

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

AMÁBILE GIULIA FARAONI CARDOSO

Os cuidados às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis associados aos atributos da atenção primária à saúde

RIBEIRÃO PRETO

2023

AMÁBILE GIULIA FARAONI CARDOSO

Os cuidados às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis  
associados aos atributos da atenção primária à saúde

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem  
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,  
para obtenção do título de Mestre em Ciências,  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em  
Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, saberes e políticas de  
saúde

Orientador: Angelina Lettiere Viana

RIBEIRÃO PRETO

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

### **FICHA CATALOGRÁFICA**

Cardoso, Amábile Giulia Faraoni

Os cuidados às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis associados aos atributos da atenção primária à saúde. Ribeirão Preto, 2023.

137 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Angelina Lettiere Viana

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação em Saúde. 3. Doenças Crônicas não Transmissíveis. 4. Enfermagem de Atenção Primária.

CARDOSO, Amábile Giulia Faraoni

Os cuidados às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis associados aos atributos da atenção primária à saúde

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em ...../...../.....

Presidente

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Comissão Julgadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por me capacitar e permitir a realização deste sonho.

Ao meu esposo, Lucas Cardoso, pelo apoio e incentivo profissional, por estar presente em todos os momentos, me encorajando, sendo paciente e expressando seu amor.

Aos meus pais, Elaine Galvão e Júlio Faraoni, e ao meu padrasto, Ricardo Galvão, por acreditarem em mim e por amor e zelo me proporcionarem a oportunidade de ter acesso à educação e a realizar meus sonhos.

A minha avó, Nardir Barboza, por sempre me lembrar dos meus princípios cristãos e, em ato de amor, sempre orar por minha vida.

Aos meus sogros, Maurício Cardoso e Eliana Aguilar, que sempre me apoiaram e zelaram por minha vida como por uma filha e também por possibilitarem uma trajetória mais leve, me ajudando em muitos momentos.

À minha orientadora, Profa. Dra. Angelina Lettiere Viana, a quem muito admiro profissionalmente e também pelo caráter íntegro, por confiar em mim e no meu trabalho, pela paciência e dedicação em ensinar, pela compreensão e respeito em todos os momentos.

À Profa. Dra. Silvia Matumoto, que esteve presente durante toda a trajetória, colaborando com orientações e partilhando saberes, inclusive no exame de qualificação.

À Edilene Foletto, secretária do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, que, sempre muito gentil e prestativa, me ajudou com orientações pertinentes para a conclusão desta dissertação.

À Miyeko Hayashida, pela paciência em instruir e pela contribuição estatística.

A todos os funcionários e docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, em especial à sra. Maria de Lourdes da Paixão, do Centro de Recursos e Apoio ao Ensino “Glete de Alcântara”.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

## RESUMO

FARAONI, A. G. **Os cuidados às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis associados aos atributos da atenção primária à saúde.** 2023. 137f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

Caracterizados como Doenças Crônicas não Transmissíveis, o Diabetes *Mellitus* (DM) e a Hipertensão Arterial (HA), classificam-se como um problema de saúde pública mundial. No cenário nacional, a Atenção Primária à Saúde ainda encontra desafios para enfrentar esta realidade. Trata-se de um estudo de método misto, que analisou e comparou a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) na perspectiva dos usuários com DM e HA e, ainda, analisou, na concepção destes sujeitos, o cuidado desenvolvido pelo enfermeiro na APS. Foram entrevistados 118 pessoas usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) com diagnóstico autorreferido de DM e HA concomitantes e cadastrados nas unidades de saúde com equipes de saúde da família (eSF) e equipes de atenção básica (eAB) de dezoito serviços da APS do Distrito Oeste do município de Ribeirão Preto-SP. A abordagem quantitativa caracteriza-se por um estudo analítico e delineamento transversal, utilizando o instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) para adultos versão reduzida e um questionário de caracterização sociodemográfica. Para os cálculos, utilizou-se o teste *t de Student* e o teste *Mann-Whitney*, indicando presença e extensão dos atributos com escores  $\geq 6,6$ , e, para a análise estatística, adotou-se o nível de significância  $\alpha=0,05$ . Para a abordagem qualitativa, realizou-se uma entrevista semiestruturada, com questões disparadoras sobre o cuidado de enfermagem. As entrevistas foram audiogravadas e depois transcritas em formato digital. Os dados foram analisados por meio da modalidade da interpretação dos sentidos e interpretados a partir dos conceitos dos atributos da APS. Houve predominância de participantes do sexo feminino (60,1%), média de idade estratificada entre 50 e 69 anos (72,0%), autodeclarados brancos (52,5%), casados (60,2%), com residência própria (79,2%) e renda familiar de um salário mínimo (35,6%). 28,0% das pessoas convivem com o diagnóstico de HA entre 11 e 20 anos, e 40,7% entre 1 e 10 anos com DM e 26,3% utilizam duas medicações para HA e 38,1% utilizam apenas uma medicação para DM. Os atributos Grau de Afiliação (7,3), o Acesso de Primeiro Contato (Utilização) (7,9) e a Longitudinalidade (7,6) apresentaram presença e extensão dos atributos da APS, tendo os demais obtido escores  $< 6,6$ . Na interpretação dos sentidos, identificou-se como núcleo do sentido central “Os cuidados às pessoas com Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial”, sendo dividido em três subnúcleos dos sentidos: “Concepções sobre a utilização dos serviços de saúde”; “As concepções sobre o trabalho da enfermagem”; “Concepções sobre o cuidado no

contexto da pandemia”. Os resultados constataam que a maior parte dos atributos caracterizam baixa presença e extensão da APS e em relação às concepções dos usuários, a busca pelo serviço deve-se a uma necessidade expressa e destaca-se a dificuldade de um acompanhamento que julguem adequado, observou-se o desconhecimento e distinção do profissional enfermeiro e suas atribuições. A avaliação dos atributos da APS é importante, pois permite a reflexão acerca das práticas em saúde e serve como ferramenta de orientação às políticas de saúde, assim como ao enfermeiro desenvolver seu trabalho de forma efetiva.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde. Doenças Crônicas não Transmissíveis. Enfermagem de Atenção Primária.

## ABSTRACT

FARAONI, A. G. **The care to people under non-communicable chronic diseases related to the primary health care assignments.** 2023. 137f. Dissertation (Master) – Ribeirão Preto Nursery School, São Paulo University, Ribeirão Preto, 2023.

Characterized as non-communicable chronic disease, the Diabetes *Mellitus* (DM) and the Arterial Hypertension (AH), are classified as a worldwide health condition. In the national overview, the Primary Health Care still faces challenges to deal with this reality. The study is based on hybrid methods and analyzed and compared the presence and extension of the Primary Health Care (PHC) assignments from the DM and AH users' perspectives and also analyzed it from this community's conception the care developed by nurses at the PHC. 118 people were interviewed; all of them are National Health Service (SUS) users and were diagnosed under DM and AH simultaneously and also registered in the health unities with family health teams (eSF) and primary care teams (eAB) in eighteen APS services of the West District in Ribeirão Preto/SP city. The quantitative approach is characterized by an analytical study cross-sectional study, using the *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) reduced version to adults and a questionnaire of a social-demographic characterization. To have the calculations done, it was used the *t de Student* and *Mann-Whitney* tests, showing the presence and extension of the assignments with  $\geq 6,6$  scores and to the statistics analysis it was used the significance level as  $\alpha=0,05$ . For the qualitative approach, it was made a semi-structured interview with trigger questions about the nurse care. The interviews were audio recorded and after that transcribed in a digital format. The data were analyzed by the interpretation of meanings and interpreted by the APS assignments concepts. There was the prevalence of female participants (60,1%), average age estimated in 50-69 years (72%), self-declared white (52,5%), married (60,2%), own residence (79,2%) and with family income up to the minimum wage (35,6%). Out of them, 28,0% of the people were diagnosed with AH between 11 to 20 years and 40,7% between 1 to 10 years with DM and 26,3% use two kinds of medication to AH and 38,1% use only one kind of medication to DM. The features affiliation degree (7,3), first contact accessibility (utilization) (7,9) and the longitudinally (7,6) showed presence and extension of the APS assignments, and the other ones received the score  $< 6,6$ . In the interpretation of meanings, it was identified as the core of the central meaning the "The care to people under Diabetes *Mellitus* and Hypertension Arterial condition", being divided into 3 sub-cores of meanings: "Concepts about the utilization of health care"; "The concepts about the nurse team work"; "Concepts about care in the meaning of pandemic.". The results show that the most part of the assignments characterizing the low presence and extension of the



APS related to the users' concepts the seek for the service is due to a clear need and highlights the difficulty of an assistance that they consider adequate, it was observed the unawareness and distinction of the professional nurse and his/her assignments. The APS assignments evaluation is important as it allows the thinking related to the health practices and can be a tool to guide not only the health policies but also the nurse to develop his/her job in a effective way.

Keywords: Primary Health Care. Evaluation in Health Care. Non-communicable Chronic Diseases. Nursing Primary Health.

## RESUMEN

FARAONI, A. G. **Atención a personas con enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a atributos de la atención primaria de salud**. 2023. 137f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

Caracterizadas como Enfermedades Crónicas no Transmisibles, la Diabetes *Mellitus* (DM) y la Hipertensión Arterial (HA) se clasifican como un problema de salud pública mundial. En el escenario nacional, la Atención Primaria de Salud aún enfrenta desafíos para enfrentar esta realidad. Se trata de un estudio de método mixto, que analizó y comparó la presencia y extensión de los atributos de la Atención Primaria de Salud (APS) en la perspectiva de los usuarios con DM y HA, y también analizó, en la concepción de esos sujetos, el cuidado desarrollado por la enfermera en la APS. Fueron realizadas entrevistas con 118 usuarios del Sistema Único de Salud (SUS) con diagnóstico autoinformado de DM y HA concomitante y registrados en unidades de salud con equipos de salud de la familia (ESF) y equipos de atención primaria (EAB) de dieciocho servicios de APS en el Distrito Oeste del municipio de Ribeirão Preto-SP. El abordaje cuantitativo se caracteriza por un estudio analítico y de diseño transversal, utilizando el *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) para adultos en versión corta y un cuestionario de caracterización sociodemográfica. Para los cálculos se utilizó la prueba t de *Student* y la prueba de *Mann-Whitney*, indicando la presencia y extensión de atributos con puntajes  $\geq 6,6$  y para el análisis estadístico se adoptó el nivel de significancia  $\alpha=0,05$ . Para el abordaje cualitativo, fue realizada una entrevista semiestructurada, con preguntas desencadenantes sobre el cuidado de enfermería. Las entrevistas fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas en formato digital. Los datos fueron analizados a través de la modalidad de interpretación de los sentidos e interpretados a partir de los conceptos de los atributos de la APS. Hubo predominio de participantes del sexo femenino (60,1%), edad media estratificada entre 50 a 69 años (72,0%), blanca autodeclarada (52,5%), casada (60,2%), con residencia propia (79,2%) y familia ingresos de un salario mínimo (35,6%). El 28,0% de las personas vive con el diagnóstico de HA entre 11 y 20 años y el 40,7% entre 1 y 10 años con DM y el 26,3% utiliza dos medicamentos para HA y el 38,1% utiliza un solo medicamento para DM. Los atributos Grado de Afiliación (7,3), Accesibilidad al Primer Contacto (uso) (7,9) y Longitudinalidad (7,6) evidenciaron la presencia y extensión de los atributos APS, siendo los demás puntajes  $< 6,6$ . En la interpretación de significados, “Atención a personas con Diabetes *Mellitus* e Hipertensión Arterial” fue identificado como el núcleo del significado central, siendo dividido en tres subnúcleos de significados:

“Concepciones sobre el uso de los servicios de salud”; “Concepciones sobre el trabajo de enfermería”; “Concepciones sobre el cuidado en el contexto de la pandemia”. Los resultados muestran que la mayoría de los atributos caracterizan a la baja presencia y extensión de la APS y en relación a las concepciones de los usuarios, la búsqueda del servicio se debe a una necesidad expresada y la dificultad de un seguimiento que estiman. adecuada se destaca, existe un desconocimiento y distinción de los profesionales de enfermería y sus atribuciones. La evaluación de los atributos de la APS es importante, ya que permite la reflexión sobre las prácticas de salud y sirve como herramienta para orientar las políticas de salud, así como para que los enfermeros realicen su trabajo con eficacia.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Valoración de Salud. Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Enfermería de Atención Primaria.

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Resumo dos Atributos Essenciais da Atenção Primária à Saúde.....	42
---	----

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Desenho da pesquisa, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2023.....	47
--	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de usuários que utilizam medicações para Diabetes <i>Mellitus</i> e Hipertensão Arterial concomitante, segundo a unidade de saúde, Ribeirão Preto, São Paulo, 2020. ....	51
Tabela 2 – Razão de alocação segundo o modelo de atenção e o número de pessoas que utilizam medicação para Diabetes <i>Mellitus</i> e Hipertensão Arterial, Ribeirão Preto, São Paulo, 2023. ....	53
Tabela 3 – Tamanho amostral considerando a comparação dos dois grupos, Ribeirão Preto, São Paulo, 2023. ....	53
Tabela 4 - Dados sociodemográficos dos usuários (n= 118) das Unidades de Saúde da Distrital Oeste, Ribeirão Preto, São Paulo, 2019-2021.....	60
Tabela 5 - Dados sobre Diabetes <i>Mellitus</i> e Hipertensão Arterial dos usuários (n= 118) das Unidades de Saúde da Distrital Oeste, Ribeirão Preto, São Paulo, 2019-2021. ....	63
Tabela 6 - Frequência e percentual das medicações utilizadas pelos usuários (n= 118) para Diabetes <i>Mellitus</i> e Hipertensão Arterial, Ribeirão Preto, São Paulo, 2019-2021. ....	64
Tabela 7- Valores médios dos escores dos usuários (n = 118) das Unidades de Saúde da Distrital Oeste dos atributos e do Escore Geral da Atenção Primária à Saúde, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2019-2021. ....	65
Tabela 8 - Valores dos escores dos atributos e do Escore Geral da Atenção Primária à Saúde pelos usuários (n=118) das unidades de saúde da Distrital Oeste, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2019-2021. ....	67
Tabela 9 - Valores dos escores dos atributos e do Escore Geral e Essencial da Atenção Primária à Saúde pelos usuários (n = 41) das unidades de saúde da Distrital Oeste, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2019.....	119

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agentes de Combate às Endemias
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BF	Bolsa Família
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPP	Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ESF	Estratégias de Saúde da Família
eSF	Equipes de Saúde da Família
HA	Hipertensão Arterial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
MS	Ministério da Saúde
NSF	Núcleos de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCAT	<i>Primary Care Assessment Tool</i> versão original
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Primária
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SMSRP	Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UHC	Universal Health Coverage
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	23
2.1 A Atenção Primária à Saúde no Brasil.....	24
2.2 Do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), ao Programa Previne Brasil: os modelos de financiamento à APS.....	25
2.3 A qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde.....	29
3 OBJETIVOS.....	32
3.1 Objetivo geral.....	33
3.2 Objetivos específicos.....	33
4 MARCO CONCEITUAL.....	34
4.1 De Alma-Ata a Astana.....	36
4.2 A Atenção Primária à Saúde e os seus Atributos.....	37
5 MÉTODO.....	45
5.1 Caracterização do estudo.....	46
5.2 Campo e local do estudo.....	48
5.3 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	48
5.4 Participantes do Estudo.....	49
5.5 Pesquisa Analítica com Abordagem Quantitativa.....	49
5.6 Abordagem Qualitativa.....	56
6 RESULTADOS.....	59
6.1 Os atributos da Atenção Primária à Saúde.....	60
6.2 Os cuidados às pessoas com Diabetes <i>Mellitus</i> e Hipertensão Arterial.....	75
7 DISCUSSÃO.....	81
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
REFERÊNCIAS.....	106
APÊNDICES.....	117
ANEXOS.....	122

## APRESENTAÇÃO

O interesse pela área da saúde iniciou-se antes mesmo da decisão pelo curso de Enfermagem. Desde a infância, estive envolvida com ações sociais realizadas pela igreja que frequentava. O ato de cuidar esteve sempre presente no meu cotidiano. Assim, mesmo diante de tantas opções de cursos, tinha a certeza de que gostaria de trilhar uma formação que compreendesse a área da saúde e o cuidado.

Ao ingressar no curso de Bacharelado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), logo no primeiro ano, deparei-me com o campo da atenção primária e admirei a ampla área de atuação e sua relevância na saúde. No decorrer do curso, o interesse pela atenção primária esteve sempre presente, contudo foi no último ano da graduação, durante o estágio supervisionado, que o desejo de compreender melhor a APS e o seu impacto foi despertado.

No ano em que eu exercia o estágio na atenção primária, também ocorria o 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), e a unidade de saúde em que atuava como estagiária havia se inscrito e pactuado no programa. Desse modo, tive a oportunidade de vivenciar a experiência de avaliação da atenção básica e entender os objetivos e benefícios do programa. A cada novo aprendizado experienciado e conhecimento adquirido para a integrar a minha formação, a vontade e disposição para entender as ações e a organização dos modelos de atenção na APS também aumentavam, principalmente relacionado aos cuidados aos usuários portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Neste mesmo período, conheci a Profa. Dra. Angelina Lettiere Viana, que atuava como professora supervisora de estágio e também operava a supervisão da minha unidade em exercício. Durante esta etapa, através de diálogos e discussões a respeito da Atenção Primária à Saúde (APS) e do trabalho ali desenvolvido, manifestou-se o interesse em compreender como a qualidade da atenção primária impacta na vida e na saúde da população, sobretudo no cuidado às pessoas com Diabetes *Mellitus* (DM) e Hipertensão Arterial (HA).

Deste modo, em parceria com a Profa. Dra. Angelina Lettiere Viana, que me deu a oportunidade de estar sob sua orientação para cursar o Mestrado e através da experiência vivenciada em campo de prática profissional durante o estágio curricular do último ano de graduação, definiu-se o então tema de pesquisa abordado nesta dissertação: compreender o cuidado às pessoas com DCNT e correlaciona-lo aos atributos da APS.

## ***1 INTRODUÇÃO***

---

## 1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), principalmente o Diabetes *Mellitus* (DM) e a Hipertensão Arterial (HA), devido à sua morbidade e mortalidade interrelacionadas, são consideradas um problema de saúde pública mundial e, no Brasil, esta realidade representa um verdadeiro desafio para a Atenção Primária à Saúde (APS) (BALDISSEROTTO et al., 2016).

O DM representa um problema de saúde de notória importância em todos os países em decorrência da conjunção de inúmeros fatores, tais como: baixa conscientização sobre o DM entre a população e os profissionais de saúde, o fraco desempenho dos sistemas de saúde e o aparecimento dos sinais e sintomas, de início insidioso, e o estilo de vida associado ao contexto social, econômico e cultural (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2019).

Até 2030, estima-se que o Brasil atinja o marco de 21.5 milhões de pessoas com DM com idades entre 20 e 79 anos. Em 2019, cerca de 7.7 milhões de pessoas que possuíam DM não sabiam do seu diagnóstico (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2019). Segundo os dados epidemiológicos da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), São Paulo é a cidade com maior prevalência de DM no Brasil. Outro dado importante é a prevalência de DM na cidade de Ribeirão Preto-SP, classificada em segundo lugar com uma taxa de prevalência de 12,1% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2020).

Sabe-se que o DM está relacionado a altos níveis de hospitalizações, maior ocorrência de doenças cardíacas, cegueira, amputações não traumáticas de membros inferiores, acometimentos renais e cerebrovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2020). O desenvolvimento e o cuidado no DM possuem relação com hábitos de vida, hipertensão, obesidade e hipercolesterolemia, mas muitos indivíduos portadores dessa doença não conseguem realizar práticas de autocuidado, como hábitos alimentares adequados, realização de exercícios físicos, terapêutica medicamentosa, automonitorização da glicose e cuidados com os pés, em decorrência de diversos fatores pessoais, econômicos, culturais e sociais que devem ser considerados na produção do cuidado (LEE et al., 2019).

Por sua vez, a HA, caracterizada como uma condição usualmente assintomática e multifatorial, frequentemente provoca importantes alterações estruturais e funcionais em órgãos-alvo (rins, coração, vasos sanguíneos e cérebro). As principais complicações e riscos decorrentes da elevação crônica da Pressão Arterial (PA) configuram-se pelo acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência cardíaca (IC), doença renal crônica (DRC), doença arterial coronariana (DAC) e mortalidade precoce (BARROSO et al., 2021).

Um estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS) e *Imperial College London*, publicado em 2021, constatou que o número de adultos com HA nos últimos trinta anos (1990-2019), na faixa etária entre 30 e 79 anos, obteve considerável aumento, passando de 648 milhões para 1,28 bilhões de pessoas e aproximadamente metade não tinha conhecimento dessa condição (ZHOU et al., 2021).

O diagnóstico precoce em ambientes comunitários, o acesso ao cuidado oportuno e o controle dessas doenças em médio e longo prazo, a fim de impactar na redução da morbidade e mortalidade relacionadas às DCNT é um grande desafio para os sistemas de saúde. Tal desafio deve-se à atenção ainda centrada no cuidado realizado no pronto atendimento ambulatorial ou hospitalar. Essa forma de atenção, voltada para as condições agudas, não possibilita que os trabalhadores da saúde produzam ações que promovam o controle pressórico, o controle glicêmico, a redução do tabagismo, a diminuição do sedentarismo, o controle do peso e os cuidados oftalmológicos e com os pés de forma regular (MENDES, 2011).

Além disso, é necessário incorporar ações de promoção da saúde nos serviços da APS, principalmente, no enfrentamento aos fatores de risco, tais como a alimentação inadequada, o sobrepeso e a obesidade, a inatividade física, o consumo abusivo de álcool, o tabagismo e o estresse social (BEAGLEHOLE et al., 2008; BALDISSEROTTO et al., 2016).

Portanto, a atenção voltada às condições agudas não oportuniza uma produção de cuidado voltada para a construção da autonomia do indivíduo, que passa a ser o protagonista das ações e decisões que envolvem a sua própria condição de saúde. Nesse sentido, é imprescindível o fortalecimento da APS como componente das Redes de Atenção à Saúde (RAS), para promover um seguimento contínuo e proativo das pessoas com condições crônicas, sob a coordenação da equipe da APS e com o apoio dos serviços de atenção secundária e terciária da RAS (MENDES, 2011).

A assistência às pessoas com DCNT não é centrada somente no âmbito da APS, mas acredita-se que, nesse nível, têm-se as melhores oportunidades de atuação, pois, para controle e qualidade de vida das pessoas que convivem com as DCNT, faz-se necessário um cuidado integral e longitudinal, atributos essenciais da APS (SOUZA et al., 2017). Desta forma, os atributos essenciais da APS - Acesso, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação – constituem o pilar central dos esforços contra as DCNT (BALDISSEROTTO et al., 2016; STARFIELD, 2002).

Um estudo realizado em 11 países (Austrália, Canadá, França, Alemanha, Noruega, Holanda, Nova Zelândia, Suécia, Suíça, Reino Unido e Estados Unidos) verificou que ser

diagnosticado com doença crônica é um fator associado às barreiras para o acesso aos serviços de APS. Assim, compreender como a condição crônica relaciona-se como uma barreira para o acesso pode promover um planejamento e monitoramento das disparidades em relação a esse acesso (CORSCADDEN et al., 2018).

Portanto, reconhece-se que a APS é um componente importante para os serviços de saúde, pelas evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população. Na prática, esse modelo caracteriza-se por melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema e um tratamento mais efetivo das condições crônicas. Também intenciona uma maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e um melhor estado geral de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011; STARFIELD, 2002).

Uma pesquisa de revisão sistemática, realizada com o objetivo de analisar os estudos sobre a avaliação do desempenho dos serviços de APS, mediante uso do instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), na perspectiva do usuário, em âmbito nacional e internacional, entre os anos de 2007 e 2015, encontrou 22 estudos, sendo 15 brasileiros, que versavam sobre a temática. Quanto à população estudada: oito estudos foram realizados com cuidadores de crianças; seis, com adultos; cinco, com adultos (cuidadores) e população infantil; dois, com idosos; e um, com mulheres adultas. Os resultados dessa pesquisa evidenciaram que os atributos mais bem avaliados foram Competência Cultural, Acesso de Primeiro Contato (Utilização) e Longitudinalidade. Por outro lado, os piores desempenhos foram o Acesso de Primeiro Contato (Acessibilidade), a Orientação Familiar, a Orientação Comunitária e a Integralidade. Vale destacar que a maior parte dos serviços brasileiros avaliados foram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Estratégias de Saúde da Família (ESF). Frente aos resultados, os autores sugerem que há a necessidade de fortalecimento dos componentes da estrutura e do processo de trabalho para melhor desempenho da APS (PRATES et al., 2017).

Na revisão da literatura realizada para construção desta dissertação, em relação à população do estudo elencada para esta pesquisa, ou seja, pessoas adultas com DM e HA, foram encontrados dois estudos. O primeiro investigou a associação entre qualidade da APS e manejo do DM, sendo que a qualidade foi aferida pelo PCATool, e o manejo, pelos resultados laboratoriais. Os resultados apontam que os serviços com Alto escore para a APS apresentaram melhor perfil de cuidados para a prevenção das principais comorbidades. Portanto, os serviços com Alto escore à APS demonstraram maior atenção à prevenção das

complicações do DM e maior cuidado aos usuários do sistema de saúde (GONÇALVES et al., 2013).

O segundo estudo validou um instrumento para avaliar o grau de satisfação de pessoas adultas com HA sobre o controle da doença no contexto da APS. A pesquisa se norteou pelo PCATool para a construção e validação desse novo instrumento, com oito dimensões de avaliação (saúde do caso confirmado de hipertensão, acesso ao diagnóstico, acesso ao tratamento, adesão/vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque na família e orientação para a comunidade). Os autores concluíram que o instrumento pode ser reproduzido e utilizado com pessoas adultas com HA nos serviços orientados pela APS (PAES et al., 2014).

Portanto, a avaliação dos serviços orientados pela APS é necessária, a fim de identificar ações para fortalecer seus serviços, com destaque para o aumento da oferta de cuidado e diminuição das barreiras de acesso, estruturação dos serviços como porta de entrada do sistema, ampliação da resolutividade e articulação entre ações de vigilância e assistência (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011). Diante das singularidades de cada serviço, verifica-se a importância das pesquisas neste contexto, devido às distintas realidades, que podem contribuir para a elaboração de planejamentos mais centrados nas necessidades dos usuários, para a reformulação dos processos de trabalho das equipes, bem como para a reorientação, priorização dos gestores e sua melhor qualificação para as novas demandas, construídas com as novas realidades sociais (BRANDÃO; GIOVANNELLA; CAMPOS, 2013).

Assim, questiona-se: Qual o grau de orientação à APS segundo a presença e extensão dos atributos da APS na perspectiva dos usuários do sistema único de saúde com DM e HA? Que concepções as pessoas com HA e DM atribuem ao cuidado ofertado pelo enfermeiro na rede de APS? Esse estudo justifica-se, pois a análise da presença e da extensão dos atributos da APS apresenta potencial para subsidiar a construção da prática cotidiana, principalmente para o cuidado de enfermagem. Este estudo torna-se ainda mais relevante, pois, frente ao atual perfil epidemiológico brasileiro, faz-se necessário o manejo das condições crônicas nos serviços de APS. A motivação para analisar a presença e a extensão dos atributos das APS deve-se à escassez de estudos, no Brasil, que tivessem como participantes pessoas com DM e HA, concomitantemente. Para além da análise da presença e da extensão dos atributos da APS, intencionou-se analisar as concepções dessas pessoas acerca do cuidado ofertado pelo enfermeiro.

## ***2 REVISÃO DA LITERATURA***

---



## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 A Atenção Primária à Saúde no Brasil

No Brasil, o governo federal, no decorrer dos anos, adaptou o modelo da APS aos parâmetros adequados à realidade social brasileira. Assim, a Constituição de 1988 foi o marco conceitual, pois consolidou a nova consciência social da saúde, que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, as diretrizes legais do SUS, previstas na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e na Lei Federal 8080/90 (BRASIL, 1990) são: a equidade, a universalidade e a integralidade das ações, com enfoque na APS (BRASIL, 1990; OLIVEIRA; PERREIRA, 2013).

Neste cenário, após a criação do SUS, houve um fortalecimento da APS com o lançamento, pelo Ministério da Saúde (MS), como projeto de reorientação do modelo assistencial, do Programa Saúde da Família (PSF). A formulação do PSF se concretizou com a Portaria MS n. 692, de dezembro de 1993, com a concepção restrita de APS implementada, principalmente, em pequenos municípios, para abarcar a demanda contida de atenção primária; no entanto, houve baixo rendimento para garantir a continuidade da atenção (CONILL, 2008; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; LIMA et al., 2016).

Apesar disso, em 1997, o referencial que se segue passa a considerar o PSF como um meio para reorientação do modelo assistencial, com caráter de mudança das práticas convencionais. O referencial, denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), propõe ações de cuidado à saúde de indivíduos, família e comunidade, de forma contínua e integral, em um território definido, com propósito de resolução dos problemas identificados (CONILL, 2008; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; LIMA et al., 2016).

A ESF afirma sua concepção do modelo assistencial ao instituir a Equipe de Saúde da Família multiprofissional, responsável pela população de um determinado território e voltada para a atuação comunitária. Na trajetória, observa-se o processo de descentralização e a reorientação do modelo médico-assistencial, além de ampliar a cobertura e melhorar os indicadores de saúde. Todavia, sua efetivação ocorre de diferentes modos, e são poucos os estudos sobre as mudanças implementadas no modelo assistencial (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; MACINKO et al., 2011; MENDONÇA et al., 2012).

O conceito de APS idealizado em Alma-Ata corrobora as diretrizes do SUS e sua garantia à saúde e, na sua implementação, adotou ações organizativas que buscavam a descentralização em nível primário dos serviços de saúde (GIOVANELLA, 2018). Com o projeto de reorganização da Atenção Básica (AB), o MS empregou o ESF como estratégia

prioritária. A adesão ao ESF expressou importantes indicadores de que a estratégia adotada foi uma decisão fundamental para a APS no Brasil, como a expansão da cobertura populacional (MELO et al., 2018).

Durante o processo de crescimento e implementação no Brasil, alguns atributos da APS obtiveram maior progressão, como acesso e cobertura, destacando-se ainda como porta de entrada prioritária ao serviço de saúde. Em 2006, como proposta assertiva para a reorientação da AB, a saúde da família foi estabelecida como estratégia principal, assim, instituiu-se a Política Nacional da Atenção Primária (PNAB) na portaria ministerial n°. 648/GM, de 28 de março (BRASIL 2007; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A primeira edição da PNAB, lançada em 2006, traz o conceito de APS, na sua concepção abrangente e renovada, coeso com os princípios de saúde presentes na Constituição de 1988, princípios que visam à perspectiva da atenção em saúde de modo integral. Assim, definiu-se a AB como porta de entrada preferencial do SUS e como a estruturação dos sistemas locais de saúde. Além disso, reconheceu-se a Saúde da Família como referência de reorganização da AB, detalhando modalidades de implantação e incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL 2007; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

## **2.2 Do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), ao Programa Previne Brasil: os modelos de financiamento à APS**

Respeitando-se as leis, portarias e decretos anteriormente deliberados, em 2011, foi lançada a nova versão da PNAB, com a edição da Portaria MS/GM n°. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Tal portaria revisa as diretrizes e normas para a organização da ESF, do PACS e do componente de qualidade relativo ao desempenho das equipes no processo de certificação (BRASIL, 2011). Em relação ao componente da qualidade, em 2015, o MS revogou as demais portarias (Portaria n° 1.654, de 19 de julho de 2011; Portaria n° 866, de 3 de maio de 2012; Portaria n° 535, de 3 de abril de 2013; e Portaria n° 1.063, de 3 de junho de 2013) e editou a Portaria n°. 1.645, de 02 de outubro de 2015, que dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2015).

O objetivo deste programa é promover mudanças da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado, a fim de proporcionar a melhoria do acesso e da qualidade da APS. A portaria descreve as diretrizes que fundamentam o programa, entre as quais estão: o estabelecimento de um padrão de qualidade, ponderando as distintas realidades nacionais em saúde; incentivo

ao desenvolvimento dos indicadores de acesso e qualidade referente ao processo de trabalho e gestão, e aos resultados obtidos pelas equipes de saúde; transparência e sinceridade nas atividades e resultados de cada etapa; o envolvimento comum do coletivo (gestores, equipes e usuários) no desenvolvimento das condutas de gestão e qualificação da atenção básica; elaboração de hábitos de estruturação do gerenciamento dos recursos conforme os resultados acordados e concluídos; incentivo à consolidação do modelo de atenção conforme a PNAB, o aprimoramento dos servidores e a orientação dos serviços; adesão voluntária (pelas equipes e gestores municipais) (BRASIL, 2015).

O programa é constituído por três “Fases” - Fase 1 - Adesão e Contratualização: etapa inicial em que ocorre a adesão ao programa pelas equipes que compreendem os princípios da AB e os critérios do Manual Instrutivo do PMAQ-AB, a Fase 2 - Certificação: etapa da avaliação atuação das equipes de saúde e da gestão, avaliação dos indicadores pactuados e a averiguação da autoavaliação pela equipe de saúde; Fase 3 - Recontratualização: momento de pactuar novos indicadores de qualidade para o incentivo do estabelecimento de um processo sistemático baseado nos resultados da fase 2 - e o “Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento”, composto pelos componentes da autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal (BRASIL, 2015).

Contudo, em 2017, é lançada a Portaria n°. 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a PNAB, com a revisão das diretrizes para a organização da AB na RAS (BRASIL, 2017a). Esta trouxe rompimentos em relação às diretrizes organizativas da AB, que podem infringir sua maior estratégia, que assegura os princípios e diretrizes da APS no país, a descontinuação da ESF como estratégia prioritária (MENDONÇA et al., 2018). A nova revisão da PNAB resultou em inúmeras críticas em razão das vigentes estratégias para APS no país, suscitando em uma possível diminuição de financiamento e levando a ESF a um papel secundário na organização da AB, que antes era vista como prioritária ao sistema de saúde, coordenadora do cuidado integral à saúde e ordenadora das RAS (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

As novas estratégias organizacionais sustentam um conceito de flexibilidade, que se inclina para a idealização de uma autonomia abstrata e que oferece riscos à universalidade e à integralidade (MELO et. al., 2018; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). A cobertura em saúde que foi capaz de atingir uma importante ampliação através da implementação do PSF em 1994 pode sofrer danos frente à recomendação da nova PNAB quando permite que o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) seja definido por base populacional, dando espaço a distintas interpretações, permitindo ainda que as Equipes de Saúde da Família (eSF)

sejam compostas por, no mínimo, um ACS, e que anteriormente deveriam ser constituídas minimamente por quatro destes profissionais. Ainda sugere a unificação das atribuições dos ACS às dos Agentes de Combate às Endemias (ACE), além da integração destes profissionais à eSF (MELO et al., 2018; MOROSIN; FONSECA; LIMA, 2018).

Apresenta ainda definições de ações e cuidados, que se diferenciam em duas categorias organizadas sob justificativa das características locais. Apesar de constarem apenas como recomendações, essas ações se configuram em “padrões essenciais”, um conjunto de ações e procedimentos qualificados como básicos, de acesso à atenção, à saúde e qualidade ao cuidado prestado, mas que se inclinam a serviços de cuidados mínimos. Para acrescer ainda ao padrão anterior, integram-se os “padrões ampliados”, uma série de ações estratégicas objetivando alcançar altos padrões de qualidade e acesso. No entanto, a apreensão que envolve a implementação destes padrões se associa a não descrição do que compreende estes procedimentos e ações, ameaçando o retorno de uma APS seletiva (MELO et al., 2018; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Na realidade da implementação da APS/AB, observam-se diferentes experiências, tensões entre as concepções de APS e a competição entre modelos assistenciais. Portanto, os serviços públicos de saúde caracterizam-se ainda pela desagregação e intermitência assistencial. Estas características devem-se às fragilidades na articulação entre as instâncias gestoras e a gerência; entre os serviços de saúde e de apoio diagnóstico e terapêutico; e também pelas práticas clínicas desenvolvidas pelos diferentes profissionais (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Portanto, percebe-se que há um longo caminho a percorrer para a incorporação do modelo no processo de trabalho. Outro desafio posto é a dificuldade da execução de uma APS integral, com o desenvolvimento de ações comunitárias e intersetoriais para responder aos determinantes sociais e promover a saúde. No entanto, a reestruturação do sistema de saúde brasileiro orientada pela APS abrangente é uma perspectiva para a redução das desigualdades sociais e regionais no acesso e na utilização de serviços de saúde, o que contribui para efetivar o direito à saúde no país (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Instituída em 12 de novembro de 2019, pelo MS, a Portaria nº. 2.979 implementa o programa “Previne Brasil”, que determina um novo modelo de financiamento da APS no país, mediante a modificação da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2019a). O programa busca o reconhecimento de reparação do financiamento da APS identificado como insuficiente, assim como designar maiores investimentos para sua expansão (HARZHEIM et al., 2020). Até o momento da implementação da nova portaria, as

despesas eram custeadas através do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e o variável, implementado em 1998 e apontado como uma das ações de maior relevância para ampliação da APS no país (MASSUDA, 2020).

O maior ponto de destaque da nova portaria se encontra na capitação ponderada, que será responsável por aproximadamente 50% da verba federal destinada à APS, sendo uma verba anual *per capita* atribuída através de variáveis de vulnerabilidade socioeconômica, como faixa etária (<5 ou >65 anos) e beneficiários de auxílios governamentais (benefício previdenciário até dois salários mínimos, Bolsa Família -BF, Benefício de Prestação Continuada -BPC) (HARZHEIM et al., 2020). A capitação como critério de financiamento será relativa ao cadastro da população (por pessoa cadastrada) nas eSF, e não por cadastro de equipes, sendo necessário que as equipes estejam cadastradas e credenciadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) (MELO et al., 2020).

Dessa forma, embora o cadastramento da população seja um elemento importante para conhecimento e expansão, não pode ser considerada uma tarefa de fácil execução quando consideramos importantes fatores externos que podem influenciar em um cadastramento efetivo (MELO et al., 2020). Nesse sentido, é importante destacar a transição dos sistemas de informações para o e-SUS, um sistema de informação a nível nacional, e sua dificuldade de implementação em todos os municípios. Ainda é necessário destacar que, considerando as características sociodemográficas, há municípios localizados em regiões com poucos recursos que podem potencialmente manifestar maior complexidade de coordenação e manejo para o cadastro da população e, em contrapartida, há municípios com uma população numerosa, que podem apresentar dificuldades em atingir o cadastramento de toda a população. Nesse sentido, como afirmam alguns estudiosos, “Por fim, ‘cadastro’ não pode ser considerado sinônimo de acesso e cuidado” (MASSUDA, 2020; MELO et al., 2020 p. 142).

Assim, a capitação ponderada ameaça o fim do PAB fixo e variável e todos os seus benefícios e conquistas para a APS e sua expansão, permitindo que a distribuição de verba federal seja repassada aos municípios considerando apenas a população por estimativa através do cadastramento individual dos habitantes e considerando suas características socioeconômicas, sendo o pagamento por realizado por desempenho (MASSUDA, 2020). Essas condutas permitirão à universalidade um papel limitado, aumentando a deturpação do financiamento, destacando ainda que número de cadastros não pode ser comparado ou equivalente a acesso e cuidado integral (MASSUDA, 2020; MELO et al., 2020).

### 2.3 A qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde

A manifestação pelo interesse em avaliar a APS destacou-se no final do século XX, à medida que diversos estudos realizados no período apresentavam resultados os quais gradualmente evidenciavam a associação da APS à melhora dos resultados em saúde. Assim, o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) foi desenvolvido por *The Johns Hopkins Primary Care Policy Center* (PCPC) e projetado para medir a extensão e qualidade dos serviços da APS com foco nos atributos da APS (SHI; STARFIELD; XU, 2001). O PCPC foi fundado em 1996 por *Leiyu Shi* como diretor e *Barbara Starfield*, com financiamento da *Bureau of Primary Health Care* (BPHC). A instituição BPHC apoia a realização de pesquisas aplicadas à saúde que podem auxiliar na produção de dados para a colaboração na criação de políticas públicas, na análise e educação sobre a organização, financiamento e na prestação de cuidados de saúde, especialmente para populações carentes e vulneráveis (THE JOHNS HOPKINS PRIMARY CARE POLICY CENTER, 2022).

A variedade de instrumentos PCAT inclui versões de pesquisas direcionadas para crianças, adultos e para profissionais/instituições, assim como todas as versões foram projetadas para serem realizadas de modo autoaplicável, como um autorrelato do participante ou do responsável por responder a pesquisa. Especificamente para as versões para usuários (adulto e criança), o instrumento foi delineado a fim de coletar informações dos participantes ou responsáveis a respeito da experiência no uso de recursos para o cuidado em saúde. Ademais, a versão para profissionais/instituições foi planejada para reunir dados no que se refere às características operacionais e práticas relacionadas à prestação de cuidados primários na perspectiva dos profissionais (SHI; STARFIELD; XU, 2001).

No contexto nacional, durante o período da ampliação da APS no país, diversos estudos foram produzidos referentes à análise comparativa entre o modelo de atenção gerado pela ESF e o modelo de saúde tradicional, que, neste momento de expansão, ainda estava em vigor no Brasil. O interesse sobre a avaliação da APS foi instaurado na ocasião do aumento da cobertura da APS no país, o qual tornou fundamental o desenvolvimento de dados e informações que viabilizasse a avaliação da qualidade dos cuidados primários. Contudo, a diversidade metodológica dessas produções e a ausência de um padrão que pudesse qualificar e caracterizar a APS impossibilitava a definição de uma concepção uniforme quanto à reestruturação deste modelo de atenção (HARZHEIM et al., 2013). Deste modo, a fim de suprir a carência de um modelo minucioso e de alto rigor para a avaliação da APS, Harzheim et al. (2013) tiveram por objetivo a validação do instrumento do PCAT, que nacionalmente tem sua sigla denominada por PCATool.

A validação do instrumento ocorreu no município de Porto Alegre–RS, com a seleção de 2.404 participantes, e a adaptação do instrumento desenvolveu-se considerando as características culturais do país, sendo necessária a exclusão de cinco questões e alteração em algumas. Assim, realizou-se um piloto, auxiliando na compreensão e elucidação de questões que apresentaram diferentes interpretações para a conclusão do instrumento, atendendo uma amostragem populacional similar ao estudo principal. A versão original conta com 92 questões, distribuídas entre sete atributos da APS, assim, comparativamente a versão final do instrumento PCATool validado contemplou 84 itens, distribuídos entre seis atributos, com acréscimo de três questões, que compreendem o componente da Afiliação, totalizando 87 questões validadas, caracterizando-se como o PCATool-Brasil versão usuários adultos (HARZHEIM et al., 2013).

A avaliação dos atributos da APS permite a análise acerca das práticas em saúde e serve como ferramenta de orientação às políticas de saúde e aos avanços no sistema local de saúde. Ao considerar o Grau de Afiliação, a presença e a extensão dos atributos, indica-se uma APS fortalecida, cujas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde são desenvolvidas de forma resolutiva, universal e equânime (GONTIJO et al., 2017; MESQUITA FILHO; LUZ; ARAÚJO, 2014).

A avaliação da qualidade dos serviços orientados pela APS é importante, visto que possibilita o acesso a percepções dos usuários, dos profissionais e dos gestores frente ao modelo de atenção e às práticas de cuidado individual, coletivo e de gestão em saúde (FRACOLLI et al., 2014). No Brasil, entre os anos de 2000 e 2009, desenvolveram-se os primeiros estudos de avaliação da APS. No período de 2000 a 2004, as avaliações estavam relacionadas ao processo de implantação da ESF e buscavam identificar as fragilidades, potencialidades e condições de contexto que favoreciam ou dificultavam sua expansão, na visão de gestores e profissionais. De 2004 até 2006, as avaliações estavam relacionadas ao impacto da APS, ou seja, ao compartilhamento das metodologias e resultados, envolvimento dos profissionais das secretarias municipais e estaduais, capacitação de técnicos para avaliação e o ponto de vista dos usuários (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

No entanto, os estudos de qualidade aplicados à APS seguiam os modelos para a avaliação da qualidade em saúde baseados nos cuidados hospitalares. Desta forma, era imprescindível uma produção de conhecimento que possibilitasse avaliar a qualidade dos cuidados primários prestados à população, principalmente no que tange às características da

estrutura, ao processo de atenção e aos resultados na saúde voltados à concepção da APS (HARZHEIM et al., 2013).

Assim, devido à falta de uniformidade conceitual de APS e à grande variabilidade metodológica dos estudos, tais fatores dificultaram estabelecer uma visão do processo de reorganização dos serviços de APS. É neste contexto que os instrumentos de avaliação da APS começaram a ser traduzidos e validados para o contexto brasileiro (HARZHEIM et al., 2006; HARZHEIM et al., 2013; HAUSER et al., 2013). Os principais instrumentos validados e utilizados para avaliar a APS são: *WHO Primary Care Evaluation Tool* (PCET); *ADHD Questionnaire for Primary Care Providers* (AQ-PCP); *General Practice Assessment Questionnaire* (GPAQ); Aplicativo para Atenção Primária em Saúde (PACOTAPS); *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) e *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care* (EUROPEP). Observou-se que a maior parte dos instrumentos são utilizados internacionalmente e, no Brasil, o PCATool e o EUROPEP são os instrumentos mais utilizados. A aplicação de um instrumento que visa avaliar a APS pode oferecer subsídios para a criação de novas propostas, que possam contribuir para a qualificação da saúde (FRACOLLI et al., 2014).

Assim, a partir de 2006, tornaram-se tema de estudos os atributos da APS (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; ELIAS et al., 2006; GIOVANELLA et al., 2009). As pesquisas que buscam mensurar a presença e a extensão desses atributos revelaram que os serviços da AB nos municípios estudados, na perspectiva de gestores, profissionais e usuários, possuem escores, para alguns atributos, abaixo do percentual considerado ideal para a APS (ARAÚJO et al., 2014; CARNEIRO et al., 2014; LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; LIMA et al., 2015; PAULA et al., 2016; REIS et al., 2013; SOUZA et al., 2015).

Portanto, a avaliação dos serviços orientados pela APS é necessária, a fim de identificar ações para fortalecer seus serviços, com destaque para o aumento da oferta de cuidado e diminuição das barreiras de acesso, estruturação dos serviços como porta de entrada do sistema, ampliação da resolutividade e articulação entre ações de vigilância e assistência (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).



**3 OBJETIVOS**

---

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo geral

Analisar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos usuários com Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial.

#### 3.2 Objetivos específicos

1. Analisar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde, na perspectiva dos usuários com Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial;
2. Comparar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde, na perspectiva dos usuários com Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial, em acompanhamento nas unidades com equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Básica;
3. Analisar, na perspectiva dos usuários com Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial, o cuidado prestado pelos enfermeiros na rede de Atenção Primária à Saúde.

## ***4 MARCO CONCEITUAL***

---

#### 4 MARCO CONCEITUAL

Diante do cenário mundial em saúde, durante a década de 1970, a OMS, juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a convite da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), realizou a Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, capital da República Socialista Soviética do Cazaquistão, em setembro de 1978. A então conhecida Conferência de Alma-Ata apresentava que era necessária a ação de todos os governos, de todos os trabalhadores da saúde e da comunidade mundial para promover a saúde de todos. A Conferência foi sucedida de reuniões em uma esfera de menor contexto à Conferência Internacional, realizadas em distintas partes do mundo, entre 1977 e 1978, abordando a necessidade dos Cuidados Primários em Saúde focalizados em âmbito regional e internacional (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1979).

A Conferência teve como seus objetivos fomentar o conceito de cuidados primários para os países, estabelecer os princípios dos cuidados primários e os caminhos operacionais para superar os obstáculos práticos nos serviços, bem como elucidar o papel de governos e organizações nacionais e internacionais para assegurar a cooperação técnica e apoio ao desenvolvimento dos cuidados primários. Estes objetivos tinham como finalidade sustentar os cuidados primários à saúde como foco principal da Conferência. Com a convicção de que a saúde é um direito humano essencial e um propósito social a ser alcançado no mundo, foi solicitada pela Conferência uma nova perspectiva em saúde, com novos princípios e critérios de serviço, na tentativa de reduzir a desigualdade social, a fim de uma distribuição mais igualitária dos recursos de saúde para possibilitar o acesso à saúde de modo que permita uma vida social e econômica próspera (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1979).

Entendeu-se por cuidados primários de saúde os cuidados primordiais embasados cientificamente, aceitáveis e adequados às práticas de saúde que satisfaçam indivíduos, famílias e comunidades, possibilitando acesso para todo indivíduo, de modo que todas as despesas geradas em saúde possam ser custeadas e mantidas pela sociedade. O cuidado primário é o primeiro nível de contato e acesso da população aos serviços de saúde, bem como parte integrante do sistema de saúde e do desenvolvimento social e econômico de um país. Desta forma, a responsabilidade pela saúde da população cabe diretamente ao governo de cada país, de forma individual, respeitando as singularidades do próprio contexto social, político e de desenvolvimento, através de medidas sanitárias, bem como medidas sociais que busquem ações de forma igualitária (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1979).

Na Declaração de Alma-Ata, destacam-se importantes argumentos, como as ações para a realização de intervenções em saúde na perspectiva dos cuidados primários em saúde. Assim, a desigualdade existente no âmbito da saúde é inaceitável política, social e economicamente e deve ser objeto de atenção de todos os países, pois a promoção e proteção da saúde são essenciais para uma melhor qualidade de vida e para o desenvolvimento econômico e social. Em face às questões econômicas e sociais, instituiu-se, então, como lema que todos os povos do mundo, até o ano de 2000, deveriam atingir um grau de saúde que pudesse permitir uma vida social e economicamente produtiva. Assim, compreende-se que os cuidados primários de saúde constituem-se como alicerce para a concretização deste objetivo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1979).

Para os cuidados primários em saúde, determinou-se a oferta de serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação, de acordo com as necessidades, como educação em saúde, prevenção e controle, incentivo à distribuição de alimentos e à nutrição apropriada, fornecimento adequado de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1979).

A Declaração de Alma-Ata foi um marco histórico, sendo o precursor da APS, tornando-se referência na representação da primeira declaração da saúde como direito humano e o primeiro documento a destacar a importância da saúde para o desenvolvimento econômico e individual ao instaurar uma visão individual e holística em saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019a; 2019b).

#### **4.1 De Alma-Ata a Astana**

Quarenta anos após a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, acontecimento que instaurou a APS em contexto global, sucedeu, em 2018, em Astana, no Cazaquistão, a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, com o objetivo de reafirmar os princípios da Declaração de Alma-Ata. Neste momento, o cenário mundial encontrava-se divergente politicamente do cenário de Alma-Ata, sobretudo quanto às políticas de austeridade (GIOVANELLA et al., 2019). Embora tenha o intuito de fortalecer a APS, a Declaração de Astana traz ambiguidades e incertezas em sua abordagem. Em defesa do fortalecimento da APS, direciona suas estratégias de conquista através da cobertura universal em saúde (*Universal Health Coverage – UHC*), ameaçando os ideais de Alma-Ata,

que se apoiavam em saúde universal e acesso para todos. Na tentativa de reforçar a promoção e fortalecimento da APS, apoia-se em declarações a respeito da construção de uma atenção primária sustentável, mas que se torna incoerente frente às argumentações de usar abordagens inclusivas para a expansão da APS, conferindo-lhes sobretudo o papel de um pilar para a cobertura universal, garantindo a continuidade da prestação de serviços essenciais à saúde, justificando o comprometimento com a APS para obtenção da cobertura universal em saúde (GIOVANELLA et al., 2019; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019a; 2019b).

O destaque para cobertura está atribuído a um contrato de seguros que se estende apenas para serviços pré-estabelecidos, cobertura esta que molda a saúde e a limita a um pacote de serviços determinados e que exclui o delineamento de um sistema de saúde integral, replicando a APS seletiva (GIOVANELLA et al., 2019; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019a; 2019b).

No mesmo ano da Conferência de Astana, em 2018, o SUS completou 30 anos. No Brasil, a APS se destaca por suas inúmeras estratégias e programas que tentam consolidar uma atenção à saúde continuada, integral e integrada, e este momento convida a refletir sobre os inúmeros desafios que o nosso sistema de saúde enfrenta ao longo destes anos, juntamente com o importante papel que a APS desempenha ao integrá-lo, na ampliação de acesso e na redução das desigualdades, na busca por fortalecer a universalidade, integralidade e equidade, princípios que, há 30 anos, o SUS se esforça para consolidar. (GIOVANELLA e RIZZOTTO, 2018; GIOVANELLA, et al., 2019).

#### **4.2 A Atenção Primária à Saúde e os seus Atributos**

A APS é caracterizada por um conjunto de ações, como um serviço de saúde que possibilita ao indivíduo o acesso ao sistema de saúde para cada nova necessidade apresentada, buscando atenção para todos os tipos de condições, focado diretamente no sujeito e não somente na doença ou na enfermidade e ainda coordena e integra o cuidado realizado por outros serviços. Não deve ser confundida com ações clínicas privativas, como exames, diagnósticos e prevenção, pois são ações que devem ser realizadas em todos os níveis de atenção, contudo, ainda compartilha a reponsabilidade de acesso, qualidade e custo, bem como a prevenção e a reabilitação e o trabalho em equipe, com os distintos serviços e níveis de atenção do sistema de saúde. A APS promove a organização de todos os recursos que são direcionados à promoção, à preservação e à melhora da saúde, integrando a atenção na busca ao cuidado no contexto de inserção do indivíduo, cenário no qual produz e reproduz as respostas relacionadas à saúde (STARFIELD, 2002).

A fim de que a APS potencialize o sistema de saúde, deve-se integrar uma visão holística à atenção ao indivíduo, considerando os distintos aspectos individuais, que influenciam diretamente no seu estado de saúde, tendo em vista aspectos do meio físico e social, e não somente os determinantes sociais. A APS promove maior equidade em saúde quando oferta atenção e cuidado de forma adequada, conseqüentemente, os recursos podem ser utilizados de forma ordenada para reduzir as desigualdades na saúde da população. Assim, aconselha-se direcionar os serviços de APS às necessidades da população, de forma individual e comunitária, em busca de uma maior equidade. Dessa forma, a APS estará mais próxima de se assemelhar aos pressupostos de Alma-Ata (STARFIELD, 2002).

Dessa maneira, a APS é a base do sistema de saúde, ou seja, é a porta no sistema para as necessidades e os problemas da população e constitui-se como o primeiro meio de contato de indivíduos, famílias e comunidades. Entende-se, neste modelo, que a atenção à saúde se centra na pessoa, e não na enfermidade, e essa compreensão do processo saúde-doença ajuda na efetivação de um cuidado mais adequado aos problemas de saúde, pois entende o contexto no qual se produz saúde-doença. Assim, devem-se abordar os problemas mais habituais na comunidade articulados com as ações de promoção, prevenção, diagnóstico e reabilitação (OLIVEIRA; PERREIRA, 2013; STARFIELD, 2002).

Nesse sentido, a concepção de Coordenação é primordial, pois, sem ela, os atributos da APS, como Acesso de Primeiro contato, Longitudinalidade e Integralidade são comprometidos. Assim, entende-se que a coordenação do trabalho envolve todos os outros níveis de atenção no sistema de saúde, ou seja, ela é a articulação em RAS, voltados para o alcance de um objetivo comum, independentemente do local onde os cuidados sejam prestados (RODRIGUES et al., 2014; STARFIELD, 2002).

Na análise do conceito de APS, observam-se distintas interpretações, as quais estão relacionadas ao modelo de atenção à saúde de cada país. Dentre as interpretações da APS, identificam-se quatro linhas principais: a primeira corresponde a um programa focalizado e seletivo (*selective primary care*) de restrição de serviços, com o objetivo de cobrir determinadas necessidades de grupos populacionais em extrema pobreza, com recursos de baixa densidade tecnológica e sem possibilidade de acesso aos níveis secundários e terciários. A segunda interpretação, mais comum em países europeus, é a garantia ao primeiro contato (*primary care*) do usuário com o sistema de saúde, não especializado, que inclui um amplo espectro de serviços para resolver a maioria dos problemas da população. Já a terceira interpretação, denominada abrangente ou ampliada (*comprehensive primary health care*), corresponde a uma concepção de modelo assistencial e de reorientação e organização de um

sistema de saúde integrado, centrado na APS, com garantia de atenção integral. Finalmente, há a quarta concepção, que corresponde a uma filosofia que orienta os processos pelo direito universal à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Assim, a concepção de APS renovada tem como objetivo melhorar a competência dos países em elaborar uma estratégia coordenada, eficaz e sustentável para os problemas de saúde e prepará-los para os desafios resultantes dos novos contextos epidemiológicos. Tal concepção ainda visa corrigir as incongruências presentes em abordagens divergentes da APS e a compor novos conhecimentos para as melhores práticas. Dessa forma, reconhece-se que a APS é uma ferramenta que fortalece a capacidade da sociedade de reduzir as iniquidades na área da saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2007).

Para o correto entendimento do conceito da APS, é preciso compreender ainda os elementos que compõem a atenção primária e a configuram. Starfield (2002) identifica ainda estes elementos como atributos da APS, e os classifica em atributos essenciais, que são fundamentais para o seu processo de desenvolvimento, e os atributos derivados, que compõem e sustentam os atributos essenciais.

Dessa maneira, a APS é definida pelos seus atributos, compreendendo que deve ser o primeiro contato e o local de cuidado prioritário das pessoas e famílias com o sistema de saúde ao longo de suas vidas, sem restrição de acesso às ações e serviços de saúde, independente de gênero, condições socioculturais e problemas de saúde. Deve haver abrangência e integralidade nas ações individuais e coletivas, o que provoca fazer arranjos para que a pessoa receba todos os tipos de serviços à saúde para a continuidade (Longitudinalidade) e coordenação do cuidado ao longo do tempo, tanto no plano individual, como no coletivo, mesmo quando houver necessidade de se referenciar às pessoas para outros níveis e/ou equipamentos de atenção do sistema de saúde. A atenção também deve ser idealmente praticada e orientada para o contexto familiar e comunitário, entendidos em sua estrutura e conjuntura socioeconômica e cultural (CUNHA; GIOVANELLA, 2011; OLIVEIRA; PERREIRA, 2013; RODRIGUES et al., 2014; STAHLSCHEMIDT, 2012; STARFIELD, 2002).

**Acesso e Primeiro Contato:** a acessibilidade é a principal entrada ao sistema de saúde, é o que permite que a população chegue até o serviço, não sendo uma característica exclusiva da APS, visto que deve estar presente em todos os níveis de atenção; contudo, ainda apresenta características específicas da atenção primária, uma vez que representa a porta de entrada no sistema de saúde. Esse atributo é uma importante ferramenta para a redução de



morbidade e mortalidade. É através do acesso que se alcança a atenção ao primeiro contato (STARFIELD, 2002).

A atenção ao primeiro contato se caracteriza pelo fornecimento de serviços acessíveis e pela sua utilização quando o indivíduo apresentar tal necessidade. É referência de cuidado primário, em que a pessoa possa buscar assistência a cada novo problema de saúde ou de ocorrências prévias, salvas as necessidades de emergência. Requerer um serviço ou ação em um sistema de fácil acesso, com uma porta de entrada, antes da atenção em qualquer outro serviço, relaciona-se à redução de busca e acesso a serviços especializados. O método de empregar profissionais de atenção primária como estratégia para fornecer acessibilidade e primeiro contato, em oposição a profissionais especializados, oportuniza uma atenção com maior satisfação, levando a melhores efeitos na saúde e menores despesas. Assim sendo, a mensuração da atenção ao primeiro contato ocorre por meio da avaliação da Acessibilidade, um componente estrutural, e da Utilização como um elemento processual (STARFIELD, 2002).

**Longitudinalidade:** diz respeito ao relacionamento entre os profissionais e os usuários do sistema de saúde e a inserção do serviço como referência (STARFIELD, 2002). Para Pinto e Giovanella (2018), a Longitudinalidade se caracteriza como um cuidado contínuo, bem como sua execução no decorrer do tempo. Este relacionamento deve retratar segurança bilateral. Contudo, não é indispensável que esta relação seja sempre contínua, pois a Longitudinalidade qualifica-se pelo não rompimento da relação pessoal que é estabelecida, ainda que haja intervalos no relacionamento de vinculação. A atenção longitudinal caracteriza-se quando uma população específica identifica o serviço de saúde na RAS, e, da mesma forma, quando os profissionais também se reconhecem para a população como prestadores de atenção focada no indivíduo, de forma que esta relação bilateral seja conservada até que seja evidentemente necessária uma mudança (STARFIELD, 2002).

A Longitudinalidade destaca-se por seus benefícios, e um deles é a menor utilização de outros serviços de saúde, reduzindo hospitalizações e, em dados monetários, ações de baixo custo financeiro. A atenção longitudinal não se limita a um problema definido, contudo, baseia-se em uma avaliação de um elemento estrutural da atenção, como a identificação de população referência e avaliação de um elemento de desempenho, como o uso adequado da atenção e a força das relações estabelecidas. Portanto, a Longitudinalidade proporciona maiores benefícios quando estabelece uma relação com um profissional de referência em um lugar específico (STARFIELD, 2002).

**Integralidade da Atenção:** para que a integralidade seja efetiva, é imprescindível que a atenção primária tenha o conhecimento apropriado a respeito da complexidade das necessidades de saúde das pessoas e, ainda, que ofereça os recursos necessários para atender toda as necessidades reconhecidas. Dessa forma, a atenção relativa à abordagem de saúde compete à natureza do problema, que varia dependendo do lugar, época e população específica. Orienta-se para uma atenção direcionada às necessidades, assim, demanda-se que os serviços ofertados estejam disponíveis e que sejam realizados frente às necessidades e com frequência para que os profissionais possam deter maior destreza em suas ações, além de atingir elevada capacidade de reconhecer as necessidades da população (STARFIELD, 2002).

A APS é o ponto de atenção que dispõe da capacidade e maior efetividade para compreender os problemas da população, incluindo o contexto histórico-social de cada indivíduo e, ainda, é responsável pela atenção continuada. Conhecer a origem do problema enfrentado pelo usuário proporciona ao profissional um instrumento relevante, que auxilia na escolha das ações que deverão ser realizadas a fim de sanar os problemas, assim, o modo de planejamento das ações e de como realizá-las de forma apropriada são aspectos cruciais para proporcionar um serviço mais efetivo e equitativo (STARFIELD, 2002).

A Integralidade garante que os serviços e ações ofertados sejam adaptados às necessidades de saúde presentes na população, caracterizando-se por uma ampla gama de serviços para que, ainda que não possam ser oferecidos dentro dos serviços de APS, haja possibilidade de encaminhamentos para outros pontos de atenção nas RAS (PINTO; GIOVANELLA, 2018). A avaliação da Integralidade se dá através de um elemento estrutural, composto pela variedade de serviços disponíveis e, ainda, por um elemento processual, através do reconhecimento das necessidades (STARFIELD, 2002).

**Coordenação:** a Coordenação se caracteriza pela disponibilidade de informações do usuário em relação aos problemas de saúde e aos serviços frequentados anteriormente e pelo conhecimento destas informações relacionadas às necessidades atuais para uma nova atenção em saúde. A Coordenação integra e harmoniza todos os APS, de forma a agregar relevância e utilidade para cada um. Sem a Coordenação, a Integralidade não seria efetiva, e o acesso seria uma função meramente burocrática, bem como a Longitudinalidade seria fragilizada (STARFIELD, 2002). O profissional que exerce suas funções na APS deve ter competência para integrar toda atenção e assistência ofertada ao usuário (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

É importante compreender que a APS, apesar de valiosa fonte de atenção à saúde, não é capaz de ofertar respostas e soluções a todos os problemas apresentados pela população de âmbito geral. Para que esse cuidado seja efetivo, é necessário que se busque o cuidado em

outros níveis de atenção, com recursos apropriados e resolutivos à demanda apresentada. Para isso, procuram outros serviços de outros pontos de atenção da rede, orientados pelo profissional da atenção primária, por meio de encaminhamento, ou, em outros momentos, direcionados por distintas circunstâncias, buscam outro serviço por si só (STARFIELD, 2002). Na APS, o profissional dispõe de uma função importante, que é a regulação na tomada de decisões a respeito do cuidado da pessoa, evitando serviços e ações que já foram realizados, para que não sejam repetidos desnecessariamente (<sup>1</sup>EMMANUEL, 19941 apud STARFIELD, 2002, p. 371). Por vezes, o desafio da Coordenação encontra-se na dificuldade em manter um diálogo entre a APS e os diferentes níveis de atenção à saúde de forma eficaz, a fim de esclarecer informações cruzadas entre os dois polos de atenção. A condução correta das informações possibilita um melhor manejo da atenção, evitando, assim, a imprecisão de informações entre os níveis, o que pode prejudicar o cuidado. Além disto, ainda que a continuidade de um profissional proporcione maior capacidade de compreensão e conhecimento a respeito de informações sobre o usuário na APS, não garante a mesma capacidade em outros níveis de atenção; contudo, uma maior compreensão e reconhecimento em relação aos problemas do usuário favorece maior possibilidade de recuperação (STARFIELD, 2002).

A avaliação da Coordenação sucede, por meio do elemento estrutural, à continuidade da atenção, conformando-se como elemento essencial para este atributo. Ainda o elemento processual ocorre por meio do reconhecimento do problema ou do reconhecimento das informações a respeito da atenção dos problemas, e os dois elementos, associados, permitem que o atributo Coordenação seja executado de forma eficiente (STARFIELD, 2002).

### Quadro 1 – Resumo dos Atributos Essenciais da Atenção Primária à Saúde

					(continua)
Atributos	Descrição	Objetivo	Benefícios/Ações	Elemento processual	Elemento estrutural
<b>Primeiro contato</b>	Principal acesso de entrada ao serviço de saúde	Promover a possibilidade de acesso do usuário ao serviço de saúde	Permite fácil acesso e utilização aos serviços de saúde ofertados	Utilização	Acessibilidade

<sup>1</sup> EMMANUEL, L. The consultant and the patient-physician relationship. *Arch. Intern. Med.* v. 154, p. 1785-1790, 1994

**Quadro 1 – Resumo dos Atributos Essenciais da Atenção Primária à Saúde**

					(conclusão)
Atributos	Descrição	Objetivo	Benefícios/Ações	Elemento processual	Elemento estrutural
<b>Longitudinalidade</b>	Cuidado e vínculo com o usuário por um longo período de tempo	Reconhecer o usuário/profissional como referência	Redução de custos e de utilização de serviços desnecessários, promoção e prevenção, reconhecimento das necessidades da população de forma mais efetiva	Utilização	População eletiva
<b>Integralidade</b>	Disponibilidade e oferta de serviços capazes de atender todas as necessidades apresentadas pelo usuário	Garantir a atenção e o cuidado integral através dos serviços ofertados	Ampla gama de serviços apropriados à necessidade individual de cada usuário	Reconhecer o problema	Variedade de serviços
<b>Coordenação</b>	Integração de todos os níveis de atenção	Possibilitar a comunicação entre os diferentes níveis de atenção	Coordena o cuidado, possibilitando ao usuário maior integralidade da assistência e acesso a diferentes serviços	Reconhecer o problema	Continuidade

Fonte: elaborada pela autora, adaptado de Starfield (2002).

Assim, a mensuração dos atributos da APS se dá através da capacidade e desempenho de cada elemento que compõe o sistema de saúde. Quatro elementos estruturais expressam o potencial, e dois elementos processuais expressam a sua capacidade frente a uma tarefa relevante. Dito isto, para mensuração do potencial e alcance dos atributos da APS, torna-se imprescindível para cada atributo um elemento estrutural e um processual. Cada atributo é essencial dentro da sua complexidade e necessidade de acordo com sua função exercida na APS. Se os problemas ou necessidades de saúde não forem reconhecidos, não haverá qualquer processo diagnóstico ou, então, será um processo inadequado (STARFIELD, 2002).

Os atributos derivados, por sua vez, são descritos como: Orientação Familiar; Orientação Comunitária e Competência Cultural. A **Orientação Familiar** permite avaliar as necessidades das pessoas considerando o contexto familiar no qual está inserido. A avaliação familiar é realizada por meio de entrevistas efetuadas com os membros da família ou por meio de comparações de dados anotados em prontuários ou por instrumentos que permitem conhecer as famílias e seus problemas, tais como: genograma, ecomapa e visitas domiciliares. Para uma assistência integral, é primordial o conhecimento e comunicação familiar, pois a família proporciona um apoio para auxiliar o indivíduo frente às dificuldades e questões de saúde (STARFIELD, 2002). Para Pinto e Giovanella (2018), no cuidado integral, além de

considerar o contexto familiar no qual o usuário está inserido, é necessário, também, ponderar as potenciais ameaças à saúde que o âmbito familiar pode causar.

**Orientação Comunitária:** pondera todas as necessidades do indivíduo, que envolvem o contexto social no qual está inserido, a relação do profissional com a comunidade, juntamente com ações conjuntas, como planejar e avaliar os serviços (PINTO; GIOVANELLA, 2018). Para uma Orientação Comunitária efetiva, é necessário obter o conhecimento acerca das necessidades da comunidade e do território, o quanto o profissional se envolve com os problemas da comunidade, como o profissional ou a equipe de saúde insere os usuários da comunidade na oferta de serviços, além do conhecimento da comunidade a respeito dos serviços ofertados (STARFIELD, 2002).

**Competência Cultural:** compreende captar as necessidades da comunidade independentemente da variedade de características que pode haver em um meio comum, respeitando aspectos étnicos e raciais, bem como outras características diversas (STARFIELD, 2002). Assim, é a adequação às distintas características culturais para auxiliar no relacionamento entre a comunidade e o profissional (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

## ***5 MÉTODO***

---

## 5 MÉTODO

### 5.1 Caracterização do estudo

Este é um estudo de método misto para analisar e comparar a presença e a extensão dos atributos da APS, na perspectiva das pessoas usuárias do SUS, com DM e HA, por meio do instrumento *Primary Care Assessment Tool* – PCATool (versão adulto reduzida), e analisar, na concepção destes sujeitos, o cuidado desenvolvido pelo enfermeiro na APS, por meio de entrevistas semiestruturadas.

A pesquisa de métodos mistos combina as abordagens quantitativas e qualitativas, em uma mesma investigação, o que possibilita uma avaliação mais consistente, pois leva em conta os distintos aspectos de um mesmo fenômeno, a fim de retirar o melhor de cada abordagem e integrá-las para responder às questões complexas da prática da enfermagem (CRESWELL; PLANO CLARK, 2013; SANTOS et al., 2017). É importante destacar que as pesquisas com métodos mistos ainda são escassas na literatura brasileira e pouco discutidas na produção do conhecimento em enfermagem e saúde (SANTOS et al., 2017).

O uso da pesquisa de métodos mistos está indicado em quatro situações. A primeira é quando os conceitos são novos e existe uma escassa literatura. A segunda é quando os resultados de uma abordagem podem ser interpretados com uma segunda fonte de dados. A terceira, por sua vez, ocorre quando se necessita das duas abordagens para responder ao fenômeno, pois, por si só, nem a abordagem quantitativa, nem a abordagem qualitativa, isoladamente, seriam suficientes. E, finalmente, a quarta indicação é quando os resultados quantitativos são de difícil interpretação, e os dados qualitativos podem ajudar a compreendê-los (CRESWELL; PLANO CLARK, 2013). Nesta pesquisa, a opção pelo método deve-se à necessidade das duas abordagens para ampliar e aprofundar o entendimento do fenômeno, como ocorre na terceira indicação.

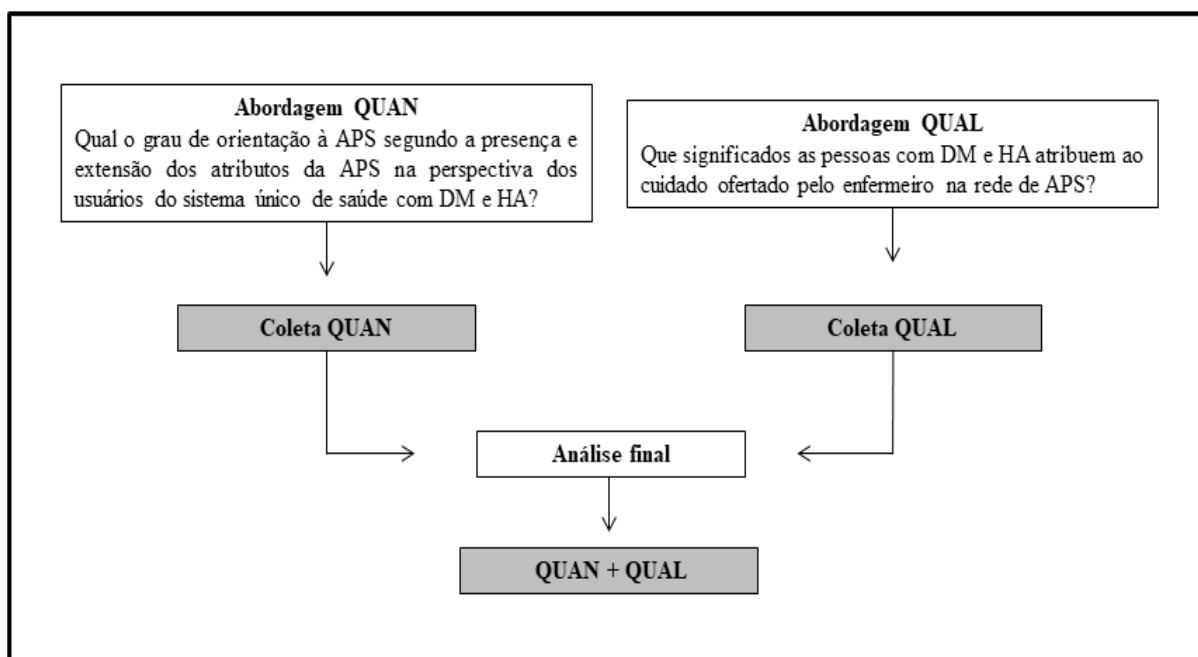
Para o planejamento de uma pesquisa com métodos mistos devem-se considerar quatro aspectos: a distribuição de tempo, a atribuição de peso, a combinação e a teorização. Na distribuição do tempo, os dados quantitativos e qualitativos serão coletados sequencialmente (em fases) ou concomitantemente. A atribuição de peso refere-se à definição da prioridade atribuída à abordagem quantitativa ou qualitativa, ou seja, pode-se atribuir o mesmo peso às duas abordagens, ou enfatizar uma ou outra abordagem. A combinação compreende se os dados quantitativos e qualitativos serão ou não mixados, ou seja, se serão mantidos separados ou estarão de algum modo combinados. A perspectiva teórica, por fim, refere-se às teorias, hipóteses ou estruturas norteadoras, que podem estar explícitas ou implícitas (CRESWELL;

PLANO CLARK, 2013).

Nesse sentido, o planejamento da presente pesquisa caracteriza-se pela distribuição concomitante; pela igualdade na atribuição de peso; e pela integração e combinação dos dados para a análise [QUAN+QUAL]; e a perspectiva teórica ancora-se nos conceitos dos atributos da APS. A representação [QUAN+QUAL] é derivada de um sistema de notação desenvolvido para facilitar a comunicação entre os pesquisadores de métodos mistos (SANTOS et al., 2017). Essa opção de planejamento [QUAN+QUAL] caracteriza-se pela estratégia de triangulação concomitante, na qual os dados quantitativos e qualitativos são coletados concomitantemente (sinal de +), com igual prioridade, e depois são comparados com o objetivo de determinar divergências, convergências e combinações. Desta forma, a triangulação concomitante possibilita a condução simultânea, mas separada, de abordagens quantitativas e qualitativas, como forma de compensar os pontos fortes e fracos inerentes às abordagens escolhidas (CRESWELL; PLANO CLARK, 2013).

Portanto, foram desenvolvidas duas abordagens: uma pesquisa analítica, com abordagem quantitativa e delineamento transversal; e um estudo qualitativo, com entrevistas semiestruturadas e analisadas pela interpretação dos sentidos. Assim, cada abordagem possui suas configurações, mas com condução simultânea e mixagem dos dados para composição dos resultados da pesquisa

**Figura 1 - Desenho da pesquisa, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2023.**



Fonte: adaptado de Santos et al. (2017)



## 5.2 Campo e local do estudo

Ribeirão Preto é um município localizado ao nordeste do estado de São Paulo. Sua população, no último censo, foi de 604.682 mil habitantes (BRASIL, 2010b). A cidade dispõe de uma ampla rede pública de prestação de serviços em atenção básica, especializada e de alta complexidade.

O cenário do presente estudo é uma distrital de saúde do município de Ribeirão Preto - SP, a distrital Oeste, que compõe campo de atividade teórico-prática da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, mais especificamente, as unidades de Estratégia Saúde da Família e as Unidades Básicas de Saúde. As unidades que compõem o Distrito Oeste são: Núcleos de Saúde da Família (NSF) 1, 2, 3, 4, 5 e 6, CMSC Vila Lobato, UBS Presidente Dutra, USF Vila Albertina, UBS Vila Recreio, UBS José Sampaio, USF Jamil Cury, USF Maria Casagrande Lopes, UBS Dom Mielle, USF Eugênio Mendes Lopes, USF Paulo Gomes Romeu, USF Jardim Paiva, UBS Ipiranga, CSE Ipiranga (RIBEIRÃO PRETO, 2022). Por não se enquadrar nos critérios de seleção, a unidade CSE Ipiranga não integrou a amostra devido à atenção assistencial estrita à saúde da mulher e pediatria.

Para que a coleta fosse realizada nas unidades de saúde descritas, o projeto foi enviado à Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa (CAPP) da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMSRP). Desta forma, foi encaminhado pelo CAPP a cada unidade de saúde para anuência da realização da pesquisa. Para os Núcleos de Saúde da Família e a unidade CMSC Vila Lobato, além do envio do projeto pelo CAPP, foi necessária a apresentação do projeto de pesquisa durante as reuniões de equipe de cada unidade, assim, todas as apresentações foram agendadas previamente e apresentadas durante o mês de maio de 2019. Não houve recusa de nenhuma unidade de saúde.

## 5.3 Aspectos Éticos da Pesquisa

Quanto aos aspectos éticos, a pesquisadora seguiu as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), assim como o regulamento sobre preservação de dados conforme a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) determinada pela Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (BRASIL, 2018). Dessa forma, inicialmente foi obtida a autorização para realização da pesquisa na CAPP da SMSRP, que rege as Unidades de Saúde investigadas, na data de 17 de julho de 2019 (ANEXO A). Posteriormente à aprovação do CAPP, o projeto foi submetido em 26 de julho de 2019 ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem

de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) e, após adequações de pendências, foi aprovado na data de 01 de outubro de 2019, sob Protocolo CAAE: 17931019.2.0000.5393 e parecer nº 3.612.443 (ANEXO B). Em razão da pandemia de COVID-19, para a continuidade do presente projeto de pesquisa, fizeram-se necessárias adaptações no modo de coleta de dados, dessa forma, em 19 de março de 2021 foi submetida uma emenda ao parecer inicial, com a nova aprovação em 24 de março de 2021, sob Protocolo CAAE: 17931019.2.0000.5393 e protocolo nº 4.608.660 (ANEXO C).

Todos os participantes que atenderam aos critérios de inclusão foram convidados a fazerem parte da pesquisa. Durante o período em que a coleta ocorreu de modo presencial, antes da pandemia de COVID-19, após a realização da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e, frente ao aceite, a pesquisadora solicitava ao sujeito a assinatura do TCLE, sendo garantido ao participante uma via original deste Termo, devidamente assinada pela pesquisadora e pelo entrevistado. Não obstante, após as adequações da coleta de dados para o meio remoto, o consentimento era realizado de modo verbal, solicitando ao participante que pronunciasse “Eu (nome completo do participante) concordo em participar desta pesquisa”, posteriormente o TCLE era enviado digitalmente em formato *Portable Document Format*<sup>®</sup> (PDF) com a assinatura da pesquisadora, através do software do *Whatsapp*<sup>®</sup>. Para os usuários que informaram não disponibilizar tal recurso, o Termo assinado foi enviado pelos Correios por carta registrada.

Vale destacar que, ao término da pesquisa, foi enviado o relatório final ao CEP. Os resultados serão apresentados para a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, para as unidades participantes do estudo e em eventos científicos.

#### **5.4 Participantes do Estudo**

Os participantes do estudo foram pessoas adultas com DM e HA cadastradas nas unidades de saúde com eSF e eAB do Distrito Oeste, homens e mulheres, maiores de 18 anos de idade. Os critérios de inclusão foram: ser usuário das unidades participantes; ter o diagnóstico de DM e HA, independente da data do diagnóstico; e ser maior de 18 anos de idade. Os critérios de exclusão foram: usuários com condições de saúde que impediam a participação no momento da pesquisa, pessoas com deficiência auditiva e/ou visual.

#### **5.5 Pesquisa Analítica com Abordagem Quantitativa**

**Tipo de Estudo:** estudo analítico de abordagem quantitativa e delineamento transversal, utilizou um instrumento com escala *Likert* (variável ordinal). Teve-se como

hipótese para este estudo que a presença e a extensão dos atributos da APS, na perspectiva dos usuários com DM e HA, é maior na eSF.

**Operacionalização da coleta de dados:** o recrutamento dos participantes foi em função dos critérios de inclusão da pesquisa. Além disso, o processo de recrutamento envolveu três etapas: a primeira etapa consistiu em uma reunião com um profissional da Coordenadoria de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis juntamente com o Chefe da Divisão de Informática da SMSRP, onde foram analisadas as possibilidades de cruzamento de dados para realizar o levantamento de todas as pessoas com DM e HA localizados no Distrito Oeste. O método adotado para a realização do levantamento foi escolhido a partir das informações do sistema de informação (*Hygiaweb*), onde foi obtido o número de pessoas com DM e HA cadastrados nas unidades investigadas (eSF e eAB do Distrito Oeste); assim, através do sistema de informação, foi possível realizar o rastreamento dos usuários, por meio da retirada das medicações específicas para a terapêutica das duas doenças, sendo essas medicações exclusivamente ofertadas pelo SUS, para obter o número *Hygia*, nome e unidade de saúde à qual o usuário pertence.

Um dos eixos norteadores das políticas de medicamentos se configura como o acesso aos medicamentos essenciais. Neste sentido, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) é utilizada como um mecanismo de garantia ao acesso à assistência farmacêutica e uso racional de medicamento. Dessa forma, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) assegura a atenção farmacêutica para as necessidades de tratamento e controle das doenças mais prevalentes no Brasil. Atualmente, são disponibilizados onze medicações anti-hipertensivas, sendo: Metildopa 500mg, Clonidina 0,15mg, Hidroclorotiazida 25mg, Furosemida 40mg, Propranolol 40mg, Anlodipino 5mg, Enalapril 20mg, Losartana 50mg, Captopril 25mg, Atenolol 50mg; de mesmo modo, entre as medicações voltadas para o controle glicêmico de indivíduos com diabetes, encontram-se as insulinas injetáveis, sendo elas Insulina humana regular 100 UI/mL e Insulina humana NPH 100 UI/mL, e os hipoglicemiantes orais, como Metformina 850 mg, Glibenclamida 5 mg e Gliclazida 30 mg MR ou Gliclazida 60 mg MR fracionável (BRASIL, 2019).

Assim, as buscas dos participantes foram realizadas por meio do levantamento dos usuários que retiraram essas medicações. Inicialmente, a relação de usuários foi gerada separadamente, ou seja, usuários que retiram medicamento para hipertensão e usuários que retiram medicações para diabetes. Após essa etapa, realizou-se o cruzamento dos dados por meio do número *Hygia*, gerando uma relação única em que constavam os usuários que faziam a retirada das medicações para DM e HA concomitantemente. Esta busca ajudou na etapa

metodológica seguinte, que consistia em determinar o número de pessoas com DM e HA pertencentes ao Distrito Oeste do município, o que possibilitou o conhecimento do número total desta população e, juntamente com os dados do estudo piloto, foi possível realizar o cálculo do valor da amostragem. As informações obtidas previamente, tal como o cruzamento de dados, foram realizadas e armazenadas em uma planilha do *software* Excel (Microsoft Office®). O período de coleta desses dados referentes à retirada de medicamentos foi de 01 de janeiro de 2019 a 01 de janeiro de 2020.

**Tabela 1 - Número de usuários que utilizam medicações para Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial concomitante, segundo a unidade de saúde, Ribeirão Preto, São Paulo, 2020.**

Unidades de Saúde	nº usuário medicações DM e HA
<b>eSF</b>	
NSF 1	158
NSF 2	149
NSF 3	138
NSF 4	115
NSF 5	133
NSF 6	161
USF Paulo Gomes	470
USF Vila Albertina	878
USF Eugênio Lopes	223
USF Jamily Cury	177
USF Maria Casagrande	523
USF Jardim Paiva	236
<b>Total</b>	<b>3.361</b>
<b>eAB</b>	
UBS José Sampaio	874
UBS Dutra	692
UBS Vila Recreio	879
UBS Dom Mielle	661
UBS Ipiranga	817
CMSC Vila Lobato	656
<b>Total</b>	<b>4.579</b>
<b>Total 7.940</b>	

Fonte: elaborada pela autora, 2023.

É importante mencionar que o estudo piloto foi realizado em uma pesquisa de iniciação científica, da qual participei colaborando na coleta de dados, na análise dos dados e na produção de artigo científico publicado em 2019. Esse estudo piloto foi útil, pois colaborou para a experiência adquirida no processo da coleta de dados, e tais dados também foram utilizados para o cálculo do tamanho amostral para os usuários deste estudo. O piloto foi realizado com 41 usuários, em 14 unidades de saúde do Distrito Oeste que aceitaram

participar do estudo. Os participantes do estudo piloto foram recrutados por meio de sorteio, entre dois e três usuários por unidade de saúde, com sorteio realizado no Programa *R Core Team* (2018), versão 3.5.3, com números aleatórios estratificados segundo sexo e faixa etária. As informações foram coletadas entre os meses de fevereiro a junho de 2019, com entrevistas desenvolvidas na unidade de saúde ou no domicílio do participante (JANKE et al., 2019). Portanto, os dados gerados no estudo piloto foram utilizados para a realização o cálculo amostral.

Os resultados desse estudo piloto (APÊNDICE B) evidenciaram que os atributos: Acesso de Primeiro Contato (Acessibilidade), Integralidade (Serviços Disponíveis e Prestados) e Orientação Familiar e Comunitária obtiveram escore <6,6, considerado baixo grau de presença e extensão dos atributos da APS nos serviços de saúde. Os atributos: Grau de Afiliação, Acesso de Primeiro Contato (Utilização), Longitudinalidade e Coordenação (Integração de Cuidados e Sistema de Informações) obtiveram escore  $\geq 6,6$ , considerado alto escore para APS, o que indica forte presença e extensão adequada de cada atributo. O escore essencial foi de 6,6, o que revela grau de orientação aos atributos da APS, mas o Escore Geral (6,4) apresentou-se próximo ao limite (JANKE et al., 2019).

Realizou-se a análise dos atributos dividida em dois grupos, ou seja, um grupo formado pelos usuários pertencentes às eAB; e outro grupo, pelos usuários pertencentes à eSF. Verifica-se que, independentemente dos modelos de assistência das unidades (UBS e USF), frente aos 10 componentes dos atributos da APS, metade teve forte presença e extensão (escores  $\geq 6,6$ ), e a outra metade ficou com baixo escore. O mesmo padrão ocorre para o modelo de eSF; já na eAB, verifica-se que somente três componentes tiveram forte presença e extensão dos atributos da APS. Ao avaliar o escore essencial, somente o modelo da USF apresentou alto grau de orientação à APS, e o modelo da eAB apresentou menor grau de orientação à APS. No conjunto da análise de todos os modelos, ou seja, de todas as unidades de saúde investigadas, o escore essencial apresentou maior grau de orientação à APS (JANKE et al., 2019).

Para todos os escores, o tamanho amostral foi determinado a fim de comparar médias de dois grupos independentes (baseando-se em um teste *t-Student*), considerando uma população infinita, porém com ajuste de grupos de tamanhos desiguais.

O cálculo foi realizado através da seguinte equação,

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

onde  $\mu_1$  e  $\mu_2$  são as médias dos escores nos grupos eAB e eSF, respectivamente, e  $\sigma$  é o desvio-padrão populacional. A razão de alocação ( $A = n_1/n_2$ ) foi determinada pelas equações:

$$n_1 = \frac{A+1}{2}n \quad \text{e} \quad n_2 = \frac{A+1}{2A}n$$

Para determinar as razões de alocação, foram utilizadas as informações apresentadas na tabela 2.

**Tabela 2 – Razão de alocação segundo o modelo de atenção e o número de pessoas que utilizam medicação para Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.**

Modelo de atenção	Nº de unidades	Nº medicação DM e HA	Razão de alocação eSF/eSB
eAB	6	4579	1,36
eSF	12	3361	

Fonte: elaborada pela autora, 2023.

O tamanho amostral apresentado a seguir foi calculado considerando-se um teste de hipóteses bilateral, com nível de significância de 5% e com poder do teste de 80%, e a população total de 7.940 usuário, totalizando n=110.

**Tabela 3 – Tamanho amostral considerando a comparação dos dois grupos, Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.**

Variáveis	eAB	eSF	Razão de alocação (eAB/eSF)	n <sub>1</sub> (eAB)	n <sub>2</sub> (eSF)	n (total)
	média (DP)	média (DP)				
Escore A	6,27 (3,09)	8,13 (2,93)	1,36	53	39	92
Escore B	8,71 (1,94)	8,99 (2,38)		1340	985	2325
Escore C	2,81 (1,34)	3,49 (1,61)		105	78	183
Escore D	6,84 (1,95)	7,71 (2,06)		105	78	183
Escore E	5,94 (2,58)	6,6 (2,64)		298	219	517
Escore F	6,27 (2,42)	7,57 (2,06)		66	49	115
Escore G	5,95 (2,55)	5,58 (1,76)		881	648	1529
Escore H	4,7 (2,46)	4,92 (2,6)		2589	1904	4493
Escore I	4,72 (3,1)	6,11 (3,36)		110	81	191
Escore J	3,97 (2,96)	6,43 (2,65)		28	21	49
Essencial	5,95 (1,28)	6,63 (1,54)		97	71	168
Geral	5,64 (1,39)	6,55 (1,66)		63	47	110

Fonte: elaborada pela autora, 2023.

O planejamento inicial para coleta de dados compreendeu as seguintes etapas, após o cálculo amostral e o conhecimento do número de usuários que deveriam responder a pesquisa,

foi acordado com a Divisão de Informática da SMSRP a disponibilização semanal da lista de consultas diárias de cada unidade como modo de auxiliar na logística da coleta de dados, pois, através da agenda, seria possível obter informações acerca dos usuários presentes no serviço, assim, facilitando o encontro da população definida para o estudo, no caso, usuários com DM e HA. As unidades com eAB, por se caracterizarem como um serviço de porta aberta, com demanda espontânea, contam com maior fluxo de usuários na unidade, entretanto, as unidades com eSF tem sua maior demanda em consultas agendadas, tendo um menor fluxo de demanda espontânea. Assim, uma busca mais direcionada nos dias de coleta facilita a coordenação e logística da coleta de dados. É importante ressaltar ainda que, apesar de acesso aos agendamentos, tendo a informação de quando haveria pessoas com DM e HA presentes no serviço de saúde, não se teve o conhecimento de quem eram estes pacientes agendados, dessa forma, a abordagem foi realizada com todas as pessoas que estavam presentes no serviço, esperando pela consulta ou realizando uma busca ativa.

A coleta de dados foi iniciada em fevereiro de 2020, e consistiu no recrutamento dos usuários diretamente na sala de espera das unidades de saúde, onde eram convidados a participar da pesquisa. A entrevista era feita no momento ou, se preferissem, por agendamento em dia, horário e local acordados entre entrevistado e entrevistador. No momento da entrevista, era apresentado o TCLE, no qual está explícito o objetivo da pesquisa, o sigilo dos dados pessoais, os possíveis desconfortos, como se organizar nas atividades diárias para ter tempo disponível para responder as questões, e o direito de não participar ou de interromper a pesquisa durante seu processo. Depois desse momento o aceite era confirmado pela assinatura do TCLE, em duas vias originais.

No entanto, após a declaração mundial da pandemia de COVID-19 em abril de 2020 e a suspensão de todas as atividades acadêmicas por prazo indeterminado, fez-se necessário a interrupção da coleta de dados e a elaboração de novas estratégias para a continuidade da pesquisa. Desse modo, houve o aprimoramento do método para a execução da coleta por meio remoto, assim, as entrevistas foram realizadas por ligações telefônicas e audiogravadas, os números telefônicos dos usuários foram concedidos pela SMSRP, juntamente com a relação de usuários com DM e HA por unidade de saúde; tal relação foi utilizada para realizar a amostragem. Portanto, antes de iniciar a pesquisa, os usuários foram esclarecidos sobre o motivo da ligação e convidados a participar da pesquisa por telefone, podendo ser no momento atual ou agendado para outro momento, conforme disponibilidade do participante e da pesquisadora, ou também podendo ser recusada. Após o aceite do convite, era lido o TCLE, retirando-se todas as dúvidas em relação à pesquisa, esclarecendo a possibilidade de

parar a entrevista em qualquer momento, sem prejuízos ou danos. Posteriormente, o TCLE era enviado ao usuário, assinado através da assinatura digital da pesquisadora. Os meios a serem recebidos eram escolhidos pelo usuário, compreendendo a possibilidade de ser enviado via formulário por *e-mail* através do *Google Forms*, ou em arquivo digital enviado para o *WhatsApp*. Para usuários que, por algum motivo, não tinham acesso aos meios *online*, foi enviado pelo Correio, via carta registrada. Após o aceite do TCLE, era iniciada a entrevista; nestas etapas, ainda foi aplicado um questionário de caracterização sociodemográfica com base no questionário da amostra do censo demográfico 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2010b) e adaptado pela pesquisadora (APÊNDICE C) e o instrumento *Primary Care Assessment Tool-Brasil* (PCATool) – versão usuários adultos - reduzida (ANEXO D).

**Instrumento de coleta de dados:** o instrumento possui originalmente versões autoaplicáveis destinadas a crianças, a adultos maiores de 18 anos, a profissionais de saúde, como também ao coordenador/gerente do serviço de saúde (BRASIL, 2020). Ele foi traduzido e adaptado em vários países e, no Brasil, foram realizadas adaptações distintas que se utilizaram de processos diferentes de avaliação da validade e fidedignidade.

A primeira adaptação foi realizada por Harzheim et al. (2006), em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, e manteve o formato original do instrumento; além disso, os pesquisadores também avaliaram a validade e a fidedignidade das versões usuários crianças. A segunda adaptação foi realizada por Almeida e Macinko (2006), em Petrópolis, Rio de Janeiro, e resultou na validação das versões usuários crianças, usuários adultos e profissionais de saúde. Após tal adaptação, Harzheim et al. (2013) validaram a versão usuários adultos. Recentemente, outra versão para profissionais foi validada e é constituída da versão espelho para adultos, com acréscimo de itens do atributo Integralidade da versão criança (HAUSER et al., 2013). Neste estudo, foi utilizado o instrumento para adulto versão reduzida e validada (OLIVEIRA, 2013) segundo o manual do MS (BRASIL, 2020).

**Análise dos dados:** a análise estatística foi orientada pelos passos apresentados por Harzheim et al. (2006; 2013; BRASIL, 2020), ou seja, os escores para cada um dos atributos ou seus componentes foram calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo ou seu componente. Na escala *Likert*, os escores têm intervalo de 1-4, e as respostas estão distribuídas da seguinte forma: “Com certeza sim” (valor =4), “Provavelmente sim” (valor=3), “Provavelmente não” (valor=2), “Com certeza não” (valor=1), “Não sei/não lembro” (valor= 9).



Após o cálculo dos escores dos atributos, calcula-se o escore essencial. Para transformar os escores, em uma escala de 0 a 10, utiliza-se a seguinte fórmula: (valor obtido – valor mínimo possível da escala) / (valor máximo possível da escala – valor mínimo possível da escala). Os escores, originalmente, variando na escala de 1 a 4, serão transformados em escala de 0 a 10, conforme a fórmula acima. O valor 3 na escala de 1-4 é igual ao valor 6,6 na escala de 0-10, quando realizada a transformação. Nesta transformação, os Escores  $\geq 6,6$  indicam extensão adequada a cada atributo. Esse valor foi escolhido por corresponder, na escala de 1 a 4, ao escore 3 (“provavelmente sim”), portanto valores acima de 6,6 representam respostas positivas (CASTRO et al., 2012).

Os dados foram armazenados na planilha do *software Excel (Microsoft Office®)*, com técnica de dupla digitação independente, para eliminar os possíveis erros e validar os dados. Depois disso, os dados foram analisados no IBM® *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®)*, versão 22.0.

Para o cálculo dos escores do instrumento PCATool (BRASIL, 2020) inverteu-se os valores dos itens C11 (Atributo Acessibilidade) e D14 (Atributo Longitudinalidade); aplicou-se o algoritmo estabelecido para o atributo Afiliação e transformaram-se os valores médios dos escores totais e de cada Atributo da APS para valores de 0 a 10 [(Escore obtido-1)/4-1]\*10]. Utilizou-se o teste *t de Student* para comparar os escores totais dos grupos de usuários de eSF e eAB e, para os escores de todos os Atributos da APS (Afiliação, Utilização, Acessibilidade, Longitudinalidade, Coordenação, Integralidade, Orientação), foi aplicado o teste *Mann-Whitney*, uma vez que não apresentaram normalidade, e verificado pelo teste *Kolmogorov-Smirnov*. Para a análise estatística, adotou-se o nível de significância  $\alpha=0,05$ , utilizando o programa IBM® SPSS® *Statistics* versão 25.

Os dados que compõem as características sociodemográficas (sexo, faixa etária, escolaridade, ocupação, cor da pele, religião, estado civil, local de moradia, renda familiar em salários mínimos, número de pessoas residentes no domicílio, chefe de família) dos usuários participantes, assim como das condições clínicas (tempo de diagnóstico em intervalos de 10 anos, tipo e quantidade de medicamentos em uso) das doenças (DM e HA) foram apresentados com frequências absoluta e relativa.

## 5.6 Abordagem Qualitativa

**Tipo de Estudo:** estudo qualitativo que buscou responder ao seguinte objetivo: analisar, na perspectiva dos usuários com DM e HA, o cuidado desenvolvido pelo enfermeiro na rede de Atenção Primária à Saúde. Portanto, buscou-se o aprofundamento dos seguintes

questionamentos: que significados os usuários atribuem ao cuidado realizado pelos enfermeiros na rede de APS, na concepção dos atributos da APS?

Assim, foi utilizada a abordagem qualitativa em virtude da natureza do fenômeno investigado, no qual se pretende aprofundar o conhecimento, e que está relacionada às questões particulares e “com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado” (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2008, p. 21). Desta forma, este método se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, de como constroem seus artefatos e a si mesmos, de como sentem e pensam (MINAYO, 2008).

**Operacionalização da coleta de dados:** foi realizada a entrevista com os mesmos usuários que participaram da fase quantitativa. A entrevista é um diálogo com uma intencionalidade, ou seja, com propósito definido, e consiste em um processo de obtenção de informações com a interação entre pesquisador e participantes da pesquisa. O uso da entrevista, na pesquisa qualitativa, visa obter o significado e a visão de mundo pela comunicação verbal. Assim, foi utilizada a entrevista semiestrutura, na qual o pesquisador determina previamente as perguntas a serem realizadas, mas permite a possibilidade de aprofundar as respostas obtidas nas questões da pesquisa no decorrer da entrevista, sem perder seu objetivo, o que exige uma escuta qualificada (BONILHA; OLIVEIRA, 2015).

No sentido de atender aos interesses de produção do material empírico, foi construído um roteiro de entrevista, com questões abertas (APÊNDICE D). O roteiro contempla questões disparadoras sobre o cuidado de enfermagem aos usuários com DM e HA.

As entrevistas foram audiogravadas, com a autorização dos participantes, e, depois, transcritas em formato digital para software *Word* (*Microsoft Word*<sup>®</sup>). Esta técnica de gravação permite o registro fidedigno, que é crucial para uma boa compreensão da lógica interna do grupo em estudo (MINAYO, 2008). A transcrição é uma etapa que requer atenção para a garantia da expressão fiel dos entrevistados (BONILHA; OLIVEIRA, 2015). Para assegurar o sigilo das informações e o anonimato dos entrevistados, na apresentação dos resultados, os depoimentos foram codificados pela letra p (participante), seguida por algarismos arábicos, segundo a ordem de realização das entrevistas, e pelo sexo do participante, indicado pelas letras F (sexo feminino) e M (sexo masculino), além da marcação da equipe de referência segundo o modelo de atenção– eSF ou eAB, conforme exemplo a seguir:

***p47F-eAB***

*(Participante 47, sexo feminino, pertencente a unidade de saúde com equipe de Atenção Básica)*

A interrupção da coleta de dados ocorreu quando os participantes elegíveis foram entrevistados e os dados coletados responderam à pergunta de pesquisa, mesmo esses dados sendo múltiplos e dispersos nos diferentes contextos, o que torna o princípio da saturação de dados um recorte do contexto empírico (SOUZA et al., 2015). Assim, participaram da fase qualitativa 24 pessoas.

**Análise dos dados:** após a transcrição das entrevistas, os dados foram analisados por meio da modalidade da interpretação dos sentidos, proposta por Gomes (2008), que se trata de uma perspectiva das correntes compreensivas das ciências sociais, que analisa as palavras, as ações e o conjunto das inter-relações. Desta forma, a interpretação dos sentidos é uma tentativa de avançar na interpretação, caminhando, além dos conteúdos do texto, na direção dos seus contextos, e revelando lógicas e explicações mais abrangentes, presentes em uma determinada cultura acerca de um determinado tema. Nesse método, é importante estabelecer confrontos entre: dimensão subjetiva e posicionamentos de grupos; texto e subtexto; texto e contexto; falas e ações mais amplas; cognição e sentimento, dentre outros aspectos (GOMES, 2008).

Operacionalmente, a interpretação dos sentidos percorre as seguintes etapas: leitura compreensiva, exploração do material e síntese interpretativa. Na leitura compreensiva do material selecionado, busca-se uma visão do conjunto e apreensão das particularidades do material para montar uma estrutura que envolve sucessivas categorizações e distribuição das unidades que o compõem e que servem de base para a interpretação. A exploração do material é a capacidade de ir além das falas e é caracterizada pela seguinte trajetória: identificação e problematização das ideias; busca dos sentidos mais amplos atribuídos às ideias; diálogo entre as ideias problematizadas com informações provenientes de outros estudos acerca do assunto e do referencial teórico do estudo. Finalmente, a elaboração da síntese interpretativa é a articulação entre os objetivos do estudo, a base teórica adotada e os dados empíricos (GOMES, 2008).

## ***6 RESULTADOS***

---

## RESULTADOS

Para possibilitar uma melhor compreensão dos dados, os resultados foram divididos em duas partes. A primeira refere-se às características sociodemográficas e à análise da presença e extensão dos atributos da APS na perspectiva dos usuários com DM e HA, tendo ainda esses dados sido corroborados pela avaliação de caráter qualitativo realizada pelos usuários. A segunda parte refere-se à análise, da concepção dos usuários com DM e HA, sobre o cuidado prestado pelos enfermeiros.

### 6.1 Os atributos da Atenção Primária à Saúde

Foram entrevistados 118 usuários de unidade de saúde (US) com equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) da Distrital Oeste com DM e HA concomitantemente. A partir do questionário sociodemográfico, foi possível obter os dados descritos a seguir.

Em relação ao sexo, predominou-se o feminino, com 60,1%. A média de idade estratificada predominante foi entre 50 e 69 anos (72,0%). Quanto à escolaridade, 20,3% concluíram o Ensino Médio, e 02,3% são analfabetos. A maior parte, 52,5% se autodeclararam brancos quanto à cor da pele. No que se refere ao estado civil, 60,2% são casados. No que diz respeito ao local de moradia, 79,2% possuem residência própria. Sobre a renda familiar, 35,6% vivem apenas com um salário mínimo e 39,0% residem com ao menos duas pessoas na mesma residência, sendo, em 40,0% dos casos, o entrevistado o chefe de família, que sustenta a casa. Na tabela 4, é possível verificar outros dados sociodemográficos, como ocupação, religião, etc.

**Tabela 4 - Dados sociodemográficos dos usuários (n= 118) das Unidades de Saúde da Distrital Oeste, Ribeirão Preto, São Paulo, 2019-2021.**

Características Sociodemográficas		Percentual
Sexo	Feminino	60,17
	Masculino	39,83
Idade M	30 a 49 anos	12,7
	50 a 69 anos	72,0
	70 a 89 anos	15,3
Escolaridade	Analfabetos	02,3

(continua)

**Tabela 4 - Dados sociodemográficos dos usuários (n= 118) das Unidades de Saúde da Distrital Oeste, Ribeirão Preto, São Paulo, 2019-2021.**

(continuação)

Características Sociodemográficas		Percentual
	Ensino Fundamental Incompleto	46,6
	Ensino Fundamental Completo	17,8
	Ensino Médio Incompleto	05,9
	Ensino Médio Completo	20,3
	Ensino Superior Incompleto	02,6
	Ensino Superior Completo	04,2
Ocupação Profissional	Do lar	22,9
	Desempregado	11,0
	Trabalha com carteira assinada	11,9
	Trabalha sem carteira assinada	13,6
	Aposentado(a)	40,7
Cor da pele autodeclarada	Branca	52,5
	Preta	09,3
	Amarela	00,8
	Pardo	37,3
Religião	Católica	52,5
	Evangélica	28,0
	Espírita	04,2
	Testemunha de Jeová	01,7
	Mórmon	01,7
	Umbanda	00,8
	Adventista	00,8
	Judaísmo	00,8
Sem religião	09,3	
Estado Civil	Solteiro(a)	11,0
	Casado(a)	60,2
	Desquitado	05,1

**Tabela 4 - Dados sociodemográficos dos usuários (n= 118) das Unidades de Saúde da Distrital Oeste, Ribeirão Preto, São Paulo, 2019-2021.**

		(conclusão)
Características Sociodemográficas		Percentual
	Viúvo(a)	14,4
	Divorciado(a)	09,3
Local de moradia	Próprio	79,7
	Alugado	13,6
	Emprestado	06,8
Renda Familiar *	Sem renda ou abaixo de um salário mínimo	02,5
	Um salário mínimo	35,6
	Dois salários mínimos	25,4
	Três salários mínimos	18,6
	Quatro salários mínimos	07,6
	Cinco salários mínimos	03,4
	Não informaram	06,8
Pessoas residentes no mesmo domicílio	Uma pessoa	08,5
	Duas pessoas	39,0
	Três pessoas	29,7
	Quatro pessoas	13,6
	Cinco pessoas	05,9
	Seis pessoas	02,5
	Sete pessoas	00,8
Chefe de família	Própria pessoa	40,7
	Companheiro(a)	21,2
	Ambos	22,9
	Mãe/Pai	02,5
	Outro	12,7

Fonte: elaborada pela autora, 2023. \*(Salário Mínimo - R\$1.100,00 conforme BRASIL,2021)

Para os dados acerca da DM e HA, foram coletadas informações acerca do tempo e tipo de diagnóstico e quantidade de medicações utilizadas para o tratamento.

Com respeito ao tempo de diagnóstico em anos, para HA, aponta-se que 28,0% convivem com o diagnóstico entre 11 e 20 anos, e, para DM, 40,7% entre 1 e 10 anos. Quanto

à quantidade de medicações utilizadas, 26,3% utilizam duas medicações para HA e 38,1% utilizam apenas uma medicação para DM. A tabela 5 apresenta os dados referentes ao diagnóstico e à quantidade de medicação.

**Tabela 5 - Dados sobre Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial dos usuários (n= 118) das Unidades de Saúde da Distrital Oeste, Ribeirão Preto, São Paulo, 2019-2021.**

(continua)

Características sobre a HA/DM		Percentual
Tempo de diagnóstico HA	1 a 10 anos	24,6
	11 a 20 anos	28,0
	21 a 30 anos	07,7
	31 a 40 anos	04,2
	41 a 46 anos	0,8
	Não informaram	34,7
Tempo de diagnóstico DM	< 1 ano	01,7
	1 a 10 anos	40,7
	11 a 20 anos	17,0
	21 a 30 anos	05,1
	31 a 33 anos	0,8
	Não informaram	34,7
Conhece o tipo diagnóstico (Tipo 1 ou 2)	Sabe o tipo diagnóstico	26,3
	Não sabe tipo diagnóstico	73,7
Tipo DM	Tipo 1	04,2
	Tipo 2	22,0
	Não sabe	73,7
Quantidade medicações HA	Uma medicação	26,3
	Duas medicações	26,3
	Três medicações	06,8
	Quatro medicações	01,7



**Tabela 5 - Dados sobre Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial dos usuários (n= 118) das Unidades de Saúde da Distrital Oeste, Ribeirão Preto, São Paulo, 2019-2021.**

(conclusão)

Características sobre a HA/DM		Percentual
Quantidade medicações DM	Não informaram	38,9
	Não utiliza medicação	00,8
	Uma medicação	38,1
	Duas medicações	22,0
	Três medicações	02,6
	Não informaram	36,5

Fonte: elaborada pela autora, 2023.

Conforme a tabela anterior, algumas pessoas fazem a utilização de mais de uma medicação para ambas as comorbidades, portanto, os dados apresentados não representam o total de usuários (n=118), mas se referem a frequência e percentual contidos nessa relação total. Dessa forma, ambos os resultados não poderão apresentar o conjunto de frequência igual a 118 e percentual igual a 100%, uma vez que os dados de uma mesma pessoa poderão estar contidos em diferentes medicações. Ainda, a tabela 5 apresenta uma porcentagem de caracterização de não informantes, estes valores referem-se aos participantes entrevistados no projeto piloto cujo a variável das medicações ainda não estava inclusa no instrumento sociodemográfico. A tabela 6 contém a frequência e o percentual das medicações.

**Tabela 6 - Frequência e percentual das medicações utilizadas pelos usuários (n= 118) para Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial, Ribeirão Preto, São Paulo, 2019-2021.**

(continua)

Medicação HA	Frequência	Percentual
Losartana	29	24,57
Hidroclorotiazida	19	16,10
Furosemida	2	1,69
Propranolol	7	5,93
Enalapril	27	22,88
Anlodipino	14	11,86
Atenolol	7	5,93
Captopril	1	0,8

**Tabela 6 - Frequência e percentual das medicações utilizadas pelos usuários (n= 118) para Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial, Ribeirão Preto, São Paulo, 2019-2021.**

(conclusão)

Medicação HA	Frequência	Percentual
Carvedilol	6	5,08
Diovan	1	0,8
Besilapin	4	3,38
Atensina	6	5,08
Aradois	1	0,8
Indapamida	1	0,8
<b>Medicação DM</b>		
Insulina	25	21,2
Metformina	56	47,5
Glicazida	12	10,2
Glifage	13	11,0

Fonte: elaborada pela autora, 2023.

Para a análise dos atributos da APS, foi considerado o ponto de corte 6,6 do PCATool, segundo as instruções do instrumento (BRASIL, 2020). Na análise geral das unidades de saúde (eSF e eAB), nota-se que os únicos atributos que atingiram a nota de corte e obtiveram maior pontuação de escore foram Grau de Afiliação (7,3), Acesso de Primeiro Contato (Utilização) (7,9) e Longitudinalidade (7,6), considerando, assim, a presença e extensão dos atributos da APS. Os outros sete itens avaliados obtiveram escore < 6,6, incluindo o Escore Geral (5,9). Destes, Orientação comunitária (3,9) obteve a menor pontuação. Apesar da baixa pontuação de escore, Coordenação (Integração de Cuidados) (6,3) e Integralidade (Serviços Prestados) (6,2) aproximaram-se do ponto de corte. A tabela a seguir apresenta esses resultados.

**Tabela 7- Valores médios dos escores dos usuários (n = 118) das Unidades de Saúde da Distrital Oeste dos atributos e do Escore Geral da Atenção Primária à Saúde, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2019-2021.**

(continua)

Atributos da Atenção Primária à Saúde	Média (DP)
Grau de afiliação	7,3 (2,9)

**Tabela 7 - Valores médios dos escores dos usuários (n = 118) das Unidades de Saúde da Distrital Oeste dos atributos e do Escore Geral da Atenção Primária à Saúde, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2019-2021.**

Atributos da Atenção Primária à Saúde	Média (DP)
Acesso de Primeiro Contato (Utilização)	7,9 (3,7)
Acesso de Primeiro Contato (Acessibilidade)	4,3 (3,4)
Longitudinalidade	7,6 (2,3)
Coordenação (Integração de Cuidados)	6,3 (2,9)
Coordenação (Sistema de Informações)	5,9 (3,6)
Integralidade (Serviços Disponíveis)	4,7 (3,0)
Integralidade (Serviços Prestados)	6,2 (3,2)
Orientação Familiar	4,6 (3,6)
Orientação Comunitária	3,9 (4,0)
Escore Geral	5,9 (2,0)

Fonte: elaborada pela autora, 2023.

Quando analisado de forma separada por modelo de equipe eSF e eAB, o item de Afiliação demonstra a presença e extensão do atributo nos dois modelos de atenção, no entanto, a eSF (10,0) destaca-se por uma maior pontuação comparado a eAB (6,7). Dentre todos os atributos, apenas Acesso de Primeiro Contato (Utilização) possui presença e extensão obtendo o mesmo valor de escore (10,0) em ambos modelos de atenção. Os itens Acesso de Primeiro Contato (Acessibilidade), Integralidade (Serviços Disponíveis), Orientação Familiar e Orientação Comunitária obtiveram escores <6,6 em ambos os modelos de atenção. O Escore Geral eSF (6,3) aproxima-se do ponto do corte, diferentemente do Escore Geral eAB (5,3).

Ao comparar as medianas dos conjuntos, nota-se uma diferença nos respectivos valores p dos itens Afiliação (0,042), Utilização (0,019), Acesso de Primeiro Contato (Acessibilidade) (0,006) e Escore Geral (0,013), indicando importante significância estatística, sendo  $\alpha = 0,05$ . Tais resultados estão representados na tabela 8.

**Tabela 8 - Valores dos escores dos atributos e do Escore Geral da Atenção Primária à Saúde pelos usuários (n=118) das unidades de saúde da Distrital Oeste, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2019-2021.**

Atributos da Atenção Primária à Saúde	Equipe de Saúde da Família (n= 55)			Equipe de Atenção de Básica (n= 63)			Valor p
	Min-Max	Mediana	Média (DP)	Min-Max	Mediana	Média (DP)	
Grau de Afiliação	0,0-10,0	10,0	7,9 (2,7)	0,0-10,0	6,7	6,8 (3,0)	0,042*
Acesso de Primeiro Contato (Utilização)	0,0-10,0	10,0	8,7 (3,1)	0,0-10,0	10,0	7,3 (4,0)	0,019*
Acesso de Primeiro Contato (Acessibilidade)	0,0-10,0	5,0	5,2 (3,5)	0,0-10,0	3,3	3,5 (3,2)	0,006*
Longitudinalidade	1,0-10,0	8,3	7,8 (2,2)	0,0-10,0	7,7	7,5 (2,4)	0,385*
Coordenação (Integração de Cuidados)	0,0-10,0	7,7	6,6 (2,9)	1,0-10,0	5,0	6,0 (2,8)	0,217*
Coordenação (Sistema de Informações)	0,0-10,0	6,7	6,6 (3,6)	0,0-10,0	3,3	5,4 (3,5)	0,057*
Integralidade (Serviços Disponíveis)	0,0-10,0	5,7	5,2 (3,2)	0,0-10,0	3,3	4,4 (2,8)	0,132*
Integralidade (Serviços Prestados)	0,0-10,0	7,7	6,7 (3,3)	0,0-10,0	5,0	5,7 (3,1)	0,061*
Orientação Familiar	0,0-10,0	5,0	5,1 (3,9)	0,0-10,0	3,3	4,3 (3,4)	0,226*
Orientação Comunitária	0,0-10,0	3,3	4,2 (4,0)	0,0- 10,0	3,3	3,7 (4,0)	0,471*
Escore Geral	2,3-9,7	6,3	6,4 (2,0)	1,3-9,3	5,3	5,5 (1,9)	0,018**

Fonte: elaborada pela autora, 2023. \* Teste Mann-Whitney. \*\* Teste t-Student.

A análise qualitativa possibilitou compreender como os usuários significam os atributos da APS e contribuíram para a fundamentação dessa concepção, corroborando os dados quantitativos dos escores com baixo grau.

Seguindo a ordem decrescente da pontuação dos valores dos escores, Utilização, independente do modelo de atenção, é componente do atributo Acesso de Primeiro Contato e objetiva conhecer se o serviço e/ou profissional de saúde de referência é o primeiro a ser

procurado caso o usuário apresente um novo problema de saúde. As falas a seguir ilustram a opinião dos entrevistados:

*Não. Se eu tenho algum problema de saúde rápido, por exemplo, se der pra atender lá, eu vou. Mas, muita das vezes, não atende. Lá eles veem negócio de agendamento, eu tenho que vir aqui no Centro. Quando é um atendimento assim, rápido, eu venho no Centro, acho que é UPA aqui, eu venho direto aqui (p61M-eAB);*

*A gente vai pra não ter que caminhar, né? Mas é muito difícil você conseguir um encaixe, porque é tudo por consulta marcada (p74F-eSF);*

*Com certeza não. Porque a gente não é atendido, vamos dizer, nunca tem encaixe pra você ser atendido. Então é mais fácil ir direto pra UPA, porque mesmo que você aguarde lá um tempão, você vai ser atendido. (p82M-eAB);*

*Se for de dia, sim. (p93F-eSF).*

O segundo maior escore é o atributo da Longitudinalidade, com valor médio de 7,6, e os valores entre os dois modelos de atenção de 7,8 (eSF) e 7,5 (eAB) respectivamente. Esse atributo busca compreender se a continuidade do cuidado à pessoa é efetuada sempre pelo mesmo profissional no serviço de saúde de referência. É possível observar que, a depender do modelo de atenção (eSF ou eAB), há uma diversidade no cuidado longitudinal quanto à continuidade ou não do cuidado pelo mesmo profissional e/ou equipe, conforme falas transcritas a seguir:

*Sempre que eu vou procurar, sempre é a minha médica, que é dessa área, né? Cada médico é uma área. Sempre é ela e sempre é as enfermeiras que fica ali da área, né? [...] Sempre. Sempre é a mesma médica (p62F-eSF);*

*Não, o mesmo médico nunca é. Porque os médicos que pertencem ao nosso pedaço aqui, nunca param os mesmos médicos, tá sempre trocando, tá sempre indo embora os médicos. Agora, as meninas, praticamente sempre as mesmas (p74F-eSF);*

*É, mesmo médico. Enfermeira, às vezes, muda, né? Não é sempre a mesma (p94F-eAB).*

É possível observar pelas falas acima que, a depender do modelo de atenção (eSF ou eAB), há uma diversidade no cuidado longitudinal quanto à continuidade ou não do cuidado em saúde pelo mesmo profissional e/ou equipe.

Posteriormente, quando indagados se sentem confortáveis em expressar-se nas consultas com o profissional de referência (médico e/ou enfermeiro), observa-se que, quando

o profissional de saúde que o atende é sempre o mesmo, isso potencializa a comunicação do usuário, conforme algumas falas a seguir:

*É meio complicado, né? Porque quando você pega um médico só, ainda dá pra você contar, né? Mas, ali, cada vez que você vai é um médico. Médico bom que tinha lá, que é o [...] saiu. Depois entrou o (médico), saiu. (p60F-eSF);*  
*Ah, sinto. Choro, falo. E eles sempre, assim, me dá atenção, viu? (p62F-eSF);*  
*Quando eu pego o que eu sou acostumada, eu sinto. Mas, nem sempre. [...] Eu acho que tinha que ser um médico só todas as vezes. Mas não é. (p68F-eSF);*  
*Sim. Já faz algum tempo que eu passo junto com ele, então a gente já tá bem familiarizado já. (p83M-eAB).*

Frente à questão que avalia se o profissional de referência se mantém informado sobre possíveis problemas considerados mais relevantes ao usuário e a seu contexto familiar, as falas denotam que há concepções variadas, a depender do profissional que o atende:

*Com certeza sim também. Porque o mesmo médico que atende a mim, atende minha esposa. Já faz bastante tempo também (p63M-eSF);*  
*Assim, sabe da gente mais ou menos, porque tem as moças que passam lá fazendo visita e conhece toda a família. Eu, minha esposa, conhece todo mundo. Ela passou lá hoje, tomou café, ficou um tempão brincando comigo (p72M-eSF);*  
*O enfermeiro não, porque nunca é o mesmo. Mas o médico sim (p83M-eAB).*

O atributo da APS Afiliação é o terceiro maior valor de escore (7,3) e apresenta disparidade nos escores entre os modelos de atenção, sendo 10,0 e 6,7 para eSF e eAB respectivamente. A questão inicial objetiva a identificação de uma referência para o cuidado em saúde, ou seja, o local e/ou profissional a que o usuário normalmente recorre quando precisa de assistência em saúde. As falas a seguir ilustram essa percepção:

*Quando eu fiquei ruim, eu fui no 'tudo pago', porque meu filho mandou dinheiro para eu poder fazer as consultas 'tudo' pago, porque eu tava muito ruim, né? [...] se eu fosse esperar, eu morria, né? [...] (p58F-eSF);*  
*Olha [...] não precisa nem contar. Pra emergência, tudo, não tem. Se você chegar lá, não tem médico, se tem, você tem que esperar. Se conseguir uma consulta, é depois, pra 2 ou 3 meses. É difícil. Lá é muito difícil. Quando dá problema, eu vou na UPA. [...] (p67M-eSF)*

*Normalmente é o [...] primeiro, onde é o posto que eu tenho médico que me atende, por causa da diabetes e da pressão. Se eu não consigo nada com meu clínico que tá lá, eu procuro outro atendimento (p78-FeAB);*

*O postinho, porque eles trabalham até às 18 horas. Agora, se é à noite, é a UPA (p80M-eAB).*

Apesar da presença e extensão do atributo, observa-se que, para algumas pessoas, concepção de necessidade de assistência foi compreendida como situação de urgência e/ou emergência. Assim, para usuários de unidades com eSF, nos casos de urgência e/ou emergência, estes buscam por outros serviços de saúde, como unidades de pronto atendimento (UPA) ou clínicas populares, diferentemente dos usuários de unidades com eAB, que procuram a unidade de saúde de referência e, em caso de urgência, a UPA.

Este atributo ainda avalia a identificação de um serviço e/ou profissional de saúde que conheça outros aspectos da vida do usuário, além das questões em saúde e a identificação de um serviço e/ou profissional principal que seja responsável pelo atendimento em saúde do usuário. Observa-se a presença destes aspectos, especialmente no modelo de unidades com eSF pelo vínculo e a presença do ACS, como ilustrado pelas seguintes falas:

*Aqui tem um sempre que vem aqui, que vem nas casas, ele é boa pessoa, ele... [...]É. Ele é muito educado. Ele me orienta direitinho, fala as coisas direitinho, se tem um exame, ele fala: "A senhora tem um exame tal dia.", ele é legal, é uma boa pessoa ele. (p58F-eSF);*

*[...] Mas aqui [...] tem mais conhecimento. Aqui eles atendem comigo, todo mundo já me conhece. (p65F-eSF);*

*Sim, lá a gente tem um relacionamento de conhecimento de pessoa, além do médico, entendeu? A gente tem esse relacionamento. Tipo, a gente chega lá o pessoal conhece a gente pelo nome, já sabe quem é, esse tipo de relacionamento. Além das consultas médicas normais (p75M-eSF);*

*Eu acho que é o posto, porque eles têm meus dados, têm tudo lá. Faz muitos anos que eu vou ali, eles têm a pasta, então eu vou tudo ali. (p86F-eAB);*

*Antes tinha, agora não tem mais não. Quando tinha aquelas meninas que passavam nas casas, perguntavam como a gente tava, aí tirou tudo. Um pouco é essa pandemia que atrapalhou, né? (p89-eAB).*

A Integração de Cuidados, componente do atributo Coordenação, explora o campo dos serviços especializados e a integração entre os serviços de saúde. Busca conhecer a realização de alguma consulta com um especialista ou serviço especializado, assim como se este

atendimento foi encaminhado pelo profissional de referência, o que pode ser ilustrado com os trechos a seguir

*Sim, eles fazem tipo de um relatório e, nesse relatório, fica minhas queixas e, através desse relatório com as minhas queixas, a gente é indicado a um especialista, como, por exemplo, estou na fila de aguardar vaga para colonoscopia. (p75M-eSF);*

*Com certeza sim. Sempre tem um formulário que eles preenchem e enviam junto. (p88F-eAB);*

*Sim, eles colocam na guia, eles escrevem. (p89F-eAB);*

*Já fui, mas faz muito tempo. Agora, com essa pandemia, parou tudo, né? Você não consegue nem marcar uma consulta com especialista. Eu tô com duas guias aqui que não conseguiu, não estão marcando, né? (p90F-eAB).*

As falas acima apontam que os encaminhamentos para serviços especializados são realizados pelos profissionais de referência, contudo, a pandemia de COVID-19 prejudicou o fluxo de encaminhamentos.

Os itens finais, que complementam a avaliação deste componente, qualificam o conhecimento do profissional de referência em buscar estar informado sobre os resultados do atendimento com o serviço especializado, seguido pelo interesse do profissional de referência sobre a qualidade do cuidado prestado durante o atendimento especializado, o que fica mais claro pelas declarações dos entrevistados:

*(Conhecimento sobre os resultados do serviço especializado): Não, porque ainda está em atraso por conta do COVID. Já foi cancelada duas vezes a minha consulta. O pessoal marca e depois desmarca.[...] (p75M-eSF);*

*Sim, porque quando eu consultava no médico, eu trazia pra eles, eles pedem, né? Só trazia e colocava na minha pasta. (p86F-eAB);*

*Com certeza sim, porque a gente leva o resultado pra eles na próxima consulta. (p88F-eAB);*

*Não sei te informar. Porque vai direto pro médico, acho que eles não têm acesso não. (p89F-eAB);*

*Não, não sabe. Ele só deu o encaminhamento, mas não passou por ele. (p90F-eAB).*

*(Interesse sobre a qualidade do cuidado no serviço especializado): “Perguntou. Sempre quer saber tudo. Exame de pé, tem que fazer exame de pé lá no SUS, que é a doutora de lá que pede. Nutricionista, elas que pedem, tudo. (p79F-eAB);*

*Perguntou sim. O [...] tá agora aqui, ele é muito atencioso, pergunta sim, quer saber das coisas. (p86F-eAB)*



*Não, não perguntaram não. Só perguntaram se eu tinha feito o exame. (P95F-eAB);*

*Não, porque lá perto da minha casa acho que eles nem sabem que eu passei por lá. (p114M-eAB);*

*Bem ou mal atendida, não. Eles perguntam se eu já tinha feito a cirurgia [...]” (p106F-eAB).*

Em conjunto com a Integração dos cuidados, o atributo Integralidade e seu componente Serviços Prestados está localizado no intervalo de poucos décimos abaixo do ponto de corte ( $\geq 6,6$ ), com o escore de 6,2. Tem por objetivo saber se o usuário foi orientado sobre os respectivos temas: alimentação saudável, boa higiene e sono adequado; exercícios físicos adequados; verificar e discutir as medicações que está utilizando e como prevenir quedas. Há alguns exemplos desse atributo nas seguintes falas:

*(Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado): Me deram uma relação devido a diabetes. Quando eu descobri que estava com diabetes, eles deram uma listagem de como se alimenta, foi a única vez (p67M-eSF);*

*Uma vez só. Uma médica, era minha antiga médica, aí ela saiu do posto. Mas uma vez só, há muito tempo atrás, por causa da diabetes. Aí deu uma listagem com coisa pra comer, o que podia, o que não podia (p82M-eAB).*

*(Orientações sobre exercícios físicos adequados; verificar e discutir as medicações utilizadas): Já. Sempre falam de fazer caminhada, essas coisas (p70F-eSF);*

*Pra mim, a doutora, inclusive, é ela que me dá o atestado pra mim ir na academia (p72M-eSF);*

*Sim, ele sempre pergunta como é que tá sendo o medicamento, o meu médico, pra saber se muda ou não muda. Com certeza (p75M-eSF)*

*Sim, porque eles querem saber se você tá tomando certo, fazem perguntas, se tá tomando, se deixou de tomar, se tá fazendo bem, se não tá. Pra poder mudar o medicamento, porque a última vez que eu fui eu tive que mudar o remédio da pressão porque não tava abaixando (p86F-eAB).*

O segundo componente do atributo Coordenação - Sistema de Informações - configura a possibilidade de acesso dos usuários ao seu prontuário (história clínica médica), como ilustrado pelos excertos a seguir:

*Não, nunca tentei ler e nem ver, porque eu não sei ler, né? (p74F-eSF)*

*Eu não sei se eu poderia fazer isso, mas, até antes de chegar na (consulta), eu sempre dou uma olhada na minha pasta pra ver se tem alguma coisa escrita errada.(p78F-eAB);*

*Provavelmente não, não sei. Nunca tentei ler não. Hoje na UPA eu li meu prontuário, porque não tinha ninguém próximo e eu vi o parecer da médica de ontem.[...] Não deu pra entender tudo, né? (p114M-eAB).*

Para este componente, observam-se distintas opiniões quanto à falta de acesso ao prontuário, destacando os motivos mais predominantes, como o não conhecimento ao direito de acesso e leitura e as limitações do usuário, como não saber ler.

A Integralidade - Serviços Disponíveis - objetiva compreender o conhecimento dos usuários sobre disposição dos serviços: aconselhamento para problemas de saúde mental; aconselhamento sobre tabagismo; e aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento, ainda que nenhum destes tenham sido utilizados. As falas demonstram o desconhecimento dos usuários:

*(Aconselhamento para problemas de saúde mental): Esse eu acho que não, porque eu faço lá no CAPS esses aí. Acho que esse aí eles não fazem [...] Quer dizer, não tenho muita certeza também se eles não fazem, mas eu fui encaminhada pra lá. (p65F-eSF);*

*Não. Porque eu nunca vi se tem médico nessa área, lá não. (p79F-eAB).*

*(Aconselhamento sobre tabagismo): Tem o sugestionamento para ser encaminhado para a Rua Minas, existe uma placa, um pessoal que orienta e encaminha (p75M-eSF);*

*Já vi placas lá sim, que tem alguma coisa. Nunca vi, você entende? Eu já vi placas lá, mas. (p93F-eAB).*

*(Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento): [...] não sei se tem, mas ouvi falar que ia começar. (p62F-eSF).*

O Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade - objetiva conhecer a capacidade do serviço de saúde em ofertar informações de modo não presencial, por via remota, como aparece a seguir:

*Não, a gente vai pessoalmente. [...] Então, eu não sei. Porque eu nunca precisei. A gente sempre vai, meu marido me leva. (p60F-eSF);*

*Não, eu nem ligo porque [...]qualquer coisa eu prefiro ir lá. (p74F-eSF);*

*É que, geralmente, eu vou no postinho. Porque eu moro bem de frente (p77F-eAB).*

Do mesmo modo, a Acessibilidade representa ainda o fornecimento de atendimento médico aos usuários quando o julgam necessário e observa-se a dificuldade no agendamento da consulta tanto por falta de médico, como pela demora e ainda devido à pandemia, como aparece nas seguintes falas:

*Ah, é meio difícil lá. Tem hora que você chega lá e não tem médico. Às vezes, não tem na hora pra consultar [...] pra marcar, tem dia que é difícil. Eu consulto lá porque eu tenho acompanhamento, então eu vou, marco, vejo se tem agenda e marco. Mas consulta assim, lá é meio difícil. (p81M-eAB);*

*Demora. E agora com esse negócio de pandemia, não tá conseguindo agora. Por enquanto, tá tudo fechado as agendas. (p84M-eAB);*

*Com certeza sim. Inclusive, tô esperando uma consulta pra agendar e a agenda tá fechada há muito tempo. (p88F-eAB).*

Com escore médio de 4,6, a Orientação Familiar se caracteriza pela disposição do profissional de saúde em incluir qualquer membro familiar sobre alguma questão que seja importante para a saúde do usuário. As poucas falas apresentadas pelos participantes colaboram na compreensão ao valor atribuído:

*Olha, enfermeiro lá, pouco a gente conversa com eles, difícil você conversar com enfermeiro lá, só mesmo na hora de pesar lá e só. (p81M-eAB);*

*Não tenho certeza se eles fariam isso não. Eu que gostaria, né? (p72M-eSF);*

*Provavelmente não. Porque eu já tive problemas com minha família e nunca chamaram não. (p95F-eAB).*

A Orientação Comunitária apresentou escore de 3,9, valor inferior ao ponto de corte (>6,6) para os valores médios dos escores, bem como para os valores dos escores separados por eSF e eAB, sendo 5,1 e 4,3 respectivamente. Este atributo busca conhecer se são realizadas pesquisas de satisfação com os usuários pelo serviço de saúde de referência, o que pode ser visualizado nas seguintes falas:

*Pelo menos comigo, nunca foi feito. [...] Se tiver, eu não tô sendo informado. (p63M-eSF);*

*Eles fazem, fazem visitas nas casas [...] até da família. (p65F-eSF);*

*Olha, não sei como que é, porque todos os postos têm aquela agente comunitária, né? Então, eles passam aqui de vez em quando e perguntam: "Como é que tá?" [...], o agente comunitário passa na sua casa, pergunta como é que tá, mas lá dentro, nunca fez. (p67M-eSF).*

As falas demonstram o desconhecimento dos usuários quanto ao serviço de saúde realizar pesquisas, assim como de as visitas domiciliares também serem uma forma de realizar uma pesquisa de satisfação.

## 6.2 Os cuidados às pessoas com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial

Na interpretação dos sentidos, foi identificado um núcleo do sentido central, o “Cuidado às pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus”. Este núcleo foi dividido em três subnúcleos dos sentidos: “Concepções sobre a utilização dos serviços de saúde”; “As concepções sobre o trabalho da enfermagem”; e “Concepções sobre o cuidado no contexto da pandemia”.

O primeiro subnúcleo dos sentidos “**Concepções sobre a utilização dos serviços de saúde**”, aborda as concepções dos usuários quanto ao cuidado ofertado pelos profissionais de saúde. Observa-se a concepção da necessidade de um profissional especializado ou de um serviço de atenção secundária, denotando que o especialista/serviço detenha maior capacidade de resolutividade, tal como o nutricionista e endocrinologista, ademais consideram pouco efetivo o cuidado prestado diretamente pelos profissionais do serviço de APS ou que todo o cuidado pudesse ser realizado na unidade de referência, conforme as falas a seguir:

*Então, um especialista que eu queria bastante, mas que eles não me mandam, porque falam que eu tenho que ter força de vontade, mas eu não consigo sozinha, é uma nutricionista. [...] Então, a diabetes o médico falou que eu tenho que emagrecer. Ele falou assim que conforme eu ir emagrecendo, melhora até a pressão alta. Tanto que ele nem passou o remédio pra pré-diabetes, só pra pressão. Mas o difícil é emagrecer, né? Mas ele tá sempre puxando minha orelha. (p47F-eAB);*

*Eu acho que eles cuidam muito pouco de quem é diabético. É uma vez cada 6 meses, eu acho pouco demais. Deveria ser, pelo menos, de 2 em 2 meses. Meu irmão que trata aqui no (serviço especializado) [...], ele trata de 2 em 2 meses com o endócrino. Eu acho que eles deveriam encaminhar a pessoa, porque diabetes é uma doença, então eles deveriam encaminhar pra um especialista tratar, não ele tratar (médico generalista da unidade de saúde). É assim que eu penso (p53F-eSF);*

*Eu acho que especialidade, né? [...] Que a coisa fosse resolvida no posto, que é onde eles me conhecem porque eu sou do bairro, do que você ter que sair (especialidade dentro da unidade de saúde). Na UPA, você vai e consegue fazer certas coisas, entendeu? (p82M-eAB).*

Compondo ainda este subnúcleo, identificou-se o modo de utilização da unidade de saúde e dos serviços disponibilizados, para o cuidado com HA/DM. Este revela a busca pela unidade de saúde apenas para utilização periódica - a cada seis meses - para consultas agendadas previamente ou em caso de manifestação de sintomatologias e/ou descompensação e para a retirada de medicamentos, segundo as falas abaixo:

*Consulta, remédios, só. (p50F-eAB);*  
*[...] a gente só vai lá pegar os remédios, de pressão, de diabetes. (U58F-eSF-p);*  
*Quando minha diabetes tá muito alta eu vou. (p73F-eSF);*  
*Eu tenho aqui os... pra medir a glicemia, né? [...] Então, só quando algo acontece. (p80M-eAB);*  
*Geralmente, nos retornos. Eles marcam os retornos e o medicamento eles fornecem também. Quando vence a receita, eu passo por um novo check-up. (p117M-eSF).*

O último elemento que compõe este subnúcleo é a assistência prestada pelo serviço de saúde. Tais concepções são expressas pelo não acolhimento à demanda espontânea, quando não tem consultas agendadas previamente e a percepção centrada aos procedimentos mais protocolares, como a consulta médica ou medir a pressão. Essas concepções são representadas nas falas seguir:

*Se for no dia da consulta, sim. Fora da consulta, não. Tem que ter consulta ou um encaminhamento que tenha um pedido pra fazer aqui o teste da diabetes, da pressão, senão você não consegue. Da pressão consegue sim, se você vem medir a pressão[...] (p50F-eAB);*  
*Eu fui lá e eles nem 'olhou' a diabetes como é que tava e nem mediu a pressão. Aí eu falei: "Oxe, não adianta nem eu ir lá, fazer o quê?", porque não mediram nada, não me deram nada, não olhou nada. (p58F-eSF);*  
*Ali no [...] pra periódico [...] ele tá sempre fechado, final de semana é fechado, né? [...] Você vai lá quando tem problema, isso, isso, aquilo, aquilo, não tem médico. O [...] pra nós é um lugar muito negativo no bairro onde a gente mora. Você vai lá, marca uma consulta e eles falam: "Ah, vai ver se encaixa isso, isso [...] A não ser quando você marca consulta periódica, que é aquela de 4/5 meses, aí você vai lá e tira seu sangue, vai lá e tem sua consulta, mas demora também pra se consultar lá, porque lota muito. (p72M-eSF);*  
*Quando um paciente vai lá, que é pra passar no posto, que é pressão e diabetes, teria que ter um médico pra atender. Porque, geralmente, se não tem, ou manda*

*você esperar o dia da consulta ou te manda pra outro lugar procurar um atendimento mais rápido. (p78F-eAB);*

*Eu faço consultas periódicas, quando dá pra ser periódica, porque não é tão periódica, né? Mas é pra isso. (p82M-eAB).*

O segundo subnúcleo dos sentidos, denominado “**As concepções sobre o trabalho da enfermagem**”, em relação aos trabalhadores da equipe de enfermagem observa-se o desconhecimento sobre a composição dessa equipe: técnicos e auxiliares de enfermagem e do enfermeiro, como apontam alguns trechos a seguir:

*Quando eu vou lá, geralmente, tem as enfermeiras que passa pela triagem e depois o médico [...] Sempre que eu vou lá, quem me atende é umas enfermeiras que tem lá. (p61M-eAB);*

*Não, consulta com enfermeira não. Só as medidas anteriores à consulta, que são a medida de pressão, altura, peso, é a pré-consulta. (p75M-eSF);*

*Olha, enfermeiro lá, pouco a gente conversa com eles, difícil você conversar com enfermeiro lá, só mesmo na hora de pesar lá e só. (p81M-eAB);*

*O enfermeiro não, porque nunca é o mesmo. (p83M-eAB);*

*A gente passa pela enfermeira pra medir a pressão, né? Geralmente, mede a diabetes, essas coisas. E depois vai pro médico. (p117M-eSF).*

Ademais, não há clareza das atividades realizadas pelos enfermeiros, técnicos ou auxiliares com as ações médicas, atribuindo à enfermagem atividades procedimentais, conforme citado a seguir:

*A enfermeira passou minha receita e já marcou minha consulta. Já fiz os exames, tudo. Porque é a enfermeira que pede os exames, né? [...] geralmente, é o médico. Enfermeiro, agora, é porque tá na pandemia, né? Acho que nem tá tendo médico aqui, por enquanto, né? Não sei. (p59F-eSF);*

*Olha, a única coisa que a gente passa pelo enfermeiro é o seguinte: Você consulta com o médico ou com a médica, aí ele pega e fala: "Sr Luis, vou te encaminhar pra um especialista.", quando acontece, manda pra enfermeira e a enfermeira [...]. A única coisa que tem de contato com a enfermeira, é isso. Do contrário, não tem. Ou o enfermeiro vai tirar sangue, dar injeção. (p67M-eSF).*

Os usuários relatam a necessidade de orientações sobre a DM. Observa-se que não há clareza de qual profissional que realizou o cuidado, em específico, o exame dos pés para a pessoa com DM, conforme relatos a seguir:

*Essas partes aí, eu, mais ou menos, sei do diabetes porque os outros que já teve me explica. Mas assim, nessas partes ali deles, elas não fazem não. As enfermeiras dali não...[...] Porque eu acho que as enfermeiras tinham que orientar mais os pacientes, chamar os diabéticos e falar, orientar. "Olha, seu pé...", sabe? Mas, nessas partes. E, muitas partes ali, é assim, eu corro atrás mesmo. E, às vezes, quando quer atender. Mas, não orientam a gente (p62F-eSF);*

*Eu passei com a enfermeira porque minha diabetes tava subindo muito, aí ela me passou pro médico. (p73F-eSF);*

*Não, as enfermeiras não orientam sobre diabetes, nem pressão [...] Foi uma doutorinha (sobre quem fez o exame do pé diabético) [...] Aí você deita na cama, ela pega com um 'coisinho' que nem fio de cabelo, eu acertei todos os dedos que ela mexeu. Ela falou: "Nossa [...] ", meu pé tá com circulação. (p79F-eAB);*

*Eu passei uma vez só pra fazer aquele teste do pé [...] Na época, tava bom até. Mas já faz uns 3 anos, mais ou menos [...] Foi boa, ela é atenciosa [...] (p82M-eAB);*

*Não, consulta com enfermeiro não. Eu sempre passei em consulta com o médico mesmo. A consulta com enfermagem é quando você vai colher sangue, né? Aí no caso é a enfermagem [...] Já faz um tempo. De sensibilidade, né [...] Foi a enfermeira. Eu não lembro se foi a enfermeira ou médica, mas eu acho que foi o pessoal da enfermagem lá [...] Ela fez o exame da sensibilidade do pé e deu tudo bem, só isso. (p83M-eAB).*

Em contrapartida, quando há o reconhecimento do profissional enfermeiro, as ações de cuidado descritas são: o modo correto de se utilizar as medicações, grupo de apoio e orientações coletivas e o exame preventivo de colo de útero, como apontam os trechos a seguir:

*Eles orientam algumas coisas assim, como é que tão os remédios, eles marcam para depois marcar uma consulta com o médico [...] A enfermeira lá ensinou como é que aplica a insulina, que horas começa a tomar os remédios, mas a enfermeira, a doutora não. A doutora e o doutor, não. (p58F-eSF);*

*Fizeram, examinou tudinho. Colhi material pra preventivo, essas coisas, levei um monte de tempo colhendo exame.. (p65F-eSF)*

*Eu participei de uma reunião, todo mundo, várias pessoas que tinham esse mesmo problema.[...] Então, eles orientaram a gente sobre a diabetes, sobre a pressão alta, o risco que a gente corria se não cuidasse bem, se não tomasse os medicamentos direito, essas coisas [...] É. Aí foi onde eles pegaram e falaram da*

*alimentação, deu um papel pra cada um mostrando os tipos de alimentação, que tinha que fazer exercício, podia ser uma caminhadinha todo dia, pelo menos 30 minutos, tava bom. (p70F-eSF)*

*Ela me orientava sobre a diabetes, como tomava o medicamento, principalmente da pressão alta, o que eu comia. Pelo alimento, às vezes, a diabetes pode ser aumentada, tudo essas coisas. (p71M-eSF).*

No decorrer dos relatos nas entrevistas, muitos participantes expressaram as mudanças nos serviços de saúde durante o período de pandemia de COVID-19, possibilitando identificar o último subnúcleo dos sentidos, intitulado **“Concepções sobre o cuidado no contexto da pandemia”**. Nota-se que, para a maior parte dos serviços de saúde, não foi possível manter a rotina e a agenda de atividades e atendimentos da unidade, reduzindo a cobertura e a assistência em saúde. Com a redução da constância em atendimentos agendados, inclusive para acompanhamento da DM e HA, receitas para retirada de medicações atrasadas são os pontos mais retratados pelos usuários, segundo as falas:

*Então, tá muito difícil. Porque agora é vacinação, inclusive, eu vim de lá agora, fui vacinar contra a COVID, a primeira dose, por causa da diabetes, comorbidade. Então, mas pra médico tá difícil de marcar. Marcação, né? Por causa da pandemia, então tá mais difícil. A gente tenta pelo aplicativo e não consegue, nunca tem vaga, o aplicativo acho que é "Mais Saúde", aí você não consegue também. [...] Se eu não me engano, era de seis em seis meses que eu ia, mais ou menos isso. Porque pra renovar a receita eu tive que falar. A farmácia já falou que não ia mais aceitar a minha receita antiga. E tava no começo da pandemia, aí me passaram pelo médico pra renovar a receita. [...] (consulta) só de renovação. (p82M-eAB);*

*Era melhor. Acontecia, geralmente, sempre certinho o tempo. Com a pandemia tá passando o tempo dos exames, de passar com o médico [...] A receita, geralmente, eles dão pra seis meses. Então eu pego de dois em dois meses e quando tá vencendo eu já tô agendado pra passar pelo médico [...] Tá renovada. Porque mesmo que não tenha consulta, no caso, não dá o agendamento, porque às vezes não tem agendamento, né? Tem que esperar. Às vezes, essa espera ultrapassa o dia da receita. Se caso vence a receita, eles não dão porque eles sabem o que tá acontecendo lá [...] Eles não renovam a receita. Eles sabem que tá... e marcam a ressalva na mesma consulta, aí quando eu passo pelo médico, aí sim a receita é renovada [...] “De seis em seis meses que eu faço os exames. Mas, ultimamente, tá demorando um pouco por causa da pandemia, eles não estão...*



*estão meio parados lá, sabe? O atendimento parece que tá meio parado. (p83M-eAB);*

*Ficou parado [...] Não tive (consulta). Tinha uma marcada pra dezembro, eles cancelaram. Aí foi pra abril, eles ligaram avisando que tinham cancelado por causa da pandemia [...] Vai com a receita vencida (buscar medicações) [...] Porque eu procurei o postinho porque minhas receitas tinham acabado, aí eles prorrogaram pra um ano, aí venceu um ano, por causa da pandemia. (p84M-eAB).*

## ***7 DISCUSSÃO***

---

## 7 DISCUSSÃO

Segundo os dados sociodemográficos, o presente estudo apresentou predominância do sexo feminino (60,17%), sendo corroborado por uma pesquisa realizada com dados secundários do PMAQ-AB de 2012, cujo objetivo foi a descrição das dimensões da Acessibilidade na AB e, segundo os dados sociodemográficos, 77,7% dos participantes da pesquisa eram do sexo feminino (FIGUEIREDO; SHIMIZU; RAMALHO, 2020).

O destaque para a população apresentar-se majoritariamente feminina pode ser ratificado mediante os dados da ocupação, visto que 22% da população do estudo relatou ser do lar, 11% desempregada e 40,7% aposentada. Desse modo, a hipótese da indisponibilidade de tempo de parte da população masculina por estarem em horário de trabalho, uma vez que parte da coleta de dados foi realizada na sala de espera da unidade e a outra parcela realizada de forma remota, contudo, ambas realizadas em sua maioria no horário comercial, entre as 8h e 18h, com exceções das entrevistas agendadas previamente, conforme disponibilidade do participante.

Portanto, aponta-se que uma das limitações do estudo encontra-se na abordagem de seleção dos participantes, em virtude de a realização da coleta de dados ser via ligação telefônica e no horário de funcionamento das unidades de saúde (horário comercial), o que possivelmente favoreceu o fato de a maioria populacional ser do sexo feminino e do lar, ou aposentada. Contudo, identifica-se a importância em reforçar que tal hipótese não foi objeto de investigação do presente estudo representando um viés metodológico. A literatura revela os fatores que influenciam a busca e o acesso à saúde pela população do sexo feminino, destacando o gênero como determinante social para a saúde dos homens (LEVORATO et al., 2014; CARNEIRO; ADJUTO; ALVES, 2019).

Uma pesquisa realizada no mesmo município do presente estudo, no ano de 2011, teve como objetivo a identificação de fatores que pudessem associar as diferenças pela busca dos serviços de saúde entre homens e mulheres, considerando aspectos sociais, econômicos e culturais. Foram entrevistados 320 homens e mulheres na faixa etária de 18 a 65 anos, a coleta foi realizada em dois Núcleos de Saúde da Família (NSF) e em um ambulatório e enfermaria de um hospital estadual. Os resultados revelaram que, para algumas faixas etárias estratificadas, houve diferenças na prevalência do sexo feminino entre 18 e 25 anos e entre 50 e 65 anos, sendo que a busca pelo serviço de saúde por parte das mulheres foi de 1,9 vezes mais do que os homens. Em sua conclusão, o estudo sugere ainda a relação do horário de funcionamento dos serviços com o horário de trabalho dos usuários masculinos como um fator de risco para a não procura pelo serviço de saúde (LEVORATO et al., 2014).

Outro estudo, publicado em 2019, abordou 384 homens com faixa etária entre 18 e 59 anos em uma rodoviária em Brasília, no Distrito Federal, no período de agosto a outubro de 2014. O objetivo foi a identificação e análise de fatores que dificultam a busca da população do sexo masculino pelos serviços da APS, considerando sua percepção sobre a própria saúde e masculinidade e ainda a concepção acerca dos serviços ofertados na AB. Como resultado, 94,53% acreditam que as mulheres buscam mais os serviços de saúde primários do que homens, justificando ser a mulher mais preocupada e cuidadosa em relação à própria saúde, afirmando a fragilidade feminina e a vulnerabilidade às doenças. Outros entendem que essa relação advém do fato de a mulher ser orientada desde cedo sobre a busca pelos serviços de saúde; a educação em relação à sua saúde é cultural, principalmente para prevenção, além disso, acreditam que a mulher tem mais tempo e disponibilidade, e que existem mais políticas públicas e profissionais especializados para o coletivo feminino, facilitando o acesso (CARNEIRO; ADJUTO; ALVES, 2019).

Ainda no mesmo estudo citado, os participantes julgam que diferentemente das mulheres, o homem pode ser entendido como um ser sem vulnerabilidades, com menor possibilidade de adoecimento, dessa forma, não buscam o serviço de saúde por preconceito, por acreditarem ser um sinal de fraqueza, principalmente para prevenção. Os resultados revelaram ainda que 22,39% não buscam o serviço de saúde por falta de tempo e que 31,77% prefere automedicar-se. Ademais, para a maior parte dos portadores de alguma doença crônica, estes receberam o diagnóstico no ambiente hospitalar e relataram a preferência do hospital para o acompanhamento do problema de saúde. Além disto, mesmo a US sendo o serviço mais próximo para 61,97% dos entrevistados, a maioria buscou atendimento no hospital para assistência à saúde (CARNEIRO; ADJUTO; ALVES, 2019).

Em relação à cor da pele, no presente estudo, 46,6% se autodeclararam como pretos ou pardos (respectivamente 09,3% e 37,3%), situando-se em segundo lugar nesta categoria, visto que o maior percentual dos entrevistados se autodeclararam como brancos (52,5%). Dado notável, uma vez que, segundo o último censo, realizado em 2010, a população negra ocupava mais da metade da população nacional (50,7%), no período de 2000 a 2010 (BRASIL, 2010b). O critério de autodeclaração foi instituído recentemente, através da Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, que estabeleceu que a própria pessoa adote a definição de sua cor/raça, respeitando a classificação dos padrões conforme utilizados pelo do IBGE - branca, preta, amarela, parda ou indígena - e que integram os formulários dos sistemas de informação da saúde. Em casos excepcionais, como recém-nascidos, óbitos ou alguma eventualidade em que o usuário não se apresentar apto para se autodeclarar, será de competência de familiares

ou responsáveis, ou caso não houver responsável no momento presente, será atribuído aos profissionais de saúde que realizarem a declaração (BRASIL, 2017b).

A consciência acerca da própria raça/cor compreende também a percepção a respeito dos aspectos socioculturais e da origem étnico-racial que compõem a construção subjetiva do sujeito, e não somente o reconhecimento da própria cor ou a identificação de características físicas. Dessa forma, a importância da declaração encontra-se na contribuição para gerar indicadores em saúde e para a construção de políticas públicas (BRASIL, 2017b). Assim, com o intuito de reduzir as iniquidades sociais, é publicada a Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que objetiva a promoção à saúde à população negra e minimizar as desigualdades étnico-raciais e a discriminação e racismo nos serviços que compreendem o sistema público de saúde (BRASIL, 2009).

Uma revisão integrativa publicada em 2020, com o objetivo de analisar o acesso da população negra aos serviços de saúde, evidenciou que nos estudos realizados na América Latina, os principais fatores que prejudicam o acesso a saúde entre as mulheres de classe de minorias étnicas, são a discriminação e a violência nos serviços. No cenário brasileiro, para mulheres negras, o acesso desqualificado aos serviços de saúde é justificado pelos níveis de instrução, aspectos sociais e econômicos, fatores que determinam socialmente uma população vulnerável e contribuem de modo contraditório para acesso à saúde (SILVA, 2020). Outro estudo, realizado na América Latina com mulheres afrodescendentes e indígenas, evidenciou que esta população, além de vivenciar a discriminação nos serviços, está mais suscetível a receber um atendimento inferior ou atrasos mais extensos que os demais usuários quando buscam assistência em saúde, fato que pode contribuir para que se sintam humilhadas e envergonhas nessas circunstâncias. Esta revisão identificou diversas causas que atribuem à dificuldade de acesso da população negra aos serviços de saúde, como o preconceito do profissional de saúde, acarretando uma assistência desigual a essa população, além dos aspectos econômicos-sociais no que concerne a residirem em áreas rurais, dificultando a locomoção, assim, o estudo conclui que esses aspectos limitantes contribuem para inapropriada oferta dos serviços de saúde, gerando acesso e adesão inadequados à população negra (SILVA, 2020).

Publicado em 2021, um estudo avaliou o acesso e a utilização dos serviços de saúde de atenção básica visando às desigualdades de raça e gênero, com dados publicados na última edição da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do IBGE, e conciliando com os dados da PNS 2013 e o suplemento da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008,

também utilizados na comparação dos indicadores. Os dados da PNS evidenciaram que, em 2019, 71,5% da população não possuía acesso a serviços de saúde suplementar, condição semelhante ao inquérito de 2013, indicando maior necessidade do uso do serviço público de saúde pela população, destacando-se com relação a raça, apresentando maior percentual para pessoas pretas ou pardas (78,6% e 79,9%) quando comparado a pessoas brancas (61,25%). Para o quesito da autoavaliação em saúde, pessoas pretas ou pardas foram as que menos relataram “bom” ou “muito bom” quanto ao seu estado de saúde em comparação às pessoas brancas, respectivamente 60,7% e 70,3%, sendo ainda o gênero feminino o mais acometido, com 61,9% comparado aos homens (69,6%). Além disto, os indicadores apresentaram ainda uma redução no decorrer dos anos, os dados da PNS entre 2013 e 2019 revelaram queda no percentual da autoavaliação para pessoas pretas ou pardas de acordo ao gênero, tendo, em 2013, um percentual de 68,6% para os homens e 60,8% para as mulheres, semelhantemente e, na devida ordem, em 2019, os resultados foram 65,6% e 57,8% respectivamente. Assim, os resultados apurados pelo estudo ratificam a necessidade e a importância da produção de conhecimento acerca da interseccionalidade entre gênero e raça/cor para a compreensão dos determinantes de acesso e utilização dos serviços de saúde (COBO; CRUZ; DICK, 2021).

Visto que parte da coleta se iniciou antes da pandemia de COVID-19 e parte foi feita durante a pandemia, o presente estudo não teve como foco central o aprofundamento dos dados econômicos antes e durante a pandemia para fins de comparação, assim infere-se que parte dos participantes possa ter sofrido impacto neste âmbito. Desse modo, segundo dados do IBGE, houve um aumento no percentual da taxa de desemprego no país já no primeiro trimestre de 2020, com variação de 12,4% e 13,6% no segundo, atingindo o maior percentual no terceiro trimestre com 14,9%. A taxa de desemprego se manteve alta, com poucas variações de queda até o final do quarto trimestre de 2021, quando atingiu o percentual de 11,1% - menor valor desde o último trimestre de 2019 (11,1%) - mantendo-se estável no trimestre inicial de 2022, considerando os dados mais atuais, publicados no Painel de Indicadores do IBGE. Segundo o Instituto, o desemprego é definido por pessoas com idade para exercício profissional e que se encontram disponíveis para o mercado de trabalho, mas que, no momento, não estão trabalhando. A taxa é calculada pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD-Contínua) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2022a).

A PNAD iniciou de forma gradativa a partir de 1967. O projeto foi criado com o objetivo de suprir a ausência de dados populacionais durante o período intercensitário - o Censo Demográfico, que ocorre em período decenal - determinado a produzir dados para

estudo e planejamento socioeconômico no Brasil, por meio de temáticas importantes e viáveis que, de algum modo, eram insuficientemente desenvolvidas ou não contempladas no Censo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1991). Interrompida em 1970 para a execução do Censo Demográfico, a PNAD era realizada de forma trimestral e, após a retomada, em 1971, sua realização passou a ser anual, sendo suspensa nos anos censitários (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1991; 2022b). Foi encerrada em 2016, tendo seus últimos dados divulgados referente à pesquisa de 2015 e, assim, foi substituída pela PNAD Contínua. A PNAD Contínua foi implantada ainda no início de 2012, em todo território nacional, constituindo-se como mais uma das pesquisas permanentes do IBGE. Assim como a PNAD anterior, ela visa à produção de indicadores no que se refere às condições e à qualidade de vida populacional do Brasil. Busca compreender as variações e as evoluções de médio e longo prazo, através da produção de indicadores trimestrais de dados populacionais acerca da força de trabalho e outros dados que possam auxiliar no desenvolvimento socioeconômico, sendo esse último um dos focos principais da pesquisa. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021; 2022b).

Do mesmo modo, no início de maio de 2020, iniciou-se a PNAD COVID19, uma versão da PNAD Contínua, com amostra fixa e por meio remoto, via ligação telefônica, as entrevistas eram realizadas semanalmente em extensão nacional para o acompanhamento das implicações da pandemia pelo vírus da SARS-coV-2 no mercado de trabalho e para calcular o número de pessoas com sintomas referidos relacionados à síndrome gripal. Essa versão foi finalizada em novembro de 2020, tendo os últimos resultados publicados na plataforma digital do IBGE. Segundo dados referentes ao respectivo mês, em razão da pandemia, pessoas com sessenta anos ou mais foram mais afastadas do trabalho quando comparadas a outros grupos etários, padrão observado desde o início da PNAD COVID19 em maio (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2022c).

Ademais, houve redução do rendimento médio domiciliar per capita (R\$ 1.298,00) comparado ao mês anterior, outubro (R\$ 1.321,00), isto é, 1,8% a menos. Ainda avaliou-se a solicitação de empréstimos, dos 68,6 milhões de domicílios analisados, em aproximadamente 9,3% (6,4 milhões) algum morador do domicílio solicitou algum tipo de empréstimo; considerando as fontes do recurso solicitado, a de natureza banco/financiadora foi a mais procurada, sendo a categoria amigos/parentes a segunda fonte mais frequente solicitada para empréstimo. No que se refere ao mês anterior, houve um aumento de 0,6 pontos percentuais em relação à solicitação de empréstimo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020).

Um estudo, publicado em 2021, buscou a caracterização da população idosa ( $\geq 60$  anos) por meio do estado socioeconômico, de saúde, desigualdade de sexo, aderência ao isolamento e distanciamento social e sentimento de tristeza ou depressão, utilizando informações de base de dados secundárias, através do banco de dados de uma pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) juntamente com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) durante a pandemia. O projeto, intitulado como ConVid – consistiu em uma pesquisa de comportamentos, um inquérito de saúde em extensão nacional, realizado entre 24 de abril e 24 de maio de 2020, por meio de questionário virtual autopreenchido, que teve como objetivo retratar a população brasileira no que se refere à adesão do isolamento e às medidas de restrição social, ao impacto na situação laboral e rendimento, às condições de saúde, às objeções para a execução das atividades cotidianas e às mudanças comportamentais desenvolvidas durante a pandemia. A população idosa corresponde a 20,3% do total da amostra ConVid, assim, analisou-se os dados referente a 9.173 participantes, sendo 5.204 mulheres e 3.969 homens. Anteriormente à pandemia, metade exercia atividade laboral, sendo 42,1% sem vínculo empregatício, durante a pandemia apenas 8,3% prosseguiram com as atividades habituais e 21,2% trabalhando em casa (ROMERO et al., 2021).

Ainda sobre o estudo acima citado, em relação à renda familiar, em 31,9% dos entrevistados a renda foi menor que um salário mínimo, visto que, durante o período da pandemia, houve ainda diminuição da renda familiar em cerca de metade dos domicílios analisados, em 23,6% houve impactante diminuição ou até ficaram sem renda e apenas 12% das famílias que residem com os respectivos idosos receberam algum tipo de benefício financeiro relacionado à pandemia. A renda foi um dos fatores com maior impacto entre os idosos: os resultados da pesquisa revelam que 23,7% obtiveram severa diminuição ou perda da renda per capita no período avaliado, sendo esse percentual ainda maior entre os participantes que trabalhavam anteriormente (36,4%) e apenas 20,3% dos idosos que não tinham vínculo empregatício não foram acometidos negativamente. Idosos com renda per capita menor que um salário mínimo foram os mais afetados, 36,2% (ROMERO et al., 2021).

No que diz respeito à renda familiar em salários mínimos, os dados do atual estudo apresentaram que 35,6% da população mantém-se com apenas um salário mínimo, maior percentual desta categoria acerca dos dados sociodemográficos, sendo o valor de um salário mínimo R\$ 1.100,00 conforme Portaria SEPRT/ME n° 477, de 12 de janeiro de 2021, considerando o período da coleta de dados (BRASIL, 2021). Ainda, como já apresentado, 11,0% da população do estudo estavam desempregadas no momento da pesquisa e 13,6%



trabalhavam sem carteira assinada, assim, acredita-se que parte dos usuários entrevistados possa ter sofrido impacto econômico, visto que 84,7% têm entre 30 e 69 anos, faixa etária de pessoas que podem estar economicamente ativas. Segundo o IBGE, o População Economicamente Ativa (PEA) é o indicador que abarca a mão-de-obra que pode estar ativa no exercício laboral no setor produtivo nacional; este cálculo considera a população a partir dos 16 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTATÍSTICA, 2022d). Todavia, o presente estudo revela uma limitação, em virtude da não investigação acerca da implicação financeira causada pela pandemia, visto que este não era o foco inicial da pesquisa, sendo os usuários questionados apenas sobre a renda familiar atual em salários mínimos sem justificativa prévia; deste modo, não é possível atestar tal pressuposto. Contudo, reconhece-se a importância de elaborar correlações e discutir os dados investigados e dados literários produzidos durante o período da pesquisa e do momento histórico vivenciado e o seu impacto nacional.

Esses pontos podem ser sustentados, ainda, com outro estudo, publicado em 2021, que, igualmente utilizando a base de dados da ConVid - Pesquisa de Comportamentos, investigou as mudanças no cenário laboral e rendimento na execução das tarefas de rotina, a adesão às medidas restritivas do isolamento social e o estado de ânimo de brasileiros adultos ( $\geq 18$  anos) durante o período da pandemia de COVID-19. Observou-se que 50,5% prosseguiram com o trabalho que exerciam anteriormente ou iniciaram em um novo emprego, todavia, 20,6% dos participantes perderam o emprego ou ficaram sem trabalhar; outro fator analisado foi as tarefas domésticas, com aumento de 61,7% na prática dessas atividades. No que se refere à renda familiar, os resultados apresentam que, para famílias com renda per capita até meio salário mínimo, 63,5% tiveram a renda reduzida e 11,1% ficaram sem qualquer rendimento, visto que, para núcleos familiares com renda per capita entre quatro ou mais salários mínimos, apenas 4,3% ficaram sem rendimento (ALMEIDA et al., 2021).

Os dois estudos anteriormente citados, que utilizaram o banco da pesquisa ConVid, analisaram os dados referentes às DCNT relevantes e classificadas como risco para a COVID-19 (diabetes, hipertensão, asma/enfisema/doenças respiratória crônica ou outra doença do pulmão, doença do coração e câncer) e suas implicações nas condições de saúde dessa população. O primeiro estudo realizou a caracterização da população idosa e identificou que a HA é mais prevalente entre os indivíduos idosos, com 41,7%, sendo que mais de 58% dispõem de ao menos uma DCNT de risco para a COVID-19 (ROMERO et al., 2021). Não obstante, o segundo estudo analisou o percentual de diagnóstico prévio, constatando que 33,9% dos participantes relataram algum diagnóstico de DCNT preexistente, no entanto, sem a identificação do tipo de doença (ALMEIDA et al., 2021).

Retomando os resultados da presente pesquisa, em relação à avaliação dos atributos da APS, evidenciou-se que o componente Utilização do atributo Acesso de Primeiro Contato obteve o maior escore (7,9), assim como para a média dos escores comparativos entre os modelos de atenção, sendo eSF=8,7 e eAB=7,3. Segundo o manual do PCATool (BRASIL, 2020), esse atributo tem por objetivo conhecer se, para o usuário, o serviço e/ou o profissional de referência é a principal fonte em assistência à saúde quando este apresenta um novo problema de saúde, todavia, embora os escores apresentem valores elevados, ao observar as falas dos usuários na investigação qualitativa, nota-se que os usuários, de fato, buscam primeiramente o serviço de saúde de referência quando apresentam um novo problema de saúde, contudo essa procura tem maior relação com fatores adversos ao reconhecimento do serviço de saúde como fonte de cuidado e assistência.

Para os usuários, essa procura pelo serviço de referência ocorre quando não ocorre uma situação de urgência ou emergência, além da facilidade de acesso visto a localização geográfica da unidade de saúde, que muitas vezes está situada em uma região mais próxima à residência do usuário do que outro serviço de saúde, como por exemplo uma UPA, que usualmente são mais distantes ou Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS), que se localizam mais ao centro do distrito.

Outro elemento identificado revela o desconhecimento dos usuários em relação ao horário de funcionamento das unidades de saúde, visto que, usualmente, as unidades de eSF e eAB dispõem do horário de atendimento das 07h00 às 17h00, diferentemente de um serviço de emergência de atendimento 24 horas, comprometendo a percepção do usuário quanto à competência do serviço de saúde em realizar uma assistência eficiente, implicando em concepções negativas.

A Utilização na APS se configura como a inserção do usuário no serviço de saúde, foi qualificado por Starfield (2002) como o primeiro contato e denominado como “porta de entrada”; ela deve ser de fácil acesso todas as vezes que um atendimento em saúde for necessário e de forma inerente à organização do serviço de saúde, assim, a inexistência de uma porta de entrada acessível pode significar uma assistência insuficiente, gerando custos suplementares em saúde.

Estudos na área das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) demonstram que este perfil de internações está diretamente associado ao nível de qualidade de APS e que o investimento na APS pode favorecer a redução das internações por condições sensíveis e, conseqüentemente, reduzir também os gastos em saúde no país (GONÇALVES; MIALHE, 2022; MORIMOTO; COSTA, 2019).

Um estudo avaliou o impacto da implementação da ESF no período de 2001 a 2016, evidenciando a oferta do acesso e as internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Para a investigação dos dados, utilizaram-se o Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) (período de 1998 a 2017) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) (arquivos reduzidos das Autorizações de Internação Hospitalar – AIH) (período de 2001 a 2016). Os resultados revelaram que o aumento do número de ESF (2.054 em julho de 1998 para 41.619 em outubro de 2017) cooperou para a expansão da cobertura e acesso à atenção básica no país. Quanto ao índice de internações, houve uma redução de 45,0% na taxa padronizada e de internações por ICSAB, no período de 2001 a 2016, em âmbito nacional, apresentando também redução para as médias nas capitais e também municípios do interior, respectivamente 24,0% e 48,6%. Calcularam-se também as taxas padronizadas dos índices “Não ICSAB”, e, ao serem comparadas, as internações por ICSAB ainda apresentaram maior redução na taxa. Assim, o estudo conclui que, embora não tenha sido possível isolar o impacto da APS, há probabilidade de a expansão da ESF estar relacionada à diminuição das internações por ICSAB, visto que os resultados apontaram correlação direta entre decréscimo da taxa de ICSAB e o aumento da cobertura da ESF no período avaliado (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Outra pesquisa realizada na cidade de Picos no Piauí, analisou as ICSAP por meio do SIH, no período de 2008 a 2015. A principal causa de ICSAP com proporção crescente no período avaliado foi de DM. Em relação à variável sexo, destacou-se por ser a primeira e maior causa de aumento de internações para o sexo feminino e a segunda para o sexo masculino, apresentando decréscimos para as taxas de ICSAP para HA para o sexo masculino e acréscimos nos índices para o sexo feminino (SOUSA et al., 2020). Outro estudo, realizado em uma cidade no norte do estado de Minas Gerais, identificou os fatores associados aos custos das ICSAP, durante um período de dois anos. O estudo acompanhou 1.208 internações, sendo 414 internações por condições sensíveis. Notou-se que o período médio de internação é 9,35 dias, com o custo/dia a R\$ 385,68, totalizando o custo médio de R\$3.606,09 por internação; ainda no que se refere ao gênero, houve maior prevalência do sexo masculino (OLIVEIRA et al., 2021).

No mesmo sentido, outro estudo realizado com dados secundários do primeiro ciclo do PMAQ, em 2012, revelou que 65.391 usuários do sistema público de saúde participaram voluntariamente da pesquisa, destes, 31,8% não procuraram atendimento na unidade de saúde de referência quando estavam em uma situação de urgência porque o serviço não atende situações de urgência (FIGUEIREDO; SHIMIZU; RAMALHO, 2020). É importante

recapitular que o PMAQ era o principal instrumento de avaliação da APS no Brasil até 2019, quando foi substituído pelo programa Previne Brasil; embora não seja o mesmo instrumento do PCATool, ainda é possível realizar comparações análogas, visto que ambos os instrumentos avaliam a APS, auxiliando a corroborar dados presentes neste estudo.

Embora o instrumento avalie este atributo seguindo uma métrica quantitativa, nota-se que muitos outros fatores auxiliam a compor a real percepção das pessoas que utilizam o serviço de saúde. Ao avaliar a Utilização, é possível identificar através das elocuições que, o modo de utilização praticado pelo usuário não confere ao que de fato um serviço da APS deveria oferecer, um acesso inicial, constituindo-se como porta de entrada. Conclui-se que a unidade de saúde que deveria ser referência e com competência para conceder a população o que é de sua atribuição, torna-se uma alternativa obrigatória, não pela efetividade, mas pela necessidade, o que confere numericamente um alto valor de escore médio, como para ambos os modelos de atenção.

Além da Utilização, o atributo Acesso de Primeiro Contato é composto ainda por um segundo componente, a Acessibilidade. Embora a Utilização tenha atingido alto valor nos escores, o mesmo não ocorreu para a Acessibilidade, que obteve valor médio de 4,3, não atingindo o ponto corte, apresentando, assim, baixa presença e extensão na APS. A Acessibilidade se caracteriza por conceder a atenção para o acesso ao primeiro contato, ou seja, é um elemento estrutural, por proporcionar serviços acessíveis ao usuário, enquanto a Utilização define-se por usufruir destes serviços prestados no momento em que a necessidade de atenção emerge, sendo, assim, um elemento organizacional (STARFIELD, 2002).

O componente Acessibilidade, pertencente ao atributo Acesso de Primeiro Contato, busca ter o conhecimento sobre a competência do serviço de saúde em ofertar informações de forma eficiente quando o usuário busca esclarecimentos sobre dúvidas em saúde, por via remota, como telefone ou aplicativos de mensagens instantâneas; busca ainda compreender a capacidade do serviço em oferecer atendimento médico quando os usuários julgarem necessário este serviço. A Acessibilidade se qualifica como um elemento estrutural, e é essencial para permitir o acesso, uma vez que oferta subsídios para alcançar a porta de entrada da APS, viabilizando a chegada dos usuários até os serviços de saúde. Apesar da Acessibilidade não ser exclusividade da APS, visto que todos os níveis de atenção devem ser acessíveis, é crucial para o nível primário, uma vez que consiste em ponte para tornar este nível de atenção como o primeiro contato à saúde (STARFIELD, 2002). Mais uma vez, o desconhecimento se torna a razão pela qual os escores pontuam abaixo do ponto de corte, conforme revelado em outro estudo (MACEDO et al., 2019), uma vez que os usuários não buscam informações por meio

remoto, visto que dão preferência a deslocar-se à unidade, principalmente pela proximidade à sua residência, desse modo, desconhecem a capacidade do serviço em ofertá-la. É importante ressaltar que, no contexto brasileiro antes da pandemia, tais recursos não eram muito utilizados. No entanto, há um investimento da gestão do município nos recursos que facilitem a comunicação com os serviços de saúde, como o teleagendamento, através de um número telefônico disponibilizado na página *online* da SMS, no site oficial da prefeitura do município (RIBEIRÃO PRETO, 2023).

Outra percepção pertinente, e que pode ser validada por meio dos dados sócio-demográficos, é a faixa etária dos participantes do estudo, onde 56,7% apresentaram idade entre 50 a 89 anos. O meio remoto de estabelecer comunicação entre o usuário e o serviço implica em ter conhecimento e acesso a recursos eletrônicos e tecnológicos. Como por exemplo, o número de contato para teleagendamento é ofertado em uma página na *web*, e para acessar uma página *online* é necessário ter acesso a *internet* e algum aparelho eletrônico que tenha este artifício, como um computador ou telefone celular com acesso à rede. E embora este dado não tenha sido coletado na presente pesquisa, durante a coleta de dados via ligação telefônica, foi observado por parte da pesquisadora a dificuldade dos participantes em terem acesso a um telefone móvel e outras tecnologias. Por vezes o número cadastrado no sistema da SMS era um número telefônico fixo já inexistente, ou de algum familiar responsável, assim como para o encaminhamento do TCLE, para alguns participantes que relataram não ter acesso a um *e-mail* para o envio do *Google Forms* ou através do *WhatsApp*, foi necessário o envio através do sistema dos Correios, por carta registrada.

Os dados destes dois componentes do Acesso de Primeiro Contato podem ser corroborados por um estudo realizado em São Sebastião, no Distrito Federal, também utilizando o instrumento do PCATool, que objetivou avaliar a qualidade da assistência prestada por profissionais da saúde de eSF às pessoas com DM e/ou HA, caracterizando o perfil epidemiológico dos participantes e a identificação da presença e a extensão dos atributos da APS no município. Assim, foram entrevistados 107 usuários, dos quais 85,9% são constituídos pelo sexo feminino, ratificando também a presente pesquisa, apresentando o maior perfil populacional do sexo feminino. No que concerne aos dados em saúde, 41,5% relataram possuir HA e DM concomitantemente, 44,3% apenas a HA e 14,2% são apenas DM. Ao analisar os atributos da APS, é possível identificar notável semelhança entre os escores médios. Do mesmo modo desta pesquisa, o estudo citado apresentou a Utilização como o maior escore dentre os atributos, com 7,2 indicando a Presença e Extensão, e a

Acessibilidade como o menor escore dentre todos os atributos e seus componentes, com valor de 2,37 (MACEDO et al., 2019).

Ainda no que se refere ao atendimento médico citado na Acessibilidade, alguns aspectos ajudam a justificar os escores atribuídos a este componente. Alguns dos elementos citados pelos usuários podem fundamentar os resultados, como a ausência de profissionais disponíveis e a longa espera em receber o atendimento quando não se está agendado, além da demora em realizar um agendamento, sendo este último fator intensificado pela pandemia de COVID-19. Embora a questão relacionada ao atributo seja específica em relação ao atendimento médico, é importante destacar que o impacto da pandemia sucedeu como um todo, repercutindo em todos os profissionais das unidades de saúde. Reafirmando estes dados, o resultado da análise qualitativa revelou a dificuldade dos usuários em garantir a assistência em saúde durante este período, impossibilitando manter a constância dos atendimentos periódicos, reduzindo a cobertura e a assistência em saúde, principalmente em relação ao DM e a HA, obrigando os serviços de saúde a se reorganizarem.

Ainda, é importante refletir que o acometimento da pandemia não afetou somente as pessoas portadoras de DCNT, no entanto atingiu, também, todos os trabalhadores dos serviços de saúde que não tiveram seu ofício suspenso, sendo considerados como trabalho essencial, dedicando-se ainda aos cuidados relacionados a COVID-19.

Uma pesquisa realizada no Reino Unido investigou a perspectiva dos profissionais de saúde sobre o impacto da pandemia de COVID19 em serviços de APS e os cuidados às pessoas com DM. A realização do estudo dispôs de um grupo de pesquisadores especialista em diabetes da Inglaterra, País de Gales, Irlanda e Escócia, que aplicaram a pesquisa de forma online a profissionais de saúde (médicos, profissionais da enfermagem, farmacêuticos, paramédicos, nutricionistas e assistentes de saúde) e compreendeu questões referentes à pandemia e ao seu impacto nos serviços de APS, sendo o período de coleta entre janeiro e maio de 2021. Os resultados evidenciaram que, no que se refere aos participantes, 59,7% eram da enfermagem e 32,9% médicos. Para a maior parte, os profissionais de saúde estavam se sentindo sobrecarregados em relação ao trabalho e exaustos emocionalmente quando comparados ao período anterior à pandemia. Além disso, a maioria dos entrevistados relatou estar apreensiva em se contaminar com o coronavírus e a contaminar seus familiares, mesmo já tendo sido vacinados ou prestes a receberem a vacina de COVID-19. Quanto ao atendimento, o método mais utilizado para prosseguir com as consultas e assistência às pessoas com DM foi a consulta via ligação telefônica, contudo a maior parte dos profissionais de saúde sentiu impacto em suas habilidades, na prática, em ofertar cuidados de rotina a essas

peessoas. Ainda relataram sobre a carência de profissionais de saúde devido ao adoecimento ou pelo isolamento (SEIDU et al., 2022).

Acredita-se que a ocorrência da pandemia, tenha impactado diretamente na percepção dos usuários em relação às unidades de saúde, gerando uma interpretação tendenciosa, visto o momento vivenciado e a situação em saúde em que o país se encontrava. Neste momento, a reorganização dos serviços para suprir a necessidade eminente pode ter proporcionado aos usuários elementos que reforçaram uma opinião negativa ao relatarem a sob a própria ótica uma desatenção as suas necessidades particulares, motivando à falas de uma unidade de saúde com melhor qualidade antes da pandemia. Este fato, evidencia o grau de conhecimento dos usuários do SUS quanto a verdadeira responsabilidade sistema público com a saúde nacional, em buscar atender de forma efetiva as necessidades da população.

Caracterizada como uma relação de longa duração entre os usuários e os profissionais do serviço de saúde, o atributo da Longitudinalidade obteve escore  $>6,6$  (STARFIELD, 2002). Dessa forma, o instrumento avalia esta relação através de questões heterogêneas que possam responder ao tipo de construção gerada por meio desse vínculo.

No presente estudo, esta relação com o profissional enfermeiro se apresenta fragmentada, uma vez que, mediante aos dados qualitativos foi possível observar a não distinção entre os profissionais que compõem a equipe de enfermagem. Sabe-se que para se estabelecer um vínculo, faz-se necessário uma relação de confiança, o que não é possível instituir sem uma familiaridade, o que foi retratado pelos participantes quando questionados sobre se sentirem confortáveis em expressar-se ao profissional, alguns participantes revelaram que isso só se tornava possível quando o profissional de referência era sempre o mesmo. Starfield (2002, p. 207) afirma ainda que a melhor conduta é compreender o que é expresso pelos usuários, assim como é dever profissional escutá-los.

Uma revisão integrativa investigou a importância do profissional enfermeiro para o autocuidado de pessoas com DM tipo 1. Para a busca, utilizaram-se as bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), estudos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, no período entre 2017 e 2022 assim, 12 estudos foram selecionados. A revisão identificou entre os estudos analisados e de modo congruente, a relevância a respeito do papel do enfermeiro, considerando as condutas profissionais sistematizadas e centralizadas no indivíduo. Compreendeu-se que um dos maiores desafios do cuidado com a DM tipo 1 destaca-se para os hábitos alimentares, demandando

acompanhamento nutricional cuidadoso como suporte para o desenvolvimento de consciência e maior domínio sobre a alimentação (ARAÚJO et al., 2022).

Ainda houve reconhecimento sobre a complexidade em instituir uma ação de contato mútuo entre profissional e usuário, de demasiada importância para o autocuidado através da capacitação desenvolvida pelo enfermeiro. Ao proporcionar maior receptividade à pessoa, o profissional possibilita a consolidação de um vínculo recíproco, e o estabelecimento de uma relação horizontal se qualifica pela confiança mútua e que favorece o enfrentamento da condição crônica. O enfermeiro qualificado e que dispõe de conhecimentos com embasamentos teórico-científicos apresenta maior competência e habilidades para realizar um cuidado que atenda as demandas específicas de modo individual e singular, com a finalidade de proporcionar à pessoa maior autonomia e autocuidado. Assim, o papel do profissional enfermeiro é essencial para colaborar com o cuidado às pessoas com DM tipo 1, assim como o conhecimento a respeito da patologia, que propicia melhora na qualidade de vidas das pessoas em face à potencialidade das melhores condutas profissionais (ARAÚJO et al., 2022).

Segundo o manual do PCATool (BRASIL, 2020), a Afiliação busca identificar um profissional e/ou serviço que seja referência para o usuário. De acordo com os resultados, apresenta-se como o terceiro maior escore total (7,3), contudo se destaca pelas diferenças dos escores entre os modelos de atenção, sendo eSF=10,0 e eAB=6,7. Embora a Afiliação não se configure como um atributo segundo o referencial teórico de Starfield (2002), foi introduzida no instrumento original com o intuito de identificar a fonte cuidado habitual para o usuário e a intensidade dessa afiliação, assim, foram desenvolvidas três questões com o intuito de responder a esta demanda. Dessa forma, é considerado que o usuário possui uma fonte de cuidado e ligação a um serviço e/ou profissional se o ele respondesse positivamente a pelo menos uma das questões e, ainda, se a resposta for equivalente para todas as questões, considera-se como uma evidência de forte afiliação. Similarmente, ocorre para respostas negativas, se ao menos uma das respostas for negativa, entende-se que o usuário não possui uma fonte de cuidados na APS (SHI; STARFIELD; XU, 2001).

A instituição desta relação profissional-pessoa a ser cuidada contribui não somente para o conhecimento e identificação individual, mas também oferta importantes subsídios de informações acerca do círculo familiar, como predisposições genéticas, ou exposição a condições sociais e ambientais de uma comunidade. Assim, essa relação qualifica essa interação como importante ferramenta profissional (STARFIELD, 2002). Esta perspectiva acerca do vínculo profissional-pessoa a ser cuidada e o seu impacto no cuidado à saúde é



retratada na análise qualitativa representada aqui pela fragilidade do usuário do serviço de saúde em não reconhecer o profissional enfermeiro.

Dessa forma, acredita-se que as demandas de saúde serão supridas por um profissional especializado, bem como na centralidade do cuidado médico. Desse modo, tal vivência nos convida à reflexão sobre as condutas profissionais de enfermagem no cuidado às pessoas com HA e DM, considerando também as demandas diárias de trabalho do enfermeiro da APS.

Estes dados estão ainda em consonância em relação às percepções acerca do profissional enfermeiro e da equipe de enfermagem. Dentro de uma unidade de saúde de nível primário, o enfermeiro desempenha, além da conduta assistencial, também o papel de gestor, papéis que, muitas vezes, não são reconhecidos pelas pessoas que utilizam o serviço de saúde. Por vezes, os usuários não possuem a habilidade em distinguir o profissional enfermeiro dos técnicos de enfermagem, profissionais estes também importantes e complementares para o trabalho em equipe da enfermagem, mas com diferentes práticas de atuação profissional. Ainda não são capazes de diferenciá-lo do profissional médico e discernir ambas as práticas profissionais.

Uma revisão de literatura, publicada em 2019, buscou compreender como ocorre a atuação do enfermeiro na AB. Assim, analisou artigos, teses e dissertações publicadas nos últimos dez anos. Para responder o objetivo, os achados da pesquisa foram divididos em três tópicos, sendo eles: “Competências do enfermeiro em Unidade Básica de Saúde”; “Atribuições da equipe de enfermagem e os seus direcionamentos”; e “O papel do enfermeiro na Atenção Básica à Saúde”. Os resultados dos estudos analisados apontam que o profissional enfermeiro desempenha tarefas assistenciais, mas também de natureza administrativa, de forma concomitante em sua rotina profissional. Estas atribuições simultâneas não podem desonerar algum dos encargos, assim, exige do profissional alta demanda de trabalho, com a finalidade de gerenciar e prestar a assistência. A responsabilidade de gerenciamento está associada à formação profissional, visto que a equipe de enfermagem é instituída por outras classes profissionais, e as tarefas de trabalho são atribuídas de acordo com a sua complexidade profissional; assim, faz-se uma inferência de que o enfermeiro possui maior conhecimento e habilidades para desempenhar este papel, e há, ainda, uma expectativa demandada pelo mercado de trabalho de que este profissional esteja apto a lidar com resolução de conflitos e gerenciamento, de modo favorável para a cooperação da qualidade do cuidado. Essa revisão também aponta que a profissão implica diversos saberes e caracteriza a enfermagem como a arte de cuidar, por abranger o saber afetivo. Além disso, destaca-se pelas

várias práticas intrínsecas ao enfermeiro e em sua atuação de nível primário, enfatizando a consulta de enfermagem (ALMEIDA; LOPES, 2019).

Em outro estudo, publicado em 2018, buscou-se promover e compreender a atuação do profissional enfermeiro na APS. Nesse sentido, listaram-se algumas das atribuições específicas definidas pelas PNAB, sendo algumas delas a realização de atenção à saúde da população cadastrada; realização de procedimentos; atividades em grupo; consulta de enfermagem; gerenciamento do trabalho realizado pelos ACS; educação permanente. Entre todas essas atividades realizadas, destaca-se a consulta de enfermagem, que, assim como diversas atribuições executadas pelo enfermeiro na APS, e têm sido desempenhadas em consequência dos requisitos legais da prática profissional, contudo, a literatura aponta que, muitas vezes, não é realizada integralmente (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018).

O estudo ainda aborda o duplo trabalho que o enfermeiro desempenha na APS: a assistência e o gerenciamento. Contudo, a alta demanda de tarefas administrativas suscita uma exaustiva carga de trabalho e excesso de diferentes encargos a serem realizados, acarretando no distanciamento do enfermeiro do seu papel assistencial, principalmente a consulta de enfermagem, visto que muitas exigências administrativas necessitam de retorno imediato. As produções científicas abordam ainda as limitações e dificuldades encontradas por estes profissionais em seu cotidiano ocupacional, destacando o reduzido número dos trabalhadores que compõem a equipe de enfermagem, assim, sobrecarregando o enfermeiro, que deverá desempenhar a função de outro profissional para cobrir uma carência na equipe, além de ter que realizar suas atribuições específicas; alta demanda de trabalho administrativo, suprimindo os encargos assistenciais; e também a ausência de tolerância dos pacientes com os profissionais de saúde, principalmente em uma circunstância não plausível de resolutividade no nível primário (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018).

O atributo da Integralidade no seu componente Serviços Disponíveis avalia o conhecimento dos usuários em relação aos serviços disponíveis na unidade de referência. Para ambos os modelos, eSF e eAB, o escore caracterizou abaixo do ponto de corte, sendo 5,2 e 4,4 respectivamente. Este resultado associa-se ao desconhecimento dos serviços que são ofertados pela unidade de saúde em razão da não utilização destes serviços. Dessa forma, se o usuário não necessita de determinada assistência ou serviço, pode não ter o conhecimento sobre o seu fornecimento. Os escores para este atributo também foram insatisfatórios no estudo já referido, realizado na cidade de São Sebastião (MACEDO et al., 2019). Este atributo avalia ainda o componente Serviços Prestados, que compreende uma seleção de serviços listados pelo instrumento, questionando quais destes o usuário já usou através da oferta pela

unidade de saúde ou profissional. O resultado obtido para este componente o classifica como o quinto maior escore dentro os valores médios, com 6,2.

Uma revisão sistemática publicada em 2022 avaliou o atributo da Integralidade na APS em diferentes países, segundo a questão norteadora: “Qual é a presença e extensão do atributo Integralidade na APS segundo a aplicação da ferramenta *Primary Care Assessment Tool* (PCATool)?”. De acordo com o instrumento do PCATool, a Integralidade se constitui por dois elementos, os Serviços Prestados e os Serviços Disponíveis na APS. Para os critérios de inclusão, foram elegidos estudos observacionais publicados no período entre janeiro de 2017 e abril de 2019 e que avaliassem o atributo da Integralidade utilizando o PCATool versão usuários, com indivíduos de faixa etária  $\geq 18$  anos. Assim, 13 estudos foram selecionados e inclusos na revisão: quatro estudos realizados na China, dois no Japão e dois no Vietnã, totalizando oito estudos pertencentes à Ásia, ainda, quatro estudos na América, todos realizados no Brasil, e um estudo no Malawi, localizado na África. Ademais, quanto ao instrumento, dez utilizaram a versão do PCATool adaptada e validada para o país, destes, apenas um estudo, realizado no Brasil, utilizou a versão reduzida do instrumento (TOLAZZI; GRENDENE; VINHOLES, 2022).

No que se refere aos resultados da referida revisão, no que concerne os Serviços Disponíveis, apenas cinco estudos apresentarem alto grau de orientação à APS, sendo três estudos na China, um no Brasil e um no Japão. Quanto aos Serviços Prestados, apenas quatro obtiveram escores para a classificação de alto grau de orientação: um estudo de Malawi, um do Brasil, um do Japão e um da China. Assim, é possível observar, mediante a análise dos trabalhos, que a maior parte dos estudos analisados e os respectivos países de realização da avaliação da Integralidade apresentou insatisfatória presença e extensão deste atributo para ambos os aspectos avaliados, Serviços Disponíveis e Serviços Prestados. Assim, destaca-se a importância da realização de estudos avaliativos na perspectiva do usuário em relação à qualidade dos serviços da APS, a fim de aprimorar o atributo e a qualidade da atenção à saúde ofertada (TOLAZZI; GRENDENE; VINHOLES, 2022).

Starfield (2002) descreve a Integralidade como um requisito da APS para compreender e identificar de modo integral as necessidades em saúde do indivíduo e, do mesmo modo, providenciar os recursos fundamentais para atender a estas demandas. Tal atributo configura-se como uma ferramenta essencial ao cuidado, pois contribui para garantir a adequação dos serviços de acordo com as necessidades. Ao assegurar a disponibilidade e oferta dos serviços, especialmente para demandas de causas recorrentes, favorece a dinâmica de trabalho dos

profissionais ao preservar suas atribuições inerentes, de modo a facilitar a garantia de resolutividade das questões de saúde através da disposição dos serviços.

Para uma atenção integral, é necessário que durante a avaliação das necessidades, se considere o ambiente e o contexto familiar em que este usuário está inserido e que a coordenação da atenção saiba como utilizar os recursos familiares circunscritos (STARFIELD,2002). Assim, a Orientação Familiar se caracteriza pela integração da família no cuidado ao usuário; durante esta avaliação, no instrumento utilizado, os participantes revelaram concreto interesse neste modelo de assistência, que, no entanto, não é realizado pelos profissionais do serviço de referência, considerando os valores de escore atribuídos a este atributo derivado que se apresentaram abaixo do ponto de corte para o valor médio (4,6) e na comparação entre os modelos de atenção (eSF= 5,1 e eAB=4,3).

Além deste, os atributos derivados são compostos ainda pela Orientação Comunitária. Entende-se que, integralmente, as necessidades em saúde de um indivíduo são produzidas no contexto social no qual se está inserido, assim, para a identificação dessas necessidades, é fundamental a compreensão deste contexto social. Eventualmente a pessoa pode não reconhecer que precisa de atenção à sua saúde, por vezes, por não possuir entendimento sobre importância da promoção à saúde e prevenção de doenças. Para ampliar a forma de avaliação de saúde de um indivíduo/comunidade para além de uma conduta de relacionamento entre usuários e familiares, é necessário compreender o perfil e os aspectos em saúde de uma comunidade e quais são os seus recursos disponíveis (STARFIELD, 2002). Para a versão reduzida do PCATool (2020), este atributo avalia se o serviço de saúde de referência realiza pesquisa de satisfação com os usuários a respeito da atenção em saúde ofertada na unidade. Este atributo obteve o menor escore no resultado da média dentre todos os atributos (3,9) e ainda valores muito abaixo do ponto de corte nos resultados comparativos entre eSF (4,2) e eAB (3,7).

Um estudo quantitativo, descritivo, transversal e avaliativo realizado no município de Juazeiro do Norte-CE buscou investigar a presença e a extensão do atributo da APS Orientação Comunitária, sob a ótica dos usuários adultos de 14 UBS do município, no período de 2015 a 2018. Para os critérios de inclusão e a população do estudo, consideraram-se usuários entre 20 e 59 anos cadastrados, no mínimo, há um ano nos serviços de saúde, sendo selecionados 672 participantes. Para a avaliação do atributo, utilizou-se o instrumento do PCATool versão adulto, considerando apenas o atributo Orientação Comunitária composto por seis questões. Ao avaliar o atributo e o cálculo do escore, evidenciou-se a baixa presença e extensão do atributo com escore médio de 3,8, visto a qualificação negativa realizada pelos

usuários das unidades de saúde avaliadas. Na análise isolada das questões que compõem o atributo, a pergunta sobre o conhecimento dos usuários em relação à pesquisa de satisfação realizada pelo serviço de saúde a respeito do nível de satisfação constatou que 57,5% (n=262) relataram que desconhecem realização dessa prática pelas unidades, sugerindo que estes dados são indicadores de uma relação vulnerável dos serviços de saúde juntos à comunidade (RODRIGUES et al., 2019).

A avaliação do PCATool realizada no município de São Sebastião- DF, em estudo já citado anteriormente (MACEDO et al., 2019), ratifica os dados referentes aos atributos derivados. Para a avaliação da pesquisa, foi utilizado o instrumento PCATool e contou-se com a avaliação de 107 usuários com DM e/ou HA. Ao avaliarem estes atributos, os resultados dos escores apresentaram avaliação negativa, com escores inferiores ao ponto de corte (6,6), ficando a Orientação Familiar com escore de 5,5 e a Orientação Comunitária com escore de 3,6, indicando baixa presença e extensão destes atributos na APS (MACEDO et al., 2019). Este estudo ajuda a elucidar a presente pesquisa, a qual também apresentou baixos escores para os atributos derivados, indicando fragilidade da APS em ações que envolvem a atenção a condutas de caráter coletivo como meio de colaboração para tornar o cuidado integral ao contemplar distintos aspectos que compreendem a saúde de um indivíduo.

Um estudo de abordagem qualitativa realizado em 2017 investigou o processo de trabalho da enfermagem no cuidado a usuários com DM e/ou HA em eSF em um município da Bahia. Para os critérios de seleção dos participantes, foi estabelecido atuar na assistência a DM e/ou HA e possuir ao menos seis meses de atuação em atividades na unidade de saúde. A coleta de dados ocorreu através de uma entrevista semiestruturada com questões que avaliaram as atividades realizadas para usuários com DM e/ou HA, aspectos do processo de trabalho e a identificação das facilidades e fragilidades. Ainda quanto à coleta, foi realizada a observação do desenvolvimento das atividades desempenhas (consulta de enfermagem, grupos de práticas corporais e educativos) para o perfil de usuários objeto da pesquisa. Além disso, também foi analisado livro de registros de consultas e documentos municipais, e políticas nacionais (ARAÚJO; ALENCAR, 2022).

Ao analisar todas essas produções de dados da pesquisa citada, identificou-se que de todas as atividades desempenhadas pelo profissional enfermeiro, a consulta de enfermagem se sobressai como a predominante. Contudo, se constatou que o enfoque da consulta é voltado para prescrição medicamentosa, essa predileção ocorre como demanda de ambos os lados, profissional e o usuário, mas também pela sujeição aos requisitos do profissional médico. Além disso, notou-se a configuração da consulta de enfermagem com características ainda de

uma assistência individualizada e curativa, orientada ao antigo modelo biomédico de atenção, que influencia inclusive na percepção dos usuários em relação à consulta de enfermagem, qualificando-a como uma segunda opção, apenas para quando não for possível realizar um agendamento de consulta médica (ARAÚJO; ALENCAR, 2022).

A APS é definida como coordenadora da atenção e Starfield (2002) aborda a necessidade de uma rede de atenção integrada, visto que a assistência a nível primário regularmente não poderá ser resolutive em determinadas demandas em saúde, sendo preciso recorrer a outros níveis e serviços de atenção, revelando uma necessidade intrínseca na APS em ser coordenadora e integrar as diferentes ofertas de serviços. O quarto atributo da APS é constituído por dois componentes, a integração dos cuidados e o sistema de informação. Compreende-se, assim, que a natureza deste atributo é a possibilidade de acesso a dados preexistentes acerca do usuário e o emprego consciente dessas informações de acordo com as necessidades atuais presentes. As condutas profissionais divergentes, agregadas ao diálogo bilateral entre os profissionais dos diferentes níveis atenção, direcionam uma assistência mais apropriada ao usuário (STARFIELD, 2002).

No inquérito do PCATool (BRASIL, 2020), o componente Integração dos Cuidados explora a associação dos diferentes serviços de atenção, como o encaminhamento do usuário para um especialista ou serviço especializado, assim, somente a média da eSF atingiu o ponto de corte (6,6). Para o segundo componente, Sistema de Informações, que compreende o acesso do usuário aos seus dados em saúde através do prontuário, os valores dos escores apresentaram-se similares, com destaque apenas para o escore referente a eSF atingindo o ponto de corte com média 6,6. Embora o ponto de corte tenha sido atingido apenas pelo modelo da eSF, não houve diferença estatística significativa entre os modelos de atenção, visto que, para eAB, quase atingiu o escore para o ponto de corte.

Uma pesquisa publicada em 2020 investigou a qualidade da oferta de serviços na APS através da perspectiva dos usuários em relação ao atributo da Coordenação da atenção em uma regional de saúde. O estudo foi transversal, com abordagem quantitativa e realizado nos municípios pertencentes a 4ª Coordenadora Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (4ªCRS/RS). Os critérios de inclusão deram-se por adultos  $\geq 18$  anos e que não estivessem no primeiro acesso ao serviço de saúde da APS. Foi utilizado o instrumento do PCATool versão adulto, e o período de coleta ocorreu de fevereiro a agosto de 2015. Compôs-se a amostra de 1.071 usuários. Os resultados da presente pesquisa para o atributo da Coordenação e os seus dois componentes (Integração dos Cuidados e Sistema de Informação), ao avaliar os distintos de serviços de saúde (UBS, ESF e UBS mista), evidenciaram que, para ambos os modelos de

atenção, não houve diferença significativa na avaliação dos usuários. Contudo, para o inquérito a respeito do Sistema de Informação, neste caso sobre o assentimento para ler o próprio prontuário, apresentou baixa avaliação (BANDEIRA et al., 2020).

Por fim, considera-se que dados aqui apresentados carecem de um olhar cuidadoso, visto a provisoriedade dos dados associado ao contexto histórico de produção de dados realizado em dois momentos diferentes, antes e durante a pandemia. Contudo, salienta-se seu valor ao se tratar de um estudo que avaliou a qualidade da APS na ótica de portadores de DCNT, condições estas que não são temporárias e necessitam de cuidado constante, mesmo frente as adversidades importas pelo contexto histórico, social e econômico. Sobretudo, destaca a relevância em continuar a produzir estudos que a avaliem a APS no Brasil, visto que a APS é colocada em ações a partir dos seus Atributos. Destaca-se, ainda, que a maior parte das pesquisas realizadas, avaliam somente alguns atributos, o que reitera a necessidade da avaliação de todas, pois na prática os Atributos estão inter-relacionados.

Ademais, vale ressaltar as limitações do instrumento, o PCATool-Brasil, que mesmo validado e difundido pelo MS, na experiência ao utilizá-lo, percebe-se que muitas questões se distanciam da realidade nacional. É um instrumento autoaplicável, porém nota-se uma complexidade no de entendimento das perguntas, e ainda, não leva em consideração as diferentes realidades no modo de organização e de atuação da APS no país. Um estudo cujo objetivo foi identificar as principais características dos instrumentos de avaliação do PMAQ e PCATool, bem como suas potencialidades e limitações no Brasil, identificou como limitações do PCATool: utilização dos mesmos “pesos” para medir cada dimensão no cálculo dos escores; pode não atender as especificidades organizacionais da APS, não contempla a configuração multiprofissional das equipes e ainda sugere a inclusão de uma avaliação qualitativa para subsidiar o entendimento sobre o contexto avaliado (FIGUEREDO et al., 2022).

## ***8 CONSIDERAÇÕES FINAIS***

---



## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora os resultados apresentados e discutidos nesta pesquisa representem como amostra populacional apenas um distrito de saúde de um município, os dados refletem a concepção de usuários que utilizam o sistema público de saúde nacional para o seu cuidado em saúde, e tais resultados oportunizam compreender as lacunas ainda presentes no sistema. A APS, fortemente caracterizada como porta de entrada e ordenadora do cuidado, ainda revela fragilidades, o que reforça a necessidade de continuar produzindo dados que a avaliem para identificar os fatores que se constituem como obstáculos no desempenho. E, ainda que a maior parte dos atributos tenham apresentado escores inferiores ao ponto de corte, os resultados confirmaram a hipótese apresentada no estudo, ou seja, a presença e extensão é maior nas US com o modelo de eSF.

Assim como muitos indicadores de saúde, avaliação dos atributos da APS é relevante, pois permite a reflexão acerca das práticas em saúde e serve como ferramenta de orientação às políticas de saúde, visto que a presença e a extensão dos atributos indicam uma APS fortalecida, cujas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde precisam ser mantidas de forma resolutiva, universal e equânime.

A avaliação da APS auxilia na compreensão de que, para que obtenha um desempenho efetivo, é necessário o desenvolvimento de ações e políticas estruturais e organizacionais, e não somente da atuação dos profissionais de saúde, os quais, por vezes, são responsabilizados pelo não funcionamento adequado dos serviços de saúde, visto que, de acordo com as políticas de saúde atuais em vigência, cada profissional dispõe de atribuições e encargos específicos.

Destaco e convido à reflexão sobre a atual atividade laboral dos enfermeiros atuantes na APS. Profissionais que compreendem alta carga de funções a serem realizadas, ações de responsabilidade social e profissional juntamente das obrigatorialidades a serem cumpridas em sua agenda de trabalho, que compõem, além de atividades de atuação assistencial/cuidado, atuação organizacional e administrativa, como gerir e organizar a equipe de enfermagem, bem como a responsabilidade pela equipe de agentes comunitários, no caso de eSF. Este cenário corrobora o fato de os usuários do sistema de saúde desconhecerem o enfermeiro do serviço e não identificá-lo como sua referência no cuidado, dissemelhantemente do profissional médico, que regularmente é apontado nesta posição, uma vez que o profissional enfermeiro está encarregado por numerosas atribuições.

Dessa forma a presente pesquisa subsidiou importantes temáticas em saúde a serem aprofundadas e repensadas para futuros estudos, a fim de colaborar para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de uma APS fortalecida e integralmente ordenadora do cuidado.

## ***REFERÊNCIAS***

---

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

ALMEIDA, M. C.; LOPES, M. B. L. Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde. **Revista de saúde dom alberto**, v. 4, n. 1, p. 169-186, 2019.

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em atenção básica à saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1727- 1742, ago. 2008.

ALMEIDA, W. S. et al. Mudanças nas condições socioeconômicas e de saúde dos brasileiros durante a pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2021.

ARAÚJO, A. F.; ALENCAR, T. O. S. Processo de Trabalho de Enfermeiras na Atenção Primária à Saúde de Hipertensos e Diabéticos. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 11, n. 1, p. 92-101, 2022.

ARAÚJO, J. I. X. et al. A importância do enfermeiro (a) na prestação autocuidado aos pacientes portadores de Diabetes Mellitus Tipo 1: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 4, p. e9978-e9978, 2022.

ARAÚJO, J. P.; VIEIRA, C. S.; TOSO, B. R. G. O.; COLLET, N.; NASSAR, P. O. Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 440-446, out. 2014.

BALDISSEROTTO, J.; KOPITTKE, L.; NEDEL, F. B.; TAKEDA, S. P.; MENDONÇA, C. S.; SIRENAM S. A.; DIERCKS, M. S.; LIMA, L. A.; NICOLAU, B. Socio-demographic characteristics and prevalence of risk factors in a hypertensive and diabetics population: a cross-sectional study in primary health care in Brazil. **BMC Public Health**, 2016.

BANDEIRA, D. et al. Avaliação da coordenação da atenção por usuários dos serviços de atenção primária à saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, p. 1-9, 2020.

BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial–2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, p. 516-658, 2021.

BEAGLEHOLE, R.; EPPING-JORDAN, J.; PATEL, V.; CHOPRA, M.; EBRAHIM, S.; KIDD, M.; et al. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. **Lancet**, v. 372, n. 9642, p. 940–9, 2008.

BONILHA, A. L. L.; OLIVEIRA, D. L. L. C. A entrevista na coleta de dados. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde**. Porto Alegre: Moriá., p. 423-432, 2015.

BRANDÃO, A. L. R. B. S.; GIOVANNELA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros brasileiros. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 103-114, jan. 2013.

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

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo populacional de 2010**. 2010b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em 01 jun. 2019.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 ago 2018.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil – 2020 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Portaria nº 1.645, de 02 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 out. 2015.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017a.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 out. 2011.

BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 nov. 2019a.

BRASIL. Portaria nº 334, 1º de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 fev. 2017b

BRASIL. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 mai 2009.

BRASIL. Portaria SEPRT/ME nº 477, de 12 de janeiro de 2021. Dispõe sobre o reajuste dos benefícios pagos pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS e dos demais valores constantes do Regulamento da Previdência Social - RPS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jan. 2021.

BRASIL. Resolução nº. 466/12. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

CARNEIRO, M. S. M.; MELO, D. M. S.; GOMES, J. M.; PINTO, F. J. M.; SILVA, M. G. C. 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.

CARNEIRO, V. S. M.; ADJUTO, R. N. P.; ALVES, K. P. Saúde do homem: identificação e análise dos fatores relacionados à procura, ou não, dos serviços de atenção primária. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 23, n. 1, p. 35-40, 2019.

CASTRO, R. C. L.; KNAUTH, D. R.; HARZHEIM, E.; HAISER, L.; DUNCAN, B. B. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772- 1784, 2012.

COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P.C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4021-4032, 2021.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, sup 1, p. s7-s27, 2008.

CORSCADDEN, L.; LEVESQUE, J. F.; LEWIS, V.; STRUMPF, E.; BRETON, M.; RUSSELL, G. Factors associated with multiple barriers to access to primary care: an international analysis. **International Journal for Equity in Health**, v. 17, n. 28, 2018.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Pesquisa de métodos mistos**. Porto Alegre:

Penso 2013. 288p.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, dez. 2011.

ELIAS, P. E.; FERREIRA, C. W.; ALVES, M. C. G.; COHN, A.; KISHIMA, V.; ESCRIVÃO JUNIOR, A.; GOMES, A.; BOUSQUAT, A. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, set. 2006.

EMMANUEL, L. The consultant and the patient-physician relationship. **Arch. Intern. Med.** v. 154, p. 1785-1790, 1994.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 704-709, 2018.

FIGUEIREDO, D. C. M. M.; SHIMIZU, H. E.; RAMALHO, W. M. A Acessibilidade da Atenção Básica no Brasil na avaliação dos usuários. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, p. 288-301, 2020.

FIGUEREDO, R. C. et al. Avaliação da atenção primária em saúde no Brasil: principais características, limitações e potencialidades entre PMAQ e PCATool. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, p. e29311124395-e29311124395, 2022.

FRACOLLI, L. A.; GOMES, M. F. P.; NABÃO, F. R. Z.; SANTOS, M. S.; CAPPELLINI, V. K.; ALMEIDA, A. C. C. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4851-4860, dez. 2014.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00029818, 2018.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012. 92 p.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ALMEIDA, P. F.; ESCOREL, S.; SENNA, M. C. M.; FAUSTO, M. C. R.; DELGADO, M. M.; ANDRADE, C. L. T.; CUNHA, M. S.; MARTINS, M. I. C.; TEIXEIRA, C. P. Family Health: limits and possibilities for an integral primary health care in Brazil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783- 794, jun. 2009.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; BUSS, P. M.; FLEURY, S.; GADELHA, C. A. G.; GALVÃO, L. A. C.; SANTOS, R. F. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à

saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de saúde pública**, v. 35, p. e00012219, 2019.

GIOVANELLA, L; RIZZOTTO, M. L. F. Atenção Primária à Saúde: da Declaração de Alma Ata à Carta de Astana. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 6-8, set. 2018.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, p. 79-108, 2008.

GONÇALVES, E.; MIALHE, F. L. Análise das internações por condições sensíveis à Atenção Primária e a correlação dos gastos em saúde em 50 municípios de Minas Gerais. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 3, p. e9757-e9757, 2022.

GONÇALVES, M R.; HARZHEIM, E.; ZILS, A. A.; DUNCAN, B. B. A qualidade da atenção primária e o manejo do diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 235-43, out./dez. 2013.

GONTIJO, T. L.; DUARTE, A. G. S.; GUIMARÃES, E. A. D. A.; SILVA, J. D. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 741-752, 2017.

HARZHEIM, E.; OLIVEIRA, M. M. C.; AGOSTINHO, M. R.; HAUSER, L.; STEIN, A. T.; GONÇALVES, M. R.; TRINDADE, T. G.; BERRA, S.; DUNCAN, B. B.; STARFIELD, B. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 274- 284, out./dez. 2013.

HARZHEIM, E.; STARFIELD, B.; RAJMIL, L.; ÁLVAREZ-DARDET, C.; STEIN, A. T. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, ago. 2006.

HARZHEIM, E; SANTOS, C. M. J; D'AVILA, O. P; WOLLMANN, L; PINTO, L. F. Bases para a reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2354-2354, 2020.

HAUSER, L.; CASTRO, R. C. L.; VIGO, A.; TRINDADE, T. G.; GONÇALVES, M. R.; STEIN, A. T.; DUNCAN, B. B.; HARZHEIM, E. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 244-255, 2013.

IBGE, 2022. INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTATÍSTICA. **PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios.html?edição=18329 &t=o-que-e>. Acesso em: 27 jul. 2022b.



INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTATÍSTICA. **Painel de Indicadores**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/indicadores#desemprego>. Acesso em: 27 jul de 2022a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTATÍSTICA. **Estatísticas de Gênero**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0&cat=-1,-2,-3,128&ind=4726>. Acesso em: 27 jul. 2022d.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD COVID19**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/investigacoes-experimentais/estatisticas-experimentais/27947-divulgacao-mensal-pnadcovid2.html?edicao=29765&t=o-que-e>. Acesso em: 1 ago 2022c.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: PNAD COVID19: Novembro/2020 - Resultado Mensal**. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Para compreender a PNAD** (um texto simplificado) - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Departamento de Emprego e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 1991. 34 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**: Notas técnicas. Versão 1.8. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. 9 ed. 2019. Disponível em: <https://diabetesatlas.org/atlas/ninth-edition/>.

JANKE, G. F.; RIBEIRO; T. S.; FARAONI, A. G.; VIANA; A. L. **Os Atributos da Atenção Primária à Saúde associado aos cuidados às pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis**. Ribeirão Preto; SP: EERP-USP, 2019. Relatório de Iniciação Científica.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A.; OLIVEIRA, M. M. C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 11, n. 3, p. 323-334, set. 2011.

LEE, S. K. et al. Effect of Diabetes Education Through Pattern Management on Self-Care and Self-Efficacy in Patients with Type 2 Diabetes. **International journal of environmental research and public health**. v. 16, n. 18, p. 1-12, 2019. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/18/332>.

LEVORATO, C. D. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, p. 1263-1274, 2014.

LIMA, E. F. A.; SOUSA, A. I.; LEITE, F. M. C.; LIMA, R. C. D.; SOUZA, M. H. N.; PRIMO, C. C. Avaliação da estratégia saúde da família na perspectiva dos profissionais de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 275-280, jun. 2016.

LIMA, E. F. A.; SOUSA, A. I.; PRIMO, C. C.; LEITE, F. M. C.; LIMA, R. C. D.; MACIEL, L. N. Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 553- 559, maio./jun. 2015.

MACEDO, V. L. M. et al. Avaliação da estratégia saúde da família em São Sebastião– Distrito Federal. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 3, 2019.

MACINKO, J.; OLIVEIRA, V. B.; TURCI, M. A.; GUANAIS, F. C.; BONOLO, P. F.; LIMA- COSTA, M. F. The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care– Sensitive Hospitalizations Among Adults in Brazil, 1999–2007. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 101, n. 10, p. 1963-1970, out. 2011.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1181-1188, 2020.

MELO, E. A; ALMEIDA, P. F; LIMA, L. D; GIOVANELLA, L. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 137-144, 2020.

MELO, E. A; MENDONÇA, M. H. M; OLIVERIA, J. R; ANDRADE, C. C. L. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 38-51, 2018.

MENDES, Á; CARNUT, L; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 224-243, 2018.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDONÇA, C. S.; HARZHEIM, E.; DUNCAN, B. B.; NUNES, L. N.; LEYH, W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. **Health Policy and Planning**, Oxford, v.27, n, 4, p.348355, jul. 2012.

MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

MESQUITA FILHO, M; LUZ, B. S. R; ARAÚJO, C. S. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 2033-2046, 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2008. 406 p.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e**

criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2008. 108 p

MORIMOTO, T.; COSTA, J. S. D. Análise descritiva dos gastos com internações por condições sensíveis à atenção primária. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, p. 295-300, 2019.

MOROSINI, M. V. G. C; FONSECA, A. F; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 11-24, 2018.

OLIVEIRA, M. A.C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, set. 2013.

OLIVEIRA, M. M. C. et al. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**. Rio de Janeiro. v.8, n. 29 (out./dez. 2013), p. 256-263, 2013.

OLIVEIRA, T. L. et al. Fatores associados ao custo das internações hospitalares por doenças sensíveis à Atenção Primária no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4541-4552, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global Conference on Primary Health Care: Declaration of Astana**. Astana, 2019b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Report of the Global Conference on Primary Health Care: From Alma-Ata towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals**. Astana, 2019a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES PARA A INFÂNCIA. **Cuidados Primários de Saúde: Relatório Da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma Ata. URSS. 1979.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS**. Contribuições para o debate. Brasília: OPAS; 2011. 113 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde, Washington, 2007. 44 p.

PAES, N. A.; SILVA, C. S.; FIGUEIREDO, T. M. R. M.; CARDOSO, M. A. A.; LIMA, J. O. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. **Revista Pan-Americana Salud Pública**, v. 36, n. 2, p. 87-93, 2014.

PAULA, W. K. A. S.; SAMICO, I. C.; CAMINHA, M. F. C.; BATISTA-FILHO, M.; SILVA, S. L. Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 335-345, abri. 2016.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018.

PRATES, M. L.; MACHADO, J. C.; SILVA, L. S.; AVELAR, P. S.; PRATES, L. L.; MENDONÇA, E. T.; COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M. Performance of primary health care according to PCATool instrument: a systematic review. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1881-1893, jun. 2017.

REIS, R. S.; COIMBRA, L. C.; SILVA, A. A. M.; SANTOS, A. M.; ALVES, M. T. S. S. B.; LAMY, Z. C.; RIBEIRO, S. V. O.; DIAS, M. S. A.; SILVA, R. A. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, nov. 2013.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal de Saúde. **Como usar o SUS: 1** Atendimento Básico/Primário-UBS. 2023. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/saude/como-usar-o-sus>. Acesso em: 14 jan 2023.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Relação das unidades de saúde**. 2022. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/saude/relacao-telefones-enderecos>. Acesso em: 28 set. 2022.

RODRIGUES, E. M. D. et al. Avaliação do atributo “Orientação Comunitária” na óptica do usuário adulto da atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 632-639, 2019.

RODRIGUES, L. B. B.; SILVA, P. C. S.; PERUHYPE, R. C.; PALHA, P. F.; POPOLIN, M. P.; CRISPIM, J. A.; PINTO, I. C.; MONROE, A. A.; ARCÊNCIO, R. A. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 343-352, fev. 2014.

ROMERO, D. E. et al. Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. **Cadernos de saúde pública**, v. 37, 2021.

SANTOS, J. L. G.; ERDMANN, A. L.; MEIRELLES, B. H. S.; LANZONI, G. M. M.; CUNHA, V. P.; ROSS, R. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, p. e1590016, 2017.

SEIDU, Samuel et al. The impact of the COVID pandemic on primary care diabetes services in the UK: A cross-sectional national survey of views of health professionals delivering diabetes care. **Primary Care Diabetes**, v. 16, n. 2, p. 257-263, 2022.

SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the adult primary care assessment tool. **Journal of Family Practice**, v. 50, n. 2, p. 161-161, 2001.

SILVA, N. N. et al. Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão

integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes**. Editora Científica Clannad, 2020. 490 p. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/08/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-20201.pdf>.

SOUSA, M. E. F. et al. Internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária: estudo ecológico. **Saúde e Pesquisa**, v. 13, n. 4, p. 831-840, 2020.

SOUZA, G. T.; ALVES, B. A.; TACLA, M. T. G. M.; COLLET, N.; TOSO, B. R. G. O.; Avaliação do princípio da coordenação na atenção primária à saúde da criança em Londrina- PR. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, p. 39-46, jan./jun. 2015.

STAHLSCHMIDT, A. P. M. Integralidade, construção e socialização de conhecimentos no contexto da educação permanente e atuação de profissionais da área da saúde. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 819-827, set. 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

THE JOHNS HOPKINS PRIMARY CARE POLICY CENTER. **Primary Care Assessment Tools**. Disponível em: [https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca\\_tools.html](https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html). Acesso em: 8 nov. 2022.

TOLAZZI, J. R.; GRENDENE, G. M.; VINHOLES, D. B. Avaliação da integralidade na atenção primária à saúde através da Primary Care Assessment Tool: revisão sistemática. **Rev Panam Salud Publica**; **46**, jan. 2022, 2022.

ZHOU, B. et al. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. **The Lancet**, v. 398, n. 10304, p. 957-980, 2021.

***APÊNDICES***

---

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Usuários

#### I. Título da Pesquisa e dados de identificação

Título do Projeto: Os cuidados às pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis associados aos Atributos da Atenção Primária à Saúde. Pesquisador responsável: Amábile Giulia Faraoni, pós-graduanda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900. Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto-SP. CEP: 14040-902. Telefone para contato: (16) 3315-3476. Email: amabile.faraoni@usp.br. Orientadora: Angelina Lettiere-Viana.

**II. Explicação da pesquisa para os participantes:** O(a) Senhor(a) está sendo convidado à participar da pesquisa: "Os cuidados às pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis associados aos Atributos da Atenção Primária à Saúde". O objetivo é analisar os cuidados aos usuários dos serviços de saúde com pressão alta e diabetes. Sua participação será em responder um questionário com perguntas fechadas e uma entrevista com perguntas abertas. Você poderá escolher a forma de participação: pessoalmente, via ligação telefônica, por WhatsApp, Google Meet, Google Forms e formulário impresso para seu domicílio. Você responderá a um formulário, do tipo ckeck list, e a duração do preenchimento desse questionário é de aproximadamente 20 minutos, com algumas informações como data de nascimento, estado civil, renda, moradia e a avaliação da qualidade do atendimento com questões sobre os serviços oferecidos nas unidades de saúde. A entrevista com perguntas abertas tem duração de 20 minutos e será sobre os cuidados do enfermeiro. Os riscos que você está sujeito por participar deste estudo podem estar associados a identificação de práticas de autocuidado inadequado relacionados a pressão alta e diabetes e, frente a isso, serão realizadas orientações pelas pesquisadoras. Os desconfortos estão relacionados com o tempo despendido para participar da entrevista que poderá ser minimizado com a interrupção do preenchimento do questionário e da entrevista com perguntas abertas e retomado em outro momento. Os possíveis benefícios são indiretos, ou seja, identificar aspectos positivos e negativos que possam melhorar o atendimento para a população, e qualificar a prática do enfermeiro. Gostaria de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo tirar dúvidas ou desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer prejuízo (dano) à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Se participar, garantimos que o seu nome não será divulgado, de forma que, quem ler a pesquisa pronta, não saberá o nome e nem informações das pessoas que participaram dela. Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Caso você se sinta lesado por algum dano decorrente de sua participação neste estudo, você tem direito à indenização por parte do pesquisador e da instituição envolvida na pesquisa, de acordo com as leis vigentes nos país. Ao concordar em participar da pesquisa por via ligação telefônica ou por modo virtual, o termo de consentimento será considerado assinado a partir da seleção da opção "Li e concordo em participar da pesquisa" disponível ao final deste termo, enviaremos uma via do mesmo ao(a) Sr(a) por e-mail com a assinatura do pesquisador responsável. O(a) Sr(a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo à sua pessoa. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com os pesquisadores, nos telefones acima. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, um órgão que acompanha e avalia todas as etapas do estudo, colaborando para o desenvolvimento da competência ética e de uma visão mais ampla dos valores humanos. Em caso de dúvida sobre os seus direitos como participante nessa pesquisa, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, nos telefones: (16) 3315-9197, Fax: (16) 3315-0518, E-mail: cep@erp.usp.br. Horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas. Endereço: Avenida Bandeirantes, 3.900 – CEP: 14.040-902

#### III. Consentimento pós-esclarecimento

Eu \_\_\_\_\_, li e concordo em participar da pesquisa: "Os cuidados às pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis associados aos Atributos da Atenção Primária à Saúde".

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Assinatura

Amábile Giulia Faraoni  
Pesquisadora

Link de acesso do TCLE online: <https://forms.gle/btQH5YYzKfoKgGyV8>

## APÊNDICE B – Resultado do estudo piloto

**Tabela 9 - Valores dos escores dos atributos e do Escore Geral e Essencial da Atenção Primária à Saúde pelos usuários (n = 41) das unidades de saúde da Distrital Oeste, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2019.**

Atributos da Atenção Primária à Saúde	Unidade de Saúde	eSF* (n=30)	eAB † (n=11)
Grau de afiliação	7,3	8,1	5,1
Acesso de primeiro contato (utilização)	9,1	9,2	8,9
Acesso de primeiro contato (acessibilidade)	3,3	3,6	2,4
Longitudinalidade	7,8	8,0	7,3
Coordenação (integração de cuidados)	6,7	6,9	5,5
Coordenação (sistema de informações)	7,5	7,7	7,2
Integralidade (serviços disponíveis)	5,7	5,6	6,2
Integralidade (serviços prestados)	4,9	5,1	4,5
Orientação familiar	5,8	6,5	3,9
Orientação comunitária	5,5	6,5	2,5
Escore Essencial	6,6	6,8	5,9
Escore Geral	6,4	6,7	5,4

Fonte: elaborada pela autora, adaptado com dados do estudo piloto. \*eSF: Equipe de Saúde da Família ; † eAB: Equipe de Atenção Básica.



## APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados sociodemográficos

Iniciais: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

### Características Sociodemográficas

1. Qual a data do seu nascimento? ___/___/___	1 ___/___/___
2. Até que série/ano você estudou? (Em anos completos estudados)	2 _____
3. Qual é sua ocupação? (Leia as opções em voz alta) <input type="checkbox"/> 1. do lar/ dona-de-casa <input type="checkbox"/> 2. desempregado <input type="checkbox"/> 3. estudante <input type="checkbox"/> 4. trabalho com carteira assinada <input type="checkbox"/> 5. trabalho sem carteira assinada <input type="checkbox"/> 6. Aposentado	3 _____
4. Para você, qual a cor da sua pele? (Leia as opções em voz alta) <input type="checkbox"/> 1. Branca <input type="checkbox"/> 2. Preta <input type="checkbox"/> 3. Amarela <input type="checkbox"/> 4. Parda <input type="checkbox"/> 5. Indígena	4 _____
5. Qual a sua religião ou culto? _____	5 _____
6. Qual seu estado civil? (Leia as opções em voz alta) <input type="checkbox"/> 1. Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 2. Casado(a) <input type="checkbox"/> 3. Desquitado(a) ou Separado(a) judicialmente <input type="checkbox"/> 4. Viúvo(a) <input type="checkbox"/> 5. Divorciado(a)	6 _____
7. O local onde você mora é: <input type="checkbox"/> 1. Próprio <input type="checkbox"/> 2. Alugado <input type="checkbox"/> 3. Emprestado <input type="checkbox"/> 4. Invadido	7 _____
8. Qual a renda da sua família? _____ (222 não sabe)	8 _____
9. Quantas pessoas vivem com essa renda?	9 _____
10. Quem é o chefe da família ou quem sustenta sua casa? <input type="checkbox"/> 1. Você <input type="checkbox"/> 2. Seu companheiro <input type="checkbox"/> 3. Ambos <input type="checkbox"/> 4. Pai <input type="checkbox"/> 5. Mãe <input type="checkbox"/> 6. Outro: _____	10 _____
11. Há quanto foi diagnosticado com a: HAS _____ anos (222 não sabe) DM _____ anos (222 não sabe)	
12. Quais as medicações utiliza para: HAS _____ _____ (222 não sabe) DM _____ _____	
13. Você sabe se sua DM é tipo 1 ou tipo 2? <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não	

## APÊNDICE D – Roteiro para entrevista semiestruturada

Sr.(a) \_\_\_\_\_, o (a) sr.(a) me contou que utiliza a unidade \_\_\_\_\_, quando o sr.(a) precisa cuidar da sua saúde.

1. Como é a sua relação com a unidade de saúde ou como você utiliza essa unidade para cuidar da sua saúde?
2. E para cuidar da sua pressão e diabetes?
3. Quais os profissionais cuidam de você?
4. Como é consulta com o(a) enfermeiro(a)? **(o cuidado de enfermagem)**
  - Cuidado com a HAS e DM
  - Orientações
  - Exame físico
  - Exame pé diabético
  - Nutricional
  - Pactuação de metas/plano de cuidado

Sugestões para direcionamento de extração de informações durante a coleta de dados

- Explorar as falas dos participantes
  - Explorar o cuidado em todas as instâncias e profissionais que atendem na unidade
1. Como está sendo o acompanhamento durante a pandemia? (recebe ligações do endócrino do NGA)
  2. E como era o acompanhamento antes da pandemia? (frequência de atendimentos)
  3. Como tem buscado os medicamentos? Tem passado por consultas para acompanhamento antes de renovar a receita?
  4. Como é o atendimento na farmácia? Recebe orientações sobre o uso das medicações?
  5. O (a) senhor (a) sabe se tem consulta com a enfermeira na sua unidade? (enfermeiros podem realizar consulta?).
  6. O que o (a) senhor (a) sabe sobre a diabetes e a hipertensão? Como é sua convivência com isso?
  7. O que o (a) senhor (a) pensa que poderia ter na unidade para melhorar a qualidade da atenção/cuidado e atendimento?

***ANEXOS***

---

## ANEXO A – Aprovação da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto



**Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto**  
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde



**OF. 2601/19– CAPP**  
**CSV/2019**

Ribeirão Preto, 17 de Julho de 2019.

Senhora Orientadora,

Informamos que a Coordenadora do Programa de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis, chefe da Divisão de Informática e os gerentes das Unidades: USF Paulo Gomes Romeo, UBS José Sampaio, UBS Dutra, USF Vila Albertina, UBS Vila Recreio, UBS D. Mielle, ESF Eugênio Mendes Lopes, ESF Jamily Cury, UBS Ipiranga, CSE Ipiranga, USF Maria Casa Grande, UBS Jardim Paiva, NSF 1, NSF 2, NSF 3, NSF 4, NSF 5 E NSF 6, CMSC Vila Lobato da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto manifestaram a concordância com a realização do projeto de pesquisa em suas Unidades.

Sendo assim, declaro estar ciente e concordo com a realização do projeto de pesquisa: **“OS CUIDADOS ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS ASSOCIADOS AOS ATRIBUTOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”** e da orientadora Dr<sup>a</sup>. ANGELINA LETTIERE VIANA e pesquisadora AMÁBILE GIULIA FARAONI .

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, devendo o pesquisador apresentar-se com antecedência ao serviço para combinar melhor data para início do projeto de pesquisa e entrar em contato com informática e Coordenadora do Programa de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis para definir como será o acesso ao HYGIAWEB e gerar os relatórios necessários.

Fica consignada a liberdade desta Secretaria em retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe traga prejuízo ou responsabilização de qualquer ordem. Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

**Dra. Claudia Siqueira Vassimon**

**Coordenadora da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa  
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**

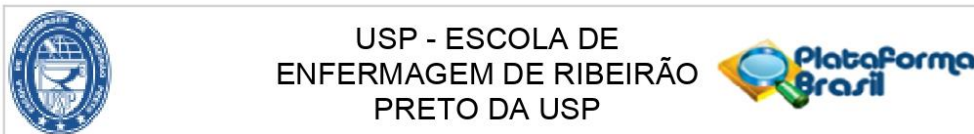
Ilustríssima Senhora

Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. ANGELINA LETTIERE VIANA

**ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP**

NESTA

## ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Os cuidados às pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis associados aos Atributos da Atenção Primária à Saúde

**Pesquisador:** AMABILE GIULIA FARAONI

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 17931019.2.0000.5393

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.612.443

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta a pendências apresentadas por este CEP, em Parecer Consubstanciado número 3.558.230, de 06/09/2019.

#### Objetivo da Pesquisa:

Apreciado anteriormente.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apreciado anteriormente.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

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

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

#### Recomendações:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

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

##### PENDÊNCIAS:

1. Sobre o documento "TCLE.pdf":

1.1 Explicitar melhor os riscos de participação na pesquisa, assim como as formas de manejo.

**Endereço:** BANDEIRANTES 3900

**Bairro:** VILA MONTE ALEGRE

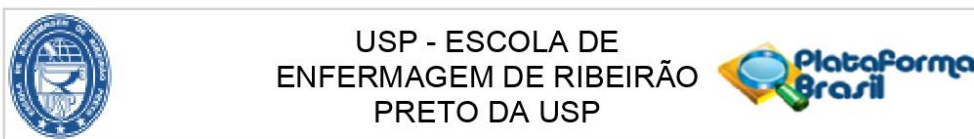
**CEP:** 14.040-902

**UF:** SP

**Município:** RIBEIRAO PRETO

**Telefone:** (16)3315-9197

**E-mail:** cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 3.612.443

Segundo o item IV.3 b da Resolução 466/212, toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. Desta maneira devem ser explicitados os possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos benefícios esperados dessa participação e apresentação das providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano, considerando características e contexto do participante da pesquisa. Neste sentido, solicita-se adequação.

**RESPOSTA DA PESQUISADORA:**

No documento TCLE foi explicitado melhor os riscos e desconfortos na participação da pesquisa, assim como as formas de manejo e, além disso, realizou-se a redação do TCLE na forma de convite e inseriu-se uma frase final declarativa de aceitação participante na pesquisa. No orçamento do projeto esclareceu-se sobre a fonte de financiamento da pesquisa. No projeto inclui-se o TCLE e o orçamento com as modificações solicitadas.

**PARECERISTA: PENDÊNCIA ATENDIDA**

1.2 A redação do TCLE deve ser na forma de CONVITE para a participação na pesquisa. Solicita-se adequação.

**RESPOSTA DA PESQUISADORA:**

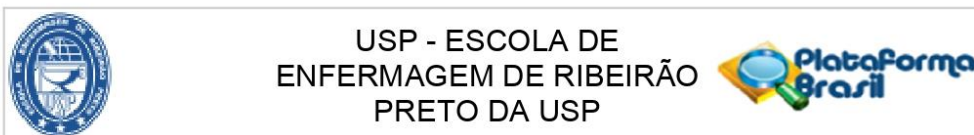
Conforme acima especificado.

**PARECERISTA: PENDÊNCIA ATENDIDA**

1.3 De acordo com a Carta Circular no 51-SEI/2017-CONEP/SECNS/MS:c) Caso o pesquisador queira inserir uma frase final declarativa do participante de pesquisa, como citado no Manual de Pendências (item 1.c "Contudo, é aceitável que a parte final do TCLE, em que estão os campos de assinatura e na qual participante manifesta o seu desejo, esteja escrita como declaração."), esta deve ter redação simples, como "li e concordo em participar da pesquisa" ou "declaro que concordo em participar da pesquisa". Ressalta-se que não devem ser introduzidas novas informações ou informações contraditórias ao conteúdo do restante do termo.

**RESPOSTA DA PESQUISADORA:**

**Endereço:** BANDEIRANTES 3900  
**Bairro:** VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902  
**UF:** SP **Município:** RIBEIRAO PRETO  
**Telefone:** (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 3.612.443

Conforme acima especificado.

PARECERISTA: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Sobre o documento "Orçamento.pdf":

2.1 Solicita-se esclarecimento sobre a fonte de financiamento da pesquisa.

RESPOSTA DA PESQUISADORA:

Conforme acima especificado.

PARECERISTA: PENDÊNCIA ESCLARECIDA.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Parecer apreciado ad referendum.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1358514.pdf	10/09/2019 12:03:32		Aceito
Outros	Oficio_versao02.pdf	10/09/2019 12:00:22	AMABILE GIULIA FARAONI	Aceito
Orçamento	Orçamento_Projeto.pdf	10/09/2019 11:54:57	AMABILE GIULIA FARAONI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa.pdf	10/09/2019 11:54:46	AMABILE GIULIA FARAONI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/09/2019 11:54:12	AMABILE GIULIA FARAONI	Aceito
Outros	Oficio_Cep.pdf	26/07/2019 10:56:51	AMABILE GIULIA FARAONI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Instituicao.pdf	26/07/2019 10:54:38	AMABILE GIULIA FARAONI	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	26/07/2019 10:48:21	AMABILE GIULIA FARAONI	Aceito

**Endereço:** BANDEIRANTES 3900

**Bairro:** VILA MONTE ALEGRE

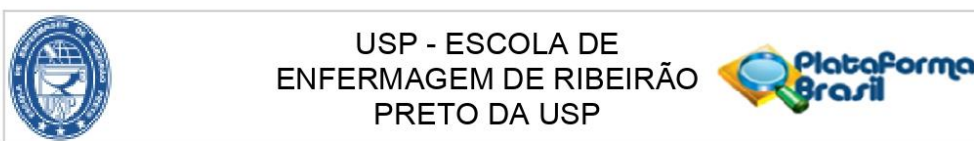
**CEP:** 14.040-902

**UF:** SP

**Município:** RIBEIRAO PRETO

**Telefone:** (16)3315-9197

**E-mail:** cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 3.612.443

Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	26/07/2019 10:47:46	AMABILE GIULIA FARAONI	Aceito
----------------	--------------------	------------------------	---------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIBEIRAO PRETO, 01 de Outubro de 2019

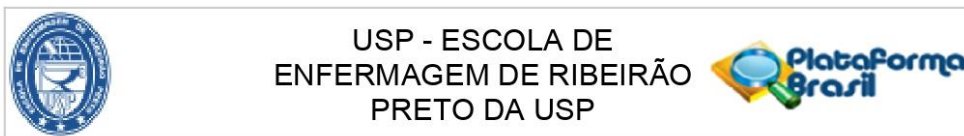
---

**Assinado por:**  
**RONILDO ALVES DOS SANTOS**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** BANDEIRANTES 3900  
**Bairro:** VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902  
**UF:** SP **Município:** RIBEIRAO PRETO  
**Telefone:** (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br



## ANEXO C – Aprovação da emenda do Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Os cuidados às pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis associados aos Atributos da Atenção Primária à Saúde

**Pesquisador:** AMABILE GIULIA FARAONI

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 17931019.2.0000.5393

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.608.660

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de solicitação de emenda referente a questões metodológicas e no cronograma de execução.

#### Objetivo da Pesquisa:

Tópico já apreciado.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Tópico já apreciado.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora solicita alterações decorrentes da dificuldade da coleta de dados presencial devido à pandemia. Assim, novas estratégias de coleta de dados foram incluídas como técnicas virtuais e remotas como ligação telefônica, ligação por WhatsApp ou Google Meet e Google Forms e ainda o envio do formulário impresso para o domicílio do usuário com os devidos cuidados de proteção e segurança. Além disso, houve a substituição do instrumento Primary Care Assessment Tool – PCATool da versão completa para a versão reduzida. O cronograma do projeto de pesquisa foi alterada afim de cumprir com as etapas previstas.

**Endereço:** BANDEIRANTES 3900

**Bairro:** VILA MONTE ALEGRE

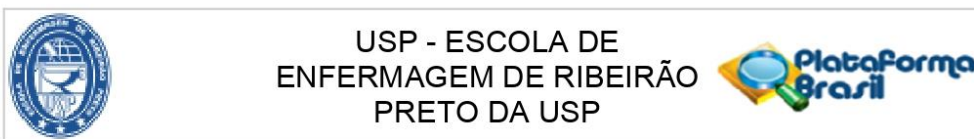
**CEP:** 14.040-902

**UF:** SP

**Município:** RIBEIRAO PRETO

**Telefone:** (16)3315-9197

**E-mail:** cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 4.608.660

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

Foram apresentados os seguintes documentos: ofício de encaminhamento, projeto de pesquisa, cronograma e TCLE.

**Recomendações:**

A Folha de Rosto não se encontra totalmente preenchida. Caso não seja possível a obtenção da assinatura do responsável na instituição proponente, o CEP autoriza, em caráter excepcional, a dispensa de assinaturas nos documentos necessários à submissão de protocolos de pesquisa junto a Plataforma Brasil, durante o tempo necessário à instalação da segurança e saúde pública. Diante do exposto, solicita-se, assim que possível, seja encaminhada nova folha de rosto, por meio de notificação na Plataforma Brasil com o campo "Instituição Proponente" devidamente preenchida e assinado pelo responsável legal (Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, item 3.3.a).

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

Todas as alterações foram realizadas adequadamente nos documentos apresentados.

O CEP-EERP/USP considera que o protocolo de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatórios parcial e final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação". O modelo de relatório do CEP-EERP./USP se encontra disponível, em [http://www.eerp.usp.br/media/wcms/files/Fluxograma\\_enc\\_protocolos\\_CEP\\_05\\_2019.pdf](http://www.eerp.usp.br/media/wcms/files/Fluxograma_enc_protocolos_CEP_05_2019.pdf), na página 7 de 7.

Parecer apreciado ad referendum.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1700548_E1.pdf	19/02/2021 15:58:39		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_Emenda.pdf	19/02/2021 15:56:31	AMABILE GIULIA FARAONI	Aceito

**Endereço:** BANDEIRANTES 3900

**Bairro:** VILA MONTE ALEGRE

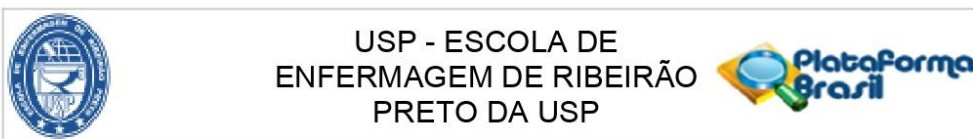
**CEP:** 14.040-902

**UF:** SP

**Município:** RIBEIRAO PRETO

**Telefone:** (16)3315-9197

**E-mail:** cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 4.608.660

Cronograma	Cronograma_Projeto_Emenda.pdf	19/02/2021 15:48:11	AMABILE GIULIA FARAONI	Aceito
Outros	Oficio_Emenda.pdf	19/02/2021 15:47:18	AMABILE GIULIA FARAONI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Emenda.pdf	19/02/2021 15:45:49	AMABILE GIULIA FARAONI	Aceito
Outros	Oficio_versao02.pdf	10/09/2019 12:00:22	AMABILE GIULIA FARAONI	Aceito
Orçamento	Orçamento_Projeto.pdf	10/09/2019 11:54:57	AMABILE GIULIA FARAONI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/09/2019 11:54:12	AMABILE GIULIA FARAONI	Aceito
Outros	Oficio_Cep.pdf	26/07/2019 10:56:51	AMABILE GIULIA FARAONI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Instituicao.pdf	26/07/2019 10:54:38	AMABILE GIULIA FARAONI	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	26/07/2019 10:48:21	AMABILE GIULIA FARAONI	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	26/07/2019 10:47:46	AMABILE GIULIA FARAONI	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIBEIRAO PRETO, 24 de Março de 2021

Assinado por:  
**RONILDO ALVES DOS SANTOS**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** BANDEIRANTES 3900  
**Bairro:** VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902  
**UF:** SP **Município:** RIBEIRAO PRETO  
**Telefone:** (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

## ANEXO D – Instrumento de coleta de dados PCATool versão adulto reduzida

### 4.2 – INSTRUMENTO

#### **Afiliação com um(a) Serviço de Saúde ou Médico(a) ou Enfermeiro(a)**

A1. Há um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) onde você geralmente vai quando adoce ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

Não (Passe para A2)

Sim (Siga para A1.1)

A1.1 Qual o nome deste(a) serviço de saúde ou profissional? A1.2 Qual o endereço deste(a) serviço de saúde ou profissional?

A2. Há um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) que melhor conhece você como pessoa?

Não (Passe para A3)

Sim, o(a) mesmo serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) referido no item A1 (Passe para A3)

Sim, um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) diferente do(a) referido(a) no item A1 (Siga para A2.1)

A2.1 Qual o nome deste(a) serviço de saúde ou profissional?

A2.2 Qual o endereço deste(a) serviço de saúde ou profissional?

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

Não (Passe para 'AFILIAÇÃO')

Sim, o(a) mesmo(a) referido(a) nos itens A1 e A2 (Passe para 'AFILIAÇÃO')

Sim, somente o(a) mesmo(a) referido(a) no item A1 (Passe para 'AFILIAÇÃO')

Sim, somente o(a) mesmo(a) referido(a) no item A2 (Passe para 'AFILIAÇÃO')

Sim, diferente do(s) referido(s) nos itens A1 e A2 (Siga para A3.1)

A3.1 Qual o nome deste(a) serviço de saúde ou profissional?

A3.2 Qual o endereço deste(a) serviço de saúde ou profissional?

**AFILIAÇÃO:** Identificando o serviço de saúde ou médico(a)/enfermeiro(a) de referência para os cuidados em saúde da criança, que será o objeto no seguimento da entrevista e, consequentemente, o serviço de saúde ou médico(a)/enfermeiro(a) avaliado(a).

- Se o(a) entrevistado(a) indicou o(a) **mesmo(a) serviço de saúde ou médico(a) ou enfermeiro(a)** nos três itens da afiliação, este(a) deve ser o serviço ou profissional de saúde de referência para os cuidados de saúde do(a) adulto(a). Continue a entrevista sobre **este(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)** (Passe para A5)
- Se o(a) entrevistado(a) respondeu quaisquer **dois itens da afiliação** iguais, este(a) serviço ou profissional de saúde igualmente identificado(a) em dois itens deve ser a referência para os cuidados de saúde do(a) adulto(a). Continue a entrevista sobre **este(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)** (Passe para A5).
- Se as respostas para os **três itens da afiliação** foram **todas diferentes**, o(a) serviço ou profissional de saúde de referência para os cuidados de saúde do(a) adulto(a) deve ser aquele(a) indicado(a) no item A1. Continue a entrevista sobre o(a) **serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) referido(a) no item A1** (Passe para A5)
- Se o(a) entrevistado(a) respondeu **NÃO** para **dois itens da afiliação**, o(a) serviço ou profissional de saúde de referência dos cuidados de saúde do(a) adulto(a) deve ser aquele(a) indicado(a) no único item em que a resposta foi SIM. Continue a entrevista sobre o(a) **serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) referido(a) no único item em que a resposta foi SIM** (Passe para A5)
- Se o(a) entrevistado(a) respondeu **NÃO** para o item **A1 da afiliação** e indicou serviços de saúde ou médicos(as) ou enfermeiros(as) diferentes para os itens **A2 e A3 da afiliação**, o(a) serviço ou profissional de saúde de referência para os cuidados em saúde do(a) adulto(a) deve ser aquele(a) indicado(a) no item A3. Continue a entrevista sobre o(a) **serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) referido(a) no item A3** (Passe para A5)
- Se o(a) entrevistado(a) respondeu **NÃO** para **todos os três itens da afiliação**, o serviço ou profissional de saúde de referência para os cuidados em saúde do(a) adulto(a) deve ser aquele(a) em que/com o(a) qual do(a) adulto(a) esteve em seu último atendimento médico ou com enfermeiro(a). Continue a entrevista sobre este(a) **serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) do último atendimento do(a) adulto(a)** (Siga para A4)

A4. Qual o nome do(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) procurado(a) no último atendimento médico ou com enfermeiro(a) do(a) adulto(a)?

A4.1 Qual o endereço do(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) procurado(a) no último atendimento médico ou com enfermeiro(a) do(a) adulto(a)?

A5. Escreva o nome do(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) identificado(a) como a referência para os cuidados de saúde do(a) adulto(a), e esclareça ao(à) entrevistado(a) que a partir de agora, todas as perguntas serão sobre este(a) serviço ou profissional de saúde.

### Acesso de Primeiro Contato - Utilização

**Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.**

**Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.**

B2. Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao(à) "serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)" antes de ir a outro serviço de saúde?

(4)		(3)		(2)		(1)		(9)
Com certeza sim		Provavelmente sim		Provavelmente não		Com certeza não		Não sei/Não lembro

### Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade

**Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.**

**Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.**

C4. Quando o(a) "serviço de saúde" está aberto(a), você consegue aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: *whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail*) se precisar?

(4)		(3)		(2)		(1)		(9)
Com certeza sim		Provavelmente sim		Provavelmente não		Com certeza não		Não sei/Não lembro

C11. É difícil para você conseguir atendimento médico no(a) "serviço de saúde" quando pensa que é necessário?

(4)		(3)		(2)		(1)		(9)
Com certeza sim		Provavelmente sim		Provavelmente não		Com certeza não		Não sei/Não lembro

## Longitudinalidade

**Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.**

**Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.**

D1. Quando você vai ao(à) "serviço de saúde", é o(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que atende você todas às vezes?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza	Provavelmente	Provavelmente	Com certeza	Não sei/Não
sim	sim	não	não	lembro

D6. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao(à) "médico(a)/enfermeiro(a)"?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza	Provavelmente	Provavelmente	Com certeza	Não sei/Não
sim	sim	não	não	lembro

D9. O(A) "médico(a)/enfermeiro(a)" sabe quais problemas são mais importantes para você e a sua família?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza	Provavelmente	Provavelmente	Com certeza	Não sei/Não
sim	sim	não	não	lembro

D14. Se fosse muito fácil, você mudaria do(a) "serviço de saúde" para outro serviço de saúde?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza	Provavelmente	Provavelmente	Com certeza	Não sei/Não
sim	sim	não	não	lembro

## Coordenação - Integração de Cuidados

**Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.**

**Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.**

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

(1) Sim	(2) Não (Passe para F1)	(3) Não sei/Não lembro (Passe para F1)
------------	-------------------------------	--

E2. O(A) "médico(a)/enfermeiro(a)" sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com esse(a) especialista ou no serviço especializado?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

E6. O(A) "médico(a)/enfermeiro(a)" enviou alguma informação para o(a) especialista sobre o motivo dessa consulta (com o(a) especialista ou no serviço especializado)?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

E7. O(A) "médico(a)/enfermeiro(a)" sabe quais foram os resultados da consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

E9. O(A) "médico(a)/enfermeiro(a)" pareceu interessado(a) na qualidade do cuidado que você recebeu na consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado (perguntou se você foi bem ou mal atendido)?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------



### Coordenação – Sistemas de Informações

**Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.**

**Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.**

F3. Se quisesse, você poderia ler (consultar) o seu prontuário no(a)/com o(a) "serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)"?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

### Integralidade - Serviços Disponíveis

**Entrevistador(a): A seguir, apresentamos uma lista de serviços e orientações que você, a sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem precisar em algum momento. Indique se no(a) "serviço de saúde" essas opções estão disponíveis (podem ser encontradas/obtidas):**

**Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.**

**Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.**

G9. Aconselhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão)

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

G17. Aconselhamento sobre tabagismo (ex.: como parar de fumar)

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

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

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

### Integralidade - Serviços Prestados

**Entrevistador(a):** A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido durante alguma consulta no(a)/ com o(a) "serviço de saúde/médico(a)/ enfermeiro(a)". Por favor, responda se os seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você?

**Instrução:** para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

**Entrevistador(a):** Por favor, indique a melhor opção.

H1. Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente)

(4) Com certeza sim		(3) Provavelmente sim		(2) Provavelmente não		(1) Com certeza não		(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	--	-----------------------------	--	-----------------------------	--	---------------------------	--	------------------------------

H5. Orientações sobre exercícios físicos apropriados para você

(4) Com certeza sim		(3) Provavelmente sim		(2) Provavelmente não		(1) Com certeza não		(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	--	-----------------------------	--	-----------------------------	--	---------------------------	--	------------------------------

H7. Verificar e discutir os medicamentos que você está usando

(4) Com certeza sim		(3) Provavelmente sim		(2) Provavelmente não		(1) Com certeza não		(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	--	-----------------------------	--	-----------------------------	--	---------------------------	--	------------------------------

H11. Como prevenir quedas

(4) Com certeza sim		(3) Provavelmente sim		(2) Provavelmente não		(1) Com certeza não		(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	--	-----------------------------	--	-----------------------------	--	---------------------------	--	------------------------------

### Orientação Familiar

**Entrevistador(a):** As perguntas a seguir são sobre a sua experiência e também da sua família com os profissionais da saúde no(a) "serviço de saúde".

**Instrução:** para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

**Entrevistador(a):** Por favor, indique a melhor opção.

I1. O(A) "médico(a)/enfermeiro(a)" pergunta as suas ideias e opiniões (o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para alguém da sua família?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

I3. O(A) "médico(a)/enfermeiro(a)" se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

### Orientação Comunitária

**Entrevistador(a):** A seguir é apresentada uma forma de avaliar a qualidade de serviços de saúde. Por favor, indique se no(a) "serviço de saúde" é realizada essa iniciativa?

**Instrução:** para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

**Entrevistador(a):** Por favor, indique a melhor opção.

J4. Pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------