



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SUDERLAN SABINO LEANDRO

ATENÇÃO PRIMÁRIA SOB A PERSPECTIVA DE USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA E/OU DIABETES *MELLITUS* E DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE EM DUAS REGIÕES ADMINISTRATIVAS DO DISTRITO FEDERAL

BRASÍLIA
2017



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SUDERLAN SABINO LEANDRO

ATENÇÃO PRIMÁRIA SOB A PERSPECTIVA DE USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA E/OU DIABETES *MELLITUS* E DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE EM DUAS REGIÕES ADMINISTRATIVAS DO DISTRITO FEDERAL

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de Concentração: Políticas, Práticas e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Gestão da atenção à saúde e organização dos serviços de saúde.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro

BRASÍLIA
2017

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- a Sabino Leandro , Suderlan
Atenção primária sob a perspectiva de usuários com
Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus e dos
profissionais de saúde em duas Regiões Administrativas do
Distrito Federal / Suderlan Sabino Leandro ; orientador
Pedro Sadi Monteiro. -- Brasília, 2017.
145 p.
- Tese (Doutorado - Doutorado em Enfermagem) --
Universidade de Brasília, 2017.
1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação em Saúde. 3.
Administração de Serviços de Saúde. I. Sadi Monteiro, Pedro,
orient. II. Título.

SUDERLAN SABINO LEANDRO

**ATENÇÃO PRIMÁRIA SOB A PERSPECTIVA DE USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA E/OU DIABETES *MELLITUS* E DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE EM DUAS REGIÕES ADMINISTRATIVAS DO DISTRITO FEDERAL**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovada em 24 de outubro de 2017

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro
PPGENF - UnB
Presidente

Prof^ª. Dr^ª. Dirce Bellezi Guilhem
PPGENF - UnB
Membro

Prof^ª. Dr^ª. Leila Bernarda Donato Göttems
PPG em Ciência para Saúde - ESCS
Membro externo

Prof^ª. Dr^ª. Lourdes Maria Garcez dos Santos
PEVS - IEC
Membro externo

Prof^ª. Dr^ª. Debora Luzia de Oliveira Rangel
Infraero
Suplente

Dedico esse trabalho a minha família, que me apoiou em todos os momentos e souberam compreender minhas ausências. Em especial, aos meus pais North e Terezinha, os meus maiores incentivadores, ao meu companheiro Marcelo, que esteve presente em todo momento, e ao meu amigo pet, Rick, que se manteve ao meu lado incansavelmente durante o processo de escrita. E à Prof^ª. Dr^ª. Lenilde Duarte de Sá (In memoriam) da UFPB, incentivadora desde os meus primeiros passos na jornada como pesquisador.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro, que me acolheu nesta jornada e contribuiu de forma primordial para a realização de todo o estudo com ensinamentos acadêmicos, técnicos e de vida.

À Secretaria de Estado de Saúde, especificamente à Superintendência da Região Leste, pela liberação de parte da carga horária para realização desta pesquisa.

Às professoras Dr^a Leila Göttems, Dr^a Dirce Guilhem e Lourdes Santos, pela dedicação em fazer leitura desta tese e com contribuições significativas para o estudo.

Aos colegas de doutorado, Manuela Costa, Lara Mabelle e Juliana Ferraz, por todo companheirismo durante a trajetória no programa.

Aos docentes e equipe gestora da Escola Superior de Ciências da Saúde, por todo apoio e incentivo nos momentos de maior necessidade.

Aos amigos Lúcia Manso, Rinaldo Neves, Marta Peralba, Daniela Martins, Soneide Nunes, Kátia Menezes, Lindalva Farias, Rodolfo Vítor e Creto Valdivino, por todo apoio durante o processo de construção do estudo.

Aos professores do Curso de Enfermagem do Centro Universitário UDF, por todo incentivo no processo de construção da tese.

À Prof^a. Dr^a. Beatriz Erckt-Hoff, reitora do Centro Universitário UDF, e Prof^a. Me. Anastácia Carbonese, por todo carinho e incentivo.

Aos alunos da ESCS e do UDF, que colaboraram com a coleta de dados da pesquisa.

Aos amigos Rommel Costa, Uziel Melo, Prof. Dr. Rodrigo Stock, Prof^a. Dr^a. Paula Jaramillo, Prof^a. Dr^a. Roberta Landislau, Prof. Me. Leonel Morales e Prof. Me. Marcelo Sales, que estiveram sempre à disposição para colaborar com diversas etapas do processo de construção desta tese.

À família Mendes, pelo acolhimento e carinho em todos os momentos desde minha chegada a Brasília.

Temos o direito de ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito de ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades.

Boaventura de Souza Santos

RESUMO

LEANDRO, Suderlan Sabino. Atenção primária sob a perspectiva de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus e dos profissionais de saúde em duas Regiões Administrativas do Distrito Federal. 2017. 147 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2017.

O estudo objetivou avaliar a efetividade da assistência prestada em nível de Atenção Primária, a pacientes portadores por Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Método: Tratou-se de estudo descritivo exploratório, quantitativo e de cunho transversal, realizado nas regiões administrativas de Samambaia e Recanto das Emas do Distrito Federal. A coleta de dados envolveu aplicação do instrumento Primary Care Assessment Tool, versão Brasil (2010), dirigido à profissionais da saúde destas unidades e a adultos usuários do serviço. Resultados: Profissionais e usuários divergiram quanto à efetividade da Atenção Primária em Saúde, sendo considerada efetiva, pelos profissionais, no limite do escore: 6,66; e inefetiva, na perspectiva dos usuários, com escore: 5,90. Os indicadores avaliados como menos efetivos, pelos dois grupos, foram acessibilidade e orientação comunitária. Já os indicadores de longitudinalidade e coordenação - sistema de informações foram considerados efetivos pelos dois grupos. Por outro lado os indicadores de integralidade dos serviços disponíveis e serviços prestados, coordenação- integração dos cuidados e orientação familiar foram considerados efetivos pelos profissionais e inefetivos pelos usuários. **Conclusão:** Faz-se necessário maior investimento dos serviços em estratégias de aprimoramento do processo de trabalho, sobretudo no que diz respeito à acessibilidade e orientação comunitária. Esse processo deve estar em consonância com as políticas públicas para a área e construído dialogicamente, envolvendo profissionais e usuários, devendo incluir ações de educação permanente e mudanças estruturais para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Avaliação em Saúde; Pessoal de Saúde; Administração de Serviços de Saúde; Hipertensão; Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

LEANDRO, Suderlan Sabino. Primary care from the perspective of users with Systemic Arterial Hypertension and/or Diabetes Mellitus and health professionals in two Administrative Regions of the Federal District. 2017. 147 f. Thesis (Doctorate) - Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, DF, 2017.

Introduction - The aim of this study was to evaluate the effectiveness of Primary Care given to patients with Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus. **Method** - This descriptive exploratory, quantitative and cross-sectional study was carried out in the administrative regions of Samambaia and Recanto das Emas of the Federal District. Data collection involved the application of the Primary Care Assessment Tool, Brazil version (2010), pointed to the health professionals of these units and adult users of the service. **Results** - Professionals and users differed as to the effectiveness of Primary Health Care, being considered effective by professionals, at the limit of the score: 6.66; and ineffective, from the users' perspective, with a score of 5.90. The indicators evaluated as less effective by the two groups were accessibility and community orientation. The longitudinality and coordination - information system indicators were considered effective by both groups. On the other hand the indicators of integrality services available and services rendered, coordination-integration of the care and family orientation were considered effective by the professionals and ineffective by the users. **Conclusion** - It is necessary to increase the investment of services in strategies to improve the work process, especially with regard to accessibility and community orientation. This process should be in line with the public policies for the area and built logically, involving professionals and users, and should include permanent education actions and structural changes to improve access and quality of care.

Keywords - Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Evaluation; Health Personnel; Administration of Health Services; Hypertension; Diabetes *Mellitus*.

RESUMEN

LEANDRO, Suderlan Sabino. Atención primaria bajo la perspectiva de usuarios con Hipertensión Arterial Sistémica y/o Diabetes Mellitus y de los profesionales de salud en dos Regiones Administrativas del Distrito Federal. 2017. 147 f. Tesis (Doctorado) – Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasília, DF, 2017.

El objetivo del presente estudio fue evaluar la efectividad de la asistencia prestada en el nivel de Atención Primaria a pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistemica y Diabetes *Mellitus*. **Método:** Fue un estudio transversal, descriptivo exploratorio enfoque cuantitativo realizado en las regiones administrativas de Samambaia y Recanto das Emas del Distrito Federal. Los datos fueron obtenidos por medio de la aplicación del instrumento *Primary Care Assessment Tool*, versión Brasil (2010), dirigido a los profesionales de la salud de estas regiones y a los adultos usuarios del servicio. **Resultados:** Profesionales y usuarios divergieron sobre la efectividad de la Atención Primaria en Salud, siendo considerada efectiva por los profesionales, en el límite del score de 6.66, e inefectiva en la perspectiva de los usuarios, con score de 5.90. Los indicadores evaluados como menos efectivos, por los dos grupos, fueron la accesibilidad y la orientación comunitaria. En los indicadores de longitudinalidad y coordinación – sistema de información fueron considerados efectivos por los dos grupos. Por otro lado, los indicadores de integralidad de los servicios disponibles y servicios prestados, coordinación – integración de los cuidados y orientación familiar fueron considerados efectivos por los profesionales e inefectivos por los usuarios. **Conclusión:** Es necesario mayor inversión de los servicios en estrategia de perfeccionamiento del proceso de trabajo, sobre todo en lo que dice respecto a la accesibilidad y orientación comunitaria. Este proceso debe estar en consonancia con las políticas públicas para el área y construido dialógicamente involucrando profesionales y usuarios, debiendo incluir acciones de educación permanente y cambios estructurales para la mejoría del acceso y de la igualdad de la atención.

Palabras claves: Atención Primaria a la Salud; Estrategia Salud de la Familia; Evaluación en Salud; Personal de salud; Administración de Servicios de Salud; Hipertensión; Diabetes *Mellitus*

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1- Perfil dos profissionais de saúde da atenção primária em saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016..... | 49 |
| Tabela 2 -Formação dos profissionais de saúde da atenção primária em saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016..... | 50 |
| Tabela 3 - Qualificação em serviço dos profissionais da atenção primária em saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016..... | 51 |
| Tabela 4 - Valores mínimo, máximo, médios e desvio padrão dos atributos da atenção primária à saúde conferidos pelos profissionais de saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016..... | 52 |
| Tabela 5 - Comparativo entre os escores médios obtidos na avaliação dos atributos de acordo com curso de introdutório pelos profissionais de saúde de duas regiões administrativa DF, Brasília, 2016..... | 53 |
| Tabela 6 - Comparativo entre os escores médios obtidos na avaliação dos atributos de acordo com a realização de curso de especialização pelos profissionais de saúde de duas regiões administrativa DF, Brasília, 2016..... | 54 |
| Tabela 7 - Comparativo entre os escores médios obtidos na avaliação dos atributos de acordo com curso de especialização em APS e outras pelos profissionais de saúde de duas regiões administrativa DF, Brasília, 2016..... | 55 |
| Tabela 8 -Percentual das respostas da avaliação da acessibilidade pelos profissionais de saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016..... | 56 |
| Tabela 9 - Percentual das respostas da avaliação da longitudinalidade pelos profissionais de saúde de duas regiões administrativa DF, Brasília, 2016..... | 57 |
| Tabela 10 - Percentual das respostas da avaliação da coordenação – integração dos cuidados pelos profissionais de saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016..... | 58 |
| Tabela 11 - Percentual das respostas da avaliação da coordenação – sistema de informações pelos profissionais de saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016..... | 58 |
| Tabela 12 - Percentual das respostas da avaliação da Integralidade – Serviços disponíveis pelos profissionais de saúde de duas regiões administrativa DF, Brasília, 2016..... | 60 |
| Tabela 13 - Percentual das respostas da avaliação da Integralidade – Serviços prestados pelos profissionais de saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016..... | 61 |
| Tabela 14 - Percentual das respostas da avaliação da orientação familiar pelos profissionais de saúde de duas regiões administrativa DF, Brasília, 2016..... | 62 |
| Tabela 15 - Percentual das respostas da avaliação da orientação comunitária pelos profissionais de saúde de duas regiões administrativa DF, Brasília, 2016..... | 62 |
| Tabela 16 - Perfil dos usuários da atenção primária em saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016..... | 63 |
| Tabela 17 - Frequência e grau da escolaridade e renda adultos usuários da atenção primária em saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016..... | 64 |
| Tabela 18 - Condição clínica, internação e consulta ao especialista dos adultos usuários da atenção primária em saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016..... | 65 |

| | |
|--|----|
| Tabela 19 - Valores mínimo, máximo, médios e desvio padrão dos atributos da atenção primária à saúde conferidos pelas pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016. | 66 |
| Tabela 20 - Frequência e percentual das respostas da avaliação do grau de Afiliação conferidos pelos adultos usuários da atenção primária em saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016..... | 67 |
| Tabela 21 - Percentual das respostas da avaliação do acesso de primeiro contato – utilização pelos adultos usuários da atenção primária em saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016..... | 67 |
| Tabela 22 - Percentual das respostas da avaliação do acesso de primeiro contato - acessibilidade pelos adultos usuários da atenção primária em saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016..... | 69 |
| Tabela 23 - Percentual das respostas da avaliação da longitudinalidade pelos adultos usuários da atenção primária em saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016. | 70 |
| Tabela 24 - Frequência e percentual das respostas da pergunta E1 dos adultos usuários da atenção primária em saúde de duas regiões administrativa DF, Brasília, 2016. | 71 |
| Tabela 25 - Percentual das respostas da avaliação da coordenação – integração dos cuidados pelos adultos usuários da atenção primária em saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016..... | 71 |
| Tabela 26- Percentual das respostas da avaliação da coordenação – sistema de informações pelos adultos usuários da atenção primária em saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016..... | 72 |
| Tabela 27 - Percentual das respostas da avaliação da Integralidade – Serviços Disponíveis pelos adultos usuários da atenção primária em saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016..... | 73 |
| Tabela 28 - Percentual das respostas da avaliação da Integralidade – Serviços Prestados pelos adultos usuários da atenção primária em saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016..... | 74 |
| Tabela 29 - Percentual das respostas da avaliação da orientação familiar pelos adultos usuários da atenção primária em saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016. | 75 |
| Tabela 30 - Percentual das respostas da avaliação da orientação comunitária pelos adultos usuários da atenção primária em saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016. | 76 |
| Tabela 31 - Comparativo da avaliação da APS sob a perspectiva dos profissionais enfermeiros e médicos e das pessoas com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016. | 77 |
| Tabela 32 - Comparação entre avaliação entre os adultos usuários e os profissionais de saúde de dois modelos distintos, Brasília –DF, 2016. | 79 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|--|
| AAE | Ambulatório Especialidades |
| APS | Atenção Primária em Saúde |
| CONASS | Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde |
| CONASEMS | Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde |
| CS | Centro de Saúde |
| CSAP | Condições Sensíveis Atenção Primária |
| CTA | Centro de Testagem e Aconselhamento |
| DCNT | Doenças Crônicas Não Transmissível |
| DM | Diabetes Mellitus |
| DSOC | Diretoria de Saúde Ocupacional - |
| EAB | Equipe de Atenção Básica |
| EAPSUS | Escola de Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| ETESB | Escola Técnica Saúde de Brasília |
| FEPECS | Fundação de Ensino e Pesquisa Ciências da Saúde |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| HBDF | Hospital Base do Distrito Federal |
| HMIB | Hospital Materno Infantil de Brasília |
| HRAN | Hospital Regional da Asa Norte |
| HRC | Hospital Regional de Ceilândia |
| HRG | Hospital Regional do Gama |
| HRGu | Hospital Regional do Guará |
| HRT | Hospital Regional de Taguatinga |
| HRBz | Hospital Regional de Brazlândia |
| HRS | Hospital Regional de Sobradinho |
| HRSam | Hospital Regional de Samambaia |
| HRSM | Hospital Regional de Santa Maria |
| HRPa | Hospital Regional do Paranoá |
| HRPl | Hospital Regional de Planaltina |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |

| | |
|-------|-------------------------------------|
| LACEN | Laboratório Central |
| MS | Ministério da Saúde |
| NOB | Norma Operacional Básica |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PDI | Plano Diretor de Investimento |
| PDR | Plano Diretor de Regionalização |
| PMAQ | Programa de Melhoria |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| RA | Região Administrativa |
| RAS | Rede de Atenção a Saúde |
| RS | Região de Saúde |
| SESP | Serviço Especial de Saúde Pública |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SUDS | Sistema Único Descentralizado Saúde |
| TGS | Teoria Geral dos Sistemas |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |
| URD | Unidade de Referência Distrital |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO E OBJETIVOS | 15 |
| 1.1 INTRODUÇÃO | 15 |
| 1.2 OBJETIVOS | 21 |
| 1.2.1 Objetivo Geral | 21 |
| 1.2.2 Objetivos Específicos | 22 |
| CAPÍTULO 2 - REFERENCIAL TEÓRICO | 23 |
| 2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL E NO DF | 23 |
| 2.1.1 A atenção primária no DF | 26 |
| 2.2 REDE DE ATENÇÃO AS DOENÇAS CRÔNICO NÃO TRANSMISSÍVEIS, COM ENFOQUE NA HAS E DM | 27 |
| 2.3 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA | 31 |
| CAPÍTULO 3 - MATERIAL E MÉTODO | 38 |
| 3.1 TIPO DE ESTUDO | 38 |
| 3.2 CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL | 38 |
| 3.3 DESCRIÇÃO DAS ÁREAS DE ESTUDO | 40 |
| 3.4 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO | 41 |
| 3.5 POPULAÇÃO | 42 |
| 3.6 AMOSTRA | 42 |
| 3.6.1 Profissionais | 42 |
| 3.6.2 Usuários | 43 |
| 3.7 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS | 43 |
| 3.7.1 Profissionais da saúde | 44 |
| 3.7.2 Usuários | 44 |
| 3.7.3 Instrumento | 45 |
| 3.8 ANÁLISE DOS DADOS | 47 |
| 3.9 ASPECTOS ÉTICOS | 47 |
| CAPÍTULO 4 - RESULTADOS | 48 |
| 4.1 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS | 48 |
| 4.1.1 Caracterização da amostra dos enfermeiros e médicos | 48 |
| 4.1.2 Avaliação da APS sob a perspectiva dos enfermeiros e médicos | 51 |
| 4.2 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PERSPECTIVA DOS ADULTOS | |

| | |
|---|------------|
| PORTADORES DE HAS E/OU DM | 63 |
| 4.2.1 Caracterização da amostra dos usuários com HAS e/ou DM | 63 |
| 4.2.2 Avaliação da APS sob a perspectiva dos usuários com HAS e/ou DM | 65 |
| 4.3 COMPARAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA APS NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS E DOS USUÁRIOS COM HAS E/OU DM | 76 |
| CAPÍTULO 5 - DISCUSSÃO | 81 |
| CAPÍTULO 6 - CONCLUSÕES | 103 |
| REFERÊNCIAS..... | 106 |
| APÊNDICE A – Instrumento Perfil dos Usuários (Usuários) | 116 |
| APÊNDICE B - Instrumento Perfil Epidemiológico (Profissionais) | 118 |
| ANEXO A - Instrumento PCATool -Brasil (Usuários)..... | 119 |
| ANEXO B - Instrumento PCATool - Brasil (Profissional) | 133 |
| ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP | 143 |

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

1.1 INTRODUÇÃO

A I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, na cidade de Alma-Ata, convocada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela *United Nations Children's Fund* (Unicef), foi um evento marcante que desencadeou significantes mudanças em vários países ao propor a meta “Saúde para todos no ano 2000” (CZERESNIA; FREITAS, 2009).

Os autores supracitados reforçam que, para o alcance da meta, foram sugeridos oito elementos essenciais: educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle; promoção de suprimento de alimentos e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico apropriados; atenção materno-infantil, incluindo o planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes; e distribuição de medicação básica.

Nesse mesmo momento, o Brasil ainda estava sob o regime militar, porém, em uma crise político-ideológico e fiscal, e alguns grupos estavam iniciando um movimento de redirecionamento da política de saúde, subsidiado pelas orientações da OMS, tanto para a existência de oferta de políticas sociais mais contundentes, bem como o surgimento de grupos sociais reivindicando acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

A articulação desses grupos desencadeou o movimento sanitário, que teve início no final da década de 1970 com uma proposta de construir uma linha tática para ocupar os espaços institucionais e a formulação/implementação ativa de políticas de saúde, tornando-se, assim, uma experiência singular e rica no campo da luta em torno das políticas públicas (BRASIL, 2006).

Com o término da ditadura militar, em 1985, e com o fim de suas estruturas políticas autoritárias, iniciou-se um processo de redemocratização no país, que teve como pano de fundo uma crise econômica em busca de fomentar o crescimento (PAIVA; TEIXEIRA, 2013). Os autores afirmam que foi diante desse cenário de ruptura e com uma expectativa de construção de uma nova sociedade e, por extensão, de uma saúde pública com novas bases que foi convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em março de 1986, a qual teve uma participação efetiva dos vários segmentos da sociedade na luta por uma saúde que fosse dever do Estado e um direito do cidadão, bem como com reformulação do sistema

nacional de saúde, além de mudanças no financiamento do setor.

A Reforma Sanitária (RS), movimento forte ocorrido nesse mesmo período, obteve êxitos como a mobilização da sociedade para propor mudanças no setor saúde com discussões na VIII CNS, além disso, conseguiu inserir no texto da constituição artigos que contemplassem a questão da saúde como um dever do Estado e um direito de todos, bem como a concepção ampliada da saúde, o que revela uma verdadeira ruptura com o modelo anteriormente utilizado no país (VASCONCELOS; PASCHE, 2012).

Uma das medidas iniciais foi a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que contribuiu significativamente para a descentralização da saúde e do orçamento, permitindo aos estados maior autonomia para planejar suas atividades, e retirou um pouco da centralização do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2005).

No entanto, somente em 1990 pôde ser concretizada uma política de estado para saúde com a promulgação de duas leis federais - nº 8.080 e nº 8.142 - que detalham a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme explicitado na Carta Magna, e que são complementadas pelas legislações estaduais e municipais com as diretrizes de funcionamento em cada instância (VASCONCELOS; PASCHE, 2012).

Desde a sua criação, o SUS tem passado por várias mudanças no intuito de atender as reais demandas da população brasileira e na tentativa de cumprimento da legislação. Scatena e Tanaka (2001) mencionam que, a partir de 1991, teve início o processo de concretização do sistema através das Normas Operacionais Básicas (NOB 91 e 92), que tratavam da questão da descentralização dos serviços e ações de saúde, porém, o enfoque se concentrava no financiamento que ainda estava sob responsabilidade do INAMPS.

O verdadeiro impulso para a descentralização veio com a NOB 01/93, possibilitando que fosse orientados para uma organização progressiva, gradual, flexível e democrática dos sistemas municipais e estaduais de saúde, por meio das várias formas de gestão que estavam preconizadas (SCATENA; TANAKA, 2001).

Os mesmos autores ressaltam que somente com a NOB/96 é que foram incorporados os elementos constitutivos e princípios norteadores da descentralização do SUS. Além disso, Gil e Maeda (2013) relatam que foi a partir da NOB/96 que se iniciou a utilização do termo atenção básica e a criação de novas modalidades de gestão, e indica como alternativa para organização dos serviços o Programa Saúde da Família (PSF).

Outros avanços na consolidação do SUS se deram por meio da criação das Normas Operacionais do SUS (NOAS 01/2001 e 01/2002) que, pela intitucionalização do Plano

Diretor de Regionalização (PDR) e do Plano Diretor de Investimento (PDI), enfatizou a regionalização como forma de otimização, fortalecendo a gestão com mecanismos. Ademais, atualizou os critérios de reabilitação de estados e municípios, bem como a possibilidade de que os municípios pudessem ser habilitados em gestão plena de atenção básica ampliada e gestão plena do sistema municipal (FIGUEIREDO; TONINI, 2007).

Mais tarde, em 2006, foi lançado o Pacto pela Saúde, um instrumento que tinha como proposta desencadear mudanças significativas nas normativas do SUS e que possuía três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão, sendo considerado um conjunto de diretrizes baseado em uma demanda solicitada pelos gestores para que se realizasse uma revisão das normas do SUS (MACHADO et al., 2009).

Na verdade, esse processo perdurou por três anos, com discussões e pactuações com o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), com o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e os gestores de todas esferas que assumiram compromisso público de melhorar a qualificação do acesso do usuário, através da regionalização, e possibilitando uma reorganização dos processos de gestão, bem como da regulação do sistema de saúde de acordo com cada realidade, contemplando a diversidade do país (MACHADO et al., 2009).

Por último, foi apresentada, em 2011, uma nova proposta para organização do SUS, que adota uma abordagem em que o sistema deveria ser organizado por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que, segundo Mendes (2010, p. 2.300), são:

organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde.

Diante dessa necessidade de organizar os serviços dentro dessa lógica de redes, foi necessário que se reformulasse o arcabouço legal, contemplando as diretrizes para essa nova reorganização. Assim, foi publicado o Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011b), as portarias que regulamentam as RAS (Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010; Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011; Portaria nº 1.459, de 24 de julho de 2011; Portaria nº 483, de 1º abril de 2014), além do Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica à Saúde (PMAQ).

No entanto, essa proposta de organização do sistema apontou que sua estruturação se desse a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), e que esta fosse considerada a

coordenadora da RAS. Além disso, o Ministério da Saúde (MS) sinaliza que a APS tem como responsabilidade a realização do cuidado integral e contínuo da população sob sua responsabilidade, sendo, também, a porta de entrada prioritária para organização do cuidado, apoiada e complementada pelo componente da atenção especializada de forma resolutiva, em tempo oportuno, através dos atendimentos nos ambulatórios especializados, bem como das internações nos hospitais e das urgências e emergências para os casos de agudização das condições crônicas. E que toda a estrutura fosse apoiada pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas logísticos e regulação (BRASIL, 2013).

O papel adotado pelo MS para a APS está calcado no conceito adotado por Starfield (2002) em que, para se chegar à visão proposta em Alma-Ata, é preciso que a Atenção Primária em Saúde seja considerada como um conjunto de serviços de saúde que estejam orientados em direção às respostas das necessidades tanto dos indivíduos quanto das comunidades e com possibilidade de integração dos serviços. Ou seja, deverão servir de porta de entrada para todas as demandas da população com o intuito de promover a saúde.

Destaca-se que a APS está estabelecida no Brasil antes mesmo da criação do SUS, com a existência de algumas experiências alternativas de organização da atenção básica que faziam contraponto ao modelo hegemônico. Porém, somente no final de 1994, o MS apresentou uma proposta de transformação da realidade em um território definido, com inclusão de ações e serviços que contemplassem as situações de injustiças sociais, além da perspectiva de fortalecer a participação social, inicialmente com o nome de Programa Saúde da Família (PSF), porém, em 2006, foi transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF) (SOUSA; FRANCO; MENDONÇA, 2014).

No Distrito Federal, três propostas marcaram a história dos serviços de saúde. A primeira, conhecida como “Plano Bandeira de Mello”, em 1959, teve influência da Fundação SESP, mas não conseguiu sucesso em decorrência de mudanças políticas no decorrer dos anos, as quais desconstruíram a proposta inicial. Na sequência, houve o período conhecido como “Plano Frejat”, em 1980, que trouxe mudanças significativas para a estruturação da rede de serviço do DF pela extensão de cobertura mediante a estratégia de atenção primária e da regionalização dos serviços. A terceira proposta foi a criação do SUS-DF, em 1993, e a implantação do PSF, que se deu em três etapas: a primeira em 1997, com o Programa Saúde em Casa (PSC); depois, entre 1999-2003, com o Programa Saúde da Família; e, entre 2004-2006, o Programa Família Saudável (PFS). Após esse período, a Secretaria de Saúde assume a responsabilidade pelas equipes (HILDEBRAND, 2008).

No período de 2007-2009, a situação do Distrito Federal, conforme destacado por

Göttems (2010), manteve a APS na agenda governamental. Para isso, foi lançado o plano de Reorganização da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, cujo objetivo principal era expandir e qualificar a ESF até 2014, incluindo eixos como estrutura da infraestrutura física, equipamentos, insumos e recursos humanos, bem como a organização do processo de trabalho das equipes, além do monitoramento e avaliação das ações de saúde desenvolvidas e desdobramento de estudos e pesquisas sobre APS. No entanto, até o final de 2009, mesmo com a implantação paulatina, não foi possível perceber mudanças substanciais nos indicadores. Observou-se, apenas, que se manteve uma coerência com as diretrizes nacionais.

Na verdade, o sistema de saúde precisa ser organizado para atender às necessidades da população e no cenário brasileiro tem se observado um processo de mudança das características da morbidade e mortalidade no últimos anos. Segundo o MS, o que vem ocorrendo no caso do Brasil é uma redução das causas de morte por desnutrição, doenças infecciosas e parasitárias, materno-infantil, mas, por outro lado, tem havido crescimento acelerado das mortes por doenças crônicas e causas externas (BRASIL, 2014a).

Assim, é necessário que os serviços de saúde acompanhem esse processo de transição epidemiológica. De acordo com Pereira (2012), é o conjunto de mudanças, principalmente na alteração do perfil de morbimortalidade, com predominância das causas crônicas não transmissíveis. Em países em desenvolvimento, como o Brasil, essas mudanças sofrem interferências diretas pelas aplicações de tecnologias de saúde, como ampliação de serviços de saúde e por ações simples em sua concepção, mas, uma vez bem aplicadas e em cobertura adequadas, contribuem para essas mudanças.

Portanto, diante das mudanças epidemiológicas que vem ocorrendo com um aumento das doenças crônicas, neste estudo adotou-se o mesmo conceito utilizado pelo MS. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) fazem parte de um conjunto de doenças que têm um início gradual, com duração longa ou incerta, sendo causadas por vários fatores e têm tratamento contínuo com mudanças no estilo de vida e, normalmente, não leva à cura, e que tem a maior prevalência com o envelhecimento da população, ocasionando alto impacto na saúde das pessoas idosas (BRASIL, 2014a).

No que se refere ao contexto de morbidade das DCNT na população adulta brasileira, destacam-se as duas principais doenças desse grupo, que são a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes *Mellitus* (DM), as quais têm representado uma preocupação em decorrência do seu aumento considerável, pois os dados mostram que a prevalência de HAS no país varia entre 20 a 45% e que, nas pessoas acima de 60 anos, esses valores ainda podem ser muito maiores. Quanto aos dados da DM, 7,6% brasileiros, entre 30-69 anos, são

acometidos pela doença e, nas pessoas com mais de 70 anos, podem alcançar até 20% da população (ROSA et al., 2009).

Quanto à mortalidade, as informações da OMS é de que, no ano de 2008, das mais de 36 milhões mortes ocorridas no mundo, 63% foram ocasionados por DCNT, apresentado alta carga de mortalidade, principalmente nos países de média/baixa renda (BRASIL, 2014a).

No Brasil, os dados revelam que 72% das causas de morte são em decorrência das DCNT, sendo que as doenças do aparelho circulatório correspondem a 13% e a DM, 6% (BRASIL, 2011a). Ou seja, em todas as regiões, a primeira causa de morte foi das doenças do aparelho circulatório, com uma proporção de 25%, sendo que, do total dessas mortes, 31% eram mulheres e 26% homens. Assim, diante desses dados, o Brasil assumiu um compromisso de reduzir a mortalidade prematura (30 a 69 anos) em 2% ao ano até 2022 (BRASIL, 2014a).

Nesse sentido, as DCNT têm sido consideradas como um dos maiores problemas de saúde pública global, pois afetam pessoas de todos os grupos socioeconômicos, no entanto, os mais acometidos são os idosos e as pessoas com baixo nível educacional (FRANCISCO et al., 2015).

Aliás, a HAS e/ou DM são consideradas como condições sensíveis à atenção primária, ou seja, fazem parte de um grupo de doenças que devem ser tratadas na APS, demonstrando que, se esse nível de atenção tiver escores satisfatórios, é possível perceber uma redução no número de agudizações e, conseqüentemente, diminuição na demanda nos hospitais e unidades de pronto atendimento. Segundo Alfradique et al. (2009), as Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP) são indicadores que podem avaliar o acesso e qualidade da atenção básica, pois são internações que poderiam não ter acontecido caso existissem ações efetivas na atenção primária.

Considerando que se trata de agravos crônicos em que as pessoas permanecerão sob um longo período durante o ciclo de vida e que com isso ocorrerá aumento da procura pelos serviços de saúde, do número de consultas e exames e, conseqüentemente, maior ônus para o sistema de saúde, sendo necessário planejamento para organização, qualificação e ampliação do atendimento (FRANCISCO et al., 2015).

Portanto, no contexto do SUS, em 2014, foram estabelecidas diretrizes que devem ser utilizadas como eixo condutor, como a Portaria nº 483, que trata da implantação da Rede de Atenção à Saúde das DCNT, a qual prevê a realização de atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, bem como fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, reforçando o papel da Atenção Primária em Saúde como ordenadora da rede e que os indivíduos deverão ter a oportunidade de transitar em todos níveis de atenção, de acordo com

suas necessidades (BRASIL, 2014b).

Nesse processo, é importante destacar os aspectos do macroprocesso e a questão da organização da rede de serviços. De acordo com Malta e Merhy (2010), é imprescindível que o gestores organizem o serviço de saúde, com integração dos diversos níveis de atenção em busca de garantia para o acesso e a resolutividade, além de considerar a necessidade de instituir algumas estratégias, principalmente com mudanças no processo de trabalho para conseguir a continuidade do cuidado dentro de uma região de saúde.

Partindo dessa necessidade de (re)organização da rede de atenção para atender às demandas da população e de que o processo seja iniciado a partir da APS, como ordenadora da rede, é pertinente considerar a presença e a extensão dos atributos da APS. Para Starfield (2002), são um conjunto de elementos estruturantes que estão divididos em dois grupos, os essenciais e os derivados, sendo essenciais: acesso primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção; e derivados: centralização na família, orientação para comunidade e competência cultural.

Diante da necessidade de garantia de assistência de qualidade às pessoas acometidas por DCNT, em especial ao cuidado às pessoas portadores de HAS e/ou DM, no contexto do SUS-DF, são feitos os seguintes questionamentos: Qual a efetividade da atenção prestada pelos serviços de Atenção Primária em duas das regiões administrativas do Distrito Federal a esse grupo populacional? Em que medida os atributos da APS estão presentes na APS do DF e qual a extensão deles?

O desenvolvimento deste estudo prende-se ao fato da existência de lacunas na literatura quanto à avaliação da organização da ESF, envolvendo a estrutura do serviço, processo de trabalho dos profissionais da APS e cuidado às pessoas no contexto da RAS DCNT (HAS/DM).

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

- Avaliar a efetividade da assistência prestada pelos profissionais de saúde da APS a pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus* em duas regiões administrativas do Distrito Federal.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos profissionais que atuam na Atenção Primária em Saúde (sexo, idade, formação, tempo na equipe, capacitação e instituição promotora).
- Caracterizar o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes *Mellitus*: sexo, idade, profissão, diagnóstico e tratamento.
- Examinar a presença e a extensão dos atributos essenciais (acesso primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e Coordenação da atenção) e derivados (Orientação familiar e Orientação comunitária) da APS em duas regiões administrativas do DF na assistência aos adultos acometidos por HAS e DM;
- Verificar as diferenças na avaliação dos usuários e dos profissionais da saúde avaliados, por meio de escores de qualidade.

CAPÍTULO 2 - REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL E NO DF

Neste capítulo, pretende-se fazer um resgate histórico da APS no Mundo e no Brasil, e contextualizar os principais aspectos em relação aos princípios e conceitos utilizados nos dias atuais. Nesse sentido, é importante sinalizar um dos primeiros relatos sobre APS que foi utilizado pelo ministro da Inglaterra, Dawson, em 1920, ao sinalizar que a atenção médica no nível primário deveria ser uma responsabilidade do Centro de Saúde (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2012).

Em 1978, com a Declaração de Alma-Ata, surge uma necessidade de sistemas de saúde universais que concebem a saúde como um direito humano, com mais investimentos em políticas sociais para desenvolvimento das populações excluídas, uma compreensão de que saúde é resultado das condições socioeconômicas e sociais, bem como a indicação de que cada país assuma a gestão dos sistemas de saúde (MATTA, 2005).

No Brasil, um movimento social iniciado na década de 70 buscou incorporar essa discussão, o que culminou na VIII CNS e foi consolidado na Constituição Federal de 1988 (CF/1988), que normatizou o surgimento do SUS, com o objetivo de promover uma assistência integral a todos os cidadãos brasileiros.

A VIII CNS realizada em 1986 foi um marco na história da saúde em nosso país, pois reafirmou o conceito de saúde discutido internacionalmente. Segundo Costa e Carbone (2004), essa conferência admitiu alguns fatores como determinantes e condicionantes da saúde, tais como: no campo biológico - idade, sexo, hereditariedade, raça; no meio físico - água, alimentação, moradia, saneamento básico, ecologia; no meio econômico e cultural - ocupação, renda, hábitos, costumes, lazer e oportunidades de acesso a serviços de saúde. Esses fatores serviam de base para os encaminhamentos para a nova Constituição Brasileira.

Na CF/1988, o cidadão é considerado pelo Estado de forma diferenciada. Sob essa visão, a população tem o direito de interagir junto ao Estado, contribuindo cada vez mais para a solidificação da democracia em nosso país. Em seu art. 6º, a Constituição Brasileira assegura como direitos sociais “a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados”. O art. 196 define saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas

que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A criação do SUS representa a luta do povo brasileiro em busca de melhor qualidade de vida, e que está consubstanciada na Carta Magna do país como um direito de todos. O SUS está fundamentado em três princípios doutrinadores: Universalidade, Equidade e Integralidade, princípios esses baseados em preceitos constitucionais e operacionalizados nos diferentes programas e estratégias assistências em todo o território brasileiro (MATTOS, 2001).

A mesma autora reforça que a integralidade é um dos princípios norteadores para a prática desse novo modelo, e que não pode ser visto sob um único aspecto. Tem que se levar em consideração os vários sentidos da integralidade, sendo que um deles diz respeito à prática dos profissionais de saúde no que concerne à qualidade dos serviços prestados, outro que considera a organização dos serviços e outro que está relacionado às respostas governamentais aos problemas de saúde.

Esse processo de construção vem a cada dia reforçando a necessidade de se ter uma atenção integral e a consequente mudança para um novo modelo de assistencial em saúde, tendo como elemento importante a criação do Programa Saúde da Família, em 1994, que visa causar impacto e reorientação no modelo de assistência à saúde, sinalizando um caminho possível para atingir os objetivos do SUS, conseqüentemente, promovendo mudanças no sistema como um todo (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

O PSF foi expandido pelo MS como estratégia de ações da atenção básica orientada pelas necessidades de saúde da população, com foco de atenção especialmente voltado para a família, com prioridade para as ações preventivas e que essas ações ocupassem uma posição igualitária em tivesse como eixo os princípios da universalidade e da integralidade. (SOUSA, 2014). Além disso, a mesma autora reforça que o PSF foi criado para promover mudanças no modelo de atenção vigente, com uma proposta de transformação da realidade, e contribuir com a melhoria dos indicadores sociais da população que mora no território espaço.

Na verdade, a introdução do PSF no Brasil se deu a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, significando o primeiro passo para sua consolidação como estratégia assistencial à família brasileira e, somente a partir do ano de 1994, começaram a ser compostas e colocadas em atuação as primeiras Equipes de Saúde da Família (COSTA; CARBONE, 2004).

O trabalho das Equipes de Saúde da Família deve ser realizado dentro de uma perspectiva de ação integral, na qual a assistência prestada às famílias acompanhadas por cada

equipe envolva tanto ações na unidade de saúde como no domicílio dessas famílias. Fundamentalmente, esse trabalho é realizado objetivando intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta, como também estimular o exercício do controle social através da organização da comunidade (PEREIRA et al., 2005).

A Equipe de Saúde da Família é composta por uma equipe multiprofissional em que cada profissional tem seu papel específico a cumprir, no entanto, o processo de trabalho de um é complementar ao do outro, fazendo com que seja instituído o espírito de equipe multidisciplinar, com a finalidade de garantir uma assistência integral ao indivíduo, família e comunidade.

De acordo com Ministério da Saúde, a formação de uma equipe da ESF deve ter em sua composição, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2012a). O MS argumenta que, para complementar a equipe da ESF, o ideal é que nela sejam inseridos profissionais de saúde bucal, como o cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal, formando, assim, uma equipe multiprofissional.

Considerando os serviços de saúde como partes de um sistema único de âmbito nacional, que cuida da saúde da população nos diferentes níveis de complexidade, a porta de entrada preferencial do sistema de saúde é a ESF, que agora tem um papel de integrar a Rede de Atenção à Saúde, sendo coordenadora e ordenadora da linha de cuidado (BRASIL, 2012a).

Destacou-se que, desde o início da implantação das primeiras equipes de saúde da família até os dias atuais, foram observados resultados relevantes de muitas experiências que têm mudado o perfil nosológico em várias regiões em nosso país. Mesmo sabendo que em alguns municípios a cobertura ainda não chega a 100%, almeja-se que os governantes tenham cada vez mais um olhar diferenciado para essa questão, objetivando a reorganização do sistema de saúde local e sua consolidação.

Dentre os problemas que ainda precisam ser enfrentados pelas equipes da ESF, refere-se ao modelo hegemônico biomédico que não pode ser tratado como um processo linear, sendo necessárias mudanças no processo de trabalho dos profissionais para que possam protagonizar as mudanças de suas práticas a partir de um compromisso ético e político (SCHERER; PIRES; SORATTO, 2014).

De fato, a ESF tem obtido vários avanços ao longo dos últimos anos, porém, ainda existem dificuldades para que a APS seja organizada como eixo principal do sistema de saúde

no Brasil, pois as iniquidades regionais ainda são expressivas, além da estrutura federativa, bem como os aspectos referentes a financiamento, formação de profissionais, gestão e educação de pessoal e o desenvolvimento de ações intersetoriais (ARANTES; SHIMIZU; MERCHAN-HAMMANN, 2016).

2.1.1 A atenção primária no DF

A história da APS no DF foi marcada por avanços e retrocessos ao longo dos últimos anos e tem como um dos primeiros relatos de ações o Projeto Planaltina, entre os anos de 1975-1978, que tinha como foco a saúde da família com oferta de serviços locais e era executado pela parceria entre a Fundação Hospitalar/SES-DF, a Faculdade de Ciências da Saúde da UnB e a Fundação de Serviço Social (NASCIMENTO et al., 2014).

Segundo Göttems et al (2009), na trajetória da política de APS no DF sempre existiu contradição, pois, ao tempo que se pautava a APS, por outro lado reforçava a manutenção da necessidade de construir novos hospitais, além disso, as iniciativas que tinham como foco a APS não tinham continuidade e não havia articulação com os outros níveis de atenção,

Quanto à implantação da ESF no DF, foi bem heterogênea, pois cada gestão adotou uma terminologia diferente de acordo com sua preferência: no período de 1995-1998, foi chamado de Programa Saúde em Casa; de 1999-2002, foi chamado de Programa Saúde da Família; de 2003-2006, foi chamado de Programa Família Saudável; e somente após 2007 é que se começou a utilizar o termo Estratégia Saúde da Família (NASCIMENTO et al., 2014).

Em 2010, um fator foi muito importante para dar mais visibilidade e colocou a APS como uma prioridade, a criação da Subsecretaria de Atenção Primária a Saúde (SAPS), que tinha proposta de trazer mudanças elementares tanto no nível central quanto regional colaborar com a reversão do modelo de atenção. (DISTRITO FEDERAL, 2010)

No Plano Distrital de Saúde 2012-2015, estava previsto como diretriz estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na ESF, baseado na 8ª Conferência Distrital de Saúde do DF, e dentre as metas estavam a ampliação da APS no DF em conformidade das redes de atenção a saúde. A proposta foi dividida em 3 fases, sendo a Fase 1 - cobertura imediata de 20% da população do DF até dezembro de 2010; Fase 2 - cobertura de 40% da população do DF até 2012; Fase 3 - cobertura de 50% da população do DF até 2014. Na verdade, a meta era alcançar 75% de cobertura populacional no DF por equipes da ESF (DISTRITO FEDERAL, 2012).

Por último, o Plano Distrital em vigência (2016-2019), que a SES DF define como

política de qualificação da atenção à saúde, com foco na reestruturação e expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) e a valorização da APS, para que possam colaborar com a reversão do atual modelo de atenção à saúde do DF (DISTRITO FEDERAL, 2016a).

No intuito de implementar as ações de ampliação das APS no DF, foi apresentada pela gestão da SES-DF uma proposta de modelo de atenção à saúde, com mudanças na sua estruturação com criação da Reforma do Modelo Assistencial da Gestão da Atenção Primária à Saúde do DF. A proposta foi aprovada pelo Conselho de Saúde do DF, sendo expedida a Resolução nº 465, de 4 de outubro de 2016.

Como forma de operacionalizar, foi apresentado um cronograma com as fases do processo de conversão para o modelo baseado na ESF, publicadas nas portarias nºs. 77/2017 e 78/2017, em que ficou estabelecido como único modelo assistencial a ESF no DF, bem como a descrição do desenho de como seria a mudança. Além disso, foi realizada a sensibilização dos servidores para adesão e a proposta de conversão deveria ser apresentada por todas as Superintendências das Regiões de Saúde. Com isso, a previsão é de que até julho de 2018 a cobertura populacional do DF com a ESF possa chegar a 75%.

Na perspectiva de contribuir com o fortalecimento da APS no DF, a Secretaria de Estado de Saúde (2016) publicou uma atualização da *Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde* - versão profissional/gestor, como uma ferramenta importante para alinhamento das ações a serem desenvolvidas instrumentalizando os profissionais e os gestores na oferta de serviços baseados na realidade do território da UBS que está inserida.

2.2 REDE DE ATENÇÃO AS DOENÇAS CRÔNICO NÃO TRANSMISSÍVEIS, COM ENFOQUE NA HAS E DM

As DCNT são responsáveis por um percentual elevado de mortes no Brasil e no mundo, atingindo pessoas de todas as camadas socioeconômicas, e considerado um problema de maior magnitude por trazer consequências para o indivíduo e família, além do grande custo econômico para indivíduo, sociedade e sistema de saúde (MALTA et al., 2014).

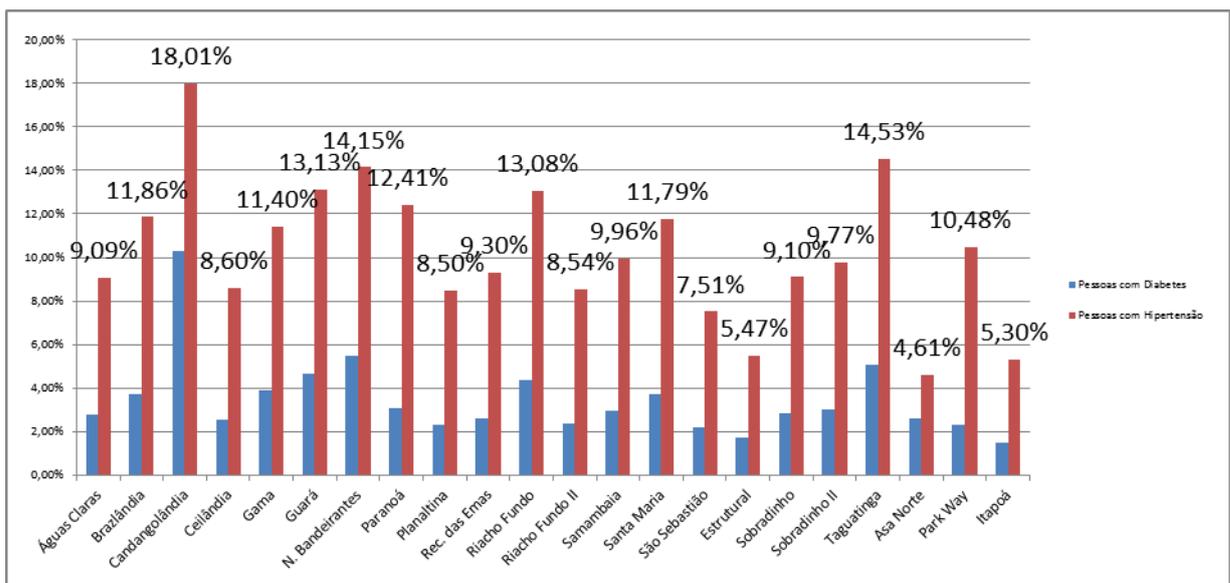
Os autores destacam que, no conjunto das DCNT, os maiores indicadores de mortalidade são referentes às doenças cardiovasculares, câncer, respiratórias crônicas e diabetes. Dessa forma, destacam-se, neste estudo, as doenças cardiovasculares, especificamente a HAS e a DM, sendo a hipertensão arterial conceituada como “condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90mmHg” (MALACHIAS et al., 2016) e a DM caracterizada pela hiperglicemia (≥ 126 mg/dl

em jejum) resultante tanto por defeito na ação da insulina como na secreção da mesma, ou nas duas possibilidades, não podendo ser considerada um única doença, e sim um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos divididos em quatro classes clínicas - DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos de DM e a DM gestacional (MILECH et al., 2016).

Sobre o quadro da HAS no Brasil, o percentual de pessoas maiores de 18 anos que relataram ser acometidas pela doença é de 25,7%, sendo que a capital com maior percentual foi Rio de Janeiro, com 31,7%, e o menor percentual foi em Palmas, com 16,9%. O Distrito Federal teve um percentual 21,7%, com relato de 19,1% para homens e 23,9% para mulheres (BRASIL, 2017).

Já a DM tem um percentual de 8,9% pessoas no Brasil, maiores de 18 anos, que relataram ser acometidas pela doença, sendo a capital com maior percentual também o Rio de Janeiro, com 10,4%, e o menor percentual Boa Vista, com 5,3%. O Distrito Federal teve um percentual 8,6%, com relato de 6,2% para homens e 10,8% para mulheres (BRASIL, 2017).

A partir de um levantamento feito a partir do Cadastro de Famílias no Sistema de informações da Atenção Básica (SIAB) do DF, com informações cedidas pela Gerência de Processamento de Informações de Atenção Primária da DCSS/SEPLAN/SES/DF, identificou-se a distribuição de casos de HAS e DM cadastrados nas unidades de saúde por regiões administrativas (RA) do DF, conforme mostrado no Gráfico 1. No contexto das regiões estudadas referentes às pessoas cadastradas como portadoras de HAS, o percentual na



Samambaia foi de 9,96% e no Recanto das Emas o percentual foi de 9,30%. No caso da DM, as pessoas cadastradas em Samambaia tiveram um percentual de 2,92% e no Recanto das

Gráfico 1 - Percentual de pessoas cadastradas nas unidades de saúde, portadores de diabetes e hipertensão, por unidade administrativa, Brasília/DF, 2015.

Emas, de 2,60%.

Diante desse contexto, em que há uma preocupação mundial relacionada aos aspectos das DCNT, especificamente das HAS e DM, a Organização das Nações Unidas (ONU) lançou um Plano de Ações Global para o Enfrentamento e sinalizou metas e indicadores globais de redução, e para isso é necessária a realização de ações de prevenção dos principais fatores de risco com investimentos na qualificação da atenção aos pacientes (BRASIL, 2014a).

A sugestão foi de que os países-membros construíssem seus planos dentro dessa perspectiva e na versão brasileira foi o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT, 2011 a 2022, sendo estabelecida a meta de redução da mortalidade prematura (30 a 69 anos) em 2% ao ano até 2022 (BRASIL, 2014a).

Além disso, um dos aspectos que merece atenção está relacionado ao contexto em que estão inseridos os diversos grupos populacionais, pois tanto as desigualdades quanto a capacidade de ser e agir das pessoas influenciam diretamente na qualidade de vida, ou seja, trata-se de doenças com multicasualidade e que têm efeitos distintos em cada grupo (FRANCISCO et al., 2015).

Há uma necessidade de organização para o cuidado integral ao indivíduo, considerando os seus fatores de risco, sendo imprescindível desenvolver ações que modifiquem os determinantes sociais, focadas na prevenção e na promoção, especializadas e de maior complexidade na perspectiva de diminuir a carga dessas doenças (BRASIL, 2014a).

A estruturação de uma rede hierarquizada é um importante instrumento viabilizador do acesso da população ao sistema de saúde, e também uma importante proposição na busca da integralidade assistencial por meio da conformação de linhas de cuidado (JESUS; ASSIS, 2006). Assim, há que se considerar a organização dos níveis de complexidade de atenção com as devidas acomodações tecnológicas relacionadas à organização de fluxos de acesso.

Do ponto de vista assistencial, parece prudente de que quanto antes for realizado o diagnóstico e iniciado o cuidado dos pacientes, maior será a possibilidade da manutenção e controle da saúde do mesmo. Para que isto ocorra, é fundamental que o sistema de saúde esteja organizado de forma a possibilitar tal ação. Assim, nessa perspectiva, dois aspectos são relevantes: o acesso e a continuidade assistencial do usuário na Rede de atenção a doenças crônicas não transmissíveis.

Nesse sentido, o acesso não pode ser entendido somente como porta de entrada do serviço, na verdade é um dispositivo transformador da realidade e que perpassa por algumas dimensões, como a existência de um equilíbrio entre oferta e demanda, organização da rede

assistencial e participação da comunidade (JESUS; ASSIS, 2010).

Dessa forma, a relação entre a oferta e a demanda tem sido um desafio em virtude da desarticulação que repercute diretamente no acesso. De acordo com Pires et al. (2010, p. 1011), “a desarticulação entre a oferta dos serviços e as demandas trazidas pela população, calcada na dificuldade em se realizar melhor escuta das necessidades de saúde pelos profissionais, repercute em iniquidades no acesso e em ineficiência do sistema de saúde”.

Assim, foi estabelecido, em 1º de abril de 2014, a RAS DCNT, Portaria Ministerial nº 483, definindo a RAS no âmbito do SUS com estabelecimento de diretrizes para organização das linhas de cuidado (BRASIL, 2014b).

Esta Portaria, em seu art. 4º, traz como objetivos gerais da rede:

I - realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, através da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; e II - fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações (BRASIL, 2014b, p.50).

Ademais, esta Portaria também define os componentes da rede que são: Atenção Básica, Atenção Especializada, dividida em ambulatorial especializada, hospitalar e urgência e emergência, Sistemas de Apoio, Sistema Logísticos, Regulação e Governança (BRASIL, 2014b).

Para Chueiri et al. (2014), o contexto das DCNT pode potencializar duas estratégias que são desafiadoras para o SUS, a organização da RAS e o fortalecimento da APS, no qual a posição central da RAS deve ser ocupada pela APS, tornando-se um ponto de atenção forte, estruturado e capilarizado por todo território, para se ter a resolutividade esperada e necessária, bem como ser responsável pela saúde integral de sua população e, além disso, compartilhar o cuidado com outros serviços da rede.

No Distrito Federal, ainda está em fase de elaboração um novo protocolo de atenção à saúde para o manejo de HAS e DM, mas, em 20 de março de 2017, foi aprovada uma nota técnica que trata da organização da assistência ao hipertenso e ao diabético tanto na APS como na atenção especializada, em que são previstos aspectos importantes para estruturação do cuidado a partir da definição de critérios para organização da assistência ao usuário com HAS e DM (DISTRITO FEDERAL, 2017).

A nota técnica alinha os parâmetros epidemiológicos de prevalência total e por extrato de risco, define os critérios para estratificação de risco e apresenta uma parametrização

assistencial para acompanhamento na APS, bem como no Ambulatório de Atenção Especializada (AAE) de pacientes com estabilidade clínica, sendo baixo, médio, alto e muito alto risco (DISTRITO FEDERAL, 2017).

Outro aspecto importante na nota técnica refere-se à coordenação do cuidado de situações específicas, ao longo do tempo, em que um profissional ou uma pequena equipe realize a gestão do caso acompanhando a atenção recebida pelo usuário na rede de atenção (DISTRITO FEDERAL, 2017).

No entanto, para que se possa realizar a gestão do caso, é preciso que se tenha um fluxo comunicacional bem fortalecido entre os níveis de atenção, porém, para que isso ocorra, torna-se imprescindível uma oferta adequada, com fluxos organizados e que os custos sejam controlados (SANTOS; GIOVANELLA, 2016).

A nota técnica também prevê critérios de encaminhamentos dos usuários para o AAE, parametrização assistencial para apoio laboratorial no diagnóstico inicial e nas avaliações periódicas e o monitoramento e avaliação (DISTRITO FEDERAL, 2017).

2.3 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

A avaliação faz parte do conjunto de atividades realizadas pela gestão nas organizações, mas que não é uma ação exclusiva da gestão, pois, segundo Minayo, Assis e Souza (2010), trata-se de uma ação humana constante, em que se analisa criticamente algo ou alguém através de procedimentos sistemáticos para julgamento, medição, classificação e até mesmo comparação dos resultados obtidos com critérios estabelecidos. Ressalta-se que, dependendo da complexidade da organização da gestão, a contribuição será muito importante para a tomada de decisão com o intuito de resolver os problemas (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Na gestão da saúde, essa é uma etapa primordial para a qualidade das ações e dos serviços, pois somente com o conhecimento do desempenho é possível ter uma caracterização da progressão dos serviços dentro do sistema de saúde e, a partir disso, realizar a determinação do valor ou quantidade de alguma coisa, bem como a comparação dos resultados com normas ou outros valores e também da quantidade que serve de parâmetros (PEREIRA, 2012).

Para Diniz et al. (2016, p. 2), “Os estudos de avaliação de serviços de saúde são indispensáveis à compreensão do seu funcionamento, processo de trabalho e resultados obtidos, permitindo, assim a apreensão da qualidade, isto é efetividade do serviço prestado”. E

a efetividade pode ser entendida como o grau em que os resultados de uma intervenção, seja da assistência, dos serviços ou das ações ofertadas a população, são baseados em evidências. (FRANK et al., 2015).

Deste modo, pode-se destacar que o processo de avaliação deve ser visto como uma ferramenta que contribui significativamente no reconhecimento da efetividade dos serviços e que nas organizações do sistema de saúde vigente as propostas organizacionais possuem características semelhantes com a Teoria Geral dos Sistemas (TGS), em que as organizações são aceitas como subsistemas do sistema maior com o qual mantém intercâmbio dinâmico e constante.

A TGS, proposta por Ludwig Von Bertalanfly, define o sistema como um complexo de elementos que se relacionam e, quando ocorrem mudanças nessa relação, pode modificar o comportamento do todo (MATOS; PIRES, 2006).

Chiavenato (2014) afirma que a TGS oferece uma possibilidade de se estudar os sistemas de forma global, estando a interdependência das partes envolvidas, por se tratar de um conjunto de partes que formam um todo unitário e cuja configuração e identidade total permitem que se tenha uma visão compreensiva, abrangente, holística e gestáltica.

O mesmo autor reforça que uma das características marcantes nesse conceito é que o sistema só existe se for no todo, pois se as partes estiverem isoladas não têm a mesma característica. Além disso, tanto as partes como a relação entre elas definem um arranjo que visa alcançar um objetivo, e a ação produzida em qualquer parte do sistema afetará todas as outras unidades, sendo considerado, assim, como natureza orgânica, pois o sistema sempre reagirá globalmente e o ajustamento é sistemático e contínuo.

Nesse contexto, incluem-se as mudanças que vêm ocorrendo nas diretrizes políticas no âmbito do SUS, que é um macrossistema, e que acabam afetando diretamente os sistemas estaduais, municipais bem como os subsistemas de cada serviço de saúde, em que há uma necessidade de utilizar mecanismos para avaliação dos serviços de saúde dentro do sistema.

Dessa forma, para avaliação que o sistema de saúde faz dos serviços de saúde da APS, a ideia é a utilização de um modelo criado por Avedis Donabedian, na década de 1960, que foi alicerçado na TGS e cuja proposta, de uma forma mais simples e reduzida, contemplou as principais dimensões de qualidade da saúde, que baseou a medição da qualidade em três componentes: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1988).

Este autor afirma que os componentes de avaliação são a Estrutura, que está relacionada aos recursos materiais, humanos e organizacionais; o Processo, que envolve a relação profissional-usuário com o que intercede; e o Resultado, que tem duas vertentes, uma

referente ao produto das ações e a outra às mudanças ocorridas no estado de saúde do indivíduo e da comunidade.

Na verdade, esse modelo tem sido utilizado mundialmente como uma referência primordial na avaliação da qualidade dos serviços de saúde, e considera o conceito de qualidade como a adequação ou excelência alcançada na execução das ações e serviços e que deve ser medido através da comparação com parâmetros apropriados, sendo um desafio a definição dos parâmetros que expresse qualidade e forma de medir adequadamente (PEREIRA, 2012).

Na literatura especializada, há uma diversidade de abordagens para a avaliação, no entanto, cada uma é considerada de forma particular, pois a escolha da abordagem, dimensões e atributos está relacionada diretamente com a posição que cada autor ocupa no espaço social, sendo influenciado pela sua formação intelectual e trajetória social, exigido que o pesquisador use a criatividade na definição do foco a avaliação (VIEIRA DA SILVA, 2010).

No entanto, um conceito que resume os elementos consensuais sobre a avaliação foi proposto por Champagne et al. (2011, p. 44):

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

O processo de avaliação precisa contemplar as dimensões técnicas e políticas com envolvimento de conhecimentos de diversas áreas profissionais que estão incluídos no processo de trabalho, além de envolver a comunidade no intuito de ter um processo de tomada de decisão democrático e participativo (NICOLI et al., 2016).

Essa perspectiva de envolvimento da comunidade no processo de avaliação é uma característica da quarta geração, que vem ganhando espaço desde a década de 1990, pois considera a avaliação, além de uma atividade técnica, uma prática emancipatória, em que a produção da avaliação, bem como a proposta das abordagens metodológicas a serem utilizadas, são construídas com o envolvimento de diferentes olhares, como os especialistas, os cidadãos, os decisores e os grupos marginalizados (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Segundo Araújo et al. (2015), no Brasil vem ocorrendo um movimento, tanto no âmbito da academia quanto dos serviços, da inclusão da avaliação dos serviços de saúde como

uma atividade que ocorra desde o planejamento até a implementação de programas e ações de saúde. Nesse contexto, tem sido recorrente a realização de pesquisas com o intuito de avaliar a efetividade da atenção primária a partir da verificação da extensão dos atributos essenciais e derivados.

Os atributos da atenção primária em saúde foram propostos por Barbara Starfield (2002) e adotados pelo MS (MENDES, 2010). O atributo inicial da APS é o acesso primeiro contato, o qual está relacionado com a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio de um problema, para os quais se procura o cuidado, exceto para urgência médicas.

Para tanto, a acessibilidade envolve a oferta de serviços que devem estar disponíveis de forma fácil e conveniente para atender a determinada população em momento que julgar necessário (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O segundo atributo é chamado de longitudinalidade e está relacionado com a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, em um ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, usuário e família, ou seja, a existência de uma fonte regular de cuidados e seu uso ao longo do tempo, associada a uma relação de confiança entre profissional e usuário (MENDES, 2010)..

Na verdade, a longitudinalidade é uma característica central da APS que tem como ponto forte a relação de confiança fortalecida a partir do vínculo estabelecido entre duas partes, profissionais e usuários, e assim será possível que o usuário tenha o serviço como referência para suas demandas (VAZ et al., 2015).

“A presença do atributo de longitudinalidade tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, que reduzem os encaminhamentos desnecessários para especialistas e a realização de procedimentos de maior complexidade.” (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 160).

O terceiro atributo é a integralidade que está relacionada diretamente à prestação de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita pela equipe de saúde, além disso, assume a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças, ou seja, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas pela APS, pode-se incluir os encaminhamentos às especialidades médicas e hospitais (MENDES, 2010).

Para Diniz et al. (2016), a integralidade é um atributo definidor da APS e tem uma multiplicidade de significados que precisam ser compreendidos, considerando alguns

aspectos, sendo o primeiro referente à maneira como o profissional se relaciona com o paciente e como atende às suas necessidades de forma singular, utilizando saberes distintos dos disciplinares.

Os mesmo autores ressaltam que o outro aspecto relaciona-se à superação da fragmentação do cuidado nas unidades de saúde com inclusão de práticas preventivas e assistenciais, de forma horizontal e com articulação a outros níveis de atenção. O último aspecto está voltado à ampliação de políticas de saúde que possibilitem superar os problemas enfrentados por grupos específicos.

Assim, o exercício da integralidade está relacionado a uma reorientação da práticas dos profissionais no atendimento das necessidades singulares dos usuários e com valorização da subjetividade (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O último atributo essencial é a coordenação da atenção, que está relacionada com a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante, bem como os dados que estão nos prontuários (MENDES, 2010).

Oliveira e Pereira (2013) apontam que esse atributo tem uma importância relativa, pois é a coordenação do cuidado que garante a APS esse papel de intercomunicar com os outros pontos da rede de atenção, de modo que os usuários possam ter suas necessidades menos frequentes e mais complexas respondidas nos diferentes pontos.

Além dos atributos essenciais, existem três atributos conhecidos por derivados, que são os que qualificam a APS, sendo a atenção centrada na família (orientação familiar), a orientação comunitária e a competência cultural (STARFIELD, 2002).

O atributo da orientação familiar considera o indivíduo dentro de seu ambiente e a família como sujeito da atenção, ademais, considera o potencial de cuidado que a família tem para dar suporte ao indivíduo também em exposição a ameaça à saúde (STARFIELD, 2002).

O atributo orientação comunitária caracteriza-se pelo reconhecimento que o serviço de saúde tem das necessidades da população definida, considerando o contexto que as pessoas vivem, contemplando os aspectos físico, econômico, social e cultural, e que a partir dos dados epidemiológicos e clínicos podem construir o planejamento das ações, bem como fazer avaliação dos serviços ofertados (STARFIELD, 2002).

O atributo da competência cultural envolve o reconhecimento que os profissionais de saúde precisam ter sobre os antecedentes culturais da população definida, como forma de melhorar a relação e comunicação entre ambos (STARFIELD, 2002).

Assim, no intuito de medir a extensão e a qualidade dos serviços de APS por meio da

verificação de seus atributos essenciais e derivados, foi criado pela *Johns Hopkins Primary Care Policy Center*, nos Estados Unidos da América, um instrumento conhecido como *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), que tem utilidade e capacidade de alcançar os objetivos de avaliação na APS (CARNEIRO et al., 2014).

Em 2002, foi realizada a validação da versão infantil do instrumento PCATool-Brasil no Município de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, com o processo que seguiu as etapas de: tradução e tradução reversa, adaptação, pré-teste, validade de construto, consistência interna e análise de confiabilidade. Ao final do estudo, foi possível perceber que o instrumento é importante para estratégia de avaliação e permite realizar investigação dos serviços brasileiros, podendo servir como indicadores da qualidade da atenção (HARZHEIM et al., 2006). Posteriormente, foi realizada a tradução e adaptação da versão usuários adultos para realidade brasileira (HARZHEIM et al., 2013).

Além da língua portuguesa, o instrumento foi traduzido para o catalão, francês, coreano, chinês, tibetano e japonês (AOKI; INOVE; NAKAYAMA, 2016) e, também, para IsiXhosa e AfriKaans, que são línguas faladas na África do Sul (BRESICK et al., 2016).

Assim, a sugestão é que gestores e pesquisadores, quando decidirem realizar uma avaliação da qualidade da APS, escolham por ferramenta o PCATool, esta baseada na combinação de elementos de estrutura e de processo para cada atributo, além disso, é necessário considerar que, com esse instrumento, é possível estabelecer metas a serem alcançadas, bem como é possível gerar escores e estabelecer o grau de orientação da APS (STEIN, 2013).

O PCATool é um instrumento vantajoso na utilização em pesquisas, pois é possível fazer comparativos com estudos internacionais e nacionais, e, mesmo sendo feitas adaptações e validações em regiões diferentes, sempre atinge propriedades psicométricas aceitáveis, sendo, portanto um instrumento simples de ser coletado e que serve como uma ferramenta útil e adequada para gestão local (D'AVILA et al., 2017).

Nesse sentido, Mendes (2012) recomenda a utilização do PCATool, pois o instrumento contribui com a certificação de que os atributos da APS estão articulados com as Redes de Atenção em Saúde e os serviços são eficientes, efetivos e de qualidade.

Destaca-se que o PCATool tem sido bastante utilizado em todo o mundo, sendo o Brasil o país com maior número de publicações. D'Avila et al. (2017), em estudo de revisão integrativa, identificaram que, no período de janeiro de 2000 a junho 2016, foram realizados 17 estudos contemplando municípios brasileiros de alguns estados como: Rio de Janeiro, Mato Grosso do Sul, Goiás, São Paulo, Minas Gerais, Bahia, Paraná e Rio Grande do Sul, e

internacionalmente foram identificados 24 estudos em diversos países, como EUA, Argentina, Paraguai, Uruguai, Colômbia, Coreia do Sul, China, Canadá, Espanha, Japão e África do Sul. A partir dessa revisão, os autores sinalizam a necessidade de que o PCATool passe por um processo de atualização dos itens de cada atributo.

Em outro estudo de revisão sistemática realizado por Prates et al. (2017), baseado em artigos nacionais e internacionais de avaliação na perspectiva dos usuários, foram identificados 22 artigos publicados, entre 2007 e 2015, que apontam o desempenho dos serviços de saúde de APS, principalmente no Brasil, com resultados positivos para os atributos da competência cultural, com utilização dos serviços e longitudinalidade. Os autores também identificaram que os atributos que tiveram uma avaliação negativa foram acesso de primeiro contato (acessibilidade), integralidade, orientação familiar e comunitária, além disso, reforçam que, a partir da análise dos estudos, se verifica que para uma melhora do desempenho da APS é necessário fortalecer os componentes processo e estrutura.

CAPÍTULO 3 - MATERIAL E MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo transversal descritivo que, segundo Pereira (2012, p. 275), “nesta modalidade de investigação, ‘causa e efeito’ são detectados simultaneamente. Somente análise dos dados permite identificar os grupos de interesse, ‘os expostos’ e os ‘não expostos’, os ‘doentes’ e os ‘sadios’, de modo a investigar a associação entre exposição e doença”.

O estudo tem uma abordagem quantitativa que, conforme Creswell (2010), é uma maneira de realizar a testagem de teorias objetivas, na qual deve ser observada a relação entre variáveis e devem ser utilizados instrumentos para mensuração, pois os resultados numéricos precisam ser analisados por procedimentos estatísticos.

O estudo quantitativo tem o propósito de gerar o conhecimento a partir da generalização dos resultados em uma amostra e, assim, fornecer explicação e previsão dos fenômenos pesquisados, além de identificar regularidades e relações causais entre os elementos, em que é preciso seguir um padrão previsível e estruturado, utilizando uma lógica ou raciocínio dedutivo e com possibilidade de ser replicado, e sem interferência do pesquisador, pois é necessário ter uma explicação de como a realidade é entendida (SAMPIERI; CALLADO; LUCIO, 2013).

3.2 CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

As Regiões Administrativas (RA) do Distrito Federal estão organizadas em 7 Regiões de Saúde conforme aprovação do Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS, Decreto 37.515, de 26 de julho de 2016 (DISTRITO FEDERAL, 2016b), sendo distribuídas em Região Norte, Região Leste, Região Centro-Norte, Região Centro-Sul, Região Oeste, Região Sul e Região Sudoeste (Figura 1).

Figura 1 - Mapa das Regiões de Saúde do DF.



Fonte: GEPLAN; GEMOAS – DIPLAN/SUPLAN/SES.

De acordo com o Plano Distrital de Saúde (2016-2019), as RA do DF estão distribuídas nas regiões de saúde da seguinte maneira (Quadro 1):

Quadro 1 - Distribuição das Regiões Administrativas do DF.

| Região de Saúde | Regiões Administrativas do DF |
|------------------------|--|
| Região Norte | Sobradinho I / Sobradinho II / Fercal / Planaltina |
| Região Leste | Paranoá / Jardim Botânico / Itapoã / São Sebastião |
| Região Centro Norte | Brasília (Asa Norte) / Lago Norte / Cruzeiro / Varjão / Sudoeste/Octogonal |
| Região Centro Sul | Brasília (Asa Sul) / Lago Sul / Nucleo Bandeirante / Riacho Fundo I / Riacho Fundo II / Park Way / Candangolândia / SIA/ SCIA (Estrutural) / Guará |
| Região Oeste | Ceilândia / Brazlândia |
| Região Sul | Gama / Santa Maria |
| Região Sudoeste | Taguatinga / Águas Claras / Vicente Pires / Samambaia Recanto das Emas |

Fonte: Plano Distrital de Saúde (2016-2019).

No Plano de Saúde do DF (2016-2019), está descrito que a rede pública está configurada da seguinte forma: 172 unidades básicas de saúde, sendo 59 centros de saúde, 7 Centro de Saúde de Clínica da Família, 9 Clínicas da Família, 38 postos de saúde urbanos e rurais e 59 unidades alugadas/comodato/cedida. Sobre os Centros de Atenção Psicossocial,

são 17 no total, sendo do tipo Transtorno mental, infantil e álcool e outras drogas, envolvendo as três modalidades I, II e III (DISTRITO FEDERAL, 2016a).

As unidades hospitalares são, no conjunto, 12 hospitais regionais, sendo Hospital Materno-Infantil de Brasília (HMIB), Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), Hospital Regional do Guará (HRGu), Hospital Regional de Taguatinga (HRT), Hospital Regional de Ceilândia (HRC), Hospital Regional de Brazlândia (HRBz), Hospital Regional de Samambaia (HRSam), Hospital Regional de Sobradinho (HRS), Hospital Regional de Planaltina (HRPI), Hospital Regional do Paranoá (HRPa), Hospital Regional do Gama (HRG) e Hospital Regional de Santa Maria (HRSM); 3 Unidades de Referência Distrital (URD), que são o hospital terciário, o Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), o Hospital São Vicente de Paula (HSVP) e o Hospital de Apoio de Brasília (HAB). Além disso, as unidades de Pronto Atendimento (UPA), no total de 6. As unidades de apoio: 1 central de radiologia; 2 laboratórios regionais; 1 Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica (COMPP); 1 Fundação Hemocentro de Brasília (FHB); 1 Laboratório Central (LACEN); 22 núcleos de inspeção de saúde; 1 Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), mantenedora de 3 escolas (ESCS, ETESB e EAPSUS), 1 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), 1 Diretoria de Saúde Ocupacional (DSOC) e 1 Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) (DISTRITO FEDERAL, 2016a).

De acordo com os dados do Sistema de Cadastrado de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), base fevereiro de 2015, foi constatado que estavam cadastradas 207 equipes da ESF no DF.

3.3 DESCRIÇÃO DAS ÁREAS DE ESTUDO

O estudo foi realizado em duas RA, Samambaia e Recanto das Emas, que fazem parte da Região Sudoeste do SUS-DF. A Região Sudoeste tem uma população de 779.443 habitantes, o que corresponde a 26,75% da população total do DF, e compreende cinco regiões administrativas: Taguatinga (233.005), Águas Claras (115.688), Vicente Pires (66.736), Samambaia (224.021) e Recanto da Emas (139.983) (Figura 2).

Figura 2 - Mapa da Região Sudoeste de Saúde.



Fonte: Plano de Saúde do DF 2016-2019.

A RA de Samambaia possui uma população de 224.021 habitantes e como rede de serviços o Centro de Saúde nº 1 (10 equipes da ESF), nº 2 (8 equipes da ESF), nº 3 (8 equipes da ESF), nº 4 (4 equipes da ESF), Posto de Saúde Urbano nº 01 (2 equipes da ESF), Posto de Saúde Urbano nº 02 (1 equipe da ESF), Clínica de Família nº 1 (3 equipes da ESF), nº 2 (3 equipes da ESF), nº 3 (3 equipes da ESF), nº 4 (5 equipes da ESF), CAPS III, CAPS ad III, Núcleo de Inspeção da Samambaia, 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e 1 Hospital Regional de Samambaia (IBGE, 2010).

Na RA do Recanto das Emas, a população é de 139.983 e possui como rede de serviços o Centro de Saúde nº 01 e nº 02, Clínica de Família nº 1 (7 equipes da ESF) e nº 2 (6 equipes da ESF), Posto de Saúde Urbano nº 1 (2 equipes da ESF), Posto de Saúde Rural nº 1 (1 equipe da ESF), Posto de Saúde Rural nº 2 (2 equipes da ESF), 8 equipes de ESF em unidades de saúde, Núcleo de Inspeção do Recanto das Emas e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (IBGE, 2010).

A escolha dessas duas regiões administrativas se deu pelo fato da boa cobertura de atenção primária, segundo dados da Gerência de Monitoramento e Avaliação (GEMA/DIGAPS/SAPS/SES), base SCNES definitiva setembro/2015, sendo a cobertura de ESF na Samambaia de 50,89% e a cobertura da ESF no Recanto das Emas de 45,01%, além das características socioeconômicas da população das duas regiões serem semelhantes.

3.4 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

Após concordância dos gestores da Superintendência da Região Sudoeste e do Subsecretário de Atenção Primária da SES-DF, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética

em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) e, após aprovação, os pesquisadores reuniram-se com gestores das unidades de saúde visando iniciar a coleta dos dados.

Além disso, os pesquisadores apresentaram aos profissionais participantes os objetivos da pesquisa e definiram conjuntamente estratégias da coleta dos dados com definição do dia e horário mais adequado para entrevista.

Para localizar os adultos portadores de HAS e DM, foram realizados, após o levantamento da agenda de atendimentos individuais e de reuniões de grupo do Hiperdia, três encontros em cada unidade. Assim, as entrevistas ocorreram durante as visitas às unidades de saúde, na sala de espera de consultas ou dos grupos, oportunidade em que foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e solicitada autorização para entrevista. Em algumas unidades, como não existia agenda específica, foi necessário aguardar na sala de espera, em busca de identificação de pessoas que esperavam atendimento ou retirada de medicação na farmácia.

3.5 POPULAÇÃO

A população do estudo foi composta por dois grupos de participantes: profissionais da saúde, enfermeiros e médicos que atuam em equipes da ESF, Equipes de Atenção Básica e Centro de Saúde tradicional em sala do adulto, e pessoas com diagnóstico de HAS e/ou DM cadastradas nas unidades.

3.6 AMOSTRA

A amostra do estudo foi do tipo conveniência, que tem como proposta o envolvimento de pessoas que estejam disponíveis e que sejam convenientes para participar do estudo (POLIT; BERCK, 2011). Segundo Pereira (2012), esse tipo de amostra também é conhecida pelos especialistas como amostras selecionadas, em que os participantes não foram escolhidos por aleatoriedade estatística, mas por serem julgadas pelo valor e que estejam mais acessíveis.

3.6.1 Profissionais

Em levantamento preliminar nas duas RA, verificou-se, no Recanto das Emas, a existência de 54 profissionais, incluindo médicos e enfermeiros, enquanto que em Samambaia constatou-se a existência de 110 profissionais, totalizando 164. Dessa forma, decidiu-se

entrevistar todos que estivessem disponíveis a participar do estudo, sendo assim a amostra foi composta por 130 profissionais.

Como critérios de inclusão para os profissionais da saúde, enfermeiros e médicos, optou-se pelos que estivessem atuando na equipe ESF ou EAB ou CS Tradicional na sala do adulto há pelo menos 6 meses e que aceitassem participar do estudo. Tomou-se o cuidado de preservar a identidade do profissional, bem como a unidade de atuação. Houve algumas perdas de profissionais, tanto por recusa, afastamento por motivo de saúde, impossibilidade no agendamento da entrevista (disponibilidade) ou por gozo de férias.

3.6.2 Usuários

Os critérios de inclusão para os adultos foram pessoas com diagnóstico de HAS e/ou DM há mais de um ano, maiores de 18 anos, residentes na área de abrangência das unidades e que utilizassem o mesmo serviço há pelo menos 1 ano. Para definição da amostra foi utilizada a fórmula abaixo:

Equação para o cálculo amostral (SINGER, 2001),

$$n = \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2},$$

onde μ_1 e μ_2 são as médias do escore de cada questionário, e σ é o desvio padrão pooled, obtido a partir da amostra.

Calcularam-se os tamanhos amostrais baseados numa análise de variância (ANOVA). Todos os tamanhos amostrais aqui apresentados foram calculados considerando-se um teste de hipóteses bilateral, com nível de significância de 5% e com variações no poder do teste de 70 a 90%. Todos os tamanhos amostrais foram calculados através do software SAS 9.2, pela PROC POWER.

O total de usuários entrevistados nas duas regiões administrativas foi de 262 pessoas.

3.7 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2015 a agosto de 2016. Antes do início da coleta, o pesquisador principal realizou a seleção de estudantes do último ano do curso de enfermagem de duas instituições de ensino superior, uma pública e outra

privada, que estivessem interessados em desenvolver trabalho de conclusão de curso ou de iniciação científica.

Os estudantes participaram de um treinamento conduzido pelo pesquisador principal baseado no Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde, publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), bem como tomaram conhecimento sobre aspectos do objeto de estudo e a utilização do instrumento e orientações para realização das entrevistas.

O treinamento foi realizado em dezembro de 2015, porém, foi necessária a leitura prévia dos materiais sobre a temática pelos participantes, em seguida, foi realizada discussão sobre o tema, orientações sobre os critérios de inclusão, sobre a importância da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e apresentação dos instrumentos de coleta de dados, com realização de exercícios entre os participantes para sanar as dúvidas sobre cada questão.

3.7.1 Profissionais da saúde

Os dados relacionados aos profissionais da saúde foram coletados nas unidades de saúde antes de início do atendimento ou no final do turno no consultório, conforme pactuação prévia. Os profissionais foram orientados quanto aos objetivos da pesquisa e convidados a participar. Para coleta, foram utilizados dois instrumentos, sendo um sobre o perfil socioeconômico dos profissionais (Apêndice B) e o outro um instrumento já validado no Brasil e Estados Unidos, conhecido por Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - PCATool Brasil (*Primary Care Assessment Tool*), versão Profissional (Anexo B). O instrumento é composto por 77 questões, divididos em relação à APS, e subdividido em 8 componentes: Acesso de Primeiro Contato (Acessibilidade), Longitudinalidade, Coordenação (Integração de Cuidados/Sistema de Informações), Integralidade (Serviços Disponíveis/Serviços Prestados), Orientação Familiar e Orientação Comunitária (BRASIL, 2010).

3.7.2 Usuários

Os dados relacionados aos usuários foram coletados com a utilização de dois instrumentos, sendo um sobre o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos usuários (Apêndice A) e o outro um instrumento já validado no Brasil e Estados Unidos, conhecido por

Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - PCATool Brasil (*Primary Care Assessment Tool*), versão adulto (Anexo A). Este instrumento é composto por 87 questões, divididas em relação à APS, e subdividido em 10 componentes: Grau de Afiliação com Serviço de Saúde, Acesso de Primeiro Contato (Utilização/Acessibilidade), Longitudinalidade, Coordenação (Integração de Cuidados e Sistema de Informações), Integralidade (Serviços Disponíveis e Serviços Prestados), Orientação Familiar e Orientação Comunitária (BRASIL, 2010).

Os usuários dos serviços de saúde da APS foram localizados nas unidades de saúde durante as visitas pelos entrevistadores nas regiões de saúde. Inicialmente se apresentavam aos responsáveis pela unidade e aguardavam os participantes da pesquisa na sala de espera ou próximo a farmácia das unidades. O tempo de aplicação de cada entrevista demorava em torno de 40 a 60 minutos.

3.7.3 Instrumento

Os instrumentos de coleta PCATool, versão dos profissionais e versão adulto, possuíam respostas do tipo Likert, em que 1 = com certeza não, 2 = provavelmente não, 3 = provavelmente sim, 4 = com certeza sim, 9 = não sei/não lembro.

A geração dos escores foi feita a partir da média obtida de cada atributo, sendo realizado o somatório dos valores das respostas com divisão pelo número de questões. Além do cálculo de cada atributo em separado, foi possível fazer o cálculo do escore essencial e escore geral, sendo que a média dos atributos essenciais compreende o Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Coordenação e Integralidade e o escore geral tem o acréscimo do atributos derivados (Orientação Familiar e Orientação Comunitária).

Após essa etapa, realizou-se a transformação dos escores em uma escala de 0 a 10, utilizando a seguinte fórmula:

$$\frac{[\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo})] \times 10}{4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo})}$$

Na pesquisa, foram utilizadas variáveis independentes e dependentes tanto na coleta de dados dos profissionais quanto dos adultos. No Quadro 2, foram descritos os dois grupos de variáveis utilizadas no estudo para os dois grupo de participantes.

Quadro 2 - Variáveis independentes e dependentes do estudo.

| | Profissionais | Adultos |
|----------------------|---|--|
| Independentes | Idade, sexo, formação, pós graduação e território; | Idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar, diagnóstico e território; |
| Dependentes | Acesso de primeiro contato – acessibilidade; Longitudinalidade Coordenação – Integração de Cuidados e Sistema de Informações; Integralidade – Serviços disponíveis e serviços prestados; Orientação Familiar; Orientação Comunitária; Escore essencial; Escore Geral | Acesso de primeiro contato – utilização e acessibilidade; Longitudinalidade; Coordenação – Integração de Cuidados e Sistema de Informações; Integralidade – Serviços disponíveis e serviços prestados; Orientação Familiar; Orientação Comunitária; Escore essencial; Escore Geral |

As variáveis dependentes estavam relacionadas aos atributos a que cada um se refere aos componentes de avaliação de estrutura ou processo. No Quadro 3, foram descritos as variáveis de acordo com a classificação proposta no modelo de Donabedian.

Quadro 3 – Classificação das variáveis dependentes

| | Componente de avaliação | Profissional | Adulto |
|---|--------------------------------|---|---|
| Atributo | | | Itens |
| Grau de afiliação | Estrutura | - | A1, A2 e A3. |
| Acesso de primeiro contato –utilização; | Processo | - | B1, B2 e B3. |
| Acesso de primeiro contato –acessibilidade; | Estrutura | A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8 e A9. | C1,C2,C3,C4,C5,C6,C7,C8,C9 ,C10,C11e C12. |
| Longitudinalidade | Processo | B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, B9, B10, B11, B12 e B13. | D1,D2,D3,D4,D5,D6,D7,D8,D9,D10,D11,D12,D13 e D14. |
| Coordenação – Integração de Cuidados ; | Estrutura | C1, C2, C3, C4, C5 e C6. | E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E9. |
| Coordenação Sistema de Informações; | Processo | D1, D2 e D3 | F1,F2 e F3 |
| Integralidade – serviços disponíveis | Estrutura | E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21 e E22. | G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13, G14, G15, G16, G17, G18, G19, G20, G21 e G22. |
| Integralidade – serviços prestados; | Processo | F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, F11, F12 e F13. | H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12 e H13. |
| Orientação Familiar; | Processo | G1,G2 e G3. | I1,I2 e I3. |
| Orientação Comunitária; | Processo | H1,H2 e H3. | J1, J2, J3, J4, J5 e J6 |

3.8 ANÁLISE DOS DADOS

Após coleta dos dados, estes foram digitados no programa *Microsoft Excel* e submetidos à dupla digitação por pessoas diferentes. A análise dos dados foi realizada utilizando-se o *software Statistical Package for the Social Science – SPSS*, versão 21.0. Já diante de uma distribuição que não respeita a normalidade, as correlações foram feitas por meio do teste de correlação de Spearman e as comparações de média por meio do teste de Mann-Whitney. Em todos os testes foi considerado estatisticamente significativo $p < 0,05$, para rejeição da hipótese de nulidade.

Os resultados encontrados foram comparados com escores de atributos da APS adotados internacionalmente e também comparados a outros estudos com o intuito de verificar a relação com a literatura científica.

Assim, os escores geral, essencial e derivado foram dicotomizados em duas categorias, sendo representado da seguinte forma: Baixo Escore $< 6,6$ e Alto Escore $\geq 6,6$ (CHOMATAS, 2008). Outros termos também foram utilizados como sinônimo para definir o resultados, como baixa ou fraca orientação ou alta ou forte orientação (FERRER, 2013).

3.9 ASPECTOS ÉTICOS

Quanto aos aspectos éticos, foram respeitados os preceitos da Resolução nº 466/2012 do CNS, que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b).

Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e convidados a participar. Para àqueles que concordassem em participar, foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura, o qual contém informações pertinentes à pesquisa, assinado em duas vias, sendo uma do participante e outra do pesquisador, para compor o conjunto de documentos da pesquisa, que será guardado por um período de cinco anos.

O projeto foi submetido na Plataforma Brasil e foi aprovado em 3 de agosto de 2015 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS/SES- DF com número do parecer 1.167.857 e CAAE. 46959015.6.0000.5553 (Anexo C).

Os resultados da pesquisa serão apresentados para equipe gestora da SES, para profissionais de saúde da APS e usuários em reuniões locais ou do conselho de saúde.

CAPÍTULO 4 - RESULTADOS

Neste capítulo, a proposta é apresentar os resultados buscando responder os objetivos propostos para o estudo. Na primeira parte, será apresentada a Avaliação da APS na perspectiva dos enfermeiros e médicos; na segunda parte, a Avaliação da APS na perspectiva dos adultos portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus; e na terceira parte, a Comparação da avaliação da APS entre os dois grupos estudados. Ressalta-se que nas duas primeiras partes foi realizada uma subdivisão para melhor apresentação dos dados, com caracterização da amostra do estudo, em seguida, uma descrição dos escores obtidos dos atributos e do escore geral, por último, um detalhamento de cada componente.

4.1 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS

4.1.1 Caracterização da amostra dos enfermeiros e médicos

Participaram do estudo 130 profissionais da Atenção Primária, sendo que 66,92% (n=87) atuam na RA Samambaia e 33,8% (n=43) atuam na RA Recanto das Emas. Os dados sobre o perfil profissional foram descritos na Tabela 1, na qual se mostrou que a formação dos participantes de maior expressão foi de enfermeiros, 52,31% (n=68), e do sexo feminino, 66,92% (n=87).

A faixa etária de maior percentual foi entre 30 e 39 anos, com 56,92% (n=74) dos participantes, e quanto à cor dos profissionais, o que teve maior expressão foram os brancos, com 54,62% (n=71).

Sobre o tempo de conclusão do curso de graduação dos profissionais, pode-se observar que a maioria, 42,31% (n=55), concluiu entre 6 a 10 anos; quanto ao tipo de equipe, 90,77% (n=118) atuam na ESF.

Tabela 1- Perfil dos profissionais de saúde da atenção primária em saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016.

| | Medicina | % | Enfermagem | % | Total | % |
|------------------------------|-----------|--------------|------------|--------------|-----------|--------------|
| Idade | | | | | | |
| 20-29 | 5 | 3.85 | 7 | 5.38 | 12 | 9.23 |
| 30-39 | 39 | 30 | 35 | 26.92 | 74 | 56.92 |
| 40-49 | 11 | 8.46 | 17 | 13.08 | 28 | 21.54 |
| 50-59 | 5 | 3.85 | 7 | 5.38 | 12 | 9.23 |
| >60 | 2 | 1.54 | 2 | 1.54 | 4 | 3.08 |
| Total | 62 | 47.69 | 68 | 52.31 | 130 | 100 |
| Sexo | | | | | | |
| Masculino | 28 | 21.54 | 15 | 11.54 | 43 | 33.08 |
| Feminino | 34 | 26.15 | 53 | 40.77 | 87 | 66.92 |
| Total | 62 | 47.69 | 68 | 52.31 | 130 | 100 |
| Cor | | | | | | |
| Preta | 5 | 3.85 | 4 | 3.08 | 9 | 6.92 |
| Branca | 42 | 32.31 | 29 | 22.31 | 71 | 54.62 |
| Amarela | 1 | 0.77 | 3 | 2.31 | 4 | 3.08 |
| Parda | 14 | 10.77 | 32 | 24.62 | 46 | 35.38 |
| Total | 62 | 47.69 | 68 | 52.31 | 130 | 100 |
| Região Administrativa | | | | | | |
| Samambaia | 41 | 31.54 | 46 | 35.38 | 87 | 66.92 |
| Recanto das Emas | 21 | 16.15 | 22 | 16.92 | 43 | 33.08 |
| Total | 62 | 47.69 | 68 | 52.31 | 130 | 100 |
| Tipo de Equipe | | | | | | |
| ESF | 55 | 42.31 | 63 | 48.46 | 118 | 90.77 |
| EAB | 3 | 2.31 | 4 | 3.08 | 7 | 5.38 |
| CS | 4 | 3.08 | 1 | 0.77 | 5 | 3.85 |
| Total | 62 | 47.69 | 68 | 52.31 | 130 | 100 |
| Tempo Conclusão | | | | | | |
| 1-5 anos | 19 | 14.62 | 5 | 3.85 | 24 | 18.46 |
| 6-10 anos | 20 | 15.38 | 35 | 26.92 | 55 | 42.31 |
| 11-15 anos | 12 | 9.23 | 15 | 11.54 | 27 | 20.77 |
| 16-20 anos | 3 | 2.31 | 6 | 4.62 | 9 | 6.92 |
| > 20 anos | 8 | 6.15 | 7 | 5.38 | 15 | 11.54 |
| Total | 62 | 47.69 | 68 | 52.31 | 130 | 100 |

Fonte: Dados de pesquisa.

Na Tabela 2, foram organizados os dados em relação à formação de pós-graduação dos profissionais, sendo que 77,69% (n=101) realizaram curso de pós-graduação *latu sensu*; destes, 51,46% (n=53) realizaram cursos na área da APS, incluindo Saúde da Família, Saúde Pública e Saúde Coletiva. Dentro da área da APS, o maior percentual de curso foi em Saúde da Família, com 39,81% (n=41), e o maior número dos profissionais que concluiu o curso foi em uma Instituição de Ensino Superior da rede privada 45,63% (n=47).

Tabela 2 -Formação dos profissionais de saúde da atenção primária em saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016.

| | Medicina | % | Enfermagem | % | Total | % |
|--------------------------------|-----------------|--------------|-------------------|--------------|--------------|--------------|
| Realizou Especialização | | | | | | |
| Sim | 49 | 37.69 | 52 | 40.00 | 101 | 77.69 |
| Não | 13 | 10.00 | 16 | 12.31 | 29 | 22.31 |
| Total | 62 | 47.69 | 68 | 52.31 | 130 | 100.00 |
| Inst. Promotora | | | | | | |
| Ministério Saúde | 4 | 3.88 | 3 | 2.91 | 7 | 6.8 |
| IES Federal | 4 | 3.88 | 14 | 13.59 | 18 | 17.48 |
| IES Estadual | 5 | 4.85 | 4 | 3.88 | 9 | 8.74 |
| IES Privada | 16 | 15.53 | 31 | 30.1 | 47 | 45.63 |
| IES do Exterior | 8 | 7.77 | 0 | 0 | 8 | 7.77 |
| Agentes de Educação diversos | 4 | 3,88 | 2 | 1,94 | 6 | 5,82 |
| SES | 8 | 7.77 | 0 | 0 | 8 | 7.77 |
| Total | 49 | 47.57 | 54 | 52.43 | 103 | 100 |
| Tipo de Especialização | | | | | | |
| Saúde da Família | 25 | 24.27 | 16 | 15.53 | 41 | 39.81 |
| Saúde Pública | 1 | 0.97 | 8 | 7.77 | 9 | 8.74 |
| Saúde Coletiva | 1 | 0.97 | 2 | 1.94 | 3 | 2.91 |
| Residência | 4 | 3.88 | 0 | 0 | 4 | 3.88 |
| Outra | 18 | 17.48 | 28 | 27.18 | 46 | 44.66 |
| Total | 49 | 47.57 | 54 | 52.43 | 103 | 100 |

Fonte: Dados de pesquisa.

No que se refere à qualificação realizada em serviço para os profissionais na preparação para atuar na ESF, 55% (n=71) relatam ter participado do curso introdutório, e quanto a outras atividades de Educação Permanente em Saúde, 86,15% (n=112) relatam ter participado no último ano (Tabela 3).

Dentre as temáticas das atividades que os profissionais participaram, incluem-se: ESF, regulação em saúde, acolhimento, sistema de informação, hiperdia, rede cegonha, pré-natal, CD, atenção integral a doenças prevalentes na infância (AIDPI), teste do olhinho; planejamento familiar, saúde do idoso, atenção domiciliar, saúde mental (prevenção de suicídio), acidente de trabalho, LGBTT, redução de danos, dengue/zika, hanseníase, tuberculose, HIV (teste), infecção urinária, leishimaniose, microcefalia, saúde bucal e Suporte Básico de Vida (SBV).

Tabela 3 - Qualificação em serviço dos profissionais da atenção primária em saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016.

| | Medicina | % | Enfermagem | % | Total | % |
|-------------------------------------|----------|-------|------------|-------|-------|--------|
| Curso Introdutório | | | | | | |
| Sim | 36 | 51,00 | 35 | 49,00 | 71 | 55,00 |
| Não | 26 | 44,00 | 33 | 56,00 | 59 | 45,00 |
| Total | 62 | 48,00 | 68 | 52,00 | 130 | 100,00 |
| Educação Permanente em Saúde | | | | | | |
| Sim | 49 | 43,75 | 63 | 56,25 | 112 | 86,15 |
| Não | 13 | 72,22 | 5 | 27,78 | 18 | 13,85 |
| Total | 62 | 48,00 | 68 | 52,00 | 130 | 100,00 |

Fonte: Dados de pesquisa.

4.1.2 Avaliação da APS sob a perspectiva dos enfermeiros e médicos

Nas regiões administrativas estudadas, os profissionais de saúde avaliaram que os atributos da APS têm uma forte orientação para Atenção Primária, pois o escore geral alcançado foi de 6,66. No entanto, na avaliação por grupo de profissionais, os médicos obtiveram um escore de 6,57, sendo considerado baixa orientação, porém, na avaliação dos enfermeiros, o escore obtido foi 6,74, sendo considerado alta orientação.

Os atributos considerados como negativos foram **Acessibilidade**, que obteve escore de 2,96 na avaliação entre os dois grupos de profissionais avaliados, os médicos com 3,01 e enfermeiros com 2,92. O outro atributo com baixa avaliação foi **Orientação comunitária**, que obteve escore de 6,32, sendo a categoria médica com um escore de 6,14 e enfermeiros com um escore de 6,50. O atributo **Integralidade**, especificamente nos serviços disponíveis, obteve uma avaliação positiva, porém, na avaliação dos médicos, o escore obtido foi 6,56, considerado como baixo.

Na Tabela 4, são mostrados os valores mínimos, máximo, média e desvio padrão para cada atributo, o escore Essencial e Geral referente às duas regiões estudadas sob a perspectiva dos médicos e enfermeiros. Somente no atributo Coordenação integração de cuidados foi estatisticamente significativo (valor $p= 0,0023$).

Tabela 4 - Valores mínimo, máximo, médios e desvio padrão dos atributos da atenção primária à saúde conferidos pelos profissionais de saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016.

| Atributo | Formação | n | Mínimo | Máximo | Média | Desvio padrão | Valor p |
|---|------------|-----|--------|--------|-------------|---------------|----------------|
| Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade | Medicina | 62 | 1.11 | 4.44 | 3.01 | 0.85 | 0,716 |
| | Enfermagem | 68 | 1.48 | 4.44 | 2.92 | 0.64 | |
| | Total | 130 | 1.11 | 4.44 | 2.96 | 0.74 | |
| Longitudinalidade | Medicina | 62 | 4.17 | 9.44 | 6.71 | 1.19 | 0,215 |
| | Enfermagem | 68 | 4.17 | 9.72 | 6.97 | 1.41 | |
| | Total | 130 | 4.17 | 9.72 | 6.85 | 1.31 | |
| Coordenação - Integração de Cuidados | Medicina | 62 | 3.89 | 10.00 | 6.85 | 1.37 | 0,695 |
| | Enfermagem | 68 | 2.78 | 10.00 | 6.69 | 1.54 | |
| | Total | 130 | 2.78 | 10.00 | 6.77 | 1.46 | |
| Coordenação - Sistema de informação | Medicina | 62 | 5.56 | 10.00 | 8.41 | 1.34 | 0,0023* |
| | Enfermagem | 68 | 6.67 | 10.00 | 9.07 | 1.19 | |
| | Total | 130 | 5.56 | 10.00 | 8.75 | 1.31 | |
| Integralidade - Serviços disponíveis | Medicina | 62 | 3.64 | 9.24 | 6.56 | 1.12 | 0,0749 |
| | Enfermagem | 68 | 3.64 | 9.09 | 6.90 | 1.07 | |
| | Total | 130 | 3.64 | 9.24 | 6.74 | 1.10 | |
| Integralidade - Serviços prestados | Medicina | 62 | 5.11 | 9.78 | 7.90 | 1.33 | 0,753 |
| | Enfermagem | 68 | 5.33 | 9.78 | 7.90 | 1.15 | |
| | Total | 130 | 5.11 | 9.78 | 7.90 | 1.23 | |
| Orientação Familiar | Medicina | 62 | 4.44 | 10.00 | 8.53 | 1.59 | 0,965 |
| | Enfermagem | 68 | 4.44 | 10.00 | 8.58 | 1.41 | |
| | Total | 130 | 4.44 | 10.00 | 8.56 | 1.49 | |
| Orientação Comunitária | Medicina | 62 | 2.22 | 10.00 | 6.14 | 1.76 | 0,234 |
| | Enfermagem | 68 | 3.33 | 10.00 | 6.50 | 1.61 | |
| | Total | 130 | 2.22 | 10.00 | 6.32 | 1.69 | |
| Escore Essencial | Medicina | 62 | 4.98 | 8.75 | 6.76 | 0.81 | 0,218 |
| | Enfermagem | 68 | 4.97 | 8.81 | 6.94 | 0.83 | |
| | Total | 130 | 4.97 | 8.81 | 6.86 | 0.82 | |
| Escore Geral | Medicina | 62 | 4.60 | 8.33 | 6.57 | 0.73 | 0,161 |
| | Enfermagem | 68 | 4.78 | 8.50 | 6.74 | 0.78 | |
| | Total | 130 | 4.60 | 8.50 | 6.66 | 0.76 | |

Fonte: Dados de pesquisa.

*Estatisticamente significativo ($p < 0,05$).

A relação da realização do curso introdutório pelos profissionais de saúde e a média do escore por atributo os dados foram sistematizados na Tabela 5. As divergências foram observadas entre os grupos de profissionais que não fizeram curso introdutório, obtendo uma avaliação inferior aos que realizaram especialização nos atributos da Longitudinalidade, Integralidade serviços disponíveis, Integralidade serviços prestados, Orientação familiar, Orientação comunitária, na média Essencial e no Geral. Somente no atributo Acessibilidade e Coordenação sistema de informações o resultado foi superior, e no atributo Coordenação integração dos cuidados, foram equivalentes.

A partir das medidas e teste de Mann-Whitney entre os escores médios e se fez o curso introdutório, foi identificado que o valor de p somente existe diferença entre os valores dos

atributos Integralidade em serviços prestados (0,021), Orientação familiar (0,0218) e Orientação comunitária (0,0248), ou seja, a média destes escores são diferentes por ter feito o curso introdutório ou não.

Tabela 5 - Comparativo entre os escores médios obtidos na avaliação dos atributos de acordo com curso de introdutório pelos profissionais de saúde de duas regiões administrativa DF, Brasília, 2016.

| Atributo | Introdutório | Média | DP | Valor p |
|---------------------------------|---------------------|--------------|-----------|----------------|
| Acessibilidade | Sim | 2.96 | 0.75 | 0.666 |
| | Não | 2.97 | 0.74 | |
| Longitudinalidade | Sim | 6.91 | 1.30 | 0.335 |
| | Não | 6.77 | 1.34 | |
| Coord – Integração | Sim | 6.77 | 1.41 | 0.946 |
| | Não | 6.77 | 1.53 | |
| Coord – Sistema Inf | Sim | 8.69 | 1.38 | 0.685 |
| | Não | 8.83 | 1.21 | |
| Integralidade – Serv Disponível | Sim | 6.81 | 1.14 | 0.357 |
| | Não | 6.66 | 1.06 | |
| Integralidade – Serv Prestados | Sim | 8.12 | 1.20 | 0.021* |
| | Não | 7.64 | 1.24 | |
| Orientação Familiar | Sim | 8.78 | 1.53 | 0.0218* |
| | Não | 8.29 | 1.42 | |
| Orientação Comunitária | Sim | 6.59 | 1.69 | 0.0248* |
| | Não | 6.01 | 1.65 | |
| Essencial | Sim | 6.95 | 0.85 | 0.413 |
| | Não | 6.74 | 0.77 | |
| Geral | Sim | 6.71 | 0.79 | 0.0941 |
| | Não | 6.61 | 0.73 | |

Fonte: Dados de pesquisa.

*Estatisticamente significativo ($p < 0,05$).

Sobre a relação da realização do curso de especialização pelos profissionais de saúde e a média do escore por atributo, os dados foram sistematizados na Tabela 6. Destacam-se as diferenças entre os grupos de profissionais que não fizeram especialização, obtendo uma avaliação inferior aos que realizaram especialização, como nos atributos Acessibilidade, Longitudinalidade, Coordenação integração dos cuidados, Integralidade serviços disponíveis, Integralidade serviços prestados, Orientação familiar, Orientação comunitária, nas médias Essencial e Geral. Somente o atributo Coordenação sistema de informações foi superior.

A partir das medidas e teste de Mann-Whitney entre os escores médios e se fez o curso especialização e se não fez especialização, não existe diferença estatisticamente significativa.

Tabela 6 - Comparativo entre os escores médios obtidos na avaliação dos atributos de acordo com a realização de curso de especialização pelos profissionais de saúde de duas regiões administrativa DF, Brasília, 2016.

| Atributo | Especialidade | Média | DP | Pvalor |
|---------------------------------|----------------------|--------------|-----------|---------------|
| Acessibilidade | Sim | 3.01 | 0.75 | 0.32 |
| | Não | 2.80 | 0.71 | |
| Longitudinalidade | Sim | 6.86 | 1.31 | 0.897 |
| | Não | 6.81 | 1.36 | |
| Coord – Integração | Sim | 6.86 | 1.49 | 0.113 |
| | Não | 6.42 | 1.29 | |
| Coord – Sistema Inf | Sim | 8.71 | 1.34 | 0.505 |
| | Não | 8.93 | 1.17 | |
| Integralidade – Serv Disponível | Sim | 6.77 | 1.07 | 0.707 |
| | Não | 6.62 | 1.24 | |
| Integralidade – Serv Prestados | Sim | 7.97 | 1.24 | 0.166 |
| | Não | 7.64 | 1.21 | |
| Orientação Familiar | Sim | 8.62 | 1.47 | 0.361 |
| | Não | 8.31 | 1.58 | |
| Orientação Comunitária | Sim | 6.36 | 1.64 | 0.511 |
| | Não | 6.17 | 1.88 | |
| Essencial | Sim | 6.89 | 0.81 | 0.251 |
| | Não | 6.71 | 0.85 | |
| Geral | Sim | 6.70 | 0.77 | 0.235 |
| | Não | 6.54 | 0.73 | |

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Tabela 7, foi descrito o comparativo das médias por atributos, relacionando ao curso de especialização na área da APS e em especialização em outras áreas. Destacam-se as diferenças na média entre os grupos de profissionais que não fizeram especialização na área da APS, obtendo uma avaliação inferior aos que realizaram especialização na área da APS como nos atributos da Acessibilidade, Longitudinalidade, Integralidade serviços disponíveis, Integralidade serviços prestados, Orientação familiar, Orientação comunitária, nas médias Essencial e Geral. Somente nos atributos Coordenação integração dos cuidados e Sistema de informações a avaliação foi superior. Na aplicação do teste de Mann-Whitney, não foi observada diferença estatística significativa.

Tabela 7 - Comparativo entre os escores médios obtidos na avaliação dos atributos de acordo com curso de especialização em APS e outras pelos profissionais de saúde de duas regiões administrativa DF, Brasília, 2016.

| Atributo | Especialidade | Média | DP | p valor |
|---------------------------------|----------------------|--------------|-----------|----------------|
| Acessibilidade | Área da APS | 3.10 | 0.76 | 0.215 |
| | Outras áreas | 2.91 | 0.74 | |
| Longitudinalidade | Área da APS | 7.04 | 1.25 | 0.147 |
| | Outras áreas | 6.66 | 1.35 | |
| Coord – Integração | Área da APS | 6.74 | 1.40 | 0.492 |
| | Outras áreas | 6.99 | 1.58 | |
| Coord – Sistema Inf | Área da APS | 8.64 | 1.35 | 0.55 |
| | Outras áreas | 8.78 | 1.33 | |
| Integralidade – Serv Disponível | Área da APS | 6.89 | 1.10 | 0.14 |
| | Outras áreas | 6.65 | 1.03 | |
| Integralidade – Serv Prestados | Área da APS | 8.15 | 1.21 | 0.121 |
| | Outras áreas | 7.78 | 1.25 | |
| Orientação Familiar | Área da APS | 8.66 | 1.59 | 0.47 |
| | Outras áreas | 8.58 | 1.35 | |
| Orientação Comunitária | Área da APS | 6.43 | 1.61 | 0.683 |
| | Outras áreas | 6.30 | 1.69 | |
| Essencial | Área da APS | 6.96 | 0.83 | 0.354 |
| | Outras áreas | 6.83 | 0.79 | |
| Geral | Área da APS | 6.76 | 0.76 | 0.327 |
| | Outras áreas | 6.63 | 0.78 | |

Fonte: Dados de pesquisa.

No que se refere à avaliação de cada atributo, os dados foram sistematizados nas Tabelas de 8 a 15. Assim, sobre avaliação da acessibilidade conferida pelos profissionais, o atributo obteve um escore de 2,96, ficando muito abaixo do ponto de corte.

No detalhamento do atributo acessibilidade, o qual se relaciona à estrutura, somente duas das variáveis foram avaliadas com um percentual satisfatório, ou seja, com respostas positivas “com certeza sim” e “provavelmente sim”, sendo mais frequente na questão A3 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?, com um percentual de 99,2%, e na questão 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?, que teve um percentual de 92%.

As demais variáveis A1, A2, A4, A5, A6, A7 e A8 obtiveram avaliação negativa com respostas “Provavelmente, não / Não sei ou não lembro” e “Com certeza não” e foram as responsáveis por uma avaliação tão baixa no escore. A variável A9 teve um percentual negativo, porém tudo indica que é boa essa avaliação, pois os usuários não precisam esperar mais de 30 minutos para serem atendidos.

Tabela 8 - Percentual das respostas da avaliação da acessibilidade pelos profissionais de saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016.

| Avaliação | A1 | A2 | A3 | A4 | A5 | A6 | A7 | A8 | A9 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | % |
| Com certeza, sim | 0,0 | 3,8 | 60,8 | 15,4 | 2,3 | 0,0 | 0,0 | 57,7 | 10,8 |
| Provavelmente, sim | 0,0 | 0,8 | 37,7 | 28,5 | 2,3 | 0,0 | 0,0 | 34,6 | 22,3 |
| Provavelmente, não / Não sei ou não lembro | 0,8 | 0,8 | 1,5 | 23,8 | 12,3 | 3,8 | 2,3 | 7,7 | 42,3 |
| Com certeza, não | 99,2 | 94,6 | 0,0 | 32,3 | 83,1 | 96,2 | 97,7 | 0,0 | 24,6 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Legenda: A1 – Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo? A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20hs? A3 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoece, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia? A4 – Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário? A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem? 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? A7 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite? 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? 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)?

Fonte: Dados da pesquisa.

O atributo da **Longitudinalidade** foi avaliado pelos profissionais como positivo, porém, duas variáveis - B4 e B11 - tiveram uma avaliação negativa, sem trazer prejuízos para avaliação do escore, que foi de 6,85, ficando acima do ponto de corte. As variáveis B1, B2, B3, B5, B6, B7, B8, B9 e B10 obtiveram um perceptual positivo nas avaliações dos profissionais.

Tabela 9 - Percentual das respostas da avaliação da longitudinalidade pelos profissionais de saúde de duas regiões administrativa DF, Brasília, 2016.

| Avaliação | B1 | B2 | B3 | B4 | B5 | B6 | B7 | B8 | B9 | B10 | B11 | B12 | B13 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | % |
| Com certeza, sim | 50,0 | 75,4 | 33,8 | 15,4 | 69,2 | 54,6 | 49,2 | 8,5 | 48,5 | 15,4 | 11,5 | 35,4 | 26,9 |
| Provavelmente, sim | 34,6 | 24,6 | 64,6 | 20,0 | 25,4 | 43,1 | 33,8 | 43,1 | 50,0 | 40,8 | 23,1 | 51,5 | 36,2 |
| Provavelmente, não / Não sei ou não lembro | 8,5 | 0,0 | 1,5 | 30,0 | 3,1 | 2,3 | 12,3 | 28,5 | 1,5 | 26,2 | 32,3 | 9,2 | 16,2 |
| Com certeza, não | 6,9 | 0,0 | 0,0 | 34,6 | 2,3 | 0,0 | 4,6 | 20,0 | 0,0 | 17,7 | 33,1 | 3,8 | 20,8 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

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

Fonte: Dados da pesquisa.

O atributo **Coordenação – integração dos cuidados** teve, na maioria das variáveis, respostas positivas “com certeza sim” e “provavelmente sim”, sendo mais frequentes. Somente a variável que se refere a informações úteis recebidas do especialista ou do serviço especializado sobre o paciente encaminhado obteve uma avaliação negativa. Os dados demonstram que o somatório das respostas dos profissionais das duas regiões apontam que 43,5% dos profissionais responderam “com certeza não” e 35,5% dos profissionais responderam “provavelmente não”, ou seja, 79% concordam que não recebem informações dos especialistas.

Tabela 10 - Percentual das respostas da avaliação da coordenação – integração dos cuidados pelos profissionais de saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016.

| Avaliação | C1 % | C2 % | C3 % | C4 % | C5 % | C6 % |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Com certeza, sim | 19,2 | 51,5 | 42,3 | 86,9 | 5,4 | 59,2 |
| Provavelmente, sim | 34,6 | 31,5 | 38,5 | 10,8 | 17,7 | 31,5 |
| Provavelmente, não / Não sei ou não lembro | 32,3 | 10,8 | 8,5 | 0,8 | 34,6 | 8,5 |
| Com certeza, não | 13,8 | 6,2 | 10,8 | 1,5 | 42,3 | 0,8 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Legenda: C1 – Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados? C2 – Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos? C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada? C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado? C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado? C6 – Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?

Fonte: Dados da pesquisa.

Ainda sobre o atributo da coordenação do cuidado, em específico sobre o item sistema de informações os dados, foram agrupados na Tabela 11, na qual pode ser vista a avaliação dos profissionais sobre esse aspecto. Reforça-se que esse componente foi o mais bem avaliado pelos profissionais. O componente é composto por três variáveis que foram avaliadas como melhor percentual pelos profissionais.

Tabela 11 - Percentual das respostas da avaliação da coordenação – sistema de informações pelos profissionais de saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016.

| Avaliação | D1 % | D2 % | D3 % |
|--|----------------|----------------|----------------|
| Com certeza, sim | 61,5 | 82,3 | 66,2 |
| Provavelmente, sim | 28,5 | 15,4 | 31,5 |
| Provavelmente, não / Não sei ou não lembro | 5,4 | 0,8 | 0,8 |
| Com certeza, não | 4,6 | 1,5 | 1,5 |
| Total | 100 | 100 | 100 |

Legenda: D1 – Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)? D2 – Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem? D3 – Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?

Fonte: Dados da pesquisa.

O atributo **Integralidade** está dividido em dois componentes, que são serviços disponíveis e serviços prestados, e os dados estão sistematizados nas Tabelas 12 e 13, respectivamente. Os dois componentes foram bem avaliados pelos profissionais. Porém, algumas variáveis foram avaliadas negativamente, sendo que no componente Serviços disponíveis as variáveis são referentes aos procedimentos cirúrgicos (E9, E13, E14, E18), e nos serviços prestados a variável foi a F19, relacionada ao uso de arma de fogo.

Tabela 12 - Percentual das respostas da avaliação da Integralidade – Serviços disponíveis pelos profissionais de saúde de duas regiões administrativa DF, Brasília, 2016.

| Avaliação | E1 | E2 | E3 | E4 | E5 | E6 | E7 | E8 | E9 | E10 | E11 | E12 | E13 | E14 | E15 | E16 | E17 | E18 | E19 | E20 | E21 | E22 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % |
| Com certeza, sim | 59,2 | 70,0 | 59,2 | 46,9 | 37,7 | 87,7 | 35,4 | 41,5 | 4,6 | 92,3 | 25,4 | 25,4 | 3,8 | 23,1 | 94,6 | 64,6 | 98,5 | 3,1 | 61,5 | 70,8 | 86,9 | 66,2 |
| Provavelmente, sim | 16,9 | 3,8 | 24,6 | 26,9 | 28,5 | 12,3 | 36,9 | 35,4 | 2,3 | 7,7 | 32,3 | 33,8 | 1,5 | 11,5 | 5,4 | 23,8 | 1,5 | 3,1 | 29,2 | 26,2 | 12,3 | 24,6 |
| Provavelmente, não / Não sei ou não lembro | 6,2 | 0,0 | 8,5 | 13,8 | 18,5 | 0,0 | 10,8 | 16,2 | 16,2 | 0,0 | 12,3 | 13,1 | 12,3 | 7,7 | 0,0 | 6,2 | 0,0 | 15,4 | 6,2 | 1,5 | 0,8 | 6,2 |
| Com certeza, não | 17,7 | 26,2 | 7,7 | 12,3 | 15,4 | 0,0 | 16,9 | 6,9 | 76,9 | 0,0 | 30,0 | 27,7 | 82,3 | 57,7 | 0,0 | 5,4 | 0,0 | 78,5 | 3,1 | 1,5 | 0,0 | 3,1 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Legenda: E1 – Aconselhamento nutricional. E2 – Imunizações. E3 – Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social. E4 – Avaliação da saúde bucal. E5 – Tratamento dentário. E6 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais. E7 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas) E8 – Aconselhamento para problemas de saúde mental. E9 – Sutura de um corte que necessite de pontos. E10 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV. E11 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar). E12 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar). E13 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido). E14 – Remoção de verrugas. E15 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau). E16 – Aconselhamento sobre como parar de fumar. E17 – Cuidados pré-natais E18 – Remoção de unha encravada. E19 – Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma) E20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair). E21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama. E22 – Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos).

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 13 - Percentual das respostas da avaliação da Integralidade – Serviços prestados pelos profissionais de saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016.

| Avaliação | F1 | F2 | F3 | F4 | F5 | F6 | F7 | F8 | F9 | F10 | F11 | F12 | F13 | F14 | F15 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | % |
| Com certeza, sim | 90,8 | 74,6 | 36,2 | 55,4 | 82,3 | 85,4 | 90,0 | 44,6 | 0,8 | 37,7 | 64,6 | 67,7 | 73,8 | 57,4 | 82,2 |
| Provavelmente, sim | 9,2 | 19,2 | 28,5 | 34,6 | 16,9 | 10,8 | 9,2 | 29,2 | 5,4 | 32,3 | 29,2 | 24,6 | 21,5 | 31,0 | 12,4 |
| Provavelmente, não / Não sei ou não lembro | 0,0 | 3,8 | 19,2 | 8,5 | 0,0 | 0,8 | 0,0 | 18,5 | 15,4 | 15,4 | 3,8 | 5,4 | 1,5 | 5,4 | 1,6 |
| Com certeza, não | 0,0 | 2,3 | 16,2 | 1,5 | 0,8 | 3,1 | 0,8 | 7,7 | 78,5 | 14,6 | 2,3 | 2,3 | 3,1 | 6,2 | 3,9 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Legenda: F1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente. F2 – Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança. F3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura. F4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando. F5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados. F6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol. F7 – Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando. F8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente. F9 – Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança. F10 – Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente. F11 – Como prevenir quedas. F12 – Prevenção de osteoporose em mulheres. F13 – Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa. F14 – Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças. F15 – Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Tabela 14, são mostrados os resultados referentes ao atributo orientação familiar, que foi um dos atributos melhores avaliados pelos profissionais, e nas três variáveis do componente os dados mostram um percentual positivo para as questões “com certeza sim” e “provavelmente sim”.

Tabela 14 - Percentual das respostas da avaliação da orientação familiar pelos profissionais de saúde de duas regiões administrativa DF, Brasília, 2016.

| Avaliação | G1% | G2% | G3% |
|--|-------------|-------------|-------------|
| Com certeza, sim | 50,0 | 76,9 | 67,7 |
| Provavelmente, sim | 34,6 | 22,3 | 26,9 |
| Provavelmente, não / Não sei ou não lembro | 12,3 | 0,8 | 5,4 |
| Com certeza, não | 3,1 | 0,0 | 0,0 |
| Total | 100 | 100 | 100 |

Legenda: G1 – Você pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família? G2 – Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes? G3 – Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?

Fonte: Dados da pesquisa

O último atributo avaliado pelos profissionais foi o da Orientação comunitária mostrado na Tabela 15, em que a única variável que obteve um resultado insatisfatório foi H4, com um maior percentual de respostas negativas. Já as demais variáveis tiveram a maioria das respostas positivas, porém, nas variáveis H5 e H6, a diferença entre as respostas positivas e negativas foi pequena.

Tabela 15 - Percentual das respostas da avaliação da orientação comunitária pelos profissionais de saúde de duas regiões administrativa DF, Brasília, 2016.

| Avaliação | H1% | H2% | H3% | H4% | H5% | H6% |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Com certeza, sim | 94,6 | 39,2 | 35,4 | 11,5 | 15,4 | 36,2 |
| Provavelmente, sim | 3,1 | 46,9 | 41,5 | 23,1 | 36,2 | 20,0 |
| Provavelmente, não / Não sei ou não lembro | 1,5 | 7,7 | 13,8 | 26,9 | 23,1 | 26,9 |
| Com certeza, não | 0,8 | 6,2 | 9,2 | 38,5 | 25,4 | 16,9 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

H1 – Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares? H2 – Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende? H3 – Seu serviço de saúde ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde? H4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas? H5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer? H6 – Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).

Fonte: Dados da pesquisa.

4.2 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PERSPECTIVA DOS ADULTOS PORTADORES DE HAS E/OU DM

4.2.1 Caracterização da amostra dos usuários com HAS e/ou DM

Os resultados referentes à caracterização da amostra dos 262 adultos participantes do estudo foram sistematizados na Tabela 16, sendo 76,72% (n=201) do sexo feminino e 23,28% (n=61) do sexo masculino. A idade dos participantes teve maior percentual na faixa etária entre 50 e 69 anos, com 63,99% (n=167). Quanto à cor dos participantes, 22,9% declaram-se (n=60) pretos, 25,95% (n=68) brancos, 4,2% (n=11) amarelos e 46,18% (n=121) pardos.

Quanto ao estado civil, o maior percentual dos participantes são casados, conferindo um resultado de 48,85% (n=128); os solteiros ocuparam o segundo lugar.

Tabela 16 - Perfil dos usuários da atenção primária em saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016.

| | Samambaia | % | Recanto das Emas | % | Total | % |
|----------------------|------------------|----------|-------------------------|----------|--------------|--------------|
| | n | | n | | n | |
| Sexo | | | | | | |
| Masculino | 38 | 14.5 | 23 | 8.78 | 61 | 23.28 |
| Feminino | 116 | 44.27 | 85 | 32.44 | 201 | 76.72 |
| Total | 154 | 58.78 | 108 | 41.22 | 262 | 100 |
| Idade | | | | | | |
| <20 | 2 | 0.77 | 0 | 0 | 2 | 0.77 |
| 20-29 | 5 | 1.92 | 1 | 0.38 | 6 | 2.3 |
| 30-39 | 7 | 2.68 | 5 | 1.92 | 12 | 4.6 |
| 40-49 | 14 | 5.36 | 12 | 4.6 | 26 | 9.96 |
| 50-59 | 50 | 19.16 | 38 | 14.56 | 88 | 33.72 |
| 60-69 | 44 | 16.86 | 35 | 13.41 | 79 | 30.27 |
| 70-79 | 27 | 10.34 | 10 | 3.83 | 37 | 14.18 |
| 80-89 | 4 | 1.53 | 7 | 2.68 | 11 | 4.21 |
| Total | 153 | 58.62 | 108 | 41.38 | 261 | 100 |
| Cor | | | | | | |
| Preta | 36 | 13.74 | 24 | 9.16 | 60 | 22.9 |
| Branca | 47 | 17.94 | 21 | 8.02 | 68 | 25.95 |
| Amarela | 7 | 2.67 | 4 | 1.53 | 11 | 4.2 |
| Parda | 62 | 23.66 | 59 | 22.52 | 121 | 46.18 |
| Indígena | 2 | 0.76 | 0 | 0 | 2 | 0.76 |
| Total | 154 | 58.78 | 108 | 41.22 | 262 | 100 |
| Estado Civil | | | | | | |
| Casado/união estável | 72 | 27.48 | 56 | 21.37 | 128 | 48.85 |
| Separado/divorciado | 16 | 6.11 | 13 | 4.96 | 29 | 11.07 |
| Solteiro | 31 | 11.83 | 22 | 8.4 | 53 | 20.23 |
| Viúvo | 35 | 13.36 | 17 | 6.49 | 52 | 19.85 |
| Total | 154 | 58.78 | 108 | 41.22 | 262 | 100 |

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Tabela 17, os dados foram organizados para contemplar os aspectos socioeconômicos dos participantes do estudo do grupo usuários, sendo que a renda com maior prevalência foi de + ½ de 1 salário mínimo. Quanto à escolaridade, o grau de maior expressão foi o ensino fundamental incompleto, com 24,81% (n=65), seguido do ensino médio concluído 21,76% (n=57).

Tabela 17 - Frequência e grau da escolaridade e renda adultos usuários da atenção primária em saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016.

| | Samambaia n | % | Recanto das Emas n | % | Total N | % |
|----------------------|----------------|-------|--------------------------|-------|------------|--------|
| Escolaridade | | | | | | |
| Sem escolaridade | 11 | 4.20 | 12 | 4.58 | 23 | 8.78 |
| EI incompleto | 11 | 4.20 | 16 | 6.11 | 27 | 10.31 |
| EI completo | 11 | 4.20 | 13 | 4.96 | 24 | 9.16 |
| EF incompleto | 41 | 15.65 | 24 | 9.16 | 65 | 24.81 |
| EF completo | 26 | 9.92 | 14 | 5.34 | 40 | 15.27 |
| EM incompleto | 5 | 1.91 | 3 | 1.15 | 8 | 3.05 |
| EM completo | 42 | 16.03 | 15 | 5.73 | 57 | 21.76 |
| ES incompleto | 1 | 0.38 | 8 | 3.05 | 9 | 3.44 |
| ES completo | 6 | 2.29 | 3 | 1.15 | 9 | 3.44 |
| Total | 154 | 58.78 | 108 | 41.22 | 262 | 100.00 |
| Renda Família | | | | | | |
| Até 1/2 SM | 16 | 6.11 | 7 | 2.67 | 23 | 8.78 |
| +1/2 a 1 SM | 50 | 19.08 | 36 | 13.74 | 86 | 32.82 |
| +1 a 2 SM | 43 | 16.41 | 38 | 14.5 | 81 | 30.92 |
| +2 a 5 SM | 40 | 15.27 | 22 | 8.4 | 62 | 23.66 |
| +5 a 10 SM | 5 | 1.91 | 5 | 1.91 | 10 | 3.82 |
| Total | 154 | 58.78 | 108 | 41.22 | 262 | 100 |

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Tabela 18, foram agrupados os dados sobre a condição clínica dos usuários, e 45,42% (n=119) revelaram que são portadores de HAS, 17,56% (n=46) de DM e 37,02% (n=97) relataram serem portadores das duas patologias. Dos adultos participantes do estudo, 55,34% (n=145) relatam ter feito consulta ao especialista nos últimos dois anos, e 37,79% (n=99) relatam ter tido um episódio de internação nos último dois anos.

Tabela 18 - Condição clínica, internação e consulta ao especialista dos adultos usuários da atenção primária em saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016.

| | Samambaia | % | Recanto das | % | Total | % |
|----------------------------|------------------|----------|--------------------|----------|--------------|----------|
| | n | | Emas | | n | |
| | | | n | | | |
| Condição Clínica | | | | | | |
| HAS | 61 | 23.28 | 58 | 22.14 | 119 | 45.42 |
| DM | 34 | 12.98 | 12 | 4.58 | 46 | 17.56 |
| HAS/DM | 59 | 22.52 | 38 | 14.50 | 97 | 37.02 |
| Total | 154 | 58.78 | 108 | 41.22 | 262 | 100.00 |
| Internação | | | | | | |
| Sim | 76 | 29.01 | 23 | 8.78 | 99 | 37.79 |
| Não | 78 | 29.77 | 85 | 32.44 | 163 | 62.21 |
| Total | 154 | 58.78 | 108 | 41.22 | 262 | 100 |
| Consulta Card./End. | | | | | | |
| Sim | 97 | 37.02 | 48 | 18.32 | 145 | 55.34 |
| Não | 57 | 21.76 | 60 | 22.9 | 117 | 44.66 |
| Total | 154 | 58.78 | 108 | 41.22 | 262 | 100 |

Fonte: Dados da pesquisa.

4.2.2 Avaliação da APS sob a perspectiva dos usuários com HAS e/ou DM

No estudo, pôde-se observar que, na perspectiva dos adultos, a avaliação dos atributos foi abaixo do ponto de corte, o escore geral alcançou 5,90, sendo considerado de baixa orientação para atenção primária. O grupo de adultos que participou do estudo foi composto por pessoas com diagnóstico de HAS, DM ou as duas patologias. A Tabela 19 sistematiza os dados e revela que a maioria dos atributos teve uma avaliação negativa nos seguintes atributos: Acessibilidade (2,94), Coordenação integração de cuidados (5,07), Integralidade serviços disponível (4,62), Integralidade serviços prestados (4,88), Orientação familiar (5,59) e Orientação comunitária (4,44).

Registra-se uma diferença estatisticamente significativa entre os três grupos somente em dois dos atributos, Integralidade serviços prestados ($p=0,031$) e Orientação comunitária ($p=0,0456$), bem como em atributo Geral (0,0456).

O grau de afiliação dos adultos teve uma boa avaliação descrita na Tabela 20, e os dados mostraram que nas duas regiões estudadas os adultos têm um bom grau de avaliação, sendo que 40,8% (n=107) afirmam que o grau de afiliação foi 4 com a unidade de saúde, somados a 37,40% (n=98), em que o grau de afiliação foi 3. Os participantes apontaram que a unidade de saúde que eles utilizam como referência tem um bom grau de afiliação, pois no cálculo da média foi de 3,11.

Tabela 19 - Valores mínimo, máximo, médios e desvio padrão dos atributos da atenção primária à saúde conferidos pelas pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016.

| Atributo | Doença Referida | n | Mínimo | Máximo | Média | Desv.pad | Valor de p |
|---|-----------------|-----|--------|--------|-------------|----------|----------------|
| Grau de Afiliação | HAS | 119 | 0.00 | 10.00 | 7.20 | 2.88 | 0.209 |
| | DM | 46 | 0.00 | 10.00 | 6.30 | 3.31 | |
| | HAS/DM | 97 | 0.00 | 10.00 | 7.18 | 3.20 | |
| | Total | 262 | 0.00 | 10.00 | 7.04 | 3.09 | |
| Acesso de Primeiro Contato – Utilização | HAS | 119 | 0.00 | 10.00 | 7.39 | 2.62 | 0.359 |
| | DM | 46 | 3.33 | 10.00 | 7.54 | 2.20 | |
| | HAS/DM | 97 | 1.11 | 10.00 | 7.87 | 2.34 | |
| | Total | 262 | 0.00 | 10.00 | 7.59 | 2.45 | |
| Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade | HAS | 119 | 0.00 | 6.67 | 2.84 | 1.51 | 0.0719 |
| | DM | 46 | 0.00 | 7.50 | 2.61 | 1.85 | |
| | HAS/DM | 97 | 0.00 | 7.78 | 3.23 | 1.62 | |
| | Total | 262 | 0.00 | 7.78 | 2.94 | 1.63 | |
| Longitudinalidade | HAS | 119 | 1.43 | 10.00 | 6.83 | 1.91 | 0.401 |
| | DM | 46 | 1.90 | 10.00 | 7.26 | 1.80 | |
| | HAS/DM | 97 | 0.71 | 10.00 | 6.90 | 1.81 | |
| | Total | 262 | 0.71 | 10.00 | 6.93 | 1.85 | |
| Coordenação - Integração de Cuidados | HAS | 119 | 0.00 | 8.89 | 4.74 | 2.58 | 0.133 |
| | DM | 46 | 0.00 | 8.89 | 5.45 | 2.59 | |
| | HAS/DM | 97 | 0.00 | 8.89 | 5.31 | 2.32 | |
| | Total | 262 | 0.00 | 8.89 | 5.07 | 2.50 | |
| Coordenação - Sistema de informação | HAS | 119 | 1.11 | 10.00 | 7.31 | 2.28 | 0.334 |
| | DM | 46 | 3.33 | 10.00 | 7.80 | 1.87 | |
| | HAS/DM | 97 | 1.11 | 10.00 | 7.23 | 2.26 | |
| | Total | 262 | 1.11 | 10.00 | 7.37 | 2.20 | |
| Integralidade - Serviços disponíveis | HAS | 119 | 0.00 | 7.88 | 4.57 | 1.90 | 0.946 |
| | DM | 46 | 0.76 | 8.79 | 4.66 | 2.08 | |
| | HAS/DM | 97 | 0.00 | 8.48 | 4.65 | 2.01 | |
| | Total | 262 | 0.00 | 8.79 | 4.62 | 1.97 | |
| Integralidade - Serviços prestados | HAS | 119 | 0.00 | 10.00 | 4.45 | 2.40 | 0.031* |
| | DM | 46 | 0.00 | 10.00 | 5.41 | 2.54 | |
| | HAS/DM | 97 | 0.00 | 10.00 | 5.14 | 2.36 | |
| | Total | 262 | 0.00 | 10.00 | 4.88 | 2.43 | |
| Orientação Familiar | HAS | 119 | 0.00 | 10.00 | 5.26 | 2.98 | 0.197 |
| | DM | 46 | 0.00 | 10.00 | 6.16 | 3.37 | |
| | HAS/DM | 97 | 0.00 | 10.00 | 5.73 | 2.92 | |
| | Total | 262 | 0.00 | 10.00 | 5.59 | 3.04 | |
| Orientação Comunitária | HAS | 119 | 0.00 | 10.00 | 3.99 | 2.46 | 0.0456* |
| | DM | 46 | 0.00 | 10.00 | 5.13 | 2.97 | |
| | HAS/DM | 97 | 0.00 | 10.00 | 4.69 | 2.74 | |
| | Total | 262 | 0.00 | 10.00 | 4.44 | 2.68 | |
| Escore Essencial | HAS | 119 | 2.72 | 8.52 | 5.80 | 1.17 | 0.58 |
| | DM | 46 | 1.53 | 9.40 | 5.92 | 1.44 | |
| | HAS/DM | 97 | 3.22 | 8.81 | 6.00 | 1.27 | |
| | Total | 262 | 1.53 | 9.40 | 5.90 | 1.26 | |
| Escore Geral | HAS | 119 | 2.72 | 8.52 | 5.80 | 1.17 | 0.0456* |
| | DM | 46 | 1.53 | 9.40 | 5.92 | 1.44 | |
| | HAS/DM | 97 | 3.22 | 8.81 | 6.00 | 1.27 | |
| | Total | 262 | 1.53 | 9.40 | 5.90 | 1.26 | |

Fonte: Dados da pesquisa.

*Estatisticamente significativo ($p < 0,05$).

Tabela 20 - Frequência e percentual das respostas da avaliação do grau de Afiliação conferidos pelos adultos usuários da atenção primária em saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016.

| Avaliação | n | % |
|---------------------|----------|----------|
| Grau de Afiliação 4 | 107 | 40,84 |
| Grau de Afiliação 3 | 98 | 37,40 |
| Grau de Afiliação 2 | 36 | 13,74 |
| Grau de Afiliação 1 | 21 | 8,02 |
| Total | 262 | 100 |

Fonte: Dados da pesquisa.

Sobre o atributo do acesso de primeiro contato no item da utilização, os resultados foram consolidados na Tabela 21, que mostra uma avaliação muito boa, tendo influência das três variáveis do atributo que tiveram um percentual satisfatório nas respostas dos adultos com predominância das respostas “com certeza, sim” e “provavelmente, sim”.

Tabela 21 - Percentual das respostas da avaliação do acesso de primeiro contato – utilização pelos adultos usuários da atenção primária em saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016.

| Avaliação | B1 % | B2 % | B3 % |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Com certeza, sim | 68,2 | 54,8 | 64,4 |
| Provavelmente, sim | 16,1 | 16,5 | 16,1 |
| Provavelmente, não / Não sei ou não lembro | 6,1 | 8,0 | 10,0 |
| Com certeza, não | 9,6 | 20,7 | 9,6 |
| Total | 100 | 100 | 100 |

Legenda: B1 – Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, *check-up*), você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde? B2 – Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde? B3 – Quando você tem que consultar um especialista, o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” tem que encaminhar você obrigatoriamente?

Fonte: Dados da pesquisa.

Sobre o atributo do **Acesso de primeiro contato - acessibilidade**, os dados foram sistematizados na Tabela 22 e revelaram que, nos itens de C1 a C7, as respostas foram predominante negativas, com respostas de “Com certeza, não” e “Provavelmente, não / Não sei ou não lembro”. Somente na C8, que versa sobre “É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, *check-up*) neste “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?, as respostas foram positivas.

Nos itens de C9 a C12, as respostas precisam ser invertidas, portanto, na C9 “Quando você chega no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?” obteve-se um percentual maior de respostas negativas após a inversão, mas

demonstra que eles precisam esperar mais que 30min para serem atendidos, sendo algo avaliado como ruim. No entanto, os itens C10 a C12 obtiveram um maior percentual de respostas entre “Com certeza, sim” e “Provavelmente, sim” após a inversão, porém é uma avaliação boa.

Na Tabela 23, é mostrada a distribuição da avaliação sobre o atributo da Longitudinalidade, em que os adultos fizeram uma boa avaliação na maioria dos itens, ou seja, em 12 dos 14 itens, obtendo-se um percentual positivo com respostas “Com certeza, sim” e “Provavelmente, sim”. Somente em dois dos itens - D3 e D7 -, que tratam, respectivamente, sobre as respostas dadas pelo “médico/enfermeiro”, as suas perguntas de forma que você entenda e sobre o desconhecimento do “médico/enfermeiro” como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde, tiveram respostas negativas.

Tabela 22 - Percentual das respostas da avaliação do acesso de primeiro contato - acessibilidade pelos adultos usuários da atenção primária em saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016.

| Avaliação | C1 | C2 | C3 | C4 | C5 | C6 | C7 | C8 | C9 | C10 | C11 | C12 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % |
| Com certeza, sim | 0,8 | 4,6 | 22,7 | 8,5 | 3,8 | 1,5 | 1,2 | 40,8 | 9,2 | 36,2 | 31,5 | 55,4 |
| Provavelmente, sim | 0,4 | 1,9 | 19,6 | 5,4 | 3,5 | 3,5 | 2,7 | 16,2 | 6,5 | 20,8 | 23,8 | 8,1 |
| Provavelmente, não / Não sei ou não lembro | 10,0 | 16,9 | 18,1 | 25,8 | 16,5 | 13,1 | 14,6 | 9,6 | 22,7 | 17,3 | 13,1 | 8,8 |
| Com certeza, não | 88,8 | 76,5 | 39,6 | 60,4 | 76,2 | 81,9 | 81,5 | 33,5 | 61,5 | 25,8 | 31,5 | 27,7 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Legenda: C1 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” fica aberto no sábado ou no domingo? C2 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas? C3 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” está aberto e você adoecer alguém de lá atende você no mesmo dia? C4 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar? C5 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente? C6 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia? C7 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite? C8 – É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, *check-up*) neste “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro”? C9 – Quando você chega no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)? C10 – Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”? C11 – É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” quando pensa que é necessário? C12 – Quando você tem que ir ao “nome do médico / enfermeira / local”, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 23 - Percentual das respostas da avaliação da longitudinalidade pelos adultos usuários da atenção primária em saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016.

| Avaliação | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 | D6 | D7 | D8 | D9 | D10 | D11 | D12 | D13 | D14 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % |
| Com certeza, sim | 69,6 | 72,3 | 80,8 | 16,5 | 65,8 | 71,2 | 35,8 | 38,5 | 43,5 | 60,0 | 43,1 | 39,2 | 76,2 | 40,9 |
| Provavelmente, sim | 15,8 | 21,9 | 14,6 | 7,3 | 20,0 | 15,8 | 11,9 | 18,8 | 26,5 | 20,4 | 23,1 | 22,7 | 16,5 | 19,3 |
| Provavelmente, não / Não sei ou não lembro | 7,7 | 3,1 | 2,7 | 22,7 | 3,1 | 3,1 | 20,8 | 18,5 | 15,0 | 7,7 | 9,6 | 13,1 | 3,1 | 12,4 |
| Com certeza, não | 6,9 | 2,7 | 1,9 | 53,5 | 11,2 | 10,0 | 31,5 | 24,2 | 15,0 | 11,9 | 24,2 | 25,0 | 4,2 | 27,4 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Legenda: D1 – Quando você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes? D2 – Você acha que o seu “médico/ enfermeiro” entende o que você diz ou pergunta? D3 – O seu “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda? D4 – Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece você? D5 – O seu “médico/enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas? D6 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “médico/enfermeiro”? D7 – O seu “médico/enfermeiro” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde? D8 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quem mora com você? D9 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quais problemas são mais importantes para você? D10 – O seu “médico/enfermeiro” conhece a sua história clínica (história médica) completa? D11 – O seu “médico/enfermeiro” sabe a respeito do seu trabalho ou emprego? D12 – O seu “médico/enfermeiro” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa? D13 – O seu “médico/enfermeiro” sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando? D14 – Você mudaria do “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?

Fonte: Dados da pesquisa.

Antes de responder as questões referentes à avaliação do atributo Coordenação – integração do cuidado, era necessário responder a pergunta: “Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no ‘nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro?’”. Assim, na Tabela 24, os dados mostram que 77,48% (n=203) dos participantes responderam que tiveram consulta em um especialista ou serviço especializado.

Tabela 24 - Frequência e percentual das respostas da pergunta E1 dos adultos usuários da atenção primária em saúde de duas regiões administrativa DF, Brasília, 2016.

| E1 | n | % |
|-----------------------|-----|-------|
| Sim | 203 | 77,48 |
| Não | 59 | 22,52 |
| Não sei ou não lembro | 0 | 0 |
| Total | 262 | 100 |

Legenda: E1 – “Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no ‘nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro?’”

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Tabela 25, foram apresentados os dados referentes à avaliação da Coordenação – integração dos cuidados e que mostraram uma boa avaliação. Somente no item E4 – “seu ‘médico/enfermeiro’ discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?” houve maioria de respostas negativas.

Tabela 25 - Percentual das respostas da avaliação da coordenação – integração dos cuidados pelos adultos usuários da atenção primária em saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016.

| Avaliação | E2 % | E3 % | E4 % | E5 % | E6 % | E7 % | E8 % | E9 % |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Com certeza, sim | 62,6 | 63,1 | 36,0 | 47,8 | 36,0 | 62,1 | 50,2 | 44,8 |
| Provavelmente, sim | 13,3 | 22,7 | 13,3 | 11,3 | 19,2 | 16,7 | 9,4 | 12,3 |
| Provavelmente, não / Não sei ou não lembro | 2,5 | 3,0 | 11,8 | 4,9 | 11,3 | 5,4 | 12,3 | 11,8 |
| Com certeza, não | 21,7 | 11,3 | 38,9 | 36,0 | 33,5 | 15,8 | 28,1 | 31,0 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Legenda: E2 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado? E3 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado? E4 – O seu “médico/enfermeiro” discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde? E5 - O seu “médico / enfermeiro” ou alguém que trabalha no / com “nome do serviço de saúde” ajudou-o /a a marcar esta consulta? E6 – O seu “médico/enfermeiro” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta? E7 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe quais foram os resultados desta consulta? E8 – Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu “médico/enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta? E9 – O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?

Fonte: Dados da pesquisa.

Sobre o atributo Coordenação – sistema de informações, os dados foram sistematizados na Tabela 26 e revelaram uma avaliação positiva com respostas “Com certeza, sim” e “Provavelmente, sim” em todos os itens.

Tabela 26- Percentual das respostas da avaliação da coordenação – sistema de informações pelos adultos usuários da atenção primária em saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016.

| Avaliação | F1 | F2 | F3 |
|--|-------------|-------------|-------------|
| | % | % | % |
| Com certeza, sim | 62,7 | 73,3 | 29,8 |
| Provavelmente, sim | 18,4 | 17,3 | 25,5 |
| Provavelmente, não / Não sei ou não lembro | 4,3 | 7,5 | 31,8 |
| Com certeza, não | 14,5 | 2,0 | 12,9 |
| Total | 100 | 100 | 100 |

Legenda: F1. Quando você vai no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? (exemplificar se não entender “registro”: fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório) F2. Quando você vai ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro”, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta? F3. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?
Fonte: Dados da pesquisa.

O atributo Integralidade foi dividido em duas partes, a primeira com os Serviços disponíveis e a segunda com os Serviços prestados, representados nas Tabelas 27 e 28, respectivamente.

Os Serviços disponíveis não foram bem avaliados pelos adultos, pois os dados da avaliação demonstraram que somente em 7 dos 22 itens obtiveram respostas positivas.

Os itens avaliados positivamente foram relativos à questão da nutrição ou dieta (G1 - 73,8%), vacinas (imunizações) (G4 - 79,9%), saúde bucal (exame dentário) (G5 - 50,6%) e planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais (G7- 63,4%), exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau) (G16 - 71,7%), aconselhamento para parar de fumar(G17 - 51,9%) e cuidados pré-natais (G18 - 76%);

Sobre os Serviços prestados, a avaliação foi boa, pois em 7 dos 13 itens obteve-se nota positiva, porém, não foi possível atingir um bom escore. No entanto, os serviços prestados que obtiveram são inerentes aos cuidados a pessoas acometidas por DCNT, como HAS e/ou DM.

Os itens avaliados como positivos foram relativos à alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente (79,8%), segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança (54,9%), exercícios físicos apropriados (81%), teste de sangue para verificar níveis de colesterol (83,2%) e verificar e discutir os medicamentos que o paciente está tomando (78,2%). Os dois itens que eram específicos para mulheres também foram positivos: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis (51%) e o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa (56,1%).

Tabela 27 - Percentual das respostas da avaliação da Integralidade – Serviços Disponíveis pelos adultos usuários da atenção primária em saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016.

| Avaliação | G1 | G2 | G3 | G4 | G5 | G6 | G7 | G8 | G9% | G10 | G11 | G12 | G13 | G14 | G15 | G16 | G17 | G18 | G19 | G20 | G21 | G22 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | % | % | % | % | % | % | % | % | | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % |
| Com certeza, sim | 61,8 | 24,5 | 9,4 | 68,7 | 37,3 | 36,9 | 42,7 | 21,5 | 14,6 | 18,9 | 22,7 | 12,0 | 13,3 | 7,3 | 3,0 | 56,2 | 35,2 | 58,4 | 4,7 | 18,9 | 27,5 | 13,8 |
| Provavelmente, sim | 12,0 | 17,2 | 9,0 | 11,2 | 13,3 | 11,2 | 20,7 | 16,3 | 15,9 | 21,9 | 27,0 | 15,0 | 14,2 | 16,3 | 7,7 | 15,5 | 16,7 | 17,6 | 12,5 | 16,3 | 12,9 | 9,5 |
| Provavelmente, não / Não sei ou não lembro | 16,3 | 18,5 | 38,2 | 4,3 | 20,2 | 20,6 | 9,9 | 36,9 | 38,6 | 24,5 | 25,8 | 36,1 | 33,5 | 28,8 | 40,8 | 11,6 | 24,5 | 5,2 | 41,4 | 26,6 | 23,6 | 33,2 |
| Com certeza, não | 9,9 | 39,9 | 43,3 | 15,9 | 29,2 | 31,3 | 26,7 | 25,3 | 30,9 | 34,8 | 24,5 | 36,9 | 39,1 | 47,6 | 48,5 | 16,7 | 23,6 | 18,9 | 41,4 | 38,2 | 36,1 | 43,5 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Legenda: G1 – Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta. G2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais. G3 – Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos). G4 – Vacinas (imunizações). G5 – Avaliação da saúde bucal (Exame dentário). G6 – Tratamento dentário. G7 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais. G8 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir). G9 – Aconselhamento para problemas de saúde mental. G10 – Sutura de um corte que necessite de pontos. G11 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV. G12 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar). G13 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar). G14 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido). G15 – Remoção de verrugas. G16 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau). G17 – Aconselhamento sobre como parar de fumar. G18 – Cuidados pré-natais. G19 – Remoção de unha encravada. G20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair). G21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama... G22 – Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma).

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 28 - Percentual das respostas da avaliação da Integralidade – Serviços Prestados pelos adultos usuários da atenção primária em saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016.

| Avaliação | H1 | H2 | H3 | H4 | H5 | H6 | H7 | H8 | H9 | H10 | H11 | H12 | H13 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | % |
| Com certeza, sim | 67,3 | 43,6 | 14,0 | 14,8 | 68,5 | 75,8 | 67,3 | 14,8 | 5,1 | 15,2 | 23,3 | 37,2 | 36,2 |
| Provavelmente, sim | 12,5 | 11,3 | 7,8 | 8,6 | 12,5 | 7,4 | 10,9 | 10,1 | 3,5 | 8,9 | 14,0 | 13,8 | 19,9 |
| Provavelmente, não / Não sei ou não lembro | 6,6 | 13,6 | 24,1 | 27,6 | 4,3 | 5,1 | 4,3 | 21,4 | 18,3 | 17,5 | 11,3 | 12,2 | 6,6 |
| Com certeza, não | 13,6 | 31,5 | 54,1 | 49,0 | 14,8 | 11,7 | 17,5 | 53,7 | 73,2 | 58,4 | 51,4 | 36,7 | 37,2 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Legenda: H1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente. H2 – Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança. H3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro. H4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando. H5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você. H6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol. H7 – Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando. H8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança. H9 – Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança. H10 – Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias). H11 – Como prevenir quedas. H12 – Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis. H13 – Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa.

Fonte: Dados da pesquisa.

Sobre o atributos derivados Orientação familiar e Orientação comunitária, foram sistematizados, respectivamente, nas Tabelas 29 e 30.

Em Orientação familiar, o escore foi baixo, porém, somente no primeiro item teve um percentual de 51,5% com respostas negativas para a pergunta “O seu ‘médico/enfermeiro’ lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?”.

As demais perguntas foram positivas, sendo que para a pergunta “O seu ‘médico/enfermeiro’ já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)?” houve um percentual satisfatório, com 72,5% das respostas positivas. E para a última pergunta, “O seu ‘médico/enfermeiro’ se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?”, o resultado foi de 50,8% positivo, ou seja, uma diferença pequena.

Tabela 29 - Percentual das respostas da avaliação da orientação familiar pelos adultos usuários da atenção primária em saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016.

| Avaliação | I1 | I2 | I3 |
|--|-------------|-------------|-------------|
| | % | % | % |
| Com certeza, sim | 32,6 | 57,0 | 28,3 |
| Provavelmente, sim | 15,9 | 15,5 | 22,5 |
| Provavelmente, não / Não sei ou não lembro | 8,9 | 4,7 | 28,3 |
| Com certeza, não | 42,6 | 22,9 | 20,9 |
| Total | 100 | 100 | 100 |

Legenda: I1 – O seu “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família? I2 – O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)? I3 – O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?

Fonte: Dados da pesquisa.

Sobre a Orientação comunitária, os dados foram mostrados na Tabela 30, cujo escore foi baixo e em três dos itens o percentual foi negativo. Na questão sobre a realização de pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas, o percentual foi de 73,7% de respostas negativas.

Na questão sobre a realização de pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer, o percentual foi 71,9% das respostas negativas. A última questão, sobre convites a pessoa e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários), teve um percentual de 77,2% das respostas negativas.

Tabela 30 - Percentual das respostas da avaliação da orientação comunitária pelos adultos usuários da atenção primária em saúde de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016.

| Avaliação | J1 | J2 | J3 | J4 | J5 | J6 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | % | % | % | % | % | % |
| Com certeza, sim | 50,4 | 30,3 | 27,2 | 17,5 | 16,7 | 16,7 |
| Provavelmente, sim | 13,2 | 30,3 | 24,1 | 8,8 | 11,4 | 6,1 |
| Provavelmente, não / Não sei ou não lembro | 9,6 | 22,4 | 23,2 | 32,9 | 29,4 | 18,0 |
| Com certeza, não | 26,8 | 17,1 | 25,4 | 40,8 | 42,5 | 59,2 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Legenda: J1 – Alguém no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” faz visitas domiciliares? J2 – O seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança? J3 – O seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” ouviu opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde? J4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas? J5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer? J6 – Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)?

Fonte: Dados da pesquisa.

4.3 COMPARAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA APS NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS E DOS USUÁRIOS COM HAS E/OU DM

No estudo, foi possível fazer uma avaliação comparando os escores dos dois grupos, profissionais de saúde e usuários dos serviços, sistematizados na Tabela 31. No entanto, ficou nítido que há diferença significativa no resultado entre os grupos estudados, principalmente a média do escore geral obtida, que para os adultos foi de 5,90, inferior ao limite preconizado de $\leq 6,66$, ou seja, existe uma baixa orientação para APS, e para os profissionais a média do escore geral foi de 6,66, considerada alta orientação para APS, porém, no limite.

Na perspectiva dos profissionais, os atributos com menor escore foram Acessibilidade (2,96) e Orientação comunitária (6,32). Na perspectiva dos adultos, os atributos em que tiveram baixa avaliação foram Acessibilidade (2,94), Coordenação integração de cuidados (5,07), Integralidade serviços disponíveis (4,62) e prestados (4,88), Orientação familiar (5,59) e Orientação comunitária (4,44). Assim, pode-se destacar que somente em dois atributos houve convergência entre os dois grupos estudado, a Acessibilidade e a Orientação comunitária.

Somente em dois dos atributos não foram constatadas diferenças significativas - Acessibilidade ($p=0,926$) e Longitudinalidade ($p=0,203$). Os demais atributos tiveram diferenças estatisticamente significativas com valor de $p < 0,01$.

Tabela 31 - Comparativo da avaliação da APS sob a perspectiva dos profissionais enfermeiros e médicos e das pessoas com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes *Mellitus* de duas regiões administrativas do DF, Brasília, 2016.

| Atributo | Grupo | n | Média | DP | Valor p |
|---------------------------------|--------------|----------|--------------|-----------|----------------|
| Grau de afiliação | Adulto | 262 | 7.04 | 3.09 | |
| Acesso utilização | Adulto | 261 | 7.59 | 2.45 | |
| Acessibilidade | Adulto | 260 | 2.94 | 1.63 | 0.926 |
| | Profissional | 130 | 2.96 | 0.74 | |
| Longitudinalidade | Adulto | 260 | 6.93 | 1.85 | 0.203 |
| | Profissional | 130 | 6.85 | 1.31 | |
| Coord – Integração | Adulto | 262 | 5.07 | 2.50 | < 0.01 |
| | Profissional | 130 | 6.77 | 1.46 | |
| Coord – Sistema Inf | Adulto | 255 | 7.37 | 2.20 | < 0.01 |
| | Profissional | 130 | 8.75 | 1.31 | |
| Integralidade – Serv Disponível | Adulto | 233 | 4.62 | 1.97 | < 0.01 |
| | Profissional | 130 | 6.74 | 1.10 | |
| Integralidade – Serv Prestados | Adulto | 257 | 4.88 | 2.43 | < 0.01 |
| | Profissional | 130 | 7.90 | 1.23 | |
| Orientação Familiar | Adulto | 258 | 5.59 | 3.04 | < 0.01 |
| | Profissional | 130 | 8.56 | 1.49 | |
| Orientação Comunitária | Adulto | 228 | 4.44 | 2.68 | < 0.01 |
| | Profissional | 130 | 6.32 | 1.69 | |
| Essencial | Adulto | 222 | 5.90 | 1.26 | < 0.01 |
| | Profissional | 130 | 6.86 | 0.82 | |
| Geral | Adulto | 222 | 5.90 | 1.26 | < 0.01 |
| | Profissional | 130 | 6.66 | 0.76 | |

Fonte: Dados da pesquisa.

*Estatisticamente significativo ($p < 0,05$).

O Gráfico 2 mostra os mesmos resultados já apresentados na Tabela 31, porém destaca os escores dos atributos com a comparação entre os adultos, os profissionais de saúde e o ponto de corte aceitável que é de 6,66, mostrando os atributos que estão abaixo ou acima da média aceitável.

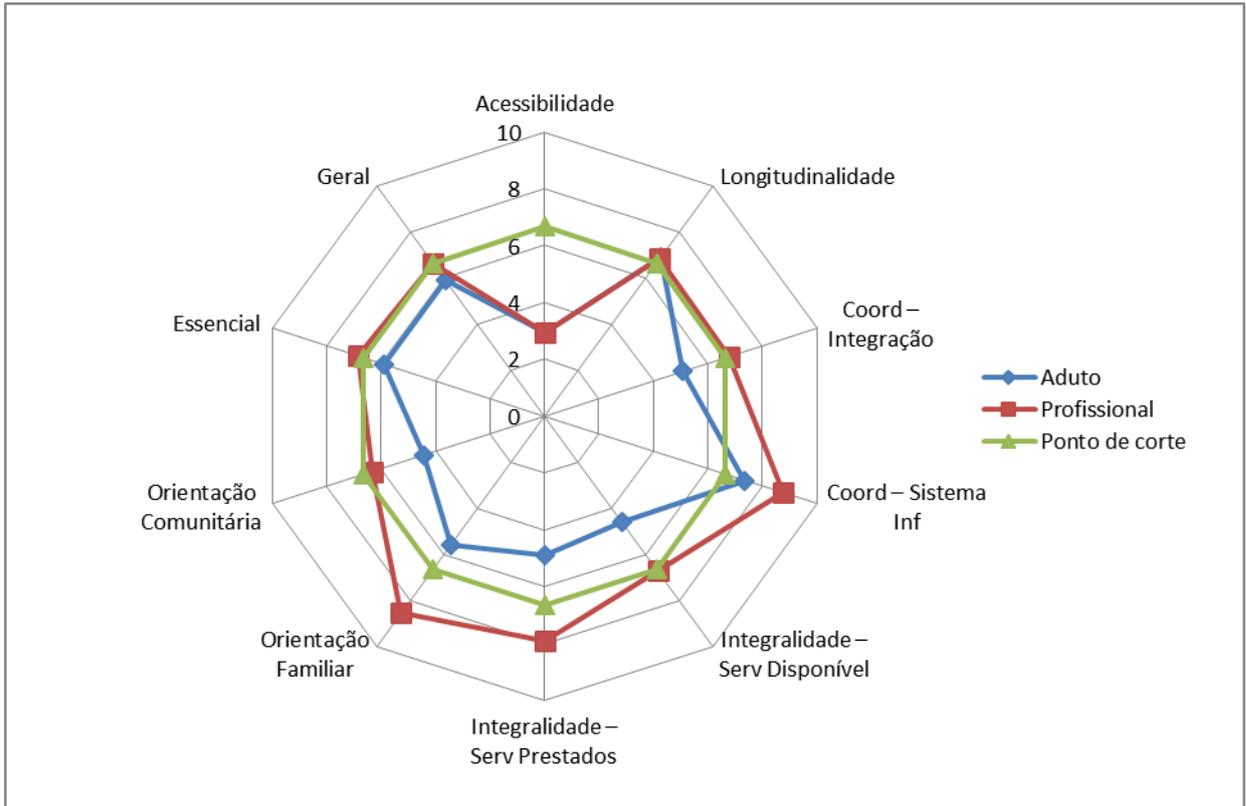


Gráfico 2 - Comparação das médias dos atributos da APS em relação aos adultos, profissionais de saúde e o ponto de corte, Brasília DF, 2016.

A Tabela 32 apresenta uma comparação dos resultados entre os adultos e profissionais de saúde de acordo com os dois modelos de atenção vigente a ESF e Unidade Básica Tradicional (UBT). Na perspectiva dos adultos, houve diferença nos resultados do atributo longitudinalidade, no qual a ESF teve um escore de 7,01 e UBT 6,26; o atributo Orientação comunitária foi estatisticamente significativo, com um valor de $p= 0.0494$.

Na perspectiva dos profissionais, o atributo da longitudinalidade também teve diferença em que para a ESF teve escore 6,86 e para UBT foi de 6,56. Além disso, o atributo Integralidade serviços prestados para ESF o escore foi de 7,95 e para UBT foi de 6,64.

Tabela 32 - Comparação entre avaliação entre os adultos usuários e os profissionais de saúde de dois modelos distintos, Brasília –DF, 2016.

| Atributo | UBS | N | Adulto | | | Profissional | | | |
|---------------------------------|-----|-----|-------------|------|----------------|--------------|-------------|------|---------|
| | | | Média | DP | Valor p | N | Média | DP | Valor p |
| Grau de afiliação | ESF | 235 | 7.01 | 3.09 | 0.642 | - | - | - | - |
| | UBT | 27 | 7.28 | 3.07 | | - | - | - | - |
| Acesso utilização | ESF | 234 | 7.59 | 2.52 | 0.635 | - | - | - | - |
| | UBT | 27 | 7.65 | 1.81 | | - | - | - | - |
| Acessibilidade | ESF | 233 | 2.97 | 1.65 | 0.4 | 125 | 2.93 | 0.73 | 0.0659 |
| | UBT | 27 | 2.72 | 1.45 | | 5 | 3.70 | 0.87 | |
| Longitudinalidade | ESF | 233 | 7.01 | 1.83 | 0.0413 | 125 | 6.86 | 1.33 | 0.528 |
| | UBT | 27 | 6.26 | 1.98 | | 5 | 6.56 | 0.64 | |
| Coord – Integração | ESF | 235 | 5.07 | 2.53 | 0.923 | 125 | 6.73 | 1.45 | 0.252 |
| | UBT | 27 | 5.13 | 2.22 | | 5 | 7.67 | 1.64 | |
| Coord – Sistema Inf | ESF | 229 | 7.40 | 2.20 | 0.506 | 125 | 8.75 | 1.31 | 0.854 |
| | UBT | 26 | 7.09 | 2.25 | | 5 | 8.89 | 1.36 | |
| Integralidade – Serv Disponível | ESF | 208 | 4.54 | 1.98 | 0.0729 | 125 | 6.72 | 1.11 | 0.434 |
| | UBT | 25 | 5.25 | 1.74 | | 5 | 7.12 | 0.80 | |
| Integralidade – Serv Prestados | ESF | 231 | 4.86 | 2.47 | 0.708 | 125 | 7.95 | 1.18 | 0.0679 |
| | UBT | 26 | 4.98 | 2.11 | | 5 | 6.64 | 1.87 | |
| Orientação Familiar | ESF | 231 | 5.67 | 3.05 | 0.169 | 125 | 8.53 | 1.51 | 0.499 |
| | UBT | 27 | 4.90 | 2.91 | | 5 | 9.11 | 0.93 | |
| Orientação Comunitária | ESF | 205 | 4.54 | 2.61 | 0.0494* | 125 | 6.33 | 1.67 | 0.846 |
| | UBT | 23 | 3.53 | 3.13 | | 5 | 6.11 | 2.29 | |
| Essencial | ESF | 199 | 5.91 | 1.25 | 0.602 | 125 | 6.85 | 0.82 | 0.827 |
| | UBT | 23 | 5.78 | 1.31 | | 5 | 6.97 | 0.82 | |
| Geral | ESF | 199 | 5.91 | 1.25 | 0.602 | 125 | 6.66 | 0.77 | 0.762 |
| | UBT | 23 | 5.78 | 1.31 | | 5 | 6.76 | 0.71 | |

O Gráfico 3 mostra os mesmos resultados já apresentados na Tabela 32, porém destaca os escores dos atributos dos dois modelos de atenção ESF e UBT, bem como a comparação entre os adultos, os profissionais de saúde e o ponto de corte aceitável que é de 6,66, mostrando os atributos que estão abaixo ou acima da média aceitável.

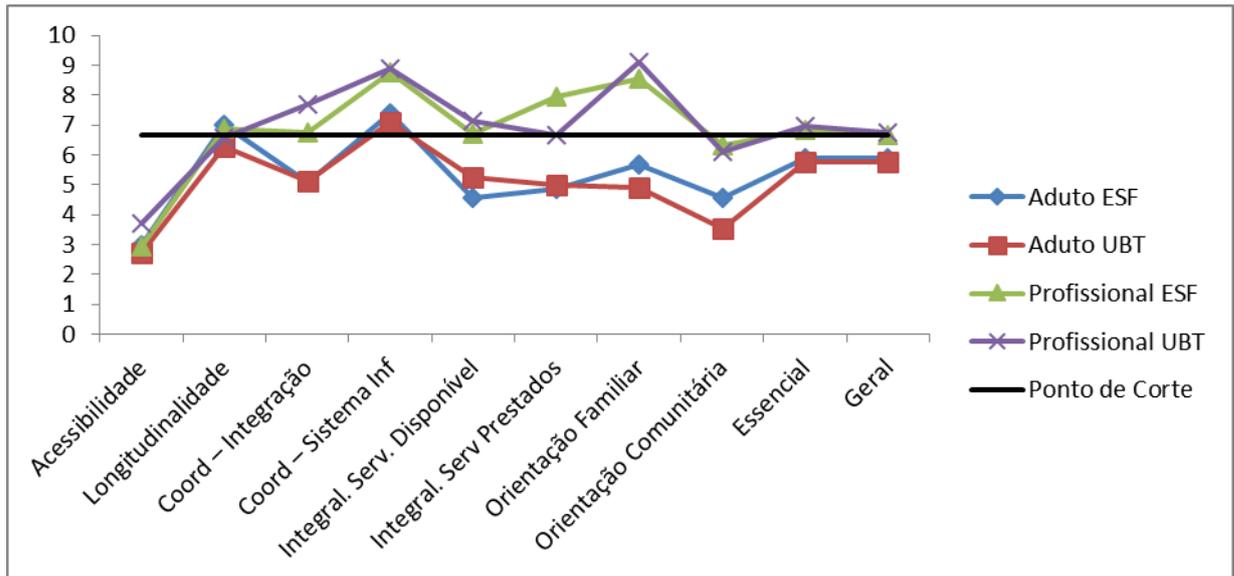


Gráfico 3 - Comparativo entre adultos, profissionais de saúde e o ponto de corte aceitável de 6,66 dos dois modelos distintos ESF e UBT

CAPÍTULO 5 - DISCUSSÃO

A Atenção Primária é a base do sistema da atenção à saúde humana. Dessa forma, quando bem estruturada, consegue solucionar a maioria das demandas ocorridas em seu território de abrangência. Têm sido envidados esforços na busca do fortalecimento da APS, pois, dentro do sistema em redes, a sua atuação é como base e as características estruturais e organizacionais vão interferir em todo o conjunto, podendo influenciar na efetividade do atendimento de acordo com as necessidades da população. Neste estudo, a utilização de um instrumento validado possibilitou a avaliação da presença e extensão dos atributos da APS, a partir da visão dos profissionais de saúde e dos usuários dos serviços, e o resultado alcançado foi considerado como baixa orientação para APS.

Na análise das questões que compõem as dimensões dos atributos essenciais e derivados, a partir da perspectiva dos dois grupos estudados, profissionais da saúde e adultos usuários do serviços, houve heterogeneidade nos resultados, o que permitiu identificar fragilidades tanto nos aspectos de estrutura como de processo relacionados aos atributos dos serviços estudados, apontando a necessidade de reestruturação nos serviços avaliados.

O perfil do grupo de profissionais da saúde participantes do estudo revela que a maioria é composta por mulheres, com idade entre 30 e 39 anos, cor branca, que concluíram o curso entre 6 a 10 anos e que possuem especialização na área da APS.

A participação das mulheres no curso de graduação da saúde, principalmente na enfermagem, é um fenômeno natural, que tem um histórico de uma profissão majoritariamente feminina. Carrillo-García et al. (2013) afirmam que o gênero feminino representam três quartos dos participantes e que praticamente todas as profissões da saúde estão passando por um processo de feminização. A enfermagem já é marcada como mais feminina e a medicina, que antes era masculina, agora está em uma tendência de aumentar os números de mulheres.

O acesso aos cursos superiores ainda é restrito a algumas classes, principalmente à população branca, que ainda ocupa mais espaço nas profissões em que a população negra, mesmo com um percentual de mais 50% da população em geral, tem maiores dificuldades de acesso, geralmente por serem de origem mais pobres.

Quanto à especialização na área da APS, em comparação a outros estudos, pode-se afirmar que esse é um bom resultado, já que há divergências. Cita-se estudo realizado na

cidade de Goiânia, no ano de 2013, no qual Oliveira et al. (2016) identificaram que 67,3% dos participantes realizaram cursos de pós-graduação na área da APS. No DF, Araújo (2013) relata que menos de 30% dos profissionais avaliados tinham especialidade na área da APS. Em outro estudo realizado no DF, Nascimento et al. (2014) afirmam que 13,88% do profissionais têm especialização em ESF e 28,23% têm especialização em Saúde Pública.

No que se refere à preparação dos profissionais para atuar na ESF, existe o curso introdutório que funciona como uma aproximação a APS no momento anterior à inserção na equipe. Neste estudo, a participação dos profissionais foi de 55% (n=71). Observa-se um resultado satisfatório, pois entende-se que a maioria dos profissionais recebeu formação prévia antes de assumir as equipes. Em estudo realizado pelo Observatório de Recursos Humanos do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da UnB (NESP/UnB), identificou-se que a média de participação de capacitação em saúde da família antes de integrar a equipe foi 34,48% dos médicos e 34,02% do enfermeiros (NASCIMENTO et al., 2014).

Na verdade, os cursos introdutórios eram oferecidos com o intuito de superar os desafios referente ao aumento do número de equipes e à rotatividade de profissionais, em que o objetivo era capacitar as equipes dentro da lógica da ESF. Em geral, abordam temáticas relacionadas ao planejamento, organização, estrutura, implantação da ação (FERRAZ et al., 2012).

Sobre a continuidade do processo de formação dos profissionais que atuam na ESF, a alternativa é a Educação Permanente em Saúde (EPS), que neste estudo obteve um percentual de 86,15% de participação dos profissionais nas atividades. É considerado um resultado satisfatório, pois, em outro estudo realizado no DF, o percentual de participação de profissionais da ESF foi de 65,17%, incluindo as três categorias, enfermagem, medicina e odontologia.

Quanto às temáticas abordadas, envolveram aspectos relacionados ao cuidado integral em diferentes olhares, aos protocolos de atendimento nos ciclos de vida e sobre apoio e organização da rede, o que mostra um incentivo da gestão local para que os trabalhadores possam organizar a agenda e ter oportunidade de participar.

A EPS foi idealizada com o intuito de aproximar os atores envolvidos com a formação dos profissionais, no que se refere à gestão, à atenção, ao controle social e ao ensino, por meio da roda de cogestão desses atores dentro de um processo mais democrático e participativo, em que todos os que entram na roda têm poderes iguais, permitindo circuitos de troca, mediação de aprendizagens recíprocas e/ou associação de competências (CECCIM; FEUERWEKER, 2004).

Destaca-se que a EPS é um processo importante para qualificação do processo de trabalho dos profissionais com transformação da realidade, utilizando intervenções educativas com metodologias ativas e permite que os profissionais problematizem sobre o seu processo de trabalho (PERES; SILVA; BARBA, 2016). Assim, há necessidade de problematizar junto aos trabalhadores e demais atores sobre os aspectos relacionados aos atributos de sustentação da APS e que as atividades da EPS possam ser oferecidas dentro dessa perspectiva.

A Política Nacional de Educação Permanente traz elementos importantes para qualificação do processo de trabalho permitindo fazer reflexão da prática e a partir desta contribuir com fortalecimento da APS. Porém, Ravazine e Ribeiro (2017) afirmam que ainda existem equívocos no entendimento do conceito de EPS e de sua aplicação, para tanto sugere que é necessário trabalhar de maneira horizontalizada, promovendo valorização dos saberes de todos os atores envolvidos, bem como melhorar a divulgação da Política Nacional de Educação Permanente com o intuito de melhorar o seu avanço.

Sobre o perfil dos usuários participantes deste estudo, foi composto em sua maioria por mulheres com faixa etária entre 50 e 69 anos, cor parda, casada, renda familiar de + ½ de 1 salário mínimo, escolaridade ensino fundamental incompleto e condição clínica mais presente com HAS.

Tradicionalmente, os serviços de saúde são mais frequentados por mulheres em detrimento das características das políticas e programas com atenção à saúde da mulher. Neste estudo, pôde-se confirmar que as mulheres tiveram um percentual de 76,72% dos participantes. Em outros estudos, como o realizado na Argentina, por exemplo, esses percentuais são semelhantes, tendo 73,6% dos participantes mulheres (BERRA et al., 2013), além de um estudo realizado em Minas Gerais, com 71,0% de participação feminina (PAULA et al., 2015).

Além disso, neste estudo, verificou-se que o percentual de mulheres acometidas por HAS e/ou DM foi superior ao percentual de homens, o que confirma dados da pesquisa do MS Vigitel (BRASIL, 2017), em que o percentual de mulheres acometidas por HAS e DM são superiores aos percentuais dos homens.

Para Francisco et al. (2015), as DCNT têm sido consideradas como um dos maiores problemas de saúde pública global, pois afetam pessoas de todos os grupos socioeconômicos, no entanto, os mais acometidos são os idosos e as pessoas com baixo nível educacional.

Sobre a avaliação da efetividade, identificou-se uma heterogeneidade na visão dos profissionais e dos usuários sobre os serviços da APS, o que tendencia a afirmar que, no geral, tem-se uma avaliação de baixa orientação, pois, mesmo considerando a avaliação dos

profissionais como uma APS forte, porém, a média geral do escore ficou exatamente no limite com o escore geral no valor de 6,66. Por outro lado a avaliação dos adultos foi que a APS teve uma baixa orientação, pois o escore geral alcançado foi abaixo com valor de 5,90.

A partir desse resultado, pode ser observada a influência da quarta geração da avaliação, reforçando a relevância do envolvimento de diferentes atores no processo de avaliação, conforme destacado por Dubois, Champagne e Bilodeau (2011, p. 37): “A avaliação não é uma atividade apenas técnica, mas também prática e sobretudo emancipatória”.

Destaca-se que, no comparativo entre o modelo de atenção baseado na ESF e UBT, os resultados se confirmam, porém, somente na perspectiva dos profissionais das unidades tradicionais a média alcançada no escore geral ultrapassou o ponto de corte ficando com um escore de 6,76.

Os achados encontrados no estudo, ao serem comparados a outras pesquisas, mostraram resultados de avaliação que também tiveram profissionais envolvidos, cujos resultados são geralmente orientados para APS, a exemplo do estudo realizado em Diamantina-MG com os profissionais da ESF, que obteve um escore geral de 6,84 (BATISTA et al., 2016). Em outro estudo, realizado em Cascavel-PR, a média geral foi de 7,10 (CARRER et al., 2016). Em Serra-ES também houve um bom escore de 8,19 (LIMA et al., 2016). Somente no estudo realizado no Distrito Federal, os profissionais da ESF avaliaram com escore de 6,62, ficando abaixo do limite, mas os profissionais das Unidades Básica Tradicional obtiveram um escore de 7,01 (ARAÚJO; MENDONÇA; SOUSA, 2015).

Na perspectiva dos usuários, em comparação com outros estudos, os achados semelhantes corroboram com pesquisa realizada no município do Rio de Janeiro, em uma avaliação com dois tipos de modelo de serviço. A média do escore geral alcançado foi de 5,73 (HARZHEIM et al., 2016). Em outro estudo, também realizado no RJ, porém com adultos da comunidade da Rocinha, o escore geral obtido foi de 6,47 (PINTO et al., 2017). No Distrito Federal, o estudo realizado com cuidadores de crianças usuários da ESF obteve um escore geral de 6,28, e na Unidade Básica Tradicional, o escore geral foi de 5,85 (ARAÚJO; MENDONÇA; SOUSA, 2015).

Ao se comparar com estudos internacionais realizados na perspectiva dos usuários, os dados corroboram com os achados deste estudo, por exemplo, estudo realizado na região de Córdoba, na Argentina, que teve um escore geral de 5,96 (BERRA et al., 2013), no Japão, que teve um escore geral de 5,47 (AOKI; INOVE; NAKAYAMA, 2016) e na China, com 5,90 (WANG et al., 2015).

Destaca-se que, a partir de revisão sistemática, verificou-se que a avaliação da unidades de saúde da família está mais orientada para a atenção primária do que as unidades básicas tradicionais, apontando que os resultados das pesquisas contribuem para mudança de práticas tanto dos profissionais de saúde quanto dos gestores (PAULA et al., 2016).

Esses resultados mostram que ainda é um desafio alcançar os níveis de qualidade esperados no serviços de APS, pois vários fatores influenciam os resultados, indicando a necessidade de melhorias tanto na estrutura quanto no processo dos atributos. Assim, reforça a importância de realização de processos avaliativos dos serviços de saúde como forma de sinalizar, o que impede um cuidado integral da população e que a APS possa assumir seu papel de centro de organização da rede.

Na análise separada dos atributos, constatou-se que, para os profissionais de saúde, a maioria dos atributos obteve um escore compatível com forte orientação, porém, não foram suficientes para se ter uma avaliação a fim de garantir um escore satisfatório no escore geral. Por outro lado, na avaliação dos usuários, a maioria dos atributos tiveram um escore compatível com baixa orientação.

Os dados mostraram que a avaliação dos profissionais de saúde geralmente são melhores que a avaliação dos usuários, pois, além de conhecerem as diretrizes e as políticas, são os responsáveis por implementar e executar as ações. No estudo realizado em 2013 no DF, Araújo, Mendonça e Sousa (2015) verificaram um resultado semelhante em que tanto na avaliação geral como na maioria dos atributos a avaliação dos profissionais foram mais positivas.

Os atributos que obtiveram uma boa avaliação pelos profissionais foram atributos Longitudinalidade (6,85), Coordenação integração de cuidados (6,77), Coordenação sistema de informações(8,75), Integralidade serviços disponíveis (6,74), Integralidade serviços prestados (7,90) e Orientação familiar (8,56). Por outro lado, somente para dois dos atributos o escore foi baixo, Acessibilidade (2,96) e Orientação comunitária (6,32).

Em outros estudos realizados, os dados também são parecidos, a exemplo do estudo realizado por Carrer et al. (2016), em que os achados negativos foram Acessibilidade (4,17) e Coordenação sistema de informações (6,57). Para Batista et al. (2016), foram Acessibilidade (4,39), Longitudinalidade (6,21), Integralidade serviços disponíveis (6,44) e Orientação comunitária (6,45). Para Lima et al. (2016), Acessibilidade (2,84). Para Oliveira et al, (2016), foram Acessibilidade (4,6), Coordenação sistema de informações (6,5), Integralidade serviços disponíveis (6,5) e Orientação comunitária (6,5).

Para os adultos, os atributos que obtiveram um escore compatível com forte orientação

foram somente Grau de afiliação (7,040, Acesso de primeiro contato - utilização (7,59), Longitudinalidade (6,93) e Coordenação sistema de informações (7,37). Os atributos que obtiveram um escore abaixo em sua maioria foram Acessibilidade (2,94), Coordenação integração de cuidados (5,07), Integralidade serviços disponíveis (4,62), Integralidade serviços prestados (4,88), Orientação familiar (5,59) e Orientação comunitária (4,44).

Nesse sentido, Prates et al. (2017), a partir de um estudo de revisão sistemática realizado com pesquisas entre 2007 a 2015, apontam que, em uma visão geral de estudos nacionais e internacionais sobre a avaliação da atenção primária na percepção dos usuários, os atributos que apresentaram fragilidades foram Acessibilidade, Integralidade, Orientação familiar e Orientação comunitária, corroborando os achados do estudo.

Outro estudo de revisão sistemática da literatura, realizado por Paula et al. (2016), em que foram utilizados artigos publicados entre 2000 a 2013, sendo 14 artigos selecionados de pesquisas realizadas no Brasil, demonstrou que, na avaliação dos usuários, os atributos considerados com baixa orientação foram Acesso de primeiro contato, Acessibilidade, Orientação familiar e Orientação comunitária.

Na análise dos atributos em separado, na percepção dos dois grupos estudados, identificaram-se divergências e convergências, as quais contribuem para sinalizar os componentes de avaliação de estrutura e de processo que ficaram comprometidos e que precisam ser colocados em pauta de discussão com foco na melhoria do resultados.

O atributo Acesso de primeiro contato contempla os dois componentes de avaliação, estrutura e processo, sendo o Acesso de primeiro contato - utilização, referindo-se a “processo” que foi avaliado somente na perspectiva dos adultos e Acesso de primeiro contato – acessibilidade, referendo-se a “estrutura” que foi avaliado na perspectiva dos dois grupos.

O Acesso de primeiro contato – utilização foi bem avaliado, alcançando um percentual muito bom, corroborando com resultados de outros estudos, como o de Silva, Baitelo e Fracolli (2015), que mostra a utilização das pessoas nos serviços que estão localizados em seu território.

O atributo Acesso de primeiro contato - acessibilidade, que é um componente de estrutura, foi avaliado pelos dois grupos e houve convergência dos resultados da avaliação em que, para os profissionais, a média do escore foi 2,96 e, para os adultos, a média foi 2,94, ficando bem abaixo do ponto de corte.

Pesquisas envolvendo profissionais da ESF em diversos municípios, como em Serra-ES, tiveram um escore de 2,84 (LIMA et al., 2016), em São Luiz-MA, com um escore de 2,05 (REIS et al., 2013), em Piracicaba-SP, com escore de 2,29 (CESAR et al., 2014), no Distrito

Federal, com escore de 2,75 (ARAÚJO; MENDONÇA; SOUSA, 2015), e em Cascavel-PR, com um escore de 4,17 (CARRER et al., 2016).

Os estudos realizados com adultos também tiveram resultados parecidos, a exemplo do estudo realizado em São Luiz-MA, com escore de 1,72 (REIS et al., 2013), em Serra-ES, escore de 1,80, e no município-polo do vale do Jequitinhonha-MG, que teve escore de 3,2.

A partir desses resultados se fortalece a crítica de que há necessidade de mudanças no processo de trabalho das equipes para melhorar a acessibilidade. Ressalta-se que a questão do acesso à APS é um desafio que merece atenção, principalmente da gestão, nas três esferas, pois a organização dos serviços de saúde no Brasil geralmente funciona no horário comercial, de segunda a sexta-feira. Nas regiões estudadas, não é diferente, os dois grupos foram unânimes quando se referiram aos dias e horários de funcionamento (7 às 12h e das 13 às 18h). Além disso, nenhuma unidade funciona após às 20h, e nem em finais de semana, bem como não há um telefone de contato disponível para que os usuários possam ligar.

Dessa forma, pode-se afirmar que há fragilidade na acessibilidade organizacional, pois usuários não têm como obter cuidados de saúde fácil e convenientemente conforme sua necessidade. Algumas características do serviço, como os turnos de funcionamento, são obstáculos para as pessoas, o que impede a utilização dos serviços de maneira facilitada (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Um aspecto divergente entre os dois grupos foi quanto ao atendimento no mesmo dia. Os profissionais afirmam que é possível, porém, os usuários relatam não ter esse acesso. Dessa forma, é importante destacar que essa dissonância requer mudanças na rotina do serviço, com abertura da agenda para contemplar a demanda espontânea, conforme orientação do MS no caderno de Atenção básica nº 28 que diz ser “fundamental que as unidades de atenção básica estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos” (BRASIL, 2013, p. 20).

Os serviços da APS precisam ser acessíveis e resolutivos, sendo de fato a porta de entrada do sistema de saúde, para que a população possa reconhecer que suas principais demandas serão contempladas e, com isso, a gestão precisa buscar mecanismos gerenciais para dar conta de garantir o acesso (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O tempo de espera dos pacientes superior a 30 minutos para serem atendidos foi apontado como fragilidade pelos dois grupos, sendo necessário reforçar a organização da agenda programada e espontânea, evitando que os pacientes fiquem muito tempo desnecessariamente na unidade.

Por outro lado, um aspecto que chama atenção na perspectiva dos usuários foi em

relação à marcação de consulta, que não é demorada, não precisa procurar muitas pessoas e nem julgam que seja difícil conseguir atendimento, sendo algo positivo, indicando que os serviços estão organizados para agilizar a marcação da agenda programada.

O aspecto referente à necessidade de faltar ao serviço ou à escola para ir à consulta foi avaliado positivamente, porém, o grupo avaliado foi composto, em sua maioria, por aposentados e donas de casa que não têm esse tipo de dificuldade.

Assim, constata-se que há uma necessidade de ampliação do acesso a APS para que essa fragilidade seja superada e isso pode ser feito por meio de ajustes nas escalas das equipes tanto para ampliar o horário durante a semana até as 20h e com possibilidade de funcionamento aos finais de semana, ou pelo menos com abertura aos sábados pela manhã.

O atributo da Longitudinalidade está relacionado ao componente de avaliação de processo e tem como complemento o item grau de afiliação, que foi avaliado somente pelos usuários e este relaciona-se ao componente de avaliação de estrutura.

Para Oliveira e Pereira (2013), o atributo da logitudinalidade tem uma relação mais forte com a questão do vínculo interpessoal entre usuários e sua fonte de atenção do que até mesmo em relação à continuidade do cuidado, conforme utilizado como semelhante na literatura internacional. As autoras afirmam ainda que a Longitudinalidade contribui diretamente para o cuidado, principalmente na redução de encaminhamentos a outros níveis de atenção, e que a ferramenta mais adequada para fortalecer é o acolhimento, sendo uma atitude que deve permear todo cuidado.

Segundo Prates et al. (2017), o atributo Logitudinalidade é um dos mais bem avaliados nas pesquisas brasileiras. No DF, foi identificado um avanço, pois há evidências de que está buscando melhorias no cuidado ao indivíduo, mostrando que há empenho das equipes em fortalecer vínculo com os usuários. Um estudo anterior realizado no DF demonstrou que esse atributo foi avaliado negativamente pelos cuidadores de criança, tanto usuários de unidades tradicionais (5,75) como da ESF (6,59). Embora na ESF tivesse obtido uma melhor pontuação, não foi suficiente para ultrapassar o ponto de corte (ARAÚJO; MENDONÇA; SOUSA, 2015).

Na verdade, o atributo da Longitudinalidade é um dos atributos em que houve convergência positiva na avaliação dos dois grupos avaliados, sendo para os profissionais o a média de 6,85 e para os adultos a média foi de 6,90.

Dentre os itens de avaliação no atributo, o único item que obteve avaliação insatisfatória dos dois grupos foi em relação ao acesso do usuário por telefone ao profissional, pois a unidade não dispõe de telefone que o profissional possa oferecer aos seus pacientes.

Por outro lado, diante das novas tecnologias, há possibilidade de disponibilizar canais de comunicação entre profissional e usuários, além do telefone propriamente dito.

Pesquisas que também tiveram resultados semelhantes e que foram realizadas com profissionais em Cascavel-PR, com escore de 7,10 (CARRER et al., 2016) e no município de Serra-ES, com 7,99 (LIMA et al., 2016). As pesquisas envolvendo adultos também tiveram resultados semelhantes, como um estudo realizado na Favela da Rocinha-RJ em comparação a outros bairros da cidade, em que a média obtida para o atributo foi de 6,84, e outro realizado especificamente na Rocinha, cujo escore foi de 7,32 (PINTO et al., 2017).

O item Grau de afiliação também foi bem avaliado, com um percentual de 78,2% de aprovação pelos usuários e uma média de 3,11, além do mais, o item sobre a troca de unidade, caso fosse possível e fácil, teve um percentual de reprovação mostrando que os usuários dos serviços estão satisfeitos com serviços prestados, sendo um resultado positivo. No estudo realizado por Silva e Fracoli (2014), a média do grau de avaliação foi de 3,67, bem próximo da nota máxima, que era de 4 pontos.

Dessa forma, pode-se afirmar que esse impacto percebido nos serviços é um reflexo do investimento que o MS tem feito ao longo dos últimos anos, por meio do Programa Nacional de Humanização, especificamente, através da proposta do acolhimento, como uma ferramenta que pudesse modificar o processo de trabalho dos profissionais e que contribui para reformular a relação entre os profissionais os usuários, e não apenas ser vista como uma atividade, mas uma atitude que deverá ser reproduzida em toda assistência (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O atributo Coordenação foi avaliado em dois componentes, a integração de cuidados que faz parte do aspecto de processo, e o sistema de informações, que faz parte do aspecto estrutura. Destaca-se que esse é dos atributos primordiais para fortalecer a rede de atenção DCNT, considerando que as pessoas acometidas por HAS e DM necessitam de cuidado integral ao longo da vida, transitar na rede passando por vários pontos de atenção com garantia de oferta de cuidado em local e tempo oportuno.

No que se refere à Integração do cuidado, houve divergência na perspectiva dos dois grupos, cuja média obtida na avaliação dos profissionais foi de 6,77, e na avaliação dos adultos o escore obtido foi 5,07. Esses resultados demonstram que a presença desse atributo é existente, porém, em uma extensão baixa, pois na avaliação dos usuários verifica-se que há necessidade de fortalecimento do atributo.

Em relação à avaliação dos profissionais, esse resultado se assemelha com outros estudos realizados também com profissionais em outras localidades, como no Distrito Federal, em que obtiveram escore de 6,69 (ARAÚJO; MENDONÇA; SOUSA, 2015), em

Serra-ES, cujo resultado obtido foi 6,83 (LIMA et al., 2016), em Cascavel-PR, que obtiveram um escore de 7,40 (CARRER et al., 2016). Por outro lado, há estudos com resultados diferentes, como o estudo realizado em Piracicaba-SP, que obteve 4,28 (CESAR et al., 2014).

Com relação à avaliação dos usuários, foram identificados estudos com um escore muito abaixo, como o realizado em um município do Vale do Jequitinhonha-MG, que teve um escore de 1,90 (PAULA et al., 2015), no Rio de Janeiro, que obteve uma média de 6,57 (HARZHEIM et al., 2016) e estudos internacionais, como em Córdoba, na Argentina, cujo escore foi 6,33 (BERRA et al., 2013) e no Japão, que teve um escore de 6,16 (AOKI; INOVE; NAKAYAMA. 2016). No entanto, em outros estudos, identificaram-se resultados positivos, como em Toronto, no Canadá, que teve média 7,83 (CARROLL et al., 2016), e na África do Sul, que obteve uma média de 7,33 (BRESICK et al., 2016).

Para que a APS seja realmente responsável pela continuidade do cuidado e possa atuar como ordenadora da rede de atenção, é necessário investimento de maneira que a APS seja estruturada, com capilarização por todo o território, sendo um ponto forte para que possa exercitar o papel de base do sistema (CHUERI et al., 2014). A coordenação do cuidado é um desafio para equipes da ESF, demonstrando que há a necessidade de se proporcionar aos profissionais condições de trabalho adequadas, e estimulá-los para o cuidado com os registros dos usuários acompanhados. Dessa forma, é papel da gestão disponibilizar ferramentas para realização desse acompanhamento, fomentando, assim, que os profissionais assumam o papel de ordenador do cuidado.

No detalhamento dos itens do atributo, pode se verificar que a variável referente ao conhecimento de todas as consultas ao especialista que os seus pacientes fazem, a avaliação alcançou um percentual de 53,36% das respostas positivas dos profissionais e para os usuários também foi positivo, com um percentual de 85,27%. Nesse sentido, é importante considerar que, mesmo com um resultado positivo, há necessidade de pontuar que existem fragilidades no registro das informações dos indivíduos, sendo necessário investimento por parte da gestão na capacitação/sensibilização dos profissionais para incorporar ações de monitoramento do registro do trajeto assistencial dos seus pacientes, utilizando novas tecnologias para facilitar essas atividades. Em outros estudos, como o realizado em Sobral-CE e Alfenas-MG, os autores reforçam que essa questão foi bem avaliada pelos profissionais (CARNEIRO et al., 2014; SILVA et al., 2014) e estudos com os usuários também foram positivos nessa questão (SILVA et al., 2014).

Sobre o conhecimento da rede SUS-DF, os dados revelaram que 83% dos profissionais das duas regiões têm clareza dos pontos de atenção existentes, bem como a possibilidade do

trajeto assistencial a ser seguido. Avaliaram positivamente e afirmaram que conhecem os serviços disponíveis na rede, corroborando com estudo realizado no município de Sobral-CE, em que os profissionais referem conhecer o trajeto assistencial dentro da rede de atenção local (CARNEIRO et al., 2014). Porém, na avaliação dos usuários, o percentual alcançado foi de 50,7%, uma parcela considerável de pessoas acometidas por DCNT e que utilizam há um tempo os serviços do SUS e desconhecem a rede assistencial, sendo necessária a contribuição dos profissionais na explicação do desenho da rede de atenção a saúde no DF, por meio de exposição em grupos, durante as consultas individuais ou visita domiciliar.

Sobre a marcação de consultas junto a especialistas, a avaliação dos profissionais e dos usuários foi satisfatória, com um percentual 80,8% dos profissionais e dos usuários, 59,1% das respostas, e apontam que eles sabem que existe um profissional nas unidades para ajudar na marcação das consultas, corroborando com dados de outro estudo, em que a maioria dos profissionais respondeu “Com certeza, sim”, demonstrando que eles também têm conhecimento da existência de uma pessoa para ajudar na marcação da consulta (CARNEIRO et al., 2014). Na perspectiva dos adultos, os resultados de outro estudo corroboram com os dados encontrados e a avaliação também é positiva para essa situação (SILVA, 2014).

No que concerne ao encaminhamento dos pacientes, foi quase unânime a avaliação positiva com 97,7% das respostas dos profissionais e dos usuários, 55,2% relatam o envio de informações sobre a situação do paciente, corroborando com outros estudos realizados nos quais as avaliações pelos profissionais também foi positiva (CARNEIRO et al., 2014; SILVA et al., 2014). Porém, em estudo anterior, foi apontado que Brasília é uma das cidades que apresenta maior dificuldade para o agendamento de serviços de média complexidade e que, mesmo com a existência dos formulários para registro, estes não são utilizados pelos profissionais (ESCOREL et al., 2007).

Ressalta-se que no DF está disponível uma guia de consulta que deve ser preenchida pelos profissionais para encaminhamento, que contém informações sobre a queixa principal, com espaço para ser registrada a conduta realizada e orientação de segmento, bem como o espaço para registro da contrarreferência. É importante destacar que existe essa troca de informações entre profissionais da ESF e das especialidades, com o intuito de que seja garantida a continuidade do contato, sendo primordial que o profissional exerça a sua função de coordenador dos cuidados ao paciente (ESCOREL et al., 2007).

Um dos maiores obstáculos identificados e que impede que a coordenação do cuidado ocorra está relacionado à falta de comunicação com os especialistas, os quais não disponibilizam informações úteis sobre os pacientes, com isso, a contrarreferência fica

fragilizada, sendo avaliado pelos participantes do estudo negativamente, com 76,9% das respostas, confirmado outros estudos com resultados similares (CARNEIRO et al., 2014; SILVA et al., 2014).

Os adultos avaliam como positivo, com 78,8% das respostas, porém cabe destacar que para o usuário a informação que ele traz verbalmente ou a receita da última consulta ou o resultado de exame são suficientes para que ocorra a continuidade do cuidado. Porém, essa comunicação entre os profissionais dos APS e das especialidades com o envolvimento do usuário precisa ser feita baseada em protocolos clínicos, e há uma necessidade de utilizar os mecanismos de comunicação existentes, como os registros no prontuário eletrônico.

As equipes têm restrições para coordenar o cuidado em virtude dos problemas com os fluxos comunicacionais entre os diferentes pontos da rede, admitindo que há fragmentação da rede (SANTOS; GIOVANELLA, 2016). A informação é a essência da coordenação da atenção, necessitando que todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado registrem de forma consistente os serviços prestados para que todos possam ter acesso e compreender as informações disponibilizadas (CARRER et al., 2016).

O item relacionado à conversa que o profissional da APS realiza quando o paciente retorna da consulta com o especialista para conhecer os resultados foi bem avaliado pelos profissionais, com um percentual de 90,7% das respostas, reforçada pelo percentual 59,6% atribuído pelos usuários. Isso demonstra um compromisso e uma preocupação com a situação do paciente. Essa positividade também pode ser conferida em outros estudos, em que refere que a responsabilidade pela continuidade do cuidado é da equipe da ESF e que essa conversa pós-consulta demonstra que o encaminhamento não caracteriza uma transferência de responsabilidade, sendo esse um resgate da integralidade do cuidado (CARNEIRO et al., 2014; SILVA et al., 2014).

De um modo geral, os resultados deste estudo estão em consonância com outro estudo realizado em duas regiões administrativas do DF e cujos dados demonstram que, no subsistema integração de cuidados, os profissionais avaliam positivamente, mas apontam vários desafios para a coordenação, os quais comprometem a integração entre os serviços e demonstram que existe fragilidade na rede de serviços (ARAÚJO; MENDONÇA; SOUSA, 2016).

Nesse sentido, a árdua tarefa busca romper essa lógica compartimentalizada de funcionamento dos serviços de saúde, pois, para constituir uma rede de atenção à saúde capaz de garantir a integralidade, o acesso e a oferta de serviços de saúde de qualidade, é preciso ter uma APS robusta e que assuma o papel de centro de comunicação (BOUSQUAT et al., 2017).

O item Sistema de informações caracterizado como componente de estrutura teve uma avaliação positiva na perspectiva dos dois grupos. O escore dos profissionais foi de 8,75 e o escore dos adultos foi de 7,37. Pode-se afirmar que esse dado teve influência do investimento feito pela SES-DF na implantação do prontuário eletrônico em grande parte da rede, e corrobora com achados anteriores de estudo realizados no DF, em que os profissionais da ESF avaliaram com escore de 8,37 e os da Unidade Básica Tradicional obtiveram um escore de 9,19 (ARAÚJO; MENDONÇA. SOUSA, 2015).

Outros estudos também apoiam essa informação da perspectiva dos profissionais, como da pesquisa realizada em Diamantina-MG com os profissionais da ESF, cujo escore desse atributo foi 8,54 (BATISTA et al., 2016) e no estudo realizado em Serra-ES com o escore de 7,82 (LIMA et al., 2016), e, por outro lado, o estudo realizado em Cascavel-PR, em que se obteve um escore de 6,57 (CARRER et al., 2016)

Na avaliação dos adultos, há também estudos que foram bem avaliados nesse atributo como os realizados no RJ, tanto na Rocinha (7,75) quanto em outros bairros (7,11) (PINTO et al., 2017).

Portanto, o atributo Coordenação da atenção remete a uma possibilidade de que a continuidade do cuidado possa ser garantida, mas que os profissionais precisam deixar mais claro de forma que o usuário possa perceber os avanços; porém, o maior desafio será relacionado à contrarreferência, mas, com o estabelecimento de protocolos clínicos e comprometimento dos profissionais, que tanto a atenção básica quanto a especialidade possam reforçar.

O atributo Integralidade foi dividido em dois itens, serviços disponíveis, caracterizados como componentes de estrutura, e serviços prestados, caracterizados como componentes de processo.

No item Serviços disponíveis com a descrição dos procedimentos possíveis de ser ofertados à comunidade, a avaliação dos grupos foi divergente, tendo os profissionais avaliado positivamente, com um escore de 6,74, e os adultos com uma avaliação negativa, com escore de 4,62.

No que se refere aos itens de procedimentos cirúrgicos, como: suturas (G10/E9), talas (G14/E13), remoção de verrugas (G15/E14) e remoção de unha encravada (G19/E18) a avaliação dos dois grupos foi unânime com respostas negativas. No estudo realizado em regiões de MG, os dados obtiveram a mesma avaliação dos profissionais e dos usuários (SILVA, 2014). Na verdade, por mais que esses procedimentos estejam na lista de procedimentos possíveis de serem realizados no âmbito da APS, a realidade do DF e de outros

municípios são as mesmas, sendo esses tipos de atendimentos direcionados para a atenção secundária, que são os hospitais de referência.

Por outro lado, na perspectiva dos dois grupos, a avaliação que foi unânime positivamente foi referente a itens sobre nutrição (G1/E1), vacinas (G4/E2), avaliação odontológica (G5/E4), planejamento familiar (G7/E6), exame papanicolau (G16/E15), programa tabagismo (G17/E16) e pré-natal (G18/E17), pois estão relacionados a ações mais consolidadas nos serviços de saúde da APS.

Em estudo realizado em MG com usuários, o resultado foi bem semelhante nos mesmos itens, porém, outros itens também foram positivos, como relação a tratamento dentário, aconselhamento ou tratamento para uso prejudicial de drogas, aconselhamento sobre mudanças que acontecem no envelhecimento, orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente e orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado (SILVA, 2014).

No entanto, um rol de ações foi avaliado de forma divergente, sendo positivo para os profissionais e negativo para os usuários, a saber: aconselhamento nutricional (G2/E3), programa de suplemento alimentar (G3/E22), tratamento odontológico (G6/E5), aconselhamento ou tratamento para uso prejudicial de drogas (G8/E7), aconselhamento para problemas de saúde mental (G9/E8), aconselhamento e teste anti-HIV (G11/E10), identificação de problemas auditivos (G12/E11), identificação de problemas visuais (G13/E12), aconselhamento sobre mudanças que acontecem no envelhecimento (G20/E20), orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama (G21/E21) e orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (G22/E19).

No estudo realizado em MG, na avaliação dos profissionais, os itens que obtiveram resultados positivos foram semelhantes aos deste estudo, e na avaliação dos usuários também tiveram resultados negativos sendo semelhantes (SILVA, 2014).

No que se refere aos itens dos Serviços prestados, na avaliação dos grupos também houve divergências, pois os profissionais avaliaram positivamente, com um escore de 7,90, e os adultos avaliaram negativamente, com escore de 4,88. Na aplicação do teste de Mann-Whitney, verificou-se que esse item, na avaliação dos usuários, foi estatisticamente significativo, pois teve um valor de $p=0,031$.

Os itens dos Serviços prestados, que obtiveram uma avaliação unânime positiva, foram relacionados a ações que estão diretamente ligadas ao cuidado às pessoas acometidas por HAS e/ou DM, que são referentes a conselhos sobre alimentação saudável ou sobre

dormir suficientemente, segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança, a respeito de exercícios físicos apropriados, testes de sangue para verificar os níveis de colesterol, verificar e discutir os medicamentos que se está tomando, como prevenir osteoporose ou ossos frágeis, e referentes ao cuidado à saúde da mulher, que foi sobre problemas comuns da menstruação ou menopausa. A avaliação foi boa, pois as ações foram voltadas para as pessoas acometidas por HAS e/ou DM, foco do estudo; há, também, a questão do quantitativo de mulheres participantes do estudo em que historicamente as ações voltadas para saúde da mulher ao longo dos últimos anos sempre foram mais fortes.

Os itens que tiveram divergência na perspectiva dos profissionais, positivamente, e para os usuários, negativamente, foram referentes a aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro, maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando, possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no lar, no trabalho ou na vizinhança, como prevenir queimaduras e prevenção de quedas.

O único item que foi unânime com respostas negativas foi relacionado à pergunta se tinha uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança, pois, com a política do desarmamento no contexto brasileiro, acaba não sendo uma temática abordada no cotidiano das consultas.

Na verdade, esses procedimentos fazem parte de uma das facetas da integralidade do cuidado que está bem focado no procedimento. E que para o grupo de usuários HAS e/ou DM há essa possibilidade de identificação dos serviços ofertados, pois são ações que fazem parte da rotina de consulta e que utilizam com maior frequência.

No que se refere aos atributos derivados que são compostos pela Orientação familiar, Orientação comunitária e Competência cultural, segundo Starfield (2002), a presença dos atributos derivados e associados aos atributos essenciais nos serviços de APS são os responsáveis pela qualificação das ações da APS.

A Competência cultural trata da capacidade dos profissionais reconhecerem as características culturais específicas da sua área de abrangência para colaborar com melhorias na comunicação, porém, esse componente não foi avaliado, pois o instrumento na versão brasileira, especificamente o PCATool, recomendado pelo MS, não contempla esse atributo no conjunto de perguntas, tendo como justificativa que no processo de validação verificou-se que na análise fatorial não se consolidou uma dimensão com três ou mais perguntas representativas (HARZHEIM et al., 2006).

O atributo Orientação familiar teve uma boa avaliação na perspectiva dos

profissionais, com um escore de 8,56, porém, na avaliação dos adultos, teve um escore de 5,59, bem abaixo do ponto de corte. Em pesquisas envolvendo profissionais da ESF em diversos municípios, obteve: 9,07 em Serra-ES (LIMA et al., 2016); 8,05 em Diamantina-MG (BATISTA et al., 2016); 7,56 em Cascavel-PR (CARRER et al., 2016). No Distrito Federal, a média na unidade tradicional foi de 7,57 e na ESF foi 8,55 (ARAÚJO; MENDONÇA; SOUSA, 2015).

No entanto, na percepção dos adultos, foi negativa, e nos achados também se confirma ao encontrado em outros estudos como o realizado por Santos et al. (2016) em que, independente do modelo de APS, o escore médio obtido teve valor <6,6, sendo considerado insatisfatório.

O item em que houve divergência entre os dois grupos avaliados, profissionais e adultos, foi em relação às perguntas feitas pelo profissional ao paciente sobre ideias e opiniões para planejamento do tratamento e cuidado. Para profissionais, o percentual foi de 84,6% respostas positivas; já para os adultos, o percentual foi de 51,5% de respostas negativas. Esses dados corroboram com estudo realizado com cuidadores de criança, em João Pessoa-PB, em que o percentual de resposta negativa foi de 67,7 (REICHERT et al., 2016).

De fato, esse item avalia o processo de acolhida dos usuários pelos profissionais, sendo um espaço de produção de saúde, mas que precisa ser bilateral, não adianta o profissional sinalizar que realiza, baseado na lógica biologicista, sem considerar as condições do indivíduo que está recebendo cuidado e nem considera com um ser integral.

No item referente a perguntas feitas pelo profissional sobre ideias e opiniões no planejamento do tratamento e cuidado para o usuário ou algum familiar, houve uma convergência entre os dois grupos, com maioria das respostas positivas, sendo o percentual dos profissionais de 99,2% e dos usuários de 72,5%. Em estudo realizado em João Pessoa, o percentual foi de 69,1% de respostas positivas (REICHERT et al., 2016)

O último item desse atributo foi sobre a possibilidade do profissional médico ou enfermeiro reunir com os membros da família para discutir um problema de saúde ou problema familiar, e os dois grupos investigados foram convergentes com respostas positivas: na avaliação dos profissionais, foi de 94,6%, e na avaliação dos usuários, foi de 50,8%. Em estudo realizado em João Pessoa, o resultado foi positivo para 59,4% (REICHERT et al., 2016).

No que se refere à Orientação comunitária, a avaliação dos dois grupos foi abaixo do ponto de corte, sendo que para os profissionais obteve uma média com escore de 6,32, e para os adultos a média do escore foi de 4,44. Sobre a avaliação dos profissionais, um estudo que

corroborar essa média foi realizado no DF, com profissionais da ESF, e obteve um baixo escore (5,61) (ARAÚJO; MENDONÇA; SOUSA, 2015); em outro estudo, realizado com enfermeiros em Belo Horizonte, o escore foi de 5,6 (TURCI; LIMA-COSTA; MACINKO, 2015).

Estudos de avaliação dos usuários adultos também têm dados semelhantes, como os estudos realizados no Brasil e em outros países. Estudos realizados no município de Serra-ES teve média de 4,47 (LIMA et al., 2015), São Luiz-MA, de 2,9 (ALENCAR et al., 2014), na cidade de Córdoba, na Argentina, a média foi de 4,00 (BERRA et al., 2013), na província de Guangdong, na China, foi de 4,38 (WANG et al., 2015) e na província de Western Cape, na África do Sul, a média foi de 4,33 (BRESICK et al., 2013).

Outros estudos realizados com cuidadores de crianças no Brasil também reforçam essa baixa avaliação para o atributo Orientação comunitária, que apresentou média de 5,7 (REICHERT et al., 2016).

O componente da Orientação comunitária reflete a relação dos profissionais com a comunidade e o conhecimento das necessidades desse grupo com o intuito de focar em um planejamento de soluções. Para tanto, é necessário utilizar alguns métodos baseados na clínica, na epidemiologia, nas ciências sociais, na pesquisa e na avaliação de serviços de saúde, bem como o envolvimento das pessoas da comunidade nesse processo de identificação e propostas de ações (STARFIELD, 2002).

Em três dos itens ocorreu uma convergência positiva entre os profissionais e os usuários, sendo que no item sobre realização de Visita domiciliar o percentual dos profissionais foi de 97,7% das respostas positivas e para os adultos o percentual foi de 63,3% de respostas positivas. Em estudo realizado em João Pessoa-PB, o percentual de respostas positivas na perspectiva dos cuidadores de crianças foi de 77,9% (REICHERT et al., 2016).

Uma das características marcantes da ESF é essa possibilidade de se manter próximo da população, utilizando vários mecanismos para identificação das demandas da coletividade e diversas formas de intervenção. A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011) reforça algumas das formas de se praticar a orientação comunitária, como a realização de visita domiciliar, tanto pelo agente comunitário como pelos demais profissionais, apoio ao exercício do controle social, desenvolvimento de ações de mobilização e participação da comunidade, ações educativas que colaborem com o desenvolvimento da autonomia, individual e coletiva, além de conhecer as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território sob sua responsabilidade.

Outro item que também foi convergente - para os profissionais com o percentual de

86,1% de respostas positivas e para os adultos com o percentual de 60,6% de respostas positivas - foi sobre se o serviço tem conhecimento adequado dos problemas que existem na comunidade a qual atende.

No estudo realizado em João Pessoa-PB, por Reichert et al. (2016), o percentual de respostas na perspectiva dos cuidadores de crianças sobre esse item, relacionado ao conhecimento adequado dos problemas da comunidade, teve uma divergência em que as respostas negativas alcançaram um percentual de 50,8%.

O último item que ficou convergente foi relacionado à escuta de opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde, sendo que, na perspectiva dos profissionais, o percentual foi de 76,9% de respostas positivas, e para os adultos, o percentual foi de 51,3% de respostas positivas.

Nesse atributo, somente em um dos itens houve uma convergência negativa entre profissionais e adultos, o referente à realização de pesquisas sobre o atendimento do serviço e se está satisfazendo às necessidades das pessoas: os profissionais tiveram um percentual 65,4% de respostas negativas e os adultos tiveram um percentual de 73,7% também de respostas negativas. Nesse contexto, destaca-se que os profissionais de saúde precisam desenvolver processos avaliativos para conhecer a satisfação dos usuários.

Na verdade, essa é uma das formas de se aperfeiçoar o SUS, que através da realização da escuta da opinião dos usuários pode-se colaborar com o aprimoramento das ações e serviços oferecidos pela equipe de saúde da família (MARRA et al., 2013). A satisfação dos usuários é uma meta que precisa ser estabelecida pelos serviços, pois estes são o foco da atenção prestada (ARAÚJO et al., 2015). Um dos aspectos centrais da avaliação em saúde está relacionado à qualidade dos serviços prestados.

O outro item foi referente à realização de pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que deveriam ser conhecidos pela equipe. Na perspectiva dos profissionais, o percentual foi de 51,6% de respostas positivas, por outro lado, os usuários tiveram um percentual de 71,9% de respostas negativas. Em estudo realizado com cuidadores de crianças de João Pessoa-PB, esse item teve um percentual de 64,8% de respostas negativas sobre essa questão (REICHERT et al., 2016), e mostra a importância do conhecimento da epidemiologia para aplicar no cotidiano, de maneira que os profissionais possam transformar os dados referentes à produção em informações que possam ser utilizadas para planejamento das ações da unidade e de fato oferecer um cuidado voltado para as necessidades do território.

O último item está relacionado ao Conselho Local de saúde (controle social) em que para os profissionais o percentual foi de 56,2% de respostas positivas e para os adultos o

percentual foi de 77,2% de respostas negativas. Estudos realizados com cuidadores corroboram com os dados dos usuários adultos em que há 70,2% de respostas negativas (REICHERT et al., 2016).

Esse aspecto é um desafio para ser colocado em prática, pois depende da compreensão que o trabalhador tem sobre o exercício do controle social e qual a importância para o fortalecimento do território em que está inserido. Ressalta-se que a participação da comunidade nas decisões dos serviços de saúde se dá através dos conselhos locais de saúde, sendo essa uma forma de permitir que a sociedade civil organizada possa ocupar espaços nos serviços e, com isso, disseminar a cultura participativa, porém, esse não é um desafio fácil, pois essa interação serviço-comunidade com os problemas bem próximos requer desenvolver habilidades para lidar com os conflitos de interesses e manutenção de um diálogo como foco no interesse da coletividade (CRUZ et al., 2012).

As fragilidades identificadas nesse atributo refletem que há problemas no percurso de formação do profissional de saúde para produção de cidadania, com foco no cuidado cidadão. A necessidade de qualificar o processo, e assim buscar formas de empoderamento do usuário, perpassa pela formação política frágil do profissional de saúde, que pode ser um reflexo do próprio trabalhador que não tem afinidade ou um espírito de construção coletiva e valorização de sua categoria. Portanto, é necessário que os profissionais sejam sensibilizados para protagonizar o processo, principalmente a lutar pela valorização do seu papel.

Além disso, reforça-se a importância das ciências sociais nos currículos de formação de enfermagem e medicina (disciplinas como sociologia, antropologia e filosofia) que contribuem para despertar um olhar para produção social da saúde.

A participação social dos usuários é um direito conquistado através na Lei nº 8.142/1990, mas precisa ser formentada no cotidiano, com sensibilização para os conselhos locais de saúde, com discussões sobre as necessidades e determinantes da saúde e promoção da saúde. Ademais, a PNH sugere dispositivos que podem ser utilizados nos serviços para incentivar a população a participar das tomadas de decisões de funcionamento do serviço e ações que deverão ser realizadas de acordo com a necessidade da comunidade.

Nesta avaliação da APS, utilizaram-se as DCNT como pano de fundo, o que possibilitou a identificação de fragilidades de estrutura e de processo que interferem no sistema como um todo. Dessa maneira, cabe pontuar alguns aspectos que podem contribuir com a reestruturação dos serviços de APS, além de envolver os atores da gestão, trabalhadores, academia e controle social para que possam corresponsabilizar com as mudanças necessárias.

O primeiro aspecto é questão do financiamento, sendo um dos principais mecanismos para garantir a estrutura da APS, bem como fortalecer os processos, pois é necessário a garantia de destinação de recursos para que contemple as reais necessidades. A crise orçamentária desperta preocupação, a exemplo da aprovação da Emenda Constitucional nº 95 de 2016, que congela por 20 anos a possibilidade de investimentos na saúde, além disso, ainda é muito forte a influência do modelo hospitalocêntrico, da atenção especializada e medicalização que tendem a ocupar as prioridades na agenda política de todos os níveis.

Outro aspecto importante está relacionado à formação dos profissionais, sendo um mecanismo que pode contribuir principalmente no processo de trabalho desses profissionais, que se inicia na graduação e dá continuidade ao longo da carreira profissional, porém, ainda existem fragilidades no processo de formação e não coloca a integralidade como prioridade. A formação ainda é fragmentada com foco na clínica, fortemente atrelada ao paradigma biomédico, em que não há integração das disciplinas e a teoria dissociada da prática, sendo, portanto, um dos nós críticos nesse processo de consolidação da perspectiva da integralidade (DINIZ et al., 2016).

Por outro lado, a falta de preparação dos profissionais para lidar com as dificuldades dos pacientes é um resultado da fragilidade na formação dos profissionais que não contempla uma vinculação com a realidade das condições de vida e saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Assim, cabe a instituições formadoras do nível de graduação contemplar, nas estruturas curriculares dos cursos de enfermagem e de medicina, os aspectos que envolvem a APS e que ocupe um espaço importante no rol de disciplinas abordadas. Ressalta-se que em 2014 foram aprovadas as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, contemplando três áreas de competências: atenção à Saúde, gestão em Saúde e de educação em Saúde, e nos conteúdos há uma indicação da necessidade de abordar todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade e referenciados na realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em saúde (BRASIL, 2014).

E no caso do curso de graduação em Enfermagem, ainda está sendo baseado nas diretrizes curriculares de 2001, que consideram em suas competências a necessidade do cuidado na saúde coletiva com atendimento das necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes, além de intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus

diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência (BRASIL, 2001).

Assim, as duas formações que são eixos importantes para operacionalização da APS já têm respaldo legal para contemplar essa abordagem no ensino de graduação, porém, o desafio está na implementação e que perpassa na mudança do paradigma a ser quebrado.

Ressalta-se que a realização de cursos de especialização na área da APS também contribui significativamente para que o profissional consiga compreender e exercer suas funções, e que colabora com mudança do modelo de atenção com fortalecimento da APS, tanto que os profissionais que realizaram cursos de especialização na área da APS avaliaram melhor os atributos dos que os que não têm especialização na área.

No contexto da pós-graduação, existem cursos de residência médica e multiprofissional em saúde da família que oferecem oportunidade de um aprofundamento na área, sendo uma alternativa para fortalecer essa abordagem na formação dos profissionais que já estão em atuação ou dos que não tiveram oportunidade de participar de uma formação mais humanística e integral.

Por último, o aspecto referente ao fortalecimento do controle social para que possa realmente atuar nas diversas frentes de trabalho, tanto junto à gestão da unidade ou da região, aos profissionais e até mesmo à comunidade, mas com o mesmo ideal de buscar a garantia de um serviço de saúde de qualidade.

Portanto, é necessário que a gestão e os profissionais estejam sensibilizados para fortalecer a relação com os conselhos locais de saúde e colaborar com a qualificação dos espaços democraticamente, pois um controle social qualificado e participativo tem condições de contribuir para efetividade das ações.

Reforça-se que algumas alternativas baseadas na promoção da saúde e com utilização de metodologias participativas permitem uma aproximação de saberes populares aos saberes científicos e que esse envolvimento de todos atores na produção de saúde são estratégias adequadas para superar os desafios (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Dessa forma, evidencia-se que há uma necessidade de envolvimento da gestão, dos profissionais e dos usuários no compromisso de fortalecer a APS, além disso, requer que sejam aplicados investimentos tanto na estrutura quanto no processo que contemplam os vários aspectos já apontados para qualidade e oferta de uma atenção efetiva.

No caso do DF, as evidências mostram que a APS não esteja orientando o sistema de saúde. O fato de ter tido uma ampliação no número de equipes implantadas, bem como uma definição de política de fortalecimento da APS, não quer dizer, obrigatoriamente, que está

sendo aplicada conforme foi planejada, pois vários fatores podem afastar a população de um cuidado de qualidade e necessário. Portanto, é preciso manter priorização na agenda política, além de garantir profissionais com perfil, formação e motivados para atuação nesse contexto, além de estrutura que ofereça condições para atuação.

CAPÍTULO 6 - CONCLUSÕES

A partir do estudo realizado, pode-se afirmar que os serviços de saúde da APS no DF tem uma baixa orientação para Atenção Primária, pois o resultado da avaliação dos adultos usuários e dos profissionais de saúde foi heterogênea. Dessa forma, constata-se que o objetivo geral da pesquisa de avaliar a efetividade da assistência prestada pelos profissionais de saúde da APS a pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus* em duas regiões administrativas do Distrito Federal foi alcançado.

Na perspectiva dos usuários, o escore geral está abaixo do limiar estabelecido, ou seja, inefetiva, e na perspectiva dos profissionais de saúde o escore geral é limítrofe, sendo ainda assim considerada efetiva. Ressalta-se que as regiões administrativas investigadas receberam um investimento significativo nos últimos anos para consolidação da APS, com aumento expressivo da cobertura de equipes da ESF na área.

Destaca-se que existe uma tendência de que a avaliação dos profissionais de saúde seja melhor que a avaliação dos usuários. Isso se deve ao fato de que profissionais têm conhecimento de todo o processo envolvido na atenção à saúde, porém, não conseguem expressar de forma concreta que algumas ações sejam compreendidas pelos usuários.

Nas regiões estudadas, Samambaia e Recanto das Emas, no resultado do escore dos atributos essenciais, também houve divergência entre os dois grupos avaliados, com uma avaliação dos usuários abaixo do ponto de corte, e dos profissionais bem acima.

Na verdade, essa avaliação foi influenciada pelos resultados dos escores dos atributos avaliados negativamente pelos usuários, como Acessibilidade, Coordenação (integração dos cuidados), Integralidade (serviços disponíveis e prestados), Orientação familiar e comunitária. E na perspectiva dos profissionais de saúde, os atributos que contribuíram para essa baixa avaliação foram Acessibilidade e Orientação comunitária.

Por outro lado, dois atributos foram avaliados positivamente pelos dois grupos, que foram a Longitudinalidade e a Coordenação (Sistema de informações), sendo potencialidades que merecem uma atenção por ter características que contribuem com a melhoria da qualidade.

Os dois atributos que foram avaliados negativamente pelos dois grupos estudados e que precisam ser priorizados foram a Acessibilidade e Orientação comunitária, porém, é imprescindível dar uma atenção aos demais atributos em que os usuários apontam fragilidades, pois é um sistema e a avaliação é feita no todo e as falhas, em um determinado ponto, refletem em vários outros pontos.

As fragilidades relacionadas ao acesso precisam ser superadas através de mudanças estruturais, com ampliação do acesso tanto relacionado ao horário de funcionamento, pelo menos até as 20h, como também atendimento aos sábados, pois os usuários adultos que trabalham não conseguem ter acesso em horários alternativos, conforme já foi apontado em outros estudos dessa natureza. Assim, para ampliar o acesso, é importante a ampliação do horário de funcionamento, aumento do quadro de pessoal técnico e administrativo, bem como melhora nos canais de comunicação entre serviços e comunidade.

Sobre o atributo da Orientação comunitária, o item que influenciou fortemente no resultado obtido nos dois grupos avaliados foi em relação à avaliação das necessidades dos indivíduos e da comunidade, e isso pode ser superado através de pesquisas de satisfação do usuário, buscando compreender quais as necessidades e expectativas da população. No entanto, outros itens também contribuíram para a baixa avaliação, que foi sobre o conhecimento dos principais problemas que a comunidade enfrenta, em que as ações de territorialização podem instrumentalizar a equipe para conhecer a área sob responsabilidade. E o outro item foi sobre a participação de usuários em conselho local de saúde, mostrando a necessidade dos profissionais em colaborar com identificação de lideranças na comunidade e que estejam dispostas para participação dos processos de decisão da unidade ou região.

Os atributos que foram avaliados negativamente somente pelos usuários, como coordenação (integração de cuidados), integralidade e orientação familiar estão diretamente relacionados ao cuidado ao indivíduo, mostrando que profissionais não conseguem traduzir para seus usuários a atenção prestada. Portanto, é necessário repensar as práticas de cuidado oferecidas e que busque uma aproximação com as pessoas que são cuidadas.

Assim, para superar as fragilidades identificadas nos atributos que fazem parte do componente de avaliação de processo, a prioridade é focar na educação, seja na graduação, na pós-graduação ou continuamente no ambiente de trabalho. Para tanto, a sugestão é utilizar as diretrizes propostas na Política Nacional de Educação Permanente como referência, contemplando os aspectos do processo de trabalho, incorporação de práticas que colaborem com a mudança do modelo de atenção, responsabilização pelas pessoas do território e envolvimento de todos os atores.

A necessidade é que os gestores priorizem a APS na definição de agenda de trabalho com ações de monitoramento e avaliação e o investimento na estrutura para que seja possível a oferta de um cuidado integral e efetivo. Quando se trata de investimento financeiro, a preocupação maior está relacionada às ameaças que o sistema de saúde começa a enfrentar, pois vários cortes nos recursos já estão em andamento, como a aprovação da EC 95/2016,

bem como a retirada de direitos sociais já conquistados, e entre outros retrocessos que podem afastar a possibilidade de se ter uma APS de qualidade.

Pode-se afirmar que há um grande desafio a ser superado, no estudo pode ser observado que os atributos da APS estão presentes nas regiões administrativas estudadas, porém, as divergências na extensão desses atributos mostram a necessidade de melhorias. Reforça que a RAS-DF está comprometida e com uma APS fragilizada, que não consegue cumprir seu papel ordenadora e coordenadora do sistema de saúde não é possível atender às maiores demandas da população de maneira qualificada.

Limitações do estudo

Como limitações do estudo, aponta-se que não foi realizada em toda a Região Sudoeste de Saúde, pois as RA Taguatinga, Águas Claras e Vicente Pires não tinham uma boa cobertura de ESF.

Além disso, atualmente, a SES-DF está implantando um novo modelo de gestão junto a APS e essa condição pode ser fator que, pelo menos, temporariamente, possa ser um limitador que abranja tanto os profissionais quanto os usuários. Os primeiros, no que tange à adaptação à nova realidade de prestação de assistência, e o segundo, uma novidade na forma da abordagem de serem atendidos.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, M. N. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, fev. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.08522012>>. Acesso em: 11 jul. 2017
- ALFRADIQUE, M. E. et al. Lista de internações por condições sensíveis à atenção primária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012.
- AOKI, T.; INOUE, M.; NAKAYAMA, T. Development and validation of the Japanese version of Primary Care Assessment Tool. **Fam Pract**, v. 33, n. 1, p. 112-117, 2016.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E; MERCHAN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 21, n. 5, p. 1499-1510, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>. Acesso em: 9 ago. 2016.
- ARAÚJO, J. S. S. et al. Satisfação de mulheres hipertensas na atenção primária com relação aos atributos essenciais família e comunidade. **Saúde debate**, v. 39, n. 105, p. 411-422, 2015.
- ARAÚJO, R. L. **Atributos da atenção primária à saúde no Distrito Federal**: estudo comparado entre unidades básicas de saúde tradicional e a estratégia saúde da família no cuidado integral à saúde da criança. 2013. 110 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- ARAÚJO, R. L.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Saúde em Deb.**, v. 39, n. 105, p. 387-399, 2015.
- BATISTA, V. C. L. et al. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde segundo os profissionais de saúde da família. **SANARE**, Sobral., v.15, n. 02, p.87-93, jun./dez. 2016.
- BERRA, S. et al. Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. **Rev Panam Salud Publica**, v. 33, n. 1, p. 30-39, 2013.
- BRESICK, G. et al. 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.**,v. 8, n. 1, p. a1057, 2016.
- BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Cien Saude Colet**, v. 22, n. 4, p. 1.141-1154, 2017.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Congresso Nacional, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008**. Define a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool pcatool*** - Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de análise de situação de saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011b. Regulamenta a Lei nº 8.080. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF 29 jun. 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 7 abr. 2015

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012b. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v. 1)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 384 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 01 de abril de 2014**. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em: 8 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CARNEIRO, M. S. M. et al. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 279-295, out. 2014.

CARRER, A. et al. Efetividade da Estratégia Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2.849-2.860, 2016.

CARRILLO-GARCÍA, C. et al. Influência do gênero e da idade: satisfação no trabalho de profissionais da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 6, p.1314-1320, 2013. DOI: 10.1590/0104-1169.3224.2369.

CARROLL, J. C. et al. Academic family health teams: Part 1: patient perceptions of core primary care domains. **Can Fam Physician**, v. 62, n. 1, p. e23-30, 2016.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Revista Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CESAR, M. C. et al. Avaliação da atenção primária no município de Piracicaba, SP, Brasil. **Saúde debate**, v. 38, n. especial, p. 296-306, 2014.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. et al. (Orgs). **Avaliação conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. 9. ed. Barueri, SP: Manole, 2014.

CHOMATAS, E. R. V. **Avaliação da presença e extensão dos atributos da APS no município de Curitiba em 2008**. 2008. 95 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

CHUEIRI, P. S. et al. Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde. **Divulgação em saúde para debate**, n. 52, p. 114-124, out. 2014.

Disponível em:

<<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/142570/000992554.pdf?sequence=1>>.

Acesso em: 15 dez. 2016.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: Uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004. 295 p.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRUZ, P. J. S. C. et al. Desafios para a Participação Popular em Saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB1. **Saúde Soc.**, v. 21, n. 4, 2012.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Reorganização da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal - estratégia de apoio à consolidação de redes de atenção à saúde**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.mpdft.mp.br/saude/images/politicas_publicas/Plano_atencao_primaria_df.pdf> Acesso em: 10 jul. 2017.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano de Saúde do Distrito Federal de 2012 a 2015**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/plano-distrital-de-saude.html>>. Acesso em: 1 set. 2015.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano de Saúde do Distrito Federal de 2016 a 2019**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, 2016a. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/planejamento/planos-de-saude/plano-de-saude-2016-2019.html>>. Acesso em: 1 set. 2017.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Decreto nº 37.515, de 26 de julho de 2016**. Institui o Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS para as regiões de saúde e unidades. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, 2016b.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 1/2017**: Organização da Assistência ao Hipertenso e ao Diabético na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada. Brasília: SES, 2017. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/images/Licitacoes/dispensa/2017/Nota_tecnica_HAS_e_DM_as_sinada.pdf>. Acesso em: 1 set. 2017.

D'AVILA, O. P. et al. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 22, n. 3, p. 855-865, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.03312016>>. Acesso em: 6 ago. 2017.

DINIZ, S. G. M. et al. Avaliação do atributo integralidade na atenção à saúde da criança. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.57067>>. Acesso em: 23 jun. 2017.

DONABEDIAN, A. The Quality of Care z: How can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

DUBOIS, C. A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Historico da avaliação. In: BROUSSELLE, A. et al. (Orgs). **Avaliação conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de Apoio Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Sal Publ.**, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007. Disponível

em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892007000200011>>. Acesso em: 9 jul. 2015.

FERRAZ, F. et al. Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Sau. & Transf. Soc.**, v. 3, n. 2, p. 113-128, 2012.

FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Desigualdades sociodemográficas nos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito telefônico em Campinas, São Paulo. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n.1, p. 7-18, jan./mar. 2015.

FRANK, B. R. B. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**, v. 39, n. 105, p. 400-410, 2015.

FERRER, A. P. S. **Avaliação da Atenção Primária à Saúde prestada a crianças e adolescentes na região oeste do município de São Paulo**. 2013. 234 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: São Paulo, 2013.

FIGUEIREDO, N. M. A et al. Entre a filosofia e as políticas públicas: o que saber sobre o SUS. In: FIGUEIREDO, N. M. A.; TONINI, T. (Orgs). **SUS e PSF para Enfermagem: Práticas para o cuidado em saúde coletiva**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2007.

GIL, C. R. R.; MAEDA, S. T. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In. SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. (Org.). **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2013.

GÖTTEMS, L. B. D. et al. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1409-1419, 2009.

GÖTTEMS, L. B. D. **Análise da política der atenção primaria à saúde desenvolvida no Distrito Federal**: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979-2009). 2010. 285 f. Tese (Doutorado em Administração) - Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciências da Informação e Documentação. Universidade de Brasília, Brasília. 2010.

HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, ago. 2006.

HARZHEIM, E. et al Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 274-84, 2013.

HARZHEIM, E. et al Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 21, n. 5, p. 1399-1408, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.26672015>>. Acesso em: 9 jul. 2015.

HILDEBRAND, S. M. **O modelo político-tecnológico da atenção à saúde da família no Distrito Federal**: 1997 a 2006. 2008. 318 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) -

Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

LESSA, I. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciências & Saúde Coletiva**. v. 9, n. 4, p. 931-943, 2004.

LIMA, E. F. A. et al. Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 553-559, maio-jun. 2015.

LIMA E. F. A. et al. Avaliação da Estratégia Saúde da Família na Perspectiva dos Profissionais de Saúde. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 275-280, 2016.

MACHADO, R. R. et al. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 1, p. 181-167, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a23.htm>>. Acesso em: 9 jul. 2015.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - comunicação, saúde, educação**, São Paulo, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.

MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 23, n. 4, p. 599-608, 2014.

MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.**, n. 107 (3 Supl.3), p. 1-83, 2016.

MARRA, E. M. O. et al. Expectativa e satisfação dos usuários sobre os serviços oferecidos pelas equipes do Programa Saúde da Família. **J ManagPrim Health Care**, v. 4, n. 3, p. 158-168, 2013.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A dimensão do financiamento da atenção básica e do PSF no contexto da Saúde – SUS. In: SOUZA, M. F. (Org.). **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000300017>>. Acesso em: 22 maio 2016.

MATTOS, R. A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, p. 39-64, 2001.

MEI, J. et al. The development and validation of a rapid assessment tool of Primary Care in China. **BioMed Research Intern.**, v. 2016, 6019603, 2016. 13 p.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/public/media/11UN5gHxOAAGWd/18446212121840542550.pdf>>. Acesso em: 5 ago. 2016.

MILECH, A. et al. **Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes**. São Paulo, AC Farmacêutica, 2016.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 244 p.

NASCIMENTO, F.B. et al. **O cirurgião-dentista, o enfermeiro e o médico da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal**. Brasília: ObservaRH, 2014.

NICOLI, M. A et al. Não é só um problema de “satisfação dos usuários”: considerações sobre a participação dos usuários na avaliação da atenção básica. **Saúde em Redes**, v. 2, n.1, p.23-42, 2016.

OLIVEIRA M. A. C.; PEREIRA I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.**, v. 66 (esp), p. 158-164, 2013.

OLIVEIRA, M. P. R et al. Formação e qualificação de profissionais de saúde: fatores associados à qualidade da atenção primária. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 10, n.4, 2016.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 653-673, abr./jun. 2013.

PAULA, F. A. et al. Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG). **Saúde debate** [online], v. 39, n. 106, p. 802-814, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201510600030020>>. Acesso em: 23 jun. 2017.

PAULA, W. K. A. S. et al. Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 50, n. 2, p. 335-345, 2016.

PEREIRA, A. L. et al. Programas de atenção à saúde. In: FIGUEIREDO, N. M. A. (Org.). **Ensinando a cuidar em Saúde Pública**. São Caetano do Sul: Difusão, p. 255-339, 2005. (Práticas de Enfermagem)

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

PERES, C.; SILVA, R. F.; BARBA, P. C. S. D. Desafios e potencialidades do processo de educação permanente em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v. 14, n. 3, p.783-801, 2016.

PINTO, L. F. et al. A qualidade da Atenção Primária à Saúde na Rocinha – Rio de Janeiro, Brasil, na perspectiva dos cuidadores de crianças e dos usuários adultos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 771-781, 2017.

PIRES, M. R. G. M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1009-1019, 2010. POLIT, D.F; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para prática da enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRATES, M. L. et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 22, n. 6, p.1881-1893, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

RAVAZINE, B.; RIBEIRO, S.F.R. Considerações sobre educação permanente em saúde: revisão bibliográfica. **Interfaces da Educ.**, v. 8, n. 22, p. 363-387, 2017.

REICHERT, A. P. S. et al. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 21, n.1, p.119-127, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.05682014>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

REIS R. S. et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, 2013.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar./abr. 2004.

ROSA, T. E. C. et al. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol.**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 158-171, 2009.

SAMPIERI, R; H;; CALLADO, C. F.; LUCIO, M. D. P. B. **Metodologia da pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. **Saúde em Deb.**, v. 4, n. 108, p. 48-63, 2016.

SANTOS, N. C. C. B. et al. Orientação familiar e comunitária segundo três modelos de atenção à saúde da criança. **Acta paul. enferm.** [online], São Paulo, v.9, n. 6, p. 610-617, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600086>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e sociedade**. v. 10, n. 02, .p. 47-74, 2001.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; SORATTO, J. O trabalho na Estratégia Saúde da Família. In: SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (Org.). **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas:

Saberes Editora, 2014.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Coordenação de Atenção Primária Saúde. Guia de referência. **Carreira de Serviço da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: SES, 2016.

SILVA, S. A. et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde. **Rev esc enfer**, v. 48, p. 126-132, 2014.

SILVA, S. A.; BAITILO, T. C.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 979-987, set./out. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00979.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2017.

SINGER, J. A simple procedure to compute the sample size needed to compare two independent groups when the population variances are unequal. **Statistics in Medicine**. 2001; 20: 1089-1095.

SOUSA, M. F. A reconstrução da saúde da família no Brasil: diversidade e incompletude. In: SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (Org.). **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas: Saberes Editora, 2014.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

STEIN, A. T. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 179-181, jan./mar. 2013.

TOURIGNY, André et al. Patients' perceptions of the quality of care after primary care reform: Family medicine groups in Quebec. **Can Fam Physician**, Quebec, v. 56, n. 7, p. e273-e282, 2010.

TURCI, M. A.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 1941-1952, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00132114>>. Acesso em: 8 jul. 2017.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012.

VAZ, E. M. C. et al. Longitudinalidade do cuidado à criança na Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. 4, p. 49-54, dez. 2015.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.A; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.(Orgs.) **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na Avaliação de Programas e Sistemas de saúde**. 3. reimp. Salvador: EDUFBA, 2010.

VIANA, L. M. M. **Avaliação da atenção primária à saúde de Teresina na perspectiva das usuárias**. 2012. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2012.

WANG, W. et al. Development and Validation of the Tibetan Primary Care Assessment Tool. **Biomed Res Int.**, v. 2014, 308739, 2014. 7 p.

WANG, H. H. X. et al . Attributes of primary care in community health centres in China and implications for equitable care: a cross-sectional measurement of patients' experiences. **QJM**, v. 108, n. 7, p. 549-560, jul. 2015.

APÊNDICE A – Instrumento Perfil dos Usuários (Usuários)

| |
|--|
| Nº do Instrumento: _____ Entrevistador: _____ Data: ___/___/___ |
|--|

| INSTRUMENTO PERFIL DOS USUÁRIOS | | | | |
|---|--|---------------------------------------|---|------------------------------------|
| 1. Nome (iniciais): | | | 2. Idade: | |
| 3. Sexo | Masculino <input type="checkbox"/> | Feminino <input type="checkbox"/> | | |
| 4. Qual a cor da sua pele? | | | | |
| Negra <input type="checkbox"/> | Branca <input type="checkbox"/> | Amarela <input type="checkbox"/> | Parda <input type="checkbox"/> | Indígena <input type="checkbox"/> |
| 5. Qual seu estado civil? | | | | |
| Casado (a) / União estável / ajuntado (a) <input type="checkbox"/> | Separado (a) / Divorciado(a) <input type="checkbox"/> | Solteiro (a) <input type="checkbox"/> | | Viúvo (a) <input type="checkbox"/> |
| 6. Qual a sua profissão? | | | | |
| 7. Qual seu endereço? | | | 8. Qual sua região administrativa? | |
| 9. Qual território você pertence? (Unidade de referência/equipe) | | | 10. Quanto tempo o (a) sr (a) mora nessa área ? | |
| 11. Qual o seu nível de escolaridade? | | | | |
| Sem escolaridade <input type="checkbox"/> | Ensino infantil incompleto <input type="checkbox"/> | | Ensino infantil completo <input type="checkbox"/> | |
| Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> | Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> | | Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> | |
| Ensino médio completo <input type="checkbox"/> | Ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> | | Ensino superior completo <input type="checkbox"/> | |
| 12. Qual a renda de sua família? (somatória dos salários mínimos) | | | | |

| | | |
|--|--|--|
| Até ½ SM <input type="checkbox"/> | +1/2 a 1 SM <input type="checkbox"/> | +1 a 2 SM <input type="checkbox"/> |
| +2 a 5 SM <input type="checkbox"/> | + 5 a 10 SM <input type="checkbox"/> | 10 SM ou mais <input type="checkbox"/> |
| 13. Quantas pessoas residem na sua casa? | | 14. Qual o tipo de moradia? |
| 15. A sua casa possui saneamento básico? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 16. A sua casa possui água tratada? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 17. A sua casa possui coleta de lixo? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 18. A sua casa possui energia elétrica? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 19. O (a) sr (a) tem algum desses diagnósticos? (auto referido) | | |
| Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) <input type="checkbox"/> | Diabetes <i>Mellitus</i> (DM) <input type="checkbox"/> | HAS e DM <input type="checkbox"/> |
| 20. O (a) sr (a) realiza tratamento com medicação? | | |
| Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | 21. Caso sim, quais medicamentos? (listar) |
| 22. O (a) sr (a) realiza tratamento não medicamentoso? | | |
| Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | 23. Caso sim, quais? (listar) |
| 24. O (a) sr (a) já foi internado por causa da HAS ou DM nos últimos dois anos ? | | |
| Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | 25. Caso sim, quantas vezes? (listar) |
| 26. O (a) sr (a) já fez consulta com cardiologista ou endocrinologista nos últimos dois anos ? | | |
| Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | 27. Caso sim, quantas vezes? (listar) |
| 28. O (a) sr (a) participa de atividades de educação em saúde na unidade de saúde? | | |
| Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | 29. Caso sim, quais? (listar) |

APÊNDICE B - Instrumento Perfil Epidemiológico (Profissionais)

| |
|---|
| Nº do Instrumento: _____ Entrevistador: _____ Data: __/__/__ |
|---|

| INSTRUMENTO PERFIL PROFISSIONAIS | | | | |
|---|------------------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------------|
| Nome: (iniciais) | | | Idade: | |
| Sexo | Masculino <input type="checkbox"/> | Feminino <input type="checkbox"/> | | |
| Qual a cor de sua pele? | | | | |
| Negra <input type="checkbox"/> | Branca <input type="checkbox"/> | Amarela <input type="checkbox"/> | Parda <input type="checkbox"/> | Indígena <input type="checkbox"/> |
| Qual sua formação? | | Há quanto tempo concluiu sua graduação? | | |
| Qual sua Regional de Saúde? | | Há quanto tempo você trabalha na SES DF? (ano/meses) | | |
| Qual o tipo de equipe você trabalha? | | ESF <input type="checkbox"/> | EAB <input type="checkbox"/> | CS <input type="checkbox"/> |
| Há quanto tempo você trabalha nessa equipe? | | | | |
| Qual sua carga horária semanal nessa equipe? | | | | |
| Você possui alguma especialização? | | | | |
| SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> | | | | |
| Nome | Instituição promotora | | Ano término | |
| Saúde da Família <input type="checkbox"/> | | | | |
| Saúde Pública <input type="checkbox"/> | | | | |
| Saúde Coletiva <input type="checkbox"/> | | | | |
| Residência Qual? <input type="checkbox"/> | | | | |
| Outra Qual? <input type="checkbox"/> | | | | |
| Você participou de curso introdutório em Saúde da Família? | | | | |
| SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> | | | | |
| Você participa de atividades de Educação Permanente em Saúde? | | | | |
| SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> | | | | |
| Qual a última que participou? | | | | |
| Ano: | | | | |

ANEXO A - Instrumento PCATool -Brasil (Usuários)

| INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto A - GRAU DE AFILIAÇÃO | |
|---|--|
| A1 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde? | |
| <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (Por favor, dê o nome e endereço) | |
| Nome do profissional ou serviço de saúde: _____ Endereço: _____ | |
| A2 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa? | |
| <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, mesmo médico/ enfermeiro/ serviço de saúde que acima <input type="checkbox"/> Sim, médico/ enfermeiro/ serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço) | |
| Nome do profissional ou serviço de saúde: _____ Endereço: _____ | |
| A3 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde? | |
| <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, mesmo que A1 & A2 acima. <input type="checkbox"/> Sim, o mesmo que A1 somente. <input type="checkbox"/> Sim, o mesmo que A2 somente. <input type="checkbox"/> Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor, dê o nome e endereço). | |
| Nome do profissional ou serviço de saúde: _____ Endereço: _____ | |
| Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFERMEIRO A SER AVALIADO | |
| AGORA, o entrevistador identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo: | |
| - Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/ enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item A5). | |
| - Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/ enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A5). | |
| - Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/ enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item A5). | |
| - Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/ enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item A5). | |
| - Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/ enfermeiro ou serviço de saúde indicado na respostas A3 (Preencha o item A5). | |
| - Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/ enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/ enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A4 e A5). | |
| A4 - Nome do médico/ enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez: _____ | |
| Esclareça ao entrevistado que: A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a): A5 - _____ ("nome do médico/ enfermeiro/ serviço de saúde"). (Vá para a Seção B) | |

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto

B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO

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 - Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| B2 - Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| B3 - Quando você tem que consultar um especialista, o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" tem que encaminhar você obrigatoriamente? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool- Brasil versão Adulto

C - 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 |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| C1 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" fica aberto no sábado ou no domingo? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| C2 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| C3 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está aberto e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| C4 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| C5 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| C6 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| C7 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| C8 - É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, "check-up") neste "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

| Por favor, indique a melhor opção | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei / não lembro |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| C9 - Quando você chega no seu " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ", você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| C10 - Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> "? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| C11 - É difícil para você conseguir atendimento médico do seu " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> " quando pensa que é necessário? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| C12 - Quando você tem que ir ao " <i>nome do médico / enfermeira / local</i> ", você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

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

D - 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 |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| D1 - Quando você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| D2 - Você acha que o seu "médico/enfermeiro" entende o que você diz ou pergunta? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| D3 - O seu "médico/enfermeiro" responde suas perguntas de maneira que você entenda? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| D4 - Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece você? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| D5 - O seu "médico/enfermeiro" lhe dá tempo suficiente para falar 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"/> |
| D6 - Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu "médico/enfermeiro"? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| D7 - O seu "médico/enfermeiro" conhece você mais 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"/> |
| D8 - O seu "médico/enfermeiro" sabe quem mora com você? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| D9 - O seu "médico/enfermeiro" sabe quais problemas são mais importantes para você? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| D10 - O seu "médico/enfermeiro" conhece a sua história clínica (história médica) completa? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

| Por favor, indique a melhor opção | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei / não lembro |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| D11 - O seu "médico/enfermeiro" sabe a respeito do seu trabalho ou emprego? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| D12 - O seu "médico/enfermeiro" saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| D13 - O seu "médico/enfermeiro" sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| D14 - Você mudaria do "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto

E - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

E1 - Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?

- Sim
- Não (Passe para a questão F1)
- Não sei / não lembro (Passe para a questão F1)

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 |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| E2 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| E3 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| E4 - O seu "médico/enfermeiro" discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| E5 - O seu "médico / enfermeiro" ou alguém que trabalha no / com "nome do serviço de saúde" ajudou-o / a a marcar esta consulta? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| E6 - O seu "médico/enfermeiro" escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| E7 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" sabe quais foram os resultados desta consulta? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

| Por favor, indique a melhor opção | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei/não lembro |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| E8 - Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu "médico/enfermeiro" conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| E9 - O seu "médico/enfermeiro" pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto

F - 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 |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| F1. Quando você vai no <i>"nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro"</i> você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? (exemplificar se não entender "registro": fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório) | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| F2. Quando você vai ao <i>"nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro"</i> , o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| F3. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no <i>"nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro"</i> ? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

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

G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

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

Indique, por favor, se no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" esses serviços ou orientações estão disponíveis:

(Repetir a cada 3-4 itens: "Está disponível no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro")

| Por favor, indique a melhor opção | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei / não lembro |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| G1 - Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta. | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| G2 - Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais. | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| G3 - Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos). | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| G4 - Vacinas (imunizações). | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| G5 - Avaliação da saúde bucal (Exame dentário). | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| G6 - Tratamento dentário. | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| G7 - Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais. | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| G8 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir). | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| G9 - Aconselhamento para problemas de saúde mental. | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| G10 - Sutura de um corte que necessite de pontos. | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| G11 - Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV. | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| G12 - 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"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| G13 - 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"/> | 0 <input type="checkbox"/> |

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

G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

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

Indique, por favor, se no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" esses serviços ou orientações estão disponíveis:

(Repetir a cada 3-4 itens: "Está disponível no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro")

| Por favor, indique a melhor opção | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei / não lembro |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| G14 - 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"/> |
| G15 - Remoção de verrugas. | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| G16 - 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"/> |
| G17 - 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"/> |
| G18 - Cuidados pré-natais. | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| G19 - Remoção de unha encravada. | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| G20 - 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"/> |
| G21 - Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família 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"/> |
| G22 - Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma). | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto

H - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

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

A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro".

Em consultas ao "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você? (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 |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| H1- 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"/> |
| H2 - Segurança no lar, 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"/> |
| H3 - Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro. | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| H4 - 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"/> |
| H5 - Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você. | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| H6 - 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"/> |
| H7 - Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando. | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| H8 - Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança. | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| H9 - Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar 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"/> |
| H10 - Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias). | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| H11 - Como prevenir quedas. | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| H12 - Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis. | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| H13 - Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa. | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto

I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

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

As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" com sua família.

| Por favor, indique a melhor opção | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei / não lembro |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| I1 - O seu "médico/enfermeiro" lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| I2 - O seu "médico/enfermeiro" já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| I3 - O seu "médico/enfermeiro" se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto

J - 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 |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| J1 - Alguém no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" faz visitas domiciliares? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| J2 - O seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança? | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| J3 - O seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" 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"/> |
| A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" realiza alguma destas? | | | | | |
| J4 - 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"/> |
| J5 - 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"/> |
| J6 - Convida você e sua família para participar do 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 - Instrumento PCATool - Brasil (Profissional)

| INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Profissionais A - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE <i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i> | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 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 adoece, 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"/> |

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais
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 prescritas 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"/> |

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 | Provavel- mente, sim | Provavel- mente, 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"/> |

| INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Profissionais D - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES <i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i> | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 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"/> |

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

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"/> |

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Profissionais

E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

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"/> |

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"/> |

| 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"/> |

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 | Provavel- mente, sim | Provavel- mente, 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"/> |

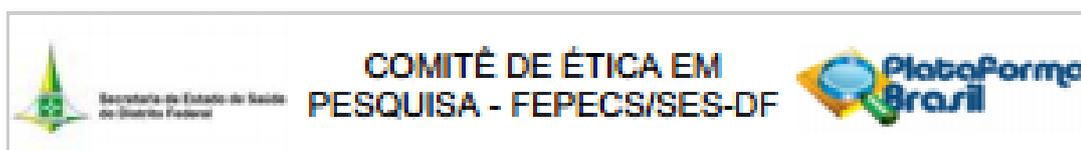
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

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 C – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estratégia Saúde da Família em duas regionais do Distrito Federal: Avaliação da qualidade da assistência a pacientes portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Pesquisador: SUDERLAN SABINO LEANDRO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46959015.8.0000.5553

Instituição Proponente: Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.167.857

Data da Relatoria: 03/08/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de tese de Doutorado.

A proposta é de um estudo do tipo transversal descritivo, será realizado na região sudoeste do DF, especificamente nas regionais de saúde de Samambaia e do Recanto das Emas. Os sujeitos da pesquisa serão pacientes com diagnóstico de interesse do estudo, profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família e gestores da Atenção Primária. A coleta dos dados será realizada através de entrevista utilizando um instrumento já validado no Brasil e no exterior conhecido por PCATool Brasil.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a qualidade da assistência prestada por profissionais da Estratégia Saúde da Família, em duas regionais do Distrito Federal na atenção a pacientes portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. -Caracterizar o perfil epidemiológico dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família e gestor (gênero, idade, formação, tempo na equipe e, capacitação, e instituição promotora); -Caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes: gênero, idade, profissão, diagnóstico e tratamento e internações por condições sensíveis a atenção primária relacionadas as DCNT (HAS e DM); -Analisar as ações dos profissionais na Atenção Básica frente a prestação de assistência aos pacientes com HAS e DM, em relação a continuidade do tratamento e

Endereço: SMHN 2 - Cd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3325-4665 Fax: (61)3325-4665 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer 1.167.857

aderência aos programas de controle das doenças; -Fazer o georreferenciamento por locais, de acordo o diagnóstico de HAS ou DM.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
cumpriu

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
cumpriu as pendências solicitadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
cumpriu

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
aprovado

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 03 de Agosto de 2015

Assinado por:
Helo Bergo
(Coordenador)

Endereço: SMNVI 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comiteetica.secretaria@gmail.com