesment Tool (PCATool), que é um instrumento de avaliação a atenção Primária em Saúde, o qual foi validado no país e indicado, desde de 2010, pelo Ministério da Saúde, como estratégia de aprimoramento da atenção básica em saúde.

Este artigo tem como tema central o processo de avaliação dos atributos essenciais e derivados definidos por Starfield³ para uma Atenção Primária em Saúde (APS) de qualidade: Acesso de primeiro contato do indivíduo com sistema de saúde, longitudinalidade, coordenação da atenção e integralidade, bem como atenção a saúde centrada na família (orientação familiar), orientação comunitária e competência cultural.

Nesse processo de avaliação, é fundamental conhecer a percepção dos usuários quanto à oferta e qualidade dos serviços de saúde, o que possibilita seu aperfeiçoamento e reorientação.

2- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

Em 1920, originaram-se as primeiras medidas para organizar e padronizar o atendimento nos sistemas de saúde. Devido ao avanço de conhecimento na área médica, observou-se a necessidade de separar os tipos de atendimentos prestados através de uma medicina preventiva e curativa. Assim, dividiu-se a medicina em um modelo de sistema de

saúde com centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. ¹

O relatório de Dawson descreve as características e responsabilidades de cada nível de atenção e as relações que em síntese devem existir entre eles. Essa proposta constituiu o fundamento da regionalização dos serviços de atenção à saúde organizada em bases populacionais, tendo influenciado a organização dos sistemas de saúde únicos em diversos países. ²

A Organização Mundial de Saúde e muitos países, em 1977, estabeleceram uma meta de tornar nas seguintes décadas a saúde acessível a todos. Essa proposta foi resultado da trigésima Assembleia Mundial de Saúde com a Resolução 30.43, conhecida como “Saúde para Todos”, a qual estabelecia o alcance por parte de todos os povos do mundo um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva. Esta resolução desencadeou uma série de atividades que tiveram grande relevância quanto ao conceito da atenção primária.

Em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, conhecida como reunião de Alma-Ata, discutiu-se a operacionalização do conceito de saúde, expresso como um estado de bem estar físico, mental e social. Como direito inalienável de todo indivíduo, os serviços de saúde devem pressupor cobertura universalizada, hierarquizada, integrada, regionalizada e descentralizada. O aspecto revolucionário em que se assenta tal proposta é a percepção da saúde e da doença em uma dimensão que vai além do organismo biológico individual e penetra na esfera da estrutura e da organização social. Nesse sentido, um papel essencial é dedicado a participação e ao controle da comunidade no planejamento, na organização e na resolução desses serviços. A conferência Alma-Ata apresenta distintas inquietações e desafios aos diversos setores ligados com os problemas de saúde. Dentre as proposições dessa conferência, esta “Saúde Para Todos” deixar de ser um slogan e se tornar “Saúde Para Todos no Ano 2000”. ³

Dessa forma, na década de 1970 e início dos anos 1980, repercutiram no Brasil os princípios de Alma Ata, que encontraram no Movimento Brasileiro pela Reforma Sanitária um forte aliado³. Esse movimento, lutando pela implantação de um sistema gratuito e universal, teve sua expressão máxima na 8ª Conferência Nacional de Saúde⁴, quando foram delineados os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), mais tarde incorporados na Constituição Federal de 1988. ⁵

Em concomitância, a Atenção Primária à Saúde foi se aprimorando como o ponto de atenção fundamental do primeiro contato do indivíduo com os serviços de saúde, sendo definida pela OMS como uma atenção essencial a saúde com bases na tecnologia e métodos práticos, acessível a indivíduos por meios cabíveis de ser custodiados pelos próprios indivíduos e ao país em todos os níveis de seu desenvolvimento.⁶

Atenção primária à saúde é parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.⁶

2.2 ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS)

O modelo utilizado no Brasil, orientado na APS, é a Estratégia Saúde da Família (ESF), que teve início em 1994 e foi idealizado, inicialmente, como uma ferramenta de extensão da cobertura assistencial. Atualmente, se configura como o maior programa assistencial no País e é considerado como um eixo estratégico reorganizador do SUS, carregando enorme potencial para estruturar de forma consistente a APS no Brasil.^{8,9}

O conceito operacional e sistematizado de Starfield da APS vem sendo muito utilizada no Brasil, inclusive pelo Ministério da Saúde. Para isso podemos conceituar os quatro atributos essenciais e três atributos derivados dos serviços da APS:^{3,7}

TABELA 1 – Atributos da Atenção Primária à Saúde.

ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA APS
Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: avalia a acessibilidade e a utilização propriamente dita do serviço pelo usuário, analisando desde as questões geográficas até os horários de atendimento que acabam por influenciar nessa variável.
Longitudinalidade: a unidade de APS deve ser a fonte regular e contínua de atenção a uma população específica ao longo do tempo.
Integralidade: disponibilidade de serviços ofertados pela unidade afim de garantir atenção integral ao usuário, levando em consideração a realidade da unidade de APS.
Coordenação da atenção: pressupõe atenção continuada tanto no âmbito de reforçar o vínculo entre médico e o paciente (através do atendimento sequencial pelo mesmo profissional), quanto na coordenação e integração do cuidado quando esse indivíduo necessita de serviços especializados.

ATRIBUTOS DERIVADOS DA APS

Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar): é necessário considerar o contexto familiar no atendimento integral do paciente.

Orientação comunitária: a equipe da unidade de APS deve prezar pelo bom relacionamento com os membros da comunidade bem como, conhecê-la profundamente estando a par, por exemplo, de seus dados epidemiológicos.

Competência cultural: capacidade de adaptação da equipe à cultura local facilitando o estabelecimento de vínculo com os usuários.

Fonte: Adaptado de STARFIELD, 2001.

2.3 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB)

A PNAB é resultado da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS, como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo.¹²

Ela atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da atenção básica na coordenação das Redes de Atenção. Ainda agregou um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil¹². De modo geral, a PNAB compõe diversos pontos que definem a estrutura básica, além dos conceitos mais específicos da Atenção Básica com o enfoque na Estratégia de Saúde da Família, mostrando a importância da prevenção e do acesso da população a Equipe de Saúde da Família.

Em 2006, através da resolução do Ministério da Saúde determinou-se a PNAB, que considerou os princípios e diretrizes norteadoras propostas nos Pactos pela vida, em Defesa do SUS, compreendendo a desfragmentação do financiamento da Atenção Básica.¹³

Além disso, a regulamentação que a PNAB define, através das novas mudanças, determinadas em 2011, é nortear no sentido de organizar toda a equipe e estrutura dos profissionais. As Estratégias de Saúde da Família e todos os mecanismos descritos de ação sobre a saúde precisam estar de acordo com as diretrizes da Atenção Básica, assim como as do SUS, sendo que isso direciona o desenvolvimento do processo da estratégia como um todo.¹³

Dessa forma, a PNAB define as funções das equipes multidisciplinares, as quais compõem a Equipe de Estratégia da Saúde da Família (Enfermeiro, Técnico de Enfermagem; Agente Comunitário de Saúde; Cirurgião Dentista; Técnico em Saúde Bucal; Auxiliar em Saúde Bucal e Médico). Também intitula as atribuições necessárias que compõem a ação integrada desses profissionais com as diretrizes e funções da Estratégia Saúde da Família.¹³

A organização do sistema se atribui a algumas normas como a definição do número de profissionais mínimos para compor a Equipe; abrangência dos Agentes Comunitários de Saúde

sobre a população; Número mínimo da população a ser assistida pela Equipe de Saúde da Família, respeitando os graus de vulnerabilidade; carga horária e cadastramento dos profissionais na ESF. ^{12,13}

Por fim, compreende-se que a PNAB é citada como uma dos meios que fortaleceram os pontos favoráveis e corrigiram as deficiências, estabelecendo a Estratégia Saúde da Família como programa de qualificação da Atenção Básica de Saúde de maior sucesso da história do Brasil. Além disso, cumpre relevante papel por impulsionar uma política que aos poucos vem sendo construída por outros governos. ¹⁴

3- METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, tendo como referência o PCATool Brasil, validado pelo Grupo de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre da UFRGS e pelo Ministério da Saúde.

A pesquisa foi desenvolvida junto a Unidade de Saúde da Família Santo Onofre/Equipe Esmeralda vinculada à Secretaria de Saúde de Cascavel/PR, foi aprovada pelo comitê de ética e também obteve a aprovação Departamento de Atenção à Saúde da Secretaria de Saúde de Cascavel-PR, para utilização do campo de pesquisa, USF Santo Onofre, Cascavel.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram usuários vinculados aos grupos específicos (Diabetes Mellitus) da Unidade de Saúde da Família do Santo Onofre/Equipe Esmeralda, no município de Cascavel-PR. E os critérios para exclusão foram os usuários não vinculados aos grupos especificados.

O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária PCATool apresenta originalmente versões autoaplicáveis destinadas a crianças, a adultos maiores de 18 anos, a profissionais de saúde e, também, ao coordenador / gerente do serviço de saúde. Criado por Starfielde colaboradores na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center*(PCPC), o PCATool mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS. ^{10,11}

A versão validada do PCATool do Adulto contém 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS: Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A); Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B); Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C); Longitudinalidade (D); Coordenação – Integração de Cuidados (E); Coordenação – Sistema de Informações (F); Integralidade – Serviços Disponíveis (G); Integralidade – Serviços Prestados (H); Orientação Familiar (I) e Orientação Comunitária (J). ¹¹

Os dados dos grupos populacionais específicos foram coletados por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (2015) e do Sistema de Informações do Pré-Natal e Nascimento (2016) da Secretaria de Saúde de Cascavel/PR. Sendo a Unidade de Saúde da Família Santo Onofre (Equipe Esmeralda) com um n= 69 usuários com Diabetes Mellitus (DM) > 15 anos (95).

Os dados foram analisados e organizados com a definição do cálculo amostral considerando-se erro de amostra de 5%, nível de confiança de 95% e população mais homogênea (80/20).

4- RESULTADOS

Foram entrevistados trinta e dois pacientes diabéticos maiores de quinze anos vinculados à Equipe Esmeralda da Unidade de Saúde Santo Onofre.

TABELA 2 – Escores médios dos atributos e dos escores essencial, derivado e geral de atenção primária à saúde na avaliação dos pacientes diabéticos maiores de quinze anos vinculados à Equipe Esmeralda da USF Santo Onofre do município de Cascavel, 2018.

ATRIBUTOS Atributos de Atenção Primária	Escores médios (IC 95%) USF Santo Onofre
Grau de Afiliação	7,917 (7,426 - 8,407)
Acesso de Primeiro Contato/Utilização	9,409 (9,146 - 9,674)
Acesso de Primeiro Contato/Acessibilidade	4,609 (4,317 - 4,902)
Longitudinalidade	7,395 (7,225 - 7,567)
Coordenação do Cuidado	6,516 (5,774 - 7,259)
Coordenação Sistema de Informação	6,757 (6,461 - 7,054)
Integralidade/Serviços Disponíveis	6,757 (6,461 - 7,054)
Integralidade/Serviços Prestados	5,255 (4,857 - 5,655)
Média dos Atributos Essências	7,099 (4,409 - 9,409)
Orientação Familiar	5,519 (4,947 - 6,092)
Orientação Comunitária	7,082 (6,603 - 7,562)
Média dos Atributos Derivados	6,301 (5,519 - 7,562)
Geral da USFSanto Onofre – Equipe esmeralda	6,826 (4,409 - 9,409)

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2018).

Escore Geral de APS estimado em 6,826 (IC 4,409-9,409) sendo considerado um bom escore. O Escore Essencial foi de 7,099 (IC 4,409 - 9,409) e o Derivado alcançou 6,301 (IC 5,519 - 7,562), também considerados com uma boa margem de pontuação.

Dentre os Atributos Essenciais e Derivados, o pior escore foi o de Acessibilidade, com 4,609 (IC 4,317 - 4,902), sendo outros dois escores estiveram abaixo do recomendado como mínimo, os atributos de Integralidade-Serviços prestados e Orientação familiar com resultado de 5,255 (4,857 - 5,655) e 5,519 (4,947 - 6,092), respectivamente.

Enquanto o maior escore foi de Utilização com 9,409 (IC 9,146 - 9,674), seguido pelo Grau de Afiliação, que obteve 7,917 (IC 7,426 - 8,407).

5- DISCUSSÃO

Os resultados deste levantamento evidenciaram que a Unidade de Saúde da Família Santo Onofre/Equipe Esmeralda, do município de Cascavel-PR, possui um bom escore geral para os atributos da Atenção Primária.

Através do PCAtool, pode-se avaliar diferentes características do atributo essencial de Acesso de Primeiro Contato, sendo subdividido em Utilização e Acessibilidade. Essa distinção foi muito importante, pois por meio desse trabalho constataram-se escores muito altos no critério de utilização e muito baixos para acessibilidade. Permitindo assim, maior acurácia nas análises e desfechos.

O atributo do Acesso de Primeiro Contato/Acessibilidade foi classificado como o mais falho dos atributos com o escore de 4,609 (IC 4,317 - 4,902). Este se define basicamente como a oferta que possibilita o usuário a chegar ao serviço, caracterizando o Acesso como a forma pelas quais as pessoas percebem a acessibilidade. Observar a qualidade da Acessibilidade é fundamental para identificar aspectos que podem ser obstáculos, assim como os que facilitam a busca pelo atendimento.¹⁵

Existem diversos fatores associados ao funcionamento da Acessibilidade e do Acesso. São denominados de determinantes sociais, como hora de abertura da unidade, barreiras geográficas, os determinantes econômicos, como pagamento e custo para deslocamento.¹⁶

Os principais obstáculos geralmente encontrados dizem respeito à ausência de ações voltadas para o acolhimento à demanda espontânea e lista de espera nas UBS, persistindo problemas tradicionais como filas e longo tempo de espera para a realização de consultas e exames.¹⁹

Os eventos agudos enfrentados pelos usuários, associados à falta de atendimento normal da Unidade de Saúde, em períodos noturnos e finais de semana, diminui o vínculo e obriga o paciente a utilizar serviços de pronto-atendimento. No entanto, isso não corresponde a realidade do modelo de atenção primária aplicada no Brasil, o que leva a refletir sobre a necessidade de adaptação do instrumento de avaliação ou de uma mudança no modelo de atenção atual vigente no país, aumentando a disponibilidade do serviço ao cidadão, mantendo vínculo e diminuindo a procura por serviços de pronto atendimento.

Quanto a Integralidade, constatou-se um escore também baixo de 5,255 (4,857 - 5,655). Nesse atributo, a promoção, a prevenção e o tratamento são integrados na prática clínica e possui abordagem voltada para o indivíduo, sua família e seu contexto, sendo essencial a atuação interdisciplinar das equipes de saúde.²²

Na maioria das vezes, os fatores que impedem esse atributo estão mais relacionados a problemas estruturais, que limitam a gama de serviços oferecidos, e a problemas na organização dos serviços.²²

Deve-se considerar que existe a preocupação do trabalhador de saúde sobre a perspectiva acolhedora e responsável, entretanto, na prática não se alcança, podendo ser por cuidado inadequado ou pela mecanicidade e alta demanda, não deixando o usuário expressar seus anseios, levando o atendimento ser focado na medicalização.²¹

Outro atributo que apresentou escore abaixo do indicado foi a Orientação Familiar, a qual compõe um dos Atributos Derivados. Sendo necessário considerar o contexto familiar no atendimento integral do paciente.¹⁰ Assim, por meio do alcance da Integralidade torna-se possível criar a consideração do indivíduo dentro de seus ambientes. Tornando esse conceito fundamental para ligar a saúde do usuário ao contexto familiar e social.¹⁷

Algumas considerações para desenvolver esse atributo estão relacionadas a demonstração de interesse e atenção do profissional através de questionamentos sobre os fatores de risco ou sobre as condições de vida dos usuários. Ainda, a clareza do profissional em deixar claro a possibilidade de discutir com a família sobre os problemas de saúde dos usuários. Além disso, a importância de ouvir sobre as ideias e opiniões destes acerca de seu tratamento, garantindo que estão de acordo e compreenderam as orientações do profissional.²⁰

No decorrer da análise dos resultados e de seus significados permitiu-se verificar que os atributos acessibilidade, integralidade e orientação familiar estão essencialmente ligados um ao

outro e com muitos pontos em comum a serem discutidos, podendo ter resolutivas que permita abrange-los, respeitando seus âmbitos.

6- CONCLUSÃO

Cada vez mais pode se compreender, por diversos estudos científicos, que um sistema de saúde com forte referencial na APS aumenta o custo-efetivo, sendo mais satisfatório para as pessoas e comunidades, além de ser equitativo.

Dos atributos avaliados pelo instrumento PCATool-Brasil, a Acessibilidade obteve o pior escore. Dentre as razões para esse resultado está à rigidez no agendamento de horários, a Inatividade da unidade em períodos noturnos e finais de semana. Associado a esse fator, a Integralidade também apresentou baixo escore, o que contribui para a diminuição do vínculo do usuário à unidade, aumentando a procura por serviços de pronto-atendimento.

Para aplicar esses conceitos da Acessibilidade satisfatoriamente, seria necessário um aperfeiçoamento do trabalho gerencial, abordagens multidisciplinares, organização horizontal do trabalho e o compartilhamento do processo decisório.

Entretanto, a Utilização alcançou um escore altíssimo, sendo também um critério de acesso de primeiro contato, o que sugere que há uma grande necessidade e busca por parte dos usuários da região delimitada pela UBS.

Sobre a integralidade observa-se a necessidade de ser construída pelos trabalhadores da saúde a partir de uma visão de totalidade do usuário e família, de maneira a promover uma aproximação do seu contexto de vida. Além de dar enfoque na atuação interdisciplinar das equipes de saúde.

Quanto ao atributo como Coordenação Familiar que também apresentou um baixo escore, compreende-se a importância da atenção profissional e do olhar abrangente que envolve os serviços de saúde e a comunidade, vislumbrando responsabilidade e compromisso com o usuário e família em todo o contexto em que estes estão inseridos.

Por meio deste estudo observou-se a necessidade de mudança, por parte organizacional, gerencial e abordagens multidisciplinares, do modelo de Acesso e Acessibilidade existente no Brasil. Com isso é possível estabelecer uma tendência de mudanças, pois desta forma todos os atributos essenciais e derivados, em especial a Acessibilidade, Integralidade e Orientação Familiar, poderão ser mais facilmente aplicáveis.

REFERÊNCIAS

1. Ministry of Health. *Interim report on the future provision of medical and allied services*. London, 1920.
2. MENDES EV. Uma agenda para a saúde. 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 1999.
3. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. UNESCO/Ministério da Saúde/ Governo Federal. Brasília, 2003.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da 8th Conferência Nacional de Saúde; VIII Conferência Nacional de Saúde; 1986; Brasília. Brasília: MEC; 1986.
5. BRASIL. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health promotion: A discussion document on the concept and principles. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Primary Health Care. Geneva: World Health Organization, 1978. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>. Acesso set. 2016.
7. Starfield B. Primary Care: balancing health needs, services, and technology. Oxford University Press Inc, 198 Madison Avenue, New York, 1998.
8. ABRAHÃO, A. L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. Informe-se em promoção da saúde, Niterói, v. 3, n. 1, p. 1-3, 2007.
9. MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. Estudos Avançados, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.
10. Starfield B, Xu J, Shi L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. The Journal of Family Practice 2001; 50(2):161-175.
11. Brasil. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
12. Brasília. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde; 2012. ?
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso mar. 2016.
14. GUSSO, GDF. Os Rumos da Atenção Primária e da Estratégia Saúde da Família no Brasil, 2011.
15. OLIVEIRA, MA; PEREIRA, IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Revista Brasileira de Enfermagem. 2013, 66: 158-164.

16. VITORIA, AM; HARZHEIM, E; TAKEDA, SP; HAUSER, L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. RevBrasMedFam Comunidade. Rio de Janeiro, 2013 Out-Dez; 8(29):285-93.
17. REICHERT, AP; LEÔNICO, AB; TOSO, BR; SANTOS, NC; VAZ, EM; COLLET, N. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à saúde da criança. Ciência & Saúde Coletiva, 21(1):119-127, 2016
18. STARFIELD, B. Primarycare: balancinghealthneeds, servicesandtechnology. UK: Oxford University Press, 1998.
19. CUNHA, A. B. O.; VIEIRADA-SILVA, L. M. (2010)
20. ALENCAR, M. N. et al – 2014
21. PIRES, V. M. M. M.; RODRIGUES, V. P.; NASCIMENTO, M. A. A. – 2010
22. CONASS, Conselho Nacional de Secretário de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE POR MEIO DO PRIMARY
CARE ASSESSMENT TOOL (PCA-TOOL) EM USUÁRIOS COM DIABETES
MELLITUS NAS UNIDADES SELECIONADAS
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CASCAVEL-PR**

Trabalho apresentado no Curso de Medicina, do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Medicina, sob a orientação do Professor Rubens Griep.

BANCA EXAMINADORA

Professor(a) Orientador(a)
Instituição a que Pertence
Titulação

Professor(a) Avaliador(a)
Instituição a que Pertence
Titulação

Professor(a) Avaliador(a)
Instituição a que Pertence
Titulação

Cascavel/PR., ____ de _____ de 2018.