

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS TECNOLOGIA E SAÚDE
DEPARTAMENTO CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

Sabrina Leal Pscheidt

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:

Aplicação do método *Primary Care Assessment Tool* (PCATool- Brasil) em Araranguá (SC)

Araranguá

2022

Sabrina Leal Pscheidt

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:

Aplicação do método *Primary Care Assessment Tool* (PCATool- Brasil) em Araranguá (SC)

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Medicina do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof^ª.Dr^ª Maruí Weber Corseuil Giehl.

Coorientadora: Paula Thaís Àvila do Nascimento.

Araranguá

2022

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maruí Weber Courseuil Giehl

Coorientadora: Paula Thaís Ávila do Nascimento

Membro 1: Prof. Dr^a. Flávia Henrique

Membro 2: Prof. Me. Gabriel Hahn Monteiro Lufchitz

Membro Suplente: Dr^a. Daiane Biff

Ficha de identificação da obra

Pscheidt, Sabrina Leal

Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Aplicação do método Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) em Araranguá (SC) / Sabrina Leal Pscheidt ; orientadora, Maruí Weber Corseuil Giehl, coorientadora, Paula Thaís Ávila do Nascimento, 2022. 42p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Araranguá, Graduação em Medicina, Araranguá, 2022.

Inclui referências.

1. Medicina. 2. Medicina de Família e Comunidade. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Avaliação em Saúde.

*Às trabalhadoras e trabalhadores que
lutam pelo direito universal à saúde.*

AGRADECIMENTOS

À minha mãe que acreditou no meu potencial e deu todas as bases para que eu não esmorecesse diante das dificuldades ao longo desses anos. Obrigada por me ensinar a independência e por me incentivar a ser uma mulher madura e forte, tal como você é.

Ao meu pai agradeço pelas conversas sobre a vida no caminho pra praia, por me contar suas histórias de infância regadas a chimarrão, pelas noites admirando o céu estrelado, pelo olhar sereno e paciente que me transmite calma e segurança. Obrigada, pai, por ter me mostrado que o essencial está nas coisas simples. Você é meu maior exemplo de sabedoria.

Às minhas irmãs, minhas melhores amigas:

Agradeço à minha *segunda mãe*, Vanessa, pelos conselhos e palavras de afeto, pelos *cafézões da tarde* e pelo nosso anjinho Sophie - que também agradeço pelas tardes no parquinho.

Agradeço à minha grande cúmplice, Yasmin. Obrigada, Mana, por ser minha maior confidente, por partilhar comigo o amor pelos animais e por cuidar tão bem das minhas gatas.

À minha avó, Vera, e à minha família de São Bento do Sul e General Carneiro, que apesar da distância sempre acreditaram em mim e estiveram à disposição para o que eu precisasse.

Agradeço às minhas gatas, Milady Carlota e Lara Catarina, pela companhia nos cafés da manhã da madrugada e por tornarem as horas de estudo mais leves.

Aos meus grandes amigos da Pioneira por dividirem os momentos de sufoco e de alegria ao longo desses anos. Agradeço especialmente aos meus amigos Lucas, Marco, Mu, Seabra, Jeff, Helô, Paulo, Jé, Cissa, Alexya, Mari e Jean: vocês serão os futuros médicos da minha família.

Agradeço às minhas orientadoras:

À Paula, que me marcou profundamente como a médica que pretendo ser.

À Maruí, pela organização e disposição em nos ensinar com paciência e seriedade.

Aos membros da banca, Flávia, Gabriel e Douglas, por aprimorarem o meu trabalho.

Aos professores do curso de Medicina que, lado a lado com os alunos, construíram um curso do zero. Obrigada por construírem, também, os médicos obstinados que seremos!

Por fim, ao meu grande amor, Neto, por ser fundamental em *tudo*: o propulsor do meu estudo, o incentivador da minha liberdade, o aconchego nos meus dias difíceis. Obrigada, meu bem, pelos conselhos assertivos, pela parceria nas *roubadinhas*, pelos quilômetros percorridos. Sou honrada por você aceitar planejar um futuro ao meu lado... Temos muita beleza pela frente!

Amo vocês.

RESUMO

Introdução: o mapeamento das principais fragilidades e potencialidades nos serviços públicos de saúde permite um planejamento qualificado das ações em saúde, possibilitando o aumento da eficiência, eficácia e efetividade dos serviços. **Objetivo:** o presente estudo tem como objetivo avaliar os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) com o uso do instrumento PCATool-Brasil (versão profissionais da saúde) aplicado às equipes de atenção básica do município de Araranguá (SC). **Métodos:** trata-se de um estudo quantitativo do tipo transversal e descritivo, utilizando a ferramenta PCATool-Brasil com profissionais médicos e enfermeiros lotados nas unidades básicas de saúde de Araranguá (SC). **Resultados:** os atributos de Acesso de Primeiro Contato, Coordenação - Integração do Cuidado e Orientação Comunitária foram os que apresentaram os escores mais baixos. Os maiores escores foram os de Coordenação - Sistema de Informação e Orientação Familiar. **Conclusão:** o estudo demonstra que há necessidade de melhoria dos serviços de saúde locais, com ênfase em acessibilidade, referência e contrarreferência, bem como orientação comunitária para promover uma assistência à saúde qualificada e ampliada.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde; Estudos transversais;

ABSTRACT

Introduction: the mapping of the main fragilities and potentialities in public health services allows a qualified planning of health actions, enabling increased efficiency, efficacy and effectiveness of services. **Objective:** this study aims to evaluate the attributes of Primary Health Care (PHC) using the instrument PCATool-Brazil (health professionals version) applied to primary care teams in the municipality of Araranguá (SC). **Methods:** this is a quantitative cross-sectional and descriptive study, using the PCATool-Brazil tool with physicians and nurses working in the basic health units of Araranguá (SC). **Results:** The attributes First Contact Access, Coordination - Care Integration and Community Orientation had the lowest scores. The highest scores were for Coordination - Information System and Family Orientation. **Conclusion:** the study shows that there is a need for improvement of local health services, with emphasis on accessibility, referral and counter-referral, as well as community orientation to promote qualified health care.

Keywords: Primary Health Care; Health Evaluation; Cross-Sectional Studies;

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Médias dos valores de escala, desvio padrão e porcentagem de serviços com baixo e alto valor de escala para cada atributo.....	17
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMESC – Associação de Municípios do Extremo Sul Catarinense;

APS – Atenção Primária à Saúde;

CEPSH – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos;

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais;

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;

PCATool-Brasil – Primary Care Assessment Tool versão Brasil;

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica;

SUS – Sistema Único de Saúde;

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

UBS – Unidade Básica de Saúde;

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	METODOLOGIA.....	13
3	RESULTADOS.....	14
4	DISCUSSÃO.....	16
5	CONCLUSÃO.....	20
6	FINANCIAMENTO.....	22
7	CONFLITO DE INTERESSES.....	22
8	CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS.....	22
	REFERÊNCIAS.....	23
	ANEXO A - PCATool-Brasil versão Profissionais.....	28
	ANEXO B - Normas de Publicação da Revista Cadernos de Saúde Pública..	38

**Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Aplicação do método Primary Care
Assessment Tool (PCATool-Brasil) em Araranguá (SC)**

Sabrina L. Pscheidt¹

ORCID-ID 0000-0001-5481-573X

Paula Thaís Ávila do Nascimento¹

ORCID-ID 0000-0001-5481-572X

¹ Departamento de Ciências da Saúde (DCS), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC),
Araranguá, Brasil

Palavras-chave: avaliação em saúde; estudos transversais; atenção primária à saúde.

Título curto: Avaliação da Atenção Primária à Saúde.

Autor correspondente: Sabrina Leal Pscheidt. Departamento de Ciências da Saúde (DCS);
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Rodovia Gov. Jorge Lacerda, 3201 -
Urussanguinha, Araranguá - SC, Brasil. CEP 88906-072. Email: pscheidt.sabrina@gmail.com

Avaliação da Atenção Primária à Saúde:

Aplicação do método *Primary Care Assessment Tool* (PCATool- Brasil) em Araranguá (SC)

RESUMO

Introdução: o mapeamento das principais fragilidades e potencialidades nos serviços públicos de saúde permite um planejamento qualificado das ações em saúde, possibilitando o aumento da eficiência, eficácia e efetividade dos serviços. **Objetivo:** o presente estudo tem como objetivo avaliar os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) com o uso do instrumento PCATool-Brasil (versão profissionais da saúde) aplicado às equipes de atenção básica do município de Araranguá (SC). **Métodos:** trata-se de um estudo transversal e descritivo, utilizando a ferramenta PCATool-Brasil com profissionais médicos e enfermeiros lotados nas unidades básicas de saúde de Araranguá (SC). **Resultados:** os atributos de Acesso de Primeiro Contato, Coordenação - Integração do Cuidado e Orientação Comunitária foram os que apresentaram os escores mais baixos. Os maiores escores foram os de Coordenação - Sistema de Informação e Orientação Familiar. **Conclusão:** o estudo demonstra que há necessidade de melhoria dos serviços de saúde locais, com ênfase em acessibilidade, referência e contrarreferência, bem como orientação comunitária para promover uma assistência à saúde de qualidade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde; Estudos transversais;

INTRODUÇÃO

Considerado o primeiro documento a utilizar o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) para serviços organizados hierarquicamente de forma sistêmica e regionalizada, o Relatório Dawson em 1920 propõe os Centros de Saúde Primários como porta de entrada dos demais níveis de saúde¹. Ainda no início do século 20, na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), processa-se a primeira experiência de saúde gratuita e universal, o sistema de saúde intitulado *Semashko* – em homenagem a Nikolai Semashko –, a partir da revolução bolchevique de 1917². O programa de saúde soviético propunha princípios de centralização da atenção médica, igualdade de acesso, eliminação da base social das doenças, medidas sanitárias, epidemiológicas e terapêuticas, implicando os trabalhadores na atenção à saúde². Em 1978, na cidade de Alma Ata (URSS), ocorre a Conferência Internacional sobre APS mobilizando a comunidade mundial para “promover a saúde de todos os povos do mundo”, tema do evento. A declaração reforça a participação individual ou coletiva da população no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde³.

Na década de 1980, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi elaborado no contexto das lutas pela reforma sanitária intimamente ligadas à contestação da ditadura militar brasileira. Portanto, a constituição da APS no Brasil surge em um cenário da ascensão das lutas dos trabalhadores e, sobretudo, do estabelecimento de um processo de conciliação que marcou a Constituição de 1988, a primeira a formalizar a saúde enquanto um direito básico e dever do Estado⁴.

Segundo a literatura, a efetivação da APS se dá por meio dos seus atributos norteadores⁵. Pode-se definir quatro atributos essenciais da atenção primária à saúde: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, referente à acessibilidade do serviço a cada demanda do usuário; a longitudinalidade, associada à fonte continuada de atenção e vínculo entre usuários e os profissionais de saúde; a integralidade, que são as ações oferecidas aos usuários do ponto de vista biopsicossocial, além do reconhecimento das complexidades do paciente. E, por fim, a coordenação da atenção dentro do sistema, associada às informações a respeito de problemas e serviços anteriores, exige que o profissional ou serviço de APS integre e coordene o cuidado do paciente através do Sistema de Saúde. Além disso, os atributos derivados qualificam as ações na APS. São eles: orientação familiar (intenta considerar o contexto familiar para

avaliação das necessidades individuais) e orientação comunitária (visa o reconhecimento do perfil epidemiológico e cultural da comunidade)⁶.

A partir de tais atributos, a APS tem como princípio coordenar seus serviços no sentido da promoção, prevenção, cura e reabilitação, exigindo a composição e articulação de saberes e práticas interdisciplinares⁷. É amplamente reconhecido que há associação entre o maior grau de orientação à APS e o aumento da efetividade dos sistemas de saúde, satisfação dos usuários, promoção de equidade, integralidade e eficiência^{7,8}. Assim, se faz relevante a avaliação sobre a qualidade dos serviços de saúde.

O *Primary Care Assesment Tool* (PCATool), elaborado por Barbara Starfield, em John Hopkins University, foi desenvolvido a fim de avaliar os sistemas de saúde. O instrumento foi criado com base no modelo de avaliação de Donabedian que mensura aspectos de estrutura, processo e resultados do serviço de saúde⁹. Para adequá-lo ao contexto brasileiro a ferramenta passou por um processo de tradução, tradução reversa, adaptação, *debriefing* e validação do conteúdo, além da análise de confiabilidade⁷. O PCATool possui versões para usuários pediátricos e adultos, profissionais e gestores do serviço de saúde. A prerrogativa das diferentes versões se relaciona com as diferentes realidades que influenciam em percepções distintas sobre o sistema⁷.

Em Santa Catarina o instrumento foi aplicado entre usuários em Florianópolis atestando menores escores em Integralidade, Acesso de Primeiro Contato e Orientação Familiar e Comunitária¹⁰. Com a mesma metodologia foi aplicado entre gestores em Chapecó, sendo considerados insatisfatórios os atributos de Acesso de Primeiro Contato e Longitudinalidade¹¹.

A partir desse cenário, a realização da presente pesquisa justifica-se pela relevância em avaliar a APS de um município e uma microrregião de saúde que não dispõem de informações sobre a qualidade dos serviços oferecidos na APS. Araranguá é o maior município do extremo sul catarinense e é considerado uma referência na microrregião Sul.

Além de auxiliar no provimento de serviços de saúde para outros 14 municípios da Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense (AMESC), a cidade possui um campus da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) com cursos de Medicina e Fisioterapia, em que a APS do município é cenário de prática para os alunos de graduação e pós graduação. Tais cursos possuem em suas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) a prerrogativa da integração entre ensino e serviço, sendo assim oportuno este aperfeiçoamento do ambiente formativo

qualificado¹². Destaca-se, ainda, que não foram identificados estudos aplicando a ferramenta PCATool-Brasil entre profissionais de saúde em Santa Catarina. Portanto, trata-se de uma proposta original que tem como objetivo analisar a qualidade dos atributos da APS do município de Araranguá (SC) através da aplicação do instrumento PCATool-Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal descritivo realizado no município de Araranguá, localizado no extremo sul de Santa Catarina. O município é partícipe da Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense (AMESC), composta por 15 municípios da mesorregião Sul, sendo o mais populoso e o maior polo econômico para os municípios em seu entorno. A Mesorregião Sul do estado de Santa Catarina apresenta, ao mesmo tempo, o segundo menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (0,755) e municípios com os maiores índices de mortalidade *per capita*, tendo ainda uma das menores relações de médico por mil habitantes do estado de Santa Catarina¹². Além disso, a resolubilidade em saúde da região não é considerada alta, o que sobrecarrega o sistema de saúde e os centros de referência, trazendo associadamente transtornos aos usuários da região, pela necessidade de frequente deslocamento¹².

Neste estudo, participaram os profissionais das 15 Unidades Básicas de Saúde do município: Jardim das Avenidas, Urussanguinha, Nova Divinéia, Mato Alto, Polícia Rodoviária, Vila São José, Coloninha I, Coloninha II, Morro dos Conventos, Cidade Alta, Jardim Cibele, Sanga da Toca, Lagoão e Sanga da Areia. A amostra foi constituída por todos os profissionais que preencheram os critérios de inclusão, sendo eles: profissionais de saúde médicos e enfermeiros da Atenção Básica em regime de trabalho de 40h com mínimo de 6 meses de trabalho, sendo que 24 profissionais da saúde participaram como sujeitos do estudo.

A participação no estudo foi voluntária mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme recomenda a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no 466, de 12 de dezembro de 2012. O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Parecer nº 5.128.603) aprovou o projeto do estudo em 25 de novembro de 2021. As coletas ocorreram entre 12 de dezembro de 2021 e 27 de janeiro de 2022.

Para coleta de dados, foi utilizado o instrumento PCATool-Brasil (versão Profissional da Saúde). Esta ferramenta tem por objetivo aferir a orientação à APS, sendo composto por 77 itens divididos em 8 componentes, em que 4 são considerados atributos essenciais: coordenação (sistema de informação e integração do cuidado), acesso de primeiro contato, longitudinalidade e integralidade; e 2 deles atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária).

A partir de tal aferição foram calculados os escores para cada atributo e seus componentes. São estruturadas respostas seguindo a escala do tipo Likert, atribuindo-se escores no intervalo de 1 a 4 para cada atributo (1 = com certeza não; 2 = provavelmente não; 3 = provavelmente sim; e 4 = com certeza sim)¹³. As variáveis quantitativas ordinais foram transformadas em variáveis quantitativas contínuas para a análise dos dados. Foi calculada a média dos valores dos itens integrantes de cada atributo com o intuito de estabelecer seus respectivos escores, conforme mostra a equação (1).

$$\text{Escore geral da APS} = \frac{(\text{Escore Obtido}-1) \times 10}{4-1} \quad (1)$$

Realizados os cálculos, foi estabelecido o Escore Essencial por meio da média dos atributos essenciais, o Escore Derivado pela média dos atributos derivados e o Escore Geral da APS pelo valor médio dos dois atributos anteriores. Os valores resultantes destes escores foram escalonados entre 0 e 10. Os resultados foram dicotomizados em duas categorias, representando Baixo Escore (< 6,6) e Alto Escore (≥ 6,6), de acordo com o manual do instrumento. Somente foram computados os escores transformados para os profissionais que responderam no mínimo 50% das questões relacionadas ao atributo.

As respostas foram sistematizadas no software Microsoft Excel for Windows e analisadas no *software* Stata®, versão 14.0 (*Stata Corp. CollegeStation*, Estados Unidos). Para a estimativa do nível de qualidade foi calculada a média aritmética simples dos valores das respostas dos itens do questionário, seguindo as instruções do manual do instrumento.

RESULTADOS

O município de Araranguá conta com 15 estabelecimentos na rede de Atenção Primária à Saúde. Esse estudo buscou avaliar todos os estabelecimentos por meio da aplicação do

instrumento PCATool aos profissionais médicos e enfermeiros. Dentre os 24 profissionais participantes, 65% eram mulheres e 35% homens, com média de 9 anos de formados, sendo duas categorias profissionais: médicos (n=7; 35%) e enfermeiros (n=13; 65%). Foram excluídos os que encontraram-se em férias, licenças ou afastamentos. Não houveram recusas de participação e seis estabelecimentos (40%) estavam sem profissional médico ou com profissionais com menos de seis meses na Unidade. Foram entrevistados pelo menos um profissional de nível superior em todos os estabelecimentos de saúde.

Tabela 1. Médias dos valores de escala, desvio padrão e porcentagem de serviços com baixo e alto valor de escala para cada atributo.

Atributos	Média (IC _{95%})	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Acesso de primeiro contato - Acessibilidade	3,36 (3,28;3,44)	0,56	2,22	4,74
Longitudinalidade	7,43 (7,38;7,48)	0,91	5,38	8,97
Integralidade - Serviços Disponíveis	7,69 (7,64;7,74)	0,93	6,26	9,62
Integralidade - Serviços Prestados	7,66 (7,60;7,72)	1,29	5,12	9,63
Coordenação - Sistemas de Informação	9,75 (9,73;9,77)	0,38	8,88	10
Coordenação - Integração do Cuidado	6,33 (6,27;6,39)	1,30	4,44	9,11
Orientação Familiar	8,88 (8,82;8,94)	1,20	6,66	10
Orientação Comunitária	6,43 (6,35;6,51)	1,46	3,86	8,88

Escore Essencial da APS	7,10 (7,09;7,11)	0,52	6,14	8,11
Escore Geral	7,76 (7,74;7,78)	0,57	6,27	8,06

Os escores apresentam valores insatisfatórios (<6,6) para os atributos Acesso de Primeiro Contato, Orientação Comunitária e Coordenação - Integração de Cuidados e valores satisfatórios ($\geq 6,6$) para Coordenação - Integração de Informações, Integralidade de Serviços Prestados e Disponíveis, Longitudinalidade e Orientação familiar.

Os atributos essenciais apresentados com maior média foram: Coordenação - Sistema de Informação (EG 9,75; IC_{95%} 9,73;9,77) e Orientação Familiar (EG 8,88; IC_{95%} 8,82;8,94), com um Escore Geral médio de 7,76 (IC_{95%} 7,74;7,78) que indica uma considerável orientação para atenção primária. Em contrapartida, no outro extremo, os piores escores médios foram encontrados em Acesso de Primeiro Contato (EG 3,36; IC_{95%} 3,28;3,44) e Coordenação - Integração do Cuidado (EG 6,33; IC_{95%} 6,27;6,39).

DISCUSSÃO

Entre as Unidades Básicas de Saúde de Araranguá (SC), observou-se heterogeneidade na avaliação do escore geral da APS e de cada um de seus atributos na perspectiva dos profissionais. No entanto, foi consonante entre as Unidades avaliadas o baixo escore em Acesso de Primeiro Contato (3,36), indicando uma baixa orientação para APS. Sob a concepção dos usuários, resultados semelhantes foram identificados em uma revisão sistemática com 22 artigos publicados entre 2015 e 2017 demonstrando piores escores nos atributos Acessibilidade na subdimensão Acesso de Primeiro Contato, Integralidade, Orientação Comunitária e Familiar¹⁴.

O baixo escore em Acesso de Primeiro Contato é corroborado em outros estudos conduzidos no Estado, com escores de 3,5 (IC_{95%} 3,3;3,6) em Florianópolis¹⁰, entre usuários, e 3,6 (IC_{95%} 3,5;3,7) em Chapecó¹⁵, entre profissionais gestores com nível superior. O mesmo cenário se repete em estudos realizados em outras regiões do Brasil¹⁶⁻¹⁹, sugerindo que apesar das desigualdades regionais, as barreiras de acesso podem ser semelhantes no território nacional.

Por outro lado, em âmbito internacional o Acesso de Primeiro Contato apresenta-se com

escore acima do ponto de corte^{20,21}. A literatura sugere que tal discrepância está relacionada à extensa população adscrita no Brasil. O atual critério da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 admite que uma única equipe atenda até quatro mil usuários. Tal limite é o dobro do proposto pelos estudos ecológicos de White e Green que demonstram que em uma população de 1.000 adultos britânicos, durante o período de um mês, 750 relatam queixa em saúde e, dessas, 250 consultam o médico. Assim, propôs-se na Inglaterra que uma equipe de saúde fosse responsabilizada por até 2.000 pessoas, ou seja, 500 pessoas/mês^{22,23}. Outros países fixam limites semelhantes, como a Dinamarca com 1.600, Portugal com 1.500, ou menos, como Cuba, onde o máximo são 400 pessoas por equipe^{23,24,25}.

Durante a aplicação dos questionários não foram identificadas ferramentas oficiais para controle da população adscrita no município de Araranguá. Considerando que a adscrição vincula pessoas às equipes de saúde objetivando referenciar o cuidado, observam-se fragilidades quando não existe tal controle, resultando em consultas mais curtas e esparsas, com consequente sobrecarga dos profissionais e fragilidade no vínculo equipe-paciente.

Em Araranguá ressalta-se, ainda, que o não funcionamento das Unidades de Saúde no período noturno (A1) e nos finais de semana (A2) reflete na redução do escore de acesso. A abertura das Unidades em período estendido limita-se aos dias de campanhas anuais de rastreamento de câncer. Ademais, também foram negativos os aspectos referentes à comunicação remota entre usuário e Unidade Básica (A4, A5). No entanto, Unidades de Saúde em território rural (Sanga da Toca, Sanga da Areia e Hercílio Luz) apresentaram escores sensivelmente maiores no atributo, pois possuem canais de comunicação remota para agendamento de consultas *online*, uma vez que o perfil dos seus usuários possuem predominantemente baixo nível de escolaridade e dificuldade de deslocamento.

O baixo escore em Acesso de Primeiro Contato contrapõe-se aos resultados positivos encontrados no atributo de Integralidade, em sua subdimensão “Serviços Disponíveis” (7,69). Tal discrepância indica que apesar do serviço de saúde ter disponibilidade de serviços e recursos, há um desajuste entre o acesso da população a essa oferta de serviços. Ou seja, os serviços são ofertados de acordo com a conveniência e/ou disponibilidade dos profissionais a partir de uma agenda pouco flexível, o que impossibilita o usuário de acessar os serviços⁹.

Relativo ao atributo Longitudinalidade, identificou-se escore acima do ponto de corte (7,43). A longitudinalidade assume importância central uma vez que, de acordo com o

instrumento PCATool, considera se os pacientes são atendidos sempre pelo mesmo profissional (B1), se há comunicação adequada (B2, B3, B4), se há tempo suficiente para uma escuta qualificada (B5, B6), se o profissional conhece o paciente e sua família (B7, B8), histórico de saúde e as medicações que o paciente faz uso (B9, B10, B11).

No entanto, durante a aplicação do estudo constatou-se alta rotatividade de profissionais médicos nos serviços locais de saúde. Das 15 Unidades de Saúde, seis delas (40%) estavam sem profissional médico ou com profissionais com menos de seis meses na Unidade. Ainda, duas contavam com profissional de suporte periodicamente. Ou seja, somado ao superdimensionamento da população adscrita referido pelos trabalhadores, existe um corpo profissional deficitário ou com contratação provisória. Um contrato de trabalho precário fragiliza toda a estrutura da APS, dificultando o vínculo e o desenvolvimento de práticas para aprimoramento do modelo assistencial vigente²⁶. Tal cenário prejudica este atributo que é característica central e exclusiva da APS. Ademais, durante a pesquisa constatou-se que o sistema de informação oficial dos estabelecimentos de saúde, o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), do município não é atualizado desde 2010, comprometendo a consulta atualizada do corpo profissional.

A elevada rotatividade de profissionais médicos pode ser explicada pela crescente flexibilização dos vínculos de trabalho, que leva à precarização dos direitos trabalhistas²⁷. Além disso, problemas físicos da Unidade e grande número de famílias a serem atendidas são considerados fatores de estresse no trabalho que dificultam a fixação de médicos na APS²⁷. Ainda, os profissionais médicos relatam dificuldade para dialogar com colegas de profissão sobre casos clínicos, falta de espaço para trocar informações e experiências, além de dificuldade para obter suporte técnico de especialistas²⁷.

Relativo ao escore de Coordenação, identificou-se alto escore na subdimensão Sistema de Informação (9,65). Por outro lado, verificou-se fragilidade na subdimensão Coordenação do Cuidado (6,33), demonstrando que a comunicação ocorre predominantemente de forma unidirecional, já que a maioria dos profissionais revelou não ter recebido do especialista ou do serviço especializado informações sobre o paciente encaminhado (C1, C4, C5)²⁸. Resultados semelhantes foram encontrados em outros dois estudos^{29,30}. Observa-se que apesar de possuírem um sistema informatizado para a consulta de prontuários (D2, D3) e solicitação dos registros anteriores dos pacientes (D1) os diferentes níveis de atenção à saúde não estabelecem

comunicação eficiente, comprometendo o papel de coordenadora do cuidado da APS⁶.

Ainda sobre o tópico de Coordenação subdimensão Coordenação do Cuidado, um estudo conduzido com profissionais de saúde relatou que os profissionais, em sua maioria, afirmam conversar com os usuários sobre os resultados da consulta ao especialista (C2). No entanto, outro estudo conduzido com usuários, apontou que a maioria dos respondentes considerou que o profissional não pareceu interessado na consulta realizada com o especialista²⁶. Assim, urge reforçar a compreensão pelos profissionais de saúde sobre o papel da APS como coordenadora do percurso terapêutico dentro do sistema de saúde, com encaminhamentos que não se configuram apenas como transferência de responsabilidade⁶. Por outro lado, pode-se considerar que apesar do conhecimento dos profissionais sobre a importância da coordenação do cuidado, os fatores anteriores descritos acerca do subdimensionamento equipe-população da área adscrita, da precarização e sobrecarga do trabalho na APS interfiram nessa dimensão analisada.

O atributo Orientação Familiar obteve alto escore médio para a APS (8,88). Segundo o instrumento, tal achado sugere que os profissionais questionam a opinião do paciente ao pactuar o plano terapêutico (G1), interessam-se sobre problemas de saúde da família (G2), assim como estão dispostos a receber membros da família para discutir o cuidado do paciente (G3). No entanto, uma pesquisa realizada com 344 familiares nos atendimentos pediátricos de João Pessoa (PB) identificou escores de Orientação Familiar abaixo do ponto de corte para uma atenção efetiva (3,7)³¹. O mesmo aconteceu entre usuários de outras regiões do Brasil¹⁰. Tais resultados são preocupantes, considerando que tal atributo avalia o vínculo entre serviço de saúde, famílias e comunidade, considerando a família como um dos eixos do cuidado.

Referente ao atributo Orientação Comunitária identificou-se escore médio sensivelmente abaixo do previsto (6,43), demonstrando lacunas no conhecimento dos problemas de saúde da população adscrita por parte da equipe (H2). Ainda, tal atributo avalia se o serviço atende às sugestões dos usuários e se monitora e/ou avalia a efetividade dos programas desenvolvidos (H3)³². Considerando a redução do corpo profissional dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde desde a PNAB de 2017, observa-se um comprometimento das visitas domiciliares (H1) e da coleta de dados epidemiológicos para o conhecimento das necessidades das microrregiões em saúde. Diante disso, dificulta-se a priorização e avaliação detalhada dos problemas de saúde comunitários, planejamento da intervenção, implementação e avaliação³³. Por outro lado, o baixo escore no atributo reverbera, ainda, na diminuição do controle social, importante pilar do SUS⁶.

Por fim, estudos sugerem que a redução do Escore Geral da APS se relaciona com a falta de uma equipe multiprofissional e ausência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família³⁴. Um estudo quali-quantitativo voltado à identificação de fatores críticos para a fixação do médico na APS, apontou que os processos de trabalho em uma Unidade de Saúde são considerados majoritariamente centrados no saber médico, segundo a perspectiva de trabalhadores da saúde em Duque de Caxias. Assim, o restante do corpo profissional é subestimado, tendo o seu potencial para a assistência reduzido³⁵. Profissionais se veem limitados a serviços prescritivos e menos terapêuticos devido à ampla demanda. Nesse sentido, a ineficiência da APS reverbera em outros níveis de atenção à saúde, sobrecarregando serviços de emergência e hospitais⁵.

Os resultados do presente estudo devem ser analisados com cautela, tendo em vista as limitações inerentes à pesquisa. Dessas, destacam-se aquelas relacionadas ao instrumento *PCATool*, a considerar que todos os atributos apresentam o mesmo peso na orientação dos serviços em APS. Da mesma forma, a concepção de que a qualidade dos serviços da APS estejam contemplados nos atributos presentes no instrumento. Ademais, a pesquisa foi realizada somente com profissionais da Saúde, havendo assim ausência da avaliação na perspectiva dos usuários. Outra limitação concerne à incompatibilidade de alguns quesitos preconizados pelo instrumento *PCATool-Brasil*, versão profissionais e a realidade da oferta de serviços de saúde pelas equipes da APS, especificamente, no âmbito do horário de atendimento. Com suporte neste contexto, mostra-se nítida a necessidade de adaptação do instrumento para as futuras pesquisas no âmbito da APS. E de estudos que avaliem a partir da visão dos usuários e gestores na região estudada.

CONCLUSÃO

Este trabalho apresenta uma avaliação do desempenho dos serviços de APS em Araranguá a partir do instrumento *PCATool*. Encontrou-se os seguintes atributos dos serviços de APS bem avaliados: Coordenação - Integração de Informações, Integralidade de Serviços Prestados e Disponíveis, Longitudinalidade e Orientação familiar. No entanto, outros atributos – Acesso de Primeiro Contato, Orientação Comunitária e Coordenação - Integração de Cuidados – apresentaram fragilidades. Diante dos resultados obtidos, é necessário reformular as políticas públicas pertinentes à APS. A dimensão Acesso de Primeiro Contato foi o atributo pior avaliado, contribuindo enfaticamente para a queda nas médias. Portanto, mudanças são necessárias para

ampliar o acesso, com modelos de agendamento mais ágeis, permitindo um melhor equilíbrio entre as possibilidades de oferta e a procura de cuidados de saúde. Ainda, sugere-se o monitoramento e avaliação da presença e extensão dos atributos da APS, de forma periódica, e o uso racional de seus resultados, que podem contribuir para a reformulação e desenvolvimento da qualidade da Atenção Primária à Saúde nos municípios.

FINANCIAMENTO

Este trabalho não foi auxiliado por nenhuma agência de financiamento.

CONFLITO DE INTERESSES

S.L.P. e P.T.A.N. não têm nenhum conflito de interesses a relatar.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Pscheidt SL e do Nascimento PTA contribuíram na concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Todas as autoras aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos os seus aspectos, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

REFERÊNCIAS

1. Portela GZ. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis*. 2017;27(2). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005>
2. Costa HD, Albuquerque GSC, Junior AJR, Emerenciano CB. Evidências sociais, políticas e econômicas do surgimento do direito universal à saúde na URSS. *Physis*. 2020;2(30). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300230>
3. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Declaração de Alma Ata. URSS; 1978.
4. Paim JS. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações?. *Saúde em debate*. 2012;36(94). <https://doi.org/10.1590/S0103-11042012000300004>
5. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *The milbank quarterly*. 2005;3(83). <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
6. Mendes EV. As redes de atenção à saúde no SUS. Belo Horizonte: ESP-MG, p. 41, 2009.
7. Hauser L. Validade e fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) versão profissionais de saúde, no Brasil. Porto Alegre. Dissertação [Pós-graduação em Epidemiologia] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
8. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(2). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>
9. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q*. 2005;83(4). <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>

10. Vidal TB. Avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2012: estudo transversal de base populacional. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(4). <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000400006>
11. Vitoria AM, Harzheim E, Takeda SP, Hauser L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29). [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)832](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)832)
12. Brasil. Ministério da Educação. Universidade Federal de Santa Catarina. Projeto Pedagógico do curso de graduação em Medicina do campus de Araranguá. Araranguá (SC); 2018.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil). Brasília; 2010.
14. Prates ML, Machado JC, da Silva LS, et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Ciênc. saúde colet*. 2017;22(6) <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016>
15. Vitoria AM, Harzheim E, Takeda SMP, Hauser L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(29):285-93. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)832](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)832)
16. Kolling JHG. Orientação à atenção primária à saúde das equipes de saúde da família nos municípios do projeto Telessaúde RS : estudo de linha de base. Porto Alegre. Dissertação [Pós-graduação em Epidemiologia] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
17. Figueiredo AM, Kichenbecker RS, Harzheim E, et al. Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 2013;1(22). <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100004>

18. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2012;9(28). <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015>
19. Chomatas E, Vigo E, Harzheim E et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29). [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)828](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)828).
20. Hu R, Liao Y, Du Z, Hao Y, Liang H, Shi L. Types of health care facilities and the quality of primary care: a study of characteristics and experiences of Chinese patients in Guangdong Province, China. *BMC Health Serv Res*. 2016 Aug 2;16(a):335. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1604-2>.
21. Bresick G, Sayed A, le Grange C, Bhagwan S, Manga N, Hellenberg D. Western Cape Primary Care Assessment Tool (PCAT) study: Measuring primary care organisation and performance in the Western Cape Province, South Africa (2013). *Afr J Prm Health Care Fam Med*. 2016;8(1), a1057. <http://dx.doi.org/10.4102/phcfm.v8i1.1057>
22. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961;265:885-92. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM200106283442611>
23. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med*. 2001;26(344). <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM200106283442611>
24. Pisco L. Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. *Ciênc Saúde Col*. 2011;16(6). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600022>
25. Almeida PFD, Gêrvias J, Freire JM, Giovanella L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde em debate*. 2013;37(2). <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S02>

26. Carneiro MSM. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde em Debate*. 2014;38(6). <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S021>.
27. Miranda CZD, Santos FFD, Pertile KC, Costa SDM, Caldeira, AP et al. Fatores associados à intenção de carreira na atenção primária à saúde entre estudantes de Medicina. *Rev Bras de Educ Médica*. 2021; 45(2).
28. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHMD, Senna MDM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panamer de Salud Pública*. 2006. 21(4). <https://doi.org/1020-49892007000200011>.
29. Carneiro MDSM, Melo DMS, Gomes JM, Pinto FJM et al. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde em Debate*. 2014;38(2). <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S021>.
30. Franco TB, Magalhães JHM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo, SP. HUCITEC, 2004; 2ed.
31. Reichert APDS, Leônico ABDA, Toso BRG, Santos NCCD et al. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(2). <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.05682014>.
32. Brunelli B, Langkamer MFB, Dornelas AJS, Rodrigues MJM, Bernardes JG. Orientação Comunitária: uma revisão integrativa. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2021;16(43):2768. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2768](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2768)
33. Daschevi JM, Tacla MTGM, Alves B, Toso BRG. Avaliação dos princípios da orientação familiar e comunitária da atenção primária à saúde da criança. *Ciências Biológicas e da Saúde*. 2015; 36(1). <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0367.2015v36n1p31>.

34. Almeida PF, Fausto MCR et al. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 29(2), 84-95. <http://dx.doi.org/S1020-49892011000200003>
35. Ney MS, Rodrigues PHDA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2012; 22(6). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000400003>

**ANEXO A. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool –
Brasil VERSÃO PROFISSIONAIS.**

(continua)

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais**

A - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
A1 - Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A3 - Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A4 - Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A5 - Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A6. Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A7 - Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A8 - É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A9 - Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

(continua)

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
B1 - No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2 - Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3 - Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B4 - Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B5 - Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B6 - Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B7 - Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B8 - Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B9 - Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B10 - Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B11 - Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B12 - Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B13 - Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

(continua)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

C - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 - Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2 - Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3 - Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4 - Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5 - Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6 - Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

(continua)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

D - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D1 - Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2 - Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3 - Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

(continua)

E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (Repetir essa frase a cada 3-4 itens)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E1 - Aconselhamento nutricional.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E2 - Imunizações.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E3 - Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E4 - Avaliação da saúde bucal.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E5 - Tratamento dentário.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E6 - Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E8 - Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9 - Sutura de um corte que necessita de pontos.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E10 - Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E11 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E12 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E13 - Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

(continua)

E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.***Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (Repetir essa frase a cada 3-4 itens)**

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
E14 - Remoção de verrugas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E15 - Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E16 - 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"/>
E17 - Cuidados pré-natais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E18 - Remoção de unha encravada.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E19 - Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E20 - Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: 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"/>
E21 - Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E22 - Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

(continua)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

F - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Pergunte: Você atende pacientes (leia as alternativas):

- de todas as idades
 somente crianças e adolescentes (menores de 18 anos)
 somente adultos

Conforme a resposta acima, oriente o entrevistado da seguinte forma:

Se você atende todas as idades, por favor responda todas as perguntas desta seção (F1 a F15).

Se você atende apenas crianças, por favor não responda as perguntas F4 a F13.

Se você atende apenas adultos, por favor não responda as perguntas F14 a F15.

Perguntas F1 - F3 se aplicam a todas faixas etárias

Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis? (repita esta pergunta a cada 3 itens)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
F1 - Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2 - Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3 - Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Perguntas F4 - F13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima).

Entrevistador pergunte: "Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes?"

F4 - Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F5 - Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

(continua)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
F6 - Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F7 - Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F8 - Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F9 - Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F10 - Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F11 - Como prevenir quedas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F12 - Prevenção de osteoporose em mulheres.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F13 - Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

As perguntas F14 - F15 se aplicam apenas a crianças.

Entrevistador pergunte: "Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?"

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
F14 - Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F15 - Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

(continua)

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais**

G - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G1 - Você pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2 - Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3 - Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

(conclusão)

H - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
H1 - Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2 - Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3 - Seu serviço de saúde ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?					
H4 - Faz 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"/>
H5 - Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6 - Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO B - REGRAS DA REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica com abordagens e enfoques diversos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa.

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 6 (Passo a passo).

2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES E ORCID

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 – Todos os autores deverão informar o número de registro do ORCID no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.

6.4 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública o direito de primeira publicação.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (por exemplo: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos

Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos. Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (por exemplo: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.