

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES  
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**MARIA DA PENHA RODRIGUES DOS SANTOS**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS: O CASO DE  
GOIANA, PERNAMBUCO**

**RECIFE**

**2019**

MARIA DA PENHA RODRIGUES DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS: O CASO DE  
GOIANA, PERNAMBUCO**

Tese apresentada ao Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz como requisito para obtenção do título de Doutor em Ciências.

**Área de concentração:** Políticas de Saúde

**Orientadora:** Dra. Tereza Maciel Lyra

**Coorientadores:** Dra. Maria do Socorro Veloso de Albuquerque  
Dr. Antônio da Cruz Gouveia Mendes

RECIFE

2019

---

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

---

S237a Santos, Maria da Penha Rodrigues dos.  
Avaliação da qualidade do Programa Mais Médicos: o caso de Goiana, Pernambuco / Maria da Penha Rodrigues dos Santos. - Recife: [s.n.], 2019.  
212 p.: il., tab.; 30 cm.

Tese (Doutorado Acadêmico em Saúde Pública)  
– Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

Orientadora: Tereza Maciel Lyra;  
coorientadores: Maria do Socorro Veloso de Albuquerque, Antônio da Cruz Gouveia Mendes.

1. Avaliação de programas e projetos de saúde.  
2. Consórcios de saúde. 3. Cuidados primários de Saúde. I. Lyra, Tereza Maciel. II. Albuquerque, Maria do Socorro Veloso de. III. Mendes, Antônio da Cruz Gouveia. IV. Título.

CDU 614.39

---

MARIA DA PENHA RODRIGUES DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS: O CASO DE  
GOIANA, PERNAMBUCO**

Tese apresentada ao Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz como requisito para obtenção do título de Doutor em Ciências.

**Aprovada em: 30/10/2019**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dra. Tereza Maciel Lyra

Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz

---

Dra. Mirella Bezerra Rodrigues Vilela

Departamento de Fonoaudiologia/ Universidade Federal de Pernambuco

---

Dra. Márcia Andréa Oliveira da Cunha

Faculdade de Ciências Médicas/ Universidade de Pernambuco

---

Dra. Sidney Feitoza Farias

Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz

---

Dra. Ana Lúcia Andrade da Silva

Centro Acadêmico de Vitória/ Universidade Federal de Pernambuco

Aos usuários que dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde no município de Goiana e, através deles, estendo a todos os usuários desse Sistema. Que o direito à saúde seja uma realidade em suas vidas!

## AGRADECIMENTOS

A Deus por me manter firme na fé.

Ao meu filho, Henriquinho que, dos 4 aos quase 8 anos, soube compreender a minha ausência em muitos momentos e me alimentou de esperança. A nossa união e o nosso amor seguirão crescendo a cada novo desafio.

Aos meus pais e irmãos que estiveram presentes em todos os momentos dessa caminhada. Agradecimento especial as minhas irmãs Lúcia e Gal, sempre cuidando do meu filho durante as minhas ausências.

Ao Instituto Aggeu Magalhães (IAM) pelos recursos financeiros que possibilitaram a realização desse estudo, por meio do seu Programa de Excelência em Pesquisa (Proep 2015- APQ 1690-4.06/15), em convênio com a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Pernambuco (Facepe).

À direção do IAM, em especial, a Osvaldo Pompílio de Melo Neto e Sinval Pinto Brandão Filho por apostar no meu aperfeiçoamento enquanto servidora dessa instituição.

À equipe do Escritório de Projetos, em especial, a Alessandro Araújo e Rúbia Barbosa. O trabalho colaborativo possibilitou a dedicação necessária durante o curso.

À Socorro Veloso por suas valiosas contribuições, que não se restringem às orientações desde o projeto de seleção até esse produto, pois estiveram presentes durante grande parte de minha vida profissional e pessoal. Seu exemplo e seu afeto me inspiram a buscar a superação mesmo diante de obstáculos aparentemente intransponíveis.

À Tereza Maciel pela confiança no meu trabalho. Mesmo nas horas em que eu tive dúvidas do meu potencial, suas palavras me encheram de coragem. Suas intervenções nas horas certas fizeram toda a diferença no percurso do meu doutoramento.

A Antônio Mendes por ter confiado a mim todas as atividades do projeto financiado. Guardarei essa experiência como uma grata lembrança do intenso amadurecimento profissional.

À Fabiana Letícia, grata surpresa que a vida me ofereceu em dois momentos muito especiais. No primeiro, quando nossos filhos estiveram no mesmo berçário durante o difícil retorno ao trabalho após a licença maternidade e agora, como companheiras na pesquisa em Goiana. Sua experiência e sabedoria trouxeram equilíbrio para os dias mais árduos. Deixo aqui registrada a minha amizade e admiração!

Aos amigos da turma 2016-2020 pelos agradáveis momentos em sala de aula e pelas conversas que me motivaram a seguir em frente em busca dos meus sonhos. Levarei as boas lembranças desses tempos difíceis, mas de alegrias que renovam a alma.

À Herika Maurício e à Régia Leite, amigas que sabem bem de minhas dificuldades e o quão maravilhoso é chegar até aqui.

Aos meus amigos que prefiro não nominar por receio de esquecer algum nome. Mas aqueles com quem convivo sabem bem do meu apreço e amizade. Vocês fazem parte dessa conquista.

Aos funcionários da Secretaria Acadêmica pela atenção prestada durante todo o curso.

Aos professores pelas maravilhosas aulas que renovavam as nossas energias.

A George Tadeu sua imensa contribuição e amizade.

À Mégine Cabral e Márcia Saturnino por suas valiosas contribuições e disponibilidade.

Aos entrevistadores pelo profissionalismo durante todo o trabalho de campo, em especial a Lindomar Silva que contribuiu imensamente em grande parte da pesquisa.

Aos gestores e profissionais do Programa Mais Médicos de Goiana pela disponibilidade em participar não apenas das entrevistas, mas do seminário de devolutiva dos resultados, sempre buscando melhorar a qualidade do atendimento no município.

E, de modo especial, aos usuários entrevistados que se dispuseram a nos receber em suas casas. Muitas vezes as entrevistas terminavam em choro de pessoas tão carentes do olhar dos gestores públicos e da sociedade que devem direcionar esforços para concretizar o direito à saúde.

SANTOS, M. P. R. **Avaliação da qualidade do Programa Mais Médicos**: o caso de Goiana, Pernambuco. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

## RESUMO

O presente estudo avaliou a qualidade do Programa Mais Médicos (PMM) em Goiana, Pernambuco, considerando o *diabetes mellitus* enquanto condição traçadora. Tratou-se de uma avaliação da qualidade, com abordagens quantitativa e qualitativa, utilizando dados primários. A estratégia de pesquisa foi um estudo de caso em Goiana, Pernambuco, entre novembro de 2016 e janeiro de 2019. Participaram médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, gestores municipais e usuários com *diabetes* cadastrados nas equipes do PMM. Utilizaram-se o Primary Care Assessment Tool (PCATool), formulários e roteiros de entrevistas. Categorias de análise: acesso, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e comunitária. Foram criados escores de qualidade para os atributos e, através de testes estatísticos para média e mediana, foram avaliadas as significâncias estatísticas em relação a esses escores. Para análise qualitativa, utilizou-se análise temática de conteúdo. Os achados demonstram que a presença mais regular dos médicos no município foi determinante para os bons resultados encontrados para a longitudinalidade da atenção e utilização dos serviços. A alta qualidade encontrada no componente sistema de informações da coordenação indica preenchimento e disponibilidade de informações sobre os pacientes. Apresentaram baixos desempenhos: a acessibilidade, a integração entre os serviços e a integralidade, para os quais se sugere que a deficiência estrutural do município tenha contribuído para os resultados. A orientação familiar e a comunitária também apresentaram resultados insatisfatórios o que reforça a necessidade de fortalecimento desses atributos que são peculiares à Estratégia Saúde da Família. Considera-se que a triangulação de métodos conferiu robustez aos resultados, evidenciando a necessidade de apropriação de metodologias de avaliação pela gestão municipal, de modo a incorporar essa prática à rotina das equipes na busca da melhoria contínua dos serviços.

Palavras-chave: Avaliação de programas e projetos de saúde. Consórcios de saúde. Cuidados primários de Saúde.



SANTOS, M. P. R. **Quality assessment of the Mais Médicos Program: the case of Goiana, Pernambuco.** 2019. Thesis (Doctorate in Public Health) –Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

## ABSTRACT

The present study evaluated the quality of the More Doctors Program (PMM) developed in Goiana, Pernambuco, using diabetes mellitus as a tracer condition. It is a quality assessment, with quantitative and qualitative approaches, using primary data. Research strategy: case study in Goiana, Pernambuco, from November 2016 to January 2019. Participants: Physicians, nurses, community health agents, municipal managers and users with diabetes, enrolled in the PMM teams. The Primary Care Assessment Tool (PCATool) was used, as well as interview forms and scripts. Analysis categories: access, longitudinality, coordination, comprehensiveness, family and community orientation. The study composed quality scores for the attributes and evaluated their significance through statistical tests for mean and median in relation to these scores. The qualitative analysis was done using thematic content analysis. Findings show that the more stable presence of physicians in the municipality was determinant for the improved results regarding the longitudinality of care and use of services. The high quality shown for the coordination information system component indicates completeness and availability of patient information. Low performer items included: accessibility, integration between services and comprehensiveness, suggesting that structural deficiencies of the municipality contributed to the results. Family and community orientation also presented unsatisfactory scores, reinforcing the need to strengthen these attributes that are specific to the Family Health Strategy. The triangulation of methods provided robustness to the results, stressing the need for ownership on the part of municipal management team regarding the evaluation methodologies, in order to incorporate this practice into the teams' routine in the quest for continuous service improvement.

Key words: Evaluation of health programs and projects. Health Consortia. Primary Health Care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Representação do modelo de atenção às condições crônicas (MACC) .....	33
Figura 2 - Representação do sistema de serviços de saúde .....	41
Quadro 1 - Número de estabelecimentos segundo tipo e prestador. Goiana, Pernambuco. Março, 2017 .....	45
Quadro 2 - Síntese do estudo .....	54

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização dos usuários com diabetes acompanhados nas unidades participantes do Programa Mais Médicos, segundo aspectos pessoais, condições sanitárias e de diagnóstico. Goiana, Pernambuco, 2017 .....	57
Tabela 2 -	Perfil dos médicos integrantes das equipes do PMM, segundo características pessoais e de formação. Goiana, 2017 .....	59
Tabela 3 -	Perfil dos enfermeiros das equipes integrantes do PMM, segundo características pessoais, de formação e atuação nas UBS. Goiana, Pernambuco, 2017 .....	63
Tabela 4 -	Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde. Goiana, Pernambuco, 2018 .....	64
Tabela 5 -	Média de idade, tempo de atuação na UBS, número de famílias e número de pacientes com DM das Agentes comunitárias de saúde. Goiana, Pernambuco, 2018 .....	65
Tabela 6 -	Escore medianos (médios) dos atributos da Atenção Primária à Saúde, segundo usuários com diabetes e profissionais das equipes participantes do Programa Mais Médicos. Goiana, Pernambuco, 2017 .....	67
Tabela 7 -	Análise das variáveis mais influentes para os escores do acesso (acessibilidade) e da coordenação do cuidado (integração), segundo usuários com diabetes e profissionais das equipes participantes do Programa Mais Médicos. Goiana, PE, 2017 .....	70
Tabela 8 -	Análise das variáveis referentes à longitudinalidade segundo usuários com DM acompanhados pelas equipes do PMM. Goiana, Pernambuco, 2017 .....	78
Tabela 9 -	Análise das variáveis mais influentes para o escore da integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados), segundo usuários com diabetes e profissionais das equipes Programa Mais Médicos. Goiana, PE, 2017 .....	81
Tabela 10 -	Análise das variáveis referentes à coordenação (integração dos cuidados/ sistema de informações), segundo usuários com diabetes	

acompanhados nas unidades participantes do Programa Mais Médicos e segundo médicos e enfermeiros das equipes. Goiana, PE, 2017 .....	85
Tabela 11 - Escores medianos (médios) dos atributos derivativos da Atenção Primária à Saúde, segundo usuários com diabetes e profissionais das equipes participantes do Programa Mais Médicos. Goiana, Pernambuco, 2017 .....	90
Tabela 12 - Análise das variáveis referentes à orientação familiar e orientação comunitária, segundo usuários com diabetes acompanhados pelas equipes participantes do Programa Mais Médicos. Goiana, PE, 2017	91
Tabela 13 - Avaliação sobre as condições de trabalho, segundo os agentes comunitários de saúde. Goiana, 2018 .....	93

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
Adaps	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
Cerest	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
CTA	Serviço de Testagem e Aconselhamento
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
DNCT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
Facepe	Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
Hemobras	Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LSD	Diferença Mínima Significativa
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
NasfAB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
Pacs	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCATool	<i>Primary Care Assesement Tool</i>
PDR	Plano Diretor de Regionalização da Assistência
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PISUS	Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PMM	Programa Mais Médicos
Pnab	Política Nacional de Atenção Primária
Proadess	Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro
Proep	Programa de Excelência em Pesquisa
Provab	Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica
PTS	Projetos Terapêuticos Singulares
RMR	Região Metropolitana do Recife
RS	Região de Saúde
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
USB	Unidades Básicas de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	22
<b>2.1 Programa Mais Médicos</b> .....	22
<b>2.2 Diabetes <i>mellitus</i> (DM) enquanto condição traçadora da qualidade do atendimento</b>	27
<b>2.3 Avaliação da qualidade em saúde</b> .....	34
<b>2.4 Breves considerações sobre acesso</b> .....	39
<b>3 OBJETIVO GERAL</b> .....	42
<b>3.1 Objetivos específicos</b> .....	42
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	43
<b>4.1 Desenho de estudo</b> .....	43
<b>4.2 Área de estudo</b> .....	44
<b>4.3 Eixo quantitativo</b> .....	46
4.3.1 População e amostra .....	46
4.3.2 Fontes de dados, técnicas e instrumentos de coleta de dados.....	47
4.3.3 Variáveis estudadas.....	48
4.3.4 Critérios de inclusão e exclusão .....	49
4.3.5 Plano de análise .....	49
<b>4.4 Eixo qualitativo</b> .....	50
4.4.1 Sujeitos .....	51
4.4.2 Critérios de inclusão e exclusão .....	51
4.4.3 Fontes de dados, técnicas e os instrumentos de coleta de dados .....	51
4.4.4 Plano de análise .....	52
<b>4.5 Aspectos éticos</b> .....	55
<b>5.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa</b> .....	56
<b>5.2 A qualidade da atenção aos pacientes com DM acompanhados pelas equipes do PMM em Goiana</b> .....	66
5.2.1 Acesso de primeiro contato.....	69

5.2.2 Longitudinalidade.....	77
5.2.3 Integralidade.....	80
5.2.4 Coordenação do cuidado.....	84
5.2.5 Orientação familiar e comunitária.....	90
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>96</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>99</b>
<b>APÊNDICE A - ARTIGO SUBMETIDO (REVISTA SAÚDE EM DEBATE).....</b>	<b>111</b>
<b>APÊNDICE B - ARTIGO DE OPINIÃO.....</b>	<b>136</b>
<b>APÊNDICE C - TRABALHO PUBLICADO EM ANAIS DO III CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA .....</b>	<b>137</b>
<b>APÊNDICE D - TRABALHO PUBLICADO EM ANAIS DO 12º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA.....</b>	<b>138</b>
<b>APÊNDICE E - FORMULÁRIO SOBRE PERFIL DO USUÁRIO COM DIABETES.....</b>	<b>139</b>
<b>APÊNDICE F - FORMULÁRIO SOBRE PERFIL DO MÉDICO E ENFERMEIRO DO PMM.....</b>	<b>142</b>
<b>APÊNDICE G - FORMULÁRIO ACS.....</b>	<b>143</b>
<b>APÊNDICE H - QUADROS DE VARIÁVEIS.....</b>	<b>159</b>
<b>APÊNDICE I - ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM O COORDENADOR DA ATENÇÃO BÁSICA.....</b>	<b>177</b>
<b>APÊNDICE J - ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM O MÉDICO DO PMM.....</b>	<b>178</b>
<b>APÊNDICE K - ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM O COORDENADOR DO NASF .....</b>	<b>179</b>
<b>APÊNDICE L - ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM O GESTOR DA POLICLÍNICA MUNICIPAL.....</b>	<b>180</b>
<b>APÊNDICE M - ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM O COORDENADOR DA CENTRAL DE REGULAÇÃO DO MUNICÍPIO.....</b>	<b>181</b>
<b>APÊNDICE N - ROTEIRO UTILIZADO NO DEBATE DO SEMINÁRIO DE DEVOLUTIVA DOS RESULTADOS REALIZADO EM ABRIL DE 2019.....</b>	<b>182</b>



<b>APÊNDICE O -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE .</b>	<b>183</b>
<b>APÊNDICE P - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE (etapa qualitativa) .....</b>	<b>184</b>
<b>ANEXO A – PCATool BRASIL (VERSÃO PROFISSIONAIS) .....</b>	<b>185</b>
<b>ANEXO B – PCATool BRASIL (VERSÃO USUÁRIOS) .....</b>	<b>196</b>
<b>ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....</b>	<b>212</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O compromisso com o fortalecimento dos cuidados primários para o alcance de sistemas universais foi renovado, em 2018, durante a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde (APS), realizada em Astana, atual capital do Cazaquistão (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2019a).

Esse novo acordo ocorre em um momento em que ainda persistem muitos desafios para a consolidação da APS enquanto ferramenta para se alcançar a meta da ‘saúde para todos’ defendida em Alma – Ata, em 1978. Ao mesmo tempo em que já há a demonstração de impacto nos indicadores de saúde quando se opta pelo seu fortalecimento (BARBOSA et al., 2018; ETIENNE, 2018).

No Brasil, não obstante o subfinanciamento da saúde e as recentes alterações nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Primária (Pnab) (FAUSTO; ALMEIDA; BOUSQUAT, 2018; GUIMARÃES, 2018), a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF), até o final de 2018, mostrou-se a forma prioritária de reorganização do modelo de atenção à saúde.

A prioridade pode ser verificada pela ampliação da cobertura alcançada a cada ano. Em dezembro de 2017, a ESF estava presente em 5.467 municípios do Brasil (98 % do total), com cobertura de 64% da população, configurando um importante crescimento nos últimos anos, uma vez que, em 2005, a cobertura era em torno dos 44%. O Nordeste, ao final de 2017, exibia o maior percentual de cobertura (80,79%), seguido do Sul (66,72%), Norte (64,12%), Centro-Oeste (62,14%) e Sudeste (53,9%) (BRASIL, 2018a).

Contudo, muitas dificuldades são encontradas para concretizar a expansão da cobertura em municípios distantes dos grandes centros e em comunidades vulneráveis, como assentamentos e áreas indígenas. Essa preocupação não é recente e os problemas são bem conhecidos, como a oferta desigual de profissionais de saúde entre as regiões do País, sobretudo de médicos. Mesmo o Brasil possuindo, atualmente, cerca de dois médicos por grupo de 1.000 habitantes, esse número ainda é pequeno quando comparado aos sistemas de países com Atenção Primária em Saúde (APS) forte (3,8/1.000 na Espanha, 2,85/1.000 no Reino Unido e 2,53/1.000 no Canadá) (SCHEFFER, 2018). Vale mencionar que há três vezes mais médicos na rede suplementar privada do que no Sistema Único de Saúde (SUS) (RECH et al., 2018).

As regiões Norte, com 1,01 por 1.000 habitantes e Nordeste, onde essa razão é de 1,23, estão abaixo do índice nacional. Na melhor posição está o Sudeste, com razão de 2,67 (SCHEFFER, 2018). Entre os estados, dezesseis deles possuem uma razão inferior a 1,5 de

médicos/ 1.000 habitantes, estando localizados no Norte, Nordeste e Centro-Oeste. As cidades de maior porte também concentram a maioria dos médicos brasileiros. O número de médicos nas capitais chega a ser quatro vezes maior do que no interior dos estados (SCHEFFER, 2018).

Reduzir essas desigualdades e induzir uma formação mais próxima às necessidades da população tem sido preocupações recorrentes no Brasil. O Projeto Rondon, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) são exemplos de iniciativas governamentais testadas entre o período da ditadura militar e início dos anos 2000, além do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), implantado em 2011 (MACIEL FILHO; BRANCO, 2008; OLIVEIRA et al., 2015).

Contudo, segundo Oliveira et al. (2015), foi apenas com o Programa Mais Médicos (PMM), lançado em 2013, que a provisão de médicos em áreas prioritárias teve a magnitude e a resposta em tempo adequado para atender a demanda dos municípios brasileiros. De fato, o Programa esteve, em 2017, em 73% dos municípios brasileiros, além de 34 distritos de saúde indígenas, com 18.240 médicos (BRASIL, 2018b).

O PMM vem sendo objeto de pesquisas nos últimos anos. A maioria dos estudos são de autores brasileiros e, no período de 2013 a 2016, as pesquisas avaliativas e as análises de política responderam pela maioria da produção científica sobre o tema (RIOS; TEIXEIRA, 2018). Podem ser encontrados na literatura ainda estudos que discutem o acesso, equidade, integralidade, longitudinalidade, mudanças no processo de trabalho, impacto na provisão, na rotatividade dos médicos e na satisfação do usuário após a implantação do PMM, demonstrando resultados positivos (BARBOSA et al, 2018; FREIRE FILHO Jr., 2018; GIRARDI et al., 2016; KEMPER et al., 2016; RECH et al., 2018), mas também os limites do Programa (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

O Nordeste foi a região que recebeu o maior número de médicos pelo PMM nos cinco primeiros ciclos de adesão, com 590 municípios habilitados ao preenchimento de vagas disponibilizadas, com a participação de 95 municípios pernambucanos (BRASIL, 2018b), dentre os quais está Goiana, integrante da Região Metropolitana do Recife e localizada no extremo norte do estado. Com população de 78.618 pessoas, esse município aderiu ao Programa, enquadrando-se no perfil de extrema pobreza e com áreas vulneráveis (BRASIL, 2018b). Sede da XII Região de Saúde do estado, Goiana também sedia o polo farmacológico, liderado pela Empresa Brasileira de Hemoderivados (Hemobrás) e o polo automotivo (Fiat/Jeep), que exercem influência direta em um conjunto de cidades pernambucanas e paraibanas, por situarem-se na fronteira entre os dois estados.

Sabe-se que polos de desenvolvimento já consolidados, como Macaé (CRUZ, 2011) e Itaguaí (SANTANA; GUEDES; VILELA, 2011), no Rio de Janeiro, e Suape, em Pernambuco (OLIVEIRA; MORAIS; GOES, 2018; PÉREZ; GONÇALVES, 2012;), têm evidenciado um crescimento econômico sem equivalente desenvolvimento social.

No caso específico de Goiana, em estudo promovido pela Hemobrás, em parceria com o Instituto Aggeu Magalhães - Fiocruz Pernambuco identificou-se extrema fragilidade social e ambiental. Mais especificamente, no setor saúde, havia uma cobertura da ESF de 68,4%, sendo relatada a insuficiência de insumos, medicamentos e precária infraestrutura das unidades, além da rotatividade de médicos e inadequado perfil dos profissionais contratados para a ESF (EMPRESA BRASILEIRA DE HEMODERIVADOS E BIOTECNOLOGIA, 2013).

Após a implantação do PMM, Goiana atingiu 100% de cobertura da ESF com 22 equipes implantadas, chegando a contar com 22 médicos do programa em dezembro de 2013 (BRASIL, 2018a), modificando o cenário encontrado no estudo acima referido. Contudo, é importante salientar que a ampliação de cobertura é apenas uma das dimensões do acesso. Ainda são muitos os fatores que dificultam a entrada e permanência dos usuários no SUS (ALBUQUERQUE et al., 2014).

De acordo com Starfield (2002), além do acesso, outros atributos essenciais, como a integralidade, a coordenação e a longitudinalidade são qualidades assistenciais imprescindíveis para garantia da adesão e continuidade do cuidado. Outras três características, chamadas de atributos derivativos, como a orientação familiar, comunitária e a competência cultural, que pressupõem o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico e cultural, são reconhecidos também como eixos estruturantes.

Discussões teóricas e avaliação de serviços quanto aos atributos da APS vêm sendo realizadas nos últimos anos a partir da perspectiva dos usuários e dos profissionais (CHOMATAS et al., 2013; FERREIRA et al., 2016; HARZHEIM et al., 2016; MARTINS et al., 2016; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; RECH et al., 2018; SILVA, 2014), demonstrando a relevância de sua análise, uma vez que estudos dessa natureza podem contribuir para a qualidade do atendimento.

O cenário brasileiro de restrição de financiamento para a saúde e de mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Primária, que prevê, inclusive, outros modelos de atenção à saúde, além da ESF, tornam oportunos debates em torno da qualidade da atenção prestada pelas equipes que trabalham na APS. Ademais, por ser sede de regional de saúde, Goiana concentra uma maior quantidade e complexidade de serviços de saúde em relação aos outros 10 municípios que compõem a região de saúde, situação que, aliada à cobertura de 100% da ESF,

torna Goiana um apropriado caso para o estudo sobre a organização, funcionamento e práticas de trabalho nos serviços de saúde.

A atenção aos pacientes com doenças crônicas, como o *Diabetes Mellitus* (DM) constitui-se em importante exemplo para o estudo do acesso e da atenção contínua nos serviços públicos, pois é passível de prevenção pela educação em saúde, pode ser diagnosticada precocemente e, por apresentar possíveis complicações ao longo dos anos, necessitam de acesso a exames e serviços especializados sem que isto signifique perda de acompanhamento clínico pelas equipes da atenção primária (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016). Para essa e outras doenças crônicas, fica evidente a importância dos atributos da atenção primária. O *diabetes mellitus* será utilizado, nesse estudo, como traçador da qualidade da atenção prestada nas equipes do PMM, conforme estabelecido por Kessner (1992).

As complicações do DM podem ser agudas ou crônicas. Entre as agudas, estão: a hipoglicemia, a cetoacidose diabética e a síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica. As crônicas podem ser decorrentes de alterações na microcirculação, como a retinopatia, a nefropatia e a neuropatia diabética ou na macrocirculação, como a cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica. Essas últimas, mesmo não sendo específicas do diabetes, são mais graves nos indivíduos acometidos, sendo a principal causa da morbimortalidade associada ao diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

A partir do pressuposto de que a ampliação da cobertura da estratégia saúde da família no município de Goiana é condição necessária, mas não suficiente para garantir a resolutividade das ações e serviços implantados, a presente tese tem, como questão central do processo de investigação, a seguinte pergunta condutora: como se dá a qualidade do Programa Mais Médicos no município de Goiana, Pernambuco a partir da condição traçadora diabetes mellitus?

Para responder a questão de pesquisa, o trabalho foi estruturado em cinco capítulos, incluindo a presente introdução.

O segundo capítulo diz respeito à fundamentação teórica conceitual, que trata inicialmente da problemática da má distribuição dos médicos no Brasil e em outros países e nas iniciativas utilizadas, como o Programa Mais Médico, apontando suas bases legais, com eixos e objetivos, além de trazer um panorama da discussão sobre o assunto na literatura e perspectivas atuais do Programa. A segunda seção trata da linha de cuidado para as doenças crônicas e a terceira discute a avaliação em saúde. Na quarta seção, os conceitos do acesso são brevemente discutidos. Nesse capítulo, assume-se, enquanto principais referenciais teóricos, o a tríade estrutura, processo, resultado do Donabedian (1987) e os seus conceitos de acesso e acessibilidade e suas dimensões do acesso. Por fim, como norteadores dessa Tese, estão os

atributos da atenção primária formulados por Bárbara Starfield (2002), que direcionam todo o estudo realizado em Goiana.

Após a definição dos objetivos, o terceiro capítulo trata dos procedimentos metodológicos, onde se delinea o desenho de estudo, o cenário onde o estudo foi desenvolvido, o detalhamento dos eixos quantitativo e qualitativo, com sujeitos, fontes de dados, técnicas e os instrumentos de coleta de dados. São apresentados as categorias e o plano de análise, e por fim os aspectos éticos que conduziram o desenvolvimento do estudo.

O quarto capítulo aborda os resultados e discussão, sendo estruturado em dois blocos: caracterização dos sujeitos e avaliação da qualidade. Nesse último, são apresentados e discutidos os achados sobre os atributos essenciais e derivativos, que são o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e comunitária encontrados, a partir da abordagem quantitativa e qualitativa.

No quinto capítulo foram sistematizadas as considerações finais. Entre os apêndices, encontra-se o artigo científico produzido a partir desta tese (Apêndice A), o artigo de opinião sobre as redes de atenção à saúde para doenças crônicas (Apêndice B), a publicação em anais de trabalho apresentado no III Congresso Brasileiro de Política Pública, Planejamento e Gestão em Saúde (Apêndice C), a publicação em anais de trabalho apresentado no 12º Congresso de Saúde Coletiva (Apêndice D). O artigo científico foi enviado para a Revista Saúde em Debate e está aguardando parecer e o artigo de opinião, produto de uma disciplina do Doutorado, foi publicado no portal ‘Determinantes sociais da Saúde’ da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico foi composto por quatro seções: a primeira trata das iniciativas internacionais e brasileiras para melhorar a distribuição dos profissionais de saúde, sobretudo médicos e, em seguida, aponta as bases conceitual e legal sobre a criação do Programa Mais Médicos, além de trazer um panorama da discussão sobre o assunto na literatura. A segunda seção versará sobre a linha de cuidado para as doenças crônicas, com ênfase no diabetes *mellitus*, enquanto evento traçador da avaliação da qualidade, a terceira tratará da avaliação em saúde, no que concerne aos seus aspectos teóricos, metodológicos e suas abordagens e, em seguida, os conceitos do acesso são brevemente discutidos.

Ressalta-se que esse estudo considera o termo Atenção Primária à Saúde como sinônimo de Atenção Básica à Saúde, sendo utilizada como definição de referência àquela sistematizada por Starfield (2002), como sendo o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais.

### 2.1 Programa Mais Médicos

O Programa Mais Médicos foi instituído pela Lei nº 12.871/2013 (BRASIL, 2013), com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde. Entre os seus objetivos estão:

- a) Diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- b) Fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País; aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
- c) Fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
- d) Promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
- e) Aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e,

f) Estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

Esse programa se estrutura em três eixos: o investimento na infraestrutura da rede de serviços básicos de saúde; a formação médica e o provimento emergencial. Esse último é chamado de Projeto Mais Médicos para o Brasil, que prioriza lugares com maior vulnerabilidade econômica e social (BRASIL, 2013). Iniciativas de recrutamento e fixação de médicos em áreas vulneráveis podem ser encontradas não só no Brasil, mas também em outros países, que utilizam diferentes estratégias para levar esses profissionais para essas áreas.

Na Austrália, um terço da população vive em áreas rurais. O sistema de saúde tem participação pública e privada. No final da década de 1990, foi criado um programa de atração de estrangeiros para atuar em áreas vulneráveis e com escassez de médicos, cujas regras incluem a permanência por dez anos nos locais de trabalho, havendo a possibilidade de aprimoramento técnico e terem a chance de revalidar o diploma. Estratégias são desenvolvidas também pelas escolas de Medicina, no sentido de incentivar os seus estudantes a realizarem internatos rurais e a atuarem em *campi* universitários próximos às suas áreas de origem (OLIVEIRA et al., 2015).

Nos Estados Unidos, não há graduação em Medicina e sim pós-graduação, onde a maioria das escolas é privada. Nesse país, as iniciativas de recrutamento e fixação de médicos em áreas remotas são direcionadas apenas àqueles estudantes que utilizam bolsas de estudo ou que participam de programas de financiamento estudantil. Para aqueles estudantes que optaram por financiamento estudantil, o governo se propõe a pagar até 60 mil dólares a cada dois anos, nos casos em que haja a decisão de trabalhar em áreas mais remotas. Para os estrangeiros, há a possibilidade de permanência no país, por meio do visto de imigrante ou de residência permanente, se optarem por trabalhar nessas áreas, após o cumprimento de exigências contratuais (OLIVEIRA et al., 2015).

Os profissionais da área de saúde que se formam nos países membro da União Europeia possuem livre trânsito para atuação em qualquer estado-membro. Contudo, essa liberdade, direcionada pelas leis de mercado, tem como consequência a priorização dos grandes centros. Na Inglaterra, os profissionais que atuam na atenção primária são autônomos e prestam serviço ao governo. O programa de recrutamento de profissionais estrangeiros para esse país não tem um direcionamento do governo central, sendo regido por normas locais (HARRIS, 2016).

Maciel Filho (2007) discutiu, em sua tese de doutoramento, as experiências de incentivo à interiorização de profissionais de saúde de países latino-americanos e demonstrou que a origem de todas as iniciativas foi o programa de serviço social obrigatório para recém-formados em Medicina, criado no México, em 1936. Esse programa, segundo o autor, foi replicado em



muitos países da América Latina, como a Argentina, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Peru e República Dominicana, contando com a colaboração da Organização Panamericana de Saúde (OPAS). As características comuns a todos esses países foi proporcionar assistência sanitária às populações de baixa renda e com acesso precário ao sistema de saúde e ampliar a capacitação profissional para o trabalho comunitário em saúde.

No Brasil, após várias tentativas de interiorização de profissionais, em diferentes momentos da história do país, o PMM tem sido considerado a intervenção em recursos humanos mais significativa na América Latina nos últimos anos (CAMPOS; PEREIRA JUNIOR, 2016; HARRIS, 2016).

Ao fixar médicos, o Programa ampliou a cobertura da atenção primária em regiões carentes desses profissionais, além de ter possibilitado, aos médicos brasileiros, intercâmbio de experiências com médicos estrangeiros, pois, além dos médicos formados no país ou com o diploma validado, houve abertura para a seleção de profissionais brasileiros formados fora do Brasil e para estrangeiros formados no exterior. Além dos 1.846 médicos brasileiros inscritos no Programa na época de sua implantação, o PMM passou a contar com a participação de 12.616 médicos estrangeiros de 49 países (OLIVEIRA et al., 2015).

Vale ressaltar que, de acordo com o Ministério da Saúde, desde a implantação do PMM, 18.240 médicos passaram a atender a população de 4.058 municípios, o equivalente a 73% dos municípios do país e os 34 Distritos Sanitários Indígenas (DSEIs), beneficiando cerca de 63 milhões de brasileiros, com a priorização de municípios com 20% de sua população em extrema pobreza, com IDH baixo ou muito baixo (BRASIL, 2015).

Com o PMM, há uma inversão da lógica municipalista em que se ancorou a implantação da Atenção Primária no Brasil. A APS, até então, foi marcada pelo incipiente direcionamento do governo federal. O protagonismo do município se destaca na possibilidade de aderir ou não à estratégia, uma vez que, ao aderir, terá que arcar com a maior parte dos custos, cabendo aos prefeitos a definição das áreas a serem contempladas com a Estratégia Saúde da Família. Percebe-se ainda, com o incipiente direcionamento do governo federal, heterogeneidade na condução dessa política, com consequentes diferenças no desempenho das equipes (CAMPOS; PEREIRA JUNIOR, 2016).

Mesmo com a implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que busca adicionar o componente da qualidade ao financiamento das equipes a partir de avaliações periódicas, essa dessemelhança no funcionamento ainda é percebida: ora as equipes trabalham como unidades tradicionais, ora de forma extremamente burocratizadas. Problemas como a dificuldade de coordenar o cuidado dos

pacientes, a lógica de atendimento ainda centrada nos procedimentos e nos exames complementares, a precariedade do vínculo entre profissionais e usuários, processos educativos pontuais, variações regionais de acesso às tecnologias de informação e comunicação compõem ainda uma realidade a ser enfrentada (CASOTTI et al., 2014; MAGALHÃES JUNIOR; PINTO, 2014; PINTO et al., 2015).

As mudanças fortemente sentidas durante a implantação do PMM foram a sua inserção na agenda política da Presidência da República e a sua condução pelo governo federal, através do Ministério da Saúde, que passa a ser responsável pelo provimento da maior parte dos recursos, além do recrutamento, distribuição dos médicos e pela definição de diretrizes para a formação dos profissionais de saúde, sobretudo da classe médica em todo o território nacional (CAMPOS; PEREIRA JUNIOR, 2016).

Mesmo com o problema da má distribuição das equipes e outros obstáculos já referidos, o fortalecimento da APS no país tem levado a uma grande mudança na lógica de atendimento à população, afetando sobremaneira a formação dos profissionais da área de saúde, sobretudo de médicos, tradicionalmente incentivados às superespecializações e ao trabalho no serviço privado. O PMM se propôs a confrontar essa realidade, propondo estratégias que têm gerado inúmeras contestações.

O maior óbice desse Programa foi, desde sua implantação, a chegada de médicos estrangeiros, sobretudo cubanos, gerando um confronto não só de interesses corporativos, mas também de natureza ideológica no país. As representações médicas colocam em xeque não só a competência dos estrangeiros para atuarem no Brasil, como os gastos com o Programa, que, segundo esses grupos, não tem tido a efetividade pretendida. O envio de recursos para Cuba através do Programa é outro ponto polêmico que está sempre presente nas discussões. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2015, 2017; RIBEIRO, 2017). No final de 2018, os médicos cubanos deixaram o Programa por decisão do governo de Cuba.

A atuação da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) na intermediação do acordo entre Brasil e Cuba, contudo, vem sendo apontada como exemplo a ser seguido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em auxílio a outros países, como a Inglaterra (HARRIS, 2016).

Ocorreram discussões também quando o assunto foi a ampliação do número de escolas de Medicina no país, que teve a sua qualidade questionada (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017; RIBEIRO, 2015).

Muitos estudos científicos têm sido realizados sobre o PMM, seja estimando os componentes do custo do Programa (SILVA et al., 2018), utilizando instrumentos para avaliar a

qualidade do atendimento (RECH et al., 2018), descrevendo estudos de caso de âmbito local (LOPES et al., 2017) ou discutindo aspectos como a interface entre o Programa e o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (MARQUEZAN; GIRALDIN, 2017). Ainda há estudos, como já relatado na introdução dessa tese, cuja discussão se dá em torno do acesso, equidade, integralidade, longitudinalidade, mudanças no processo de trabalho, impacto na provisão, na rotatividade dos médicos e na satisfação do usuário após a implantação do PMM, demonstrando resultados positivos (BARBOSA et al., 2018; FREIRE FILHO Jr., 2018; GIRARDI et al., 2016; KEMPER et al., 2016; RECH et al., 2018) e os limites do Programa (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

A importância da APS no Brasil motivou a criação da Rede de pesquisa em Atenção Primária à Saúde, que é composta pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), OPAS, conselhos de secretários de saúde e entidades profissionais, como Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, a Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Educação Médica, Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade e Associação Brasileira de Ensino Odontológico.

Para compartilhar os conhecimentos e experiências com o PMM foi criado, em 2015, um endereço eletrônico, chamado ‘Plataforma de Conhecimentos do Programa Mais Médicos’, que é uma iniciativa conjunta da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco, a OPAS-OMS e o Ministério da Saúde. Nessa plataforma é possível conhecer os resultados do Programa no país a partir do acesso à publicação de artigos e a outros trabalhos acadêmicos.

Em julho de 2019, houve a prorrogação dos contratos dos médicos atuantes no Programa por mais 3 anos. Contudo, o governo brasileiro anunciou o encerramento progressivo do PMM, que será substituído pelo ‘Programa Médicos pelo Brasil’, instituído através da Medida Provisória (MP) nº 890/2019 (BRASIL, 2019a).

Essa nova iniciativa se diferencia, inicialmente do PMM por não permitir o ingresso de profissionais formados no exterior sem revalidação do diploma. Existem ainda outras diferenças, como o local de atuação desses profissionais: municípios pequenos, com baixa densidade demográfica e distante de centros urbanos, os distritos indígenas ou comunidades ribeirinhas, cidades com alta proporção de pessoas cadastradas nas equipes de Saúde da Família. O recebimento do Bolsa família, benefício de prestação continuada ou benefício previdenciário no valor de até dois salários mínimos são outros critérios para seleção da população a ser atendida. Outro ponto que diferencia esse novo programa em relação ao PMM é não contemplar o investimento em infraestrutura da rede de serviços básicos de saúde (BRASIL, 2019a).

A Medida Provisória prevê ainda instituição de uma entidade de natureza jurídica privada para a execução do programa, chamada Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária, ou Adaps. Essa agência realizará a contratação dos médicos sob o regime estabelecido pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, que é a Consolidação das Leis do Trabalho (BRASIL, 2019a).

Entre as competências da Adaps, está o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão, além da promoção de programas e ações de caráter continuado para a qualificação profissional na APS. Para o cumprimento dos seus objetivos, essa agência poderá se articular com órgãos e entidades públicas e privadas, por meio de contratos, acordos e convênios (BRASIL, 2019a).

Em se tratando da formação médica, percebe-se que esse novo Programa não insere, entre os seus objetivos, a reestruturação da formação médica no Brasil, tema que se constituía em um dos eixos do Programa Mais Médicos. O PMM buscou estabelecer novos parâmetros para a formação médica no País, discutindo grade curricular dos cursos de medicina, com parte da carga horária do internato na atenção primária, estímulo financeiro para realização de Residência em Saúde da Família e Comunidade, entre outros fatores que eram considerados condição para o sucesso daquele Programa e para o fortalecimento da APS no país (BRASIL, 2013a).

Diante desse contexto em que se inicia a transição entre duas iniciativas que possuem diferenças concretas, essa tese busca contribuir com a discussão sobre a qualidade do atendimento dos usuários, que não podem esperar por disputas ideológicas e diferentes concepções sobre a atuação e escopo da atenção primária, pois essa espera tem gerado desassistência à população que depende exclusivamente do Sistema de Saúde para o acompanhamento de sua saúde.

## **2.2 Diabetes *mellitus* (DM) enquanto condição traçadora da qualidade do atendimento**

A escolha do *Diabetes Mellitus* atendeu ao conceito de traçadores de Kessner (1992) enquanto conjunto de condições ou doenças com alta prevalência na população, sobre as quais se conhece a evolução e para as quais estejam definidos meios de prevenção, diagnóstico e tratamento, sendo possível avaliar a qualidade da atenção prestada não apenas aos usuários com DM, mas também inferir a qualidade da atenção à saúde em geral. A seguir, serão discutidos aspectos relevantes sobre o diabetes, como magnitude, atribuições dos profissionais da atenção

primária em relação ao atendimento aos usuários, além de trazer elementos importantes sobre a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas.

Estima-se que tenhamos 425 milhões de pessoas com diabetes em todo mundo. Dois terços dessas pessoas moram em áreas urbanas e estão em idade ativa. Os gastos com a DM comprometem 12% das despesas globais com saúde. Nos países da América Central e do Sul o número de pessoas com DM aumentará em 62%, em 2045 (OGURTSOVA et al., 2017).

Em pesquisa que englobou a América Latina e o Caribe, constatou-se que os custos decorrentes da perda de produção em virtude da DM podem ser cinco vezes maiores que os diretos e que podem estar relacionados à assistência à saúde pouco resolutiva que, além de uma prevenção primária incipiente, pouco previne complicações decorrentes do agravo (BARCELÓ et al., 2003).

No Brasil, a DM foi referida por 6,9% da população (BRASIL, 2014b), ocupando a 8ª posição no mundo em número de pessoas acometidas, sendo, em conjunto com a hipertensão, a primeira causa de hospitalização no SUS. Por essas razões, está inserida como prioridade na Rede de Atenção das Pessoas com doenças crônicas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015b).

Esta não pode ser considerada uma única doença, mais sim um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas. É classificada mundialmente em DM tipo 1 e DM tipo 2, outros tipos de DM, além da DM gestacional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

A DM tipo 1 é caracterizado por destruição das células beta que levam a uma deficiência de insulina. Pode ser autoimune ou idiopático. A DM 2 é a forma verificada em 90 a 95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e secreção da insulina e na regulação da produção hepática de glicose. É causada por uma interação de fatores genéticos e ambientais.

Entre os fatores ambientais associados ao DM 2 estão sedentarismo, dietas ricas em gorduras e envelhecimento. A maioria dos pacientes com esse tipo de DM apresenta sobrepeso ou obesidade. Pode ocorrer em qualquer idade, mas é geralmente diagnosticado após os 40 anos (KARINO; PACE, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

Estudos sobre *Diabetes Mellitus* demonstram que a maior prevalência da doença em mulheres, idosos, pessoas com sobrepeso/obesidade, indivíduos sedentários, menor nível de escolaridade e foram ainda encontradas, como principais comorbidades do *Diabetes* o excesso de peso/obesidade, glaucoma, retinopatia diabética, hipertensão arterial e sintomas depressivos (ISER et al., 2015; PETERMANN et al., 2015).

Para subsidiar tecnicamente os profissionais da Atenção Primária no país, há uma série de normas e procedimentos editados, principalmente, por entidades médicas e pelo Ministério da Saúde, além, de também existirem protocolos locais. Essas diretrizes incluem o rastreamento de usuários com alto risco para desenvolver a doença (prevenção primária); além daqueles que tem *diabetes*, mas não sabem (prevenção secundária). Para os usuários já com diagnóstico estabelecido, prevenir as complicações e controlar as já instaladas deve ser rotina no processo de trabalho das equipes da APS no país (BRASIL, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

Existem ainda normatizações para o diagnóstico clínico, a relação de exames complementares, o tratamento, a relação de possíveis complicações e seu manejo, além de sugestões de ações de promoção à saúde e prevenção da DM (BRASIL, 2006, 2013).

Destacam-se as atribuições das equipes de APS (BRASIL, 2006, 2017a):

- a) Agentes Comunitários de Saúde: esclarecer a comunidade, por meio, de ações individuais e/ou coletivas, sobre os fatores de risco para diabetes e as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção; orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira; identificar, na população descrita, a partir dos fatores de risco descritos acima, membros da comunidade com maior risco para diabetes tipo 2, orientando-os a procurar a unidade de saúde para definição do risco pelo enfermeiro e/ou médico; registrar, em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de *diabetes* de cada membro da família; ajudar o paciente seguir as orientações alimentares, de atividade física e de não fumar, bem como de tomar os medicamentos de maneira regular; estimular que os pacientes se organizem em grupos de ajuda mútua, como, grupos de caminhada, trocas de receitas, técnicas de autocuidado, entre outros; questionar a presença de sintomas de elevação e/ou queda do açúcar no sangue aos pacientes com *diabetes* identificado, e encaminhar para consulta extra; verificar o comparecimento dos pacientes com *diabetes* às consultas agendadas na unidade de saúde (busca ativa de faltosos).
- b) Enfermeiro: desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes diabéticos; realizar consulta de enfermagem com pessoas com maior risco para *diabetes* tipo 2 identificadas pelos agentes comunitários, definindo claramente a presença do risco e encaminhado ao médico da unidade para rastreamento com glicemia de jejum quando necessário; realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, estratificando risco cardiovascular, orientando mudanças no estilo de

vida e tratamento não medicamentoso, verificando adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário; estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de pacientes diabéticos); programar, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente; solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames de rotina definidos como necessários pelo médico da equipe ou de acordo com protocolos ou normas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal; orientar pacientes sobre automonitorização (glicemia capilar) e técnica de aplicação de insulina; repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências; encaminhar os pacientes com *diabetes*, de acordo com a especificidade de cada caso (com maior frequência para indivíduos não aderentes, de difícil controle, portadores de lesões em órgãos alvo ou com comorbidades) para consultas com o médico da equipe; acrescentar, na consulta de enfermagem, o exame dos membros inferiores para identificação do pé em risco. Realizar, também, cuidados específicos nos pés acometidos e nos pés em risco; perseguir, de acordo com o plano individualizado de cuidado estabelecido junto ao portador de *diabetes*, os objetivos e metas do tratamento (estilo de vida saudável, níveis pressóricos, hemoglobina glicada e peso); organizar junto ao médico, e com a participação de toda a equipe de saúde, a distribuição das tarefas necessárias para o cuidado integral dos pacientes portadores de diabetes; usar os dados dos cadastros e das consultas de revisão dos pacientes para avaliar a qualidade do cuidado prestado em sua unidade e para planejar ou reformular as ações em saúde.

- c) Médico: desenvolver atividades educativas, por meio de ações individuais e/ou coletivas, de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes diabéticos; realizar consulta com pessoas com maior risco para *diabetes* tipo 2, a fim de definir necessidade de rastreamento com glicemia de jejum; realizar consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis comorbidades, visando à estratificação do risco cardiovascular do portador de *diabetes*; solicitar exames complementares, quando necessário; orientar sobre mudanças no estilo de vida e prescrever tratamento não medicamentoso; tomar a decisão terapêutica, definindo o início do tratamento medicamentoso; programar, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente; encaminhar à unidade de referência secundária, todos os pacientes com *diabetes*, para rastreamento de complicações crônicas, quando da impossibilidade de realizá-lo na unidade básica; encaminhar à

unidade de referência secundária os pacientes portadores de *diabetes* com dificuldade de controle metabólico, após frustradas as tentativas de obtenção de controle pela equipe local; encaminhar à unidade de referência secundária os casos de *diabetes* gestacional, gestantes com *diabetes* e os que necessitam de uma consulta especializada (cardiologia, oftalmologia, etc.); perseguir, de acordo com o plano individualizado de cuidado estabelecido junto ao portador de *diabetes*, os objetivos e metas do tratamento (estilo de vida saudável, níveis pressóricos, hemoglobina glicada e peso); organizar junto ao enfermeiro, e com a participação de toda a equipe de saúde, a distribuição das tarefas necessárias para o cuidado integral dos pacientes portadores de *diabetes*; usar os dados dos cadastros e das consultas de revisão dos pacientes para avaliar a qualidade do cuidado prestado em sua unidade e para planejar ou reformular as ações em saúde.

- d) Cirurgião-Dentista: desenvolver ações voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal do portador de *diabetes*; traçar o perfil de saúde bucal dos pacientes com *diabetes* na comunidade; realizar procedimentos clínicos com atenção especial à doença periodontal, pelo seu papel no controle glicêmico.

Para encaminhamento dos pacientes para outros níveis de atenção, a equipe deve adotar os seguintes critérios: presença de insuficiência renal crônica; suspeita de hipertensão e *diabetes* secundários; DM em gestantes; DM em crianças e adolescentes; complicações oculares; lesões vasculares das extremidades, incluindo pé diabético; acidente vascular encefálico prévio com déficit sensitivo e/ou motor; diabéticos de difícil controle; diabéticos para rastreamento de complicações crônicas (se isto não for possível na unidade básica de saúde) (BRASIL, 2006).

Estudos que abordam a atuação das equipes de atenção primária aos usuários com doenças crônicas, em especial o *diabetes*, dão ênfase à epidemiologia, à integração entre os níveis de atenção, à promoção da saúde, autocuidado, educação em saúde, à prevenção e controle das complicações, entre outros aspectos (CAIAFA et al., 2011; FREITAS; GARCIA, 2013; HUDON et al., 2015; ISER, 2015; SANTOS, 2008; TORRES; ROQUE; NUNES, 2011).

O ponto em comum entre os referidos estudos é o destaque à necessidade de acesso aos serviços de saúde, com acompanhamento regular por uma equipe que tenha não apenas recursos tecnológicos e farmacológicos necessários, mas, sobretudo a consciência da corresponsabilidade junto aos usuários que implica na prevenção do DM (sobre os riscos modificáveis), condução do tratamento, prevenção de agravos decorrentes (complicações), sendo indispensáveis para aumentar a resolubilidade na APS.

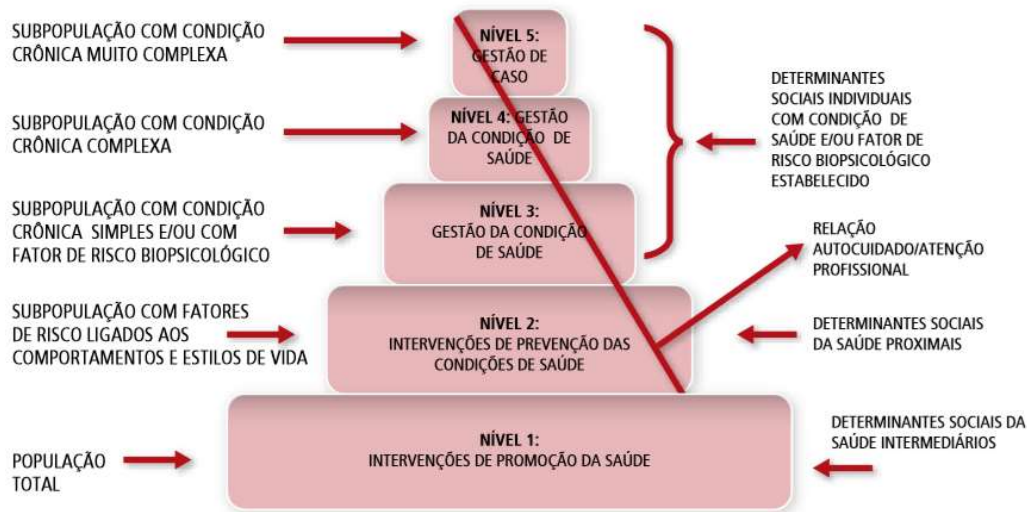


Para Mendes (2010), os sistemas fragmentados de saúde voltados para atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas são uma realidade não só do Brasil, mas também de outros países. Ressalta que é necessário existir coerência entre a realidade da transição epidemiológica particular do Brasil e os serviços de saúde, por meio da implantação de redes de atenção, tornando o sistema de saúde proativo e que forneça cuidado contínuo.

Para esse autor, a estrutura em redes implica em “[...] missão única, objetivos comuns e planejamento conjunto [...]” (MENDES, 2010, p. 2300). Essas redes possuem três elementos constitutivos: a população, o modelo de atenção à saúde e a estrutura operacional. Esse último elemento tem, entre os seus componentes, a atenção primária e os pontos de atenção secundários e terciários.

Mendes propôs o modelo de atenção às condições crônicas (MACC) que, mesmo inspirado em modelos implantados em outros países, foi adaptado à realidade do SUS, tendo, como principais subsídios para a sua formulação, os determinantes sociais da doença, as relações que se estabelecem entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias dos serviços de saúde. A figura abaixo foi elaborada pelo autor (MENDES, 2011) e demonstra como se organiza o MACC: em cinco níveis e em três componentes integrados: a população, disposta em grupos com necessidades de saúde semelhantes a ser atendidos por tecnologias e recursos específicos, seguindo uma estratificação de riscos; os focos de intervenção e os tipos de intervenções de saúde (no centro da figura).

**Figura 1** - Representação do modelo de atenção às condições crônicas (MACC)



Fonte: Mendes (2011).

O Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis para o período de 2011 a 2022 foi formulado pelo Ministério da Saúde, abordando, entre os principais grupos de doenças, o *diabetes* (BRASI, 2011a). Em 2013, com o objetivo de estruturar uma rede de cuidados aos Portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) foi instituída a Portaria nº 252/GM/MS, já revogada no ano seguinte pela Portaria nº 483/ GM/MS. Essa última redefine a Rede de Atenção à Saúde para estes pacientes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), além de sugerir diretrizes para a organização das linhas de cuidado, sendo a atenção primária considerada o centro da comunicação da rede de saúde, devendo ser a porta de entrada prioritária para organização do cuidado (BRASIL, 2014a).

Estão entre os princípios da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, o acesso e acolhimento aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos de atenção; a humanização da atenção; as redes de saúde com integração e conectividade entre os diferentes pontos de atenção; a participação e controle social dos usuários sobre os serviços, a autonomia dos usuários, com constituição de estratégias de apoio ao autocuidado; a equidade, a partir do reconhecimento dos determinantes sociais da saúde e a atuação territorial. Esse último princípio, segundo a Portaria nº 483, carece de definição e organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas nas regiões de saúde, a partir das necessidades de saúde das respectivas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas, além disso, estabelece que o modelo de atenção deve ser centrado no usuário (BRASIL, 2014a).

Nessa tese, buscar-se-á estudar a atenção aos pacientes com diabetes em Goiana à luz desses princípios e do modelo de atenção formulado por Mendes (2011), considerando que a concretização das redes de atenção depende da corresponsabilização não só do município, mas dos outros entes da federação no desempenho de suas atribuições, além de uma discussão aprofundada sobre o papel da estratégia saúde da família na rede de atenção diante das importantes alterações previstas na atual Pnab e de uma mudança no cenário do financiamento do setor saúde que vem sofrendo cortes nos repasses do Governo Federal.

### **2.3 Avaliação da qualidade em saúde**

O uso da avaliação no Brasil é recente, com destaque para a década de 90 na produção científica. O seu uso no país se deu, sobretudo, para pesquisas acadêmicas e como etapa do planejamento e gestão de programas sociais, muitas vezes priorizando a racionalização dos investimentos em saúde, ocorrendo um retardo na sua expansão durante a década de 90 até chegar a sua consolidação e institucionalização nos dias atuais (PAIM, 2005).

A emissão do juízo de valor é ponto chave na definição de avaliação proposta por Champagne et al. (2011). Segundo Contandriopoulos et al. (1997), o julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

A Avaliação Normativa se ampara em normas e critérios e ou padrões estabelecidos. A Pesquisa Avaliativa, por sua vez, investe na perspectiva analítica, relacionando o problema, a intervenção, os objetivos da intervenção, os recursos, as atividades, os efeitos e o contexto. A avaliação normativa pode se constituir como uma das etapas pesquisa avaliativa (SAMICO et al., 2010).

Os objetivos da avaliação são distintos para alguns autores de referência na área. Para Contradiopoulos et al. (1997), há o objetivo estratégico, que diz respeito ao auxílio no planejamento e na elaboração de uma intervenção, o formativo em que provê informação para aprimorar uma intervenção no seu decorrer, o somativo no qual estabelece os efeitos de uma intervenção e o fundamental no qual busca contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica. Minayo (2005) considera que o objetivo da avaliação é fornecer respostas à sociedade sobre o emprego de recursos públicos, devendo servir, em seu propósito mais nobre, para a transformação dessa sociedade. Este objetivo engloba as discussões sobre a eficiência, a efetividade e a eficácia das intervenções sociais.

Pinto, Silva e Baptista (2014) alertam que os objetivos da avaliação dependem de quem formula a pergunta. A avaliação pode responder, inclusive, a necessidade de legitimação por parte dos gestores, de modo a retardar a tomada de decisões, a aumentar o controle sobre a intervenção e a satisfazer as exigências dos organismos financiadores.

Segundo Hartz (1999), para a realização da avaliação, há necessidade de um modelo teórico, pluralidade metodológica e obrigatoriedade de dispositivos institucionais que regulamentem os estudos de avaliação garantindo a qualidade e a utilidade do produto final.

De acordo com Guba e Lincoln (2011), a avaliação pode ser dividida em quatro períodos ou gerações. A primeira geração (1910 e 1930) é sinônimo de medida, sendo essencialmente técnica. A segunda geração (década de 1940) aponta o nascimento da avaliação de programas. A terceira geração tem o julgamento como aspecto principal. A quarta geração (1980) tem a negociação como ponto mais importante, considera fundamental a participação dos sujeitos envolvidos no objeto de avaliação em todas as etapas de elaboração da pesquisa.

Avedis Donabedian foi o primeiro autor que se dedicou de maneira sistemática a estudar e publicar sobre qualidade em saúde (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006). Donabedian (1990) pondera que as avaliações de qualidade devem partir da definição do que está sendo considerado qualidade, pois ela não se constitui em um ente abstrato. A qualidade deve ser definida em cada avaliação, segundo esse autor, utilizando dimensões denominadas sete pilares: eficácia, efetividade, eficiência, equidade, aceitabilidade, otimização e legitimidade.

Além dos sete pilares, outra importante contribuição desse autor é o modelo sistêmico, a tríade estrutura-processo-resultado (DONABEDIAN, 1984). A estrutura corresponde às características estáveis dos prestadores do serviço, aos instrumentos e recursos, assim como às condições físicas e organizacionais. O processo se refere às atividades, bens e serviços que são prestados e como o são, seria o conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes (SOUZA; SCATENA, 2014). O resultado observa os efeitos a partir dos objetivos propostos pela intervenção, ou seja, as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes, modificações relacionadas com conhecimentos e comportamentos e aqueles relativos à satisfação dos envolvidos no cuidado (usuários e profissionais). Contandriopoulos et al. (1997) afirmam que a apreciação do resultado pretende saber se os resultados encontrados correspondem aos esperados, isto é, aos objetivos que a intervenção se propôs a atingir.

Para Malik (1996), estrutura implica em disponibilidade de equipamentos, qualidade e quantidade de recursos humanos. Processo envolve sensibilidade do diagnóstico, adequação do tratamento e condutas. E o resultado, visto por esta ótica, avalia mortalidade e morbidade, por exemplo.

Donabedian reconhece as limitações do modelo e recomendou que a melhor estratégia para avaliação da qualidade requer a seleção de um conjunto de indicadores representativos da estrutura, processo e resultado. Mesmo assim, o modelo sistêmico tem uma boa aceitabilidade, por apresentar compatibilidade com os programas e serviços de saúde organizados na lógica dos recursos, organização, atividades, serviços e efeitos.

As principais limitações do modelo donabediano, citadas por Silva e Formigli (1994), são as inconsistências decorrentes da concepção sistêmica para análise do real. O modelo costuma homogeneizar fenômenos de natureza distinta como os recursos humanos e materiais que são considerados como estrutura. Este modelo também supõe existência de ordem, harmonia e direcionalidade, que na prática dos serviços não existe, uma vez que a estrutura não influi necessariamente no processo e este nem sempre guarda relação com os resultados.

Diante da necessidade de desenvolver uma metodologia de avaliação para o sistema de saúde brasileiro, foi criado o Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (Proadess), formado por pesquisadores de instituições brasileiras de pesquisa em saúde, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2003, 2012), que revisou modelos de avaliação internacional, concluindo que a melhoria do desempenho dos sistemas de saúde baseia-se na construção de um quadro de referência composto por elementos que apreendem: o estado de saúde; os determinantes não médicos da saúde, o desempenho e as características gerais do sistema de saúde e dos recursos da comunidade Cruz (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2003, 2012).

Pinto Júnior et al. (2015) analisaram a bibliografia relacionada à avaliação no contexto da Estratégia Saúde da Família, no Brasil, em periódicos de saúde coletiva, de 2003 a 2012, nas quais prevaleceram estudos quantitativos, com diversidade de marcos conceituais. Mesmo com a diversidade de marcos teóricos, foi possível perceber que os autores consagrados, como Avedis Donabedian e Bárbara Starfield são constantemente utilizados.

Os atributos considerados por Starfield et al. (2000) são muito utilizados pelos pesquisadores brasileiros, assim como o instrumento de avaliação denominado *Primary care assessment tool* (PCATool), desenvolvido por essa autora, com base no modelo de aferição da qualidade criado por Donabedian. Trata-se de um formulário que possui questões referentes aos aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. São três versões já validadas: para crianças, adultos e para profissionais de saúde. A seguir, tem-se a descrição de cada atributo:

- a) Acesso de primeiro contato: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou a cada novo episódio do mesmo problema, com exceção das urgências e emergências;
- b) Integralidade: leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária; ações oferecidas para que o usuário receba atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, ações estas adequadas ao contexto das unidades de atenção primária. Inclui ainda os encaminhamentos para especialidades médicas e hospitalares;
- c) coordenação do cuidado: pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuário médico, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado global do paciente;
- d) longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo; relação interpessoal intensa entre profissional e paciente, com confiança mútua;
- e) orientação familiar: consideração do contexto familiar e seu potencial de cuidado na avaliação das necessidades individuais;
- f) orientação comunitária: reconhecimento das necessidades de saúde da comunidade por meio de dados epidemiológicos, do contato direto e do planejamento e avaliação conjunta;
- g) competência cultural: adaptação da equipe às características culturais da população, facilitando a relação e comunicação.

No artigo de Pinto Júnior et al. (2015) foram apontadas também as novas propostas, como a do uso de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), enquanto avaliação indireta desse nível de atenção, que tem crescido desde que o Ministério da Saúde lançou, em 2008, a lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP).

Outro importante grupo que trata da avaliação, enquanto método é composto por Minayo, Assis e Souza (2005). Essas autoras, experientes na área da violência, tratam da avaliação por triangulação de métodos, com destaque para Minayo, estudiosa da técnica da triangulação metodológica, em que a visão de vários informantes e o emprego de várias técnicas de coleta fazem parte do trabalho de investigação.

A proposta de avaliação por triangulação de métodos inclui os atores do projeto e do programa não apenas como objetos de análise, mas principalmente como sujeitos de

autoavaliação. Não exige grande teorização, pois prioriza integrar as vantagens da avaliação tradicional com a abordagem qualitativa e com os elementos dos processos participativos. Essas autoras advogam que os dados subjetivos (significados, interação) e dados objetivos (indicadores, distribuição de frequência) são inseparáveis e interdependentes, permitindo que o quantitativo se relacione com o qualitativo, o macro e micro, interior e exterior, sujeito e objeto.

Esse tipo de avaliação é organizado em oito passos do ponto de vista operacional: formulação do objeto; elaboração de indicadores; escolha da bibliografia de referência e das fontes de informação; construção de instrumentos para coleta primária e secundária das informações; organização e realização do trabalho de campo; análise das informações coletadas; elaboração do informe final; entrega, devolução e discussão com todos os atores interessados na avaliação, visando à implementação de mudanças.

O trabalho cooperativo é o ponto mais importante nessa avaliação, buscando integrar avaliados e avaliadores, respeitar os campos disciplinares e crer na capacidade de diálogo dos diferentes pesquisadores (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Percebe-se que a avaliação da qualidade da assistência em saúde envolve enfoques de metodologias objetivas e subjetivas, a partir das quais se vislumbram desafios e possibilidades e diferenças que se complementam com o objetivo de subsidiar o planejamento e a administração, contribuindo para a tomada de decisões como um processo de transformação em direção à qualidade das ações e serviços de saúde.

A avaliação, por ser uma área do conhecimento considerada emergente, apresenta a seleção de um modelo ou abordagem de avaliação a ser utilizada, como um dilema para o avaliador. Ao se programar um processo de avaliação, os objetivos em questão devem ser escolhidos e explicitados, estando a estratégia de avaliação, portanto, associada a estas escolhas.

Com toda a diversidade e polissemia contidas no campo da avaliação e sua natureza transdisciplinar, a escolha do percurso metodológico a ser seguido requer flexibilidade, criatividade e uma cuidadosa análise dos métodos disponíveis, em coerência com o objeto e os propósitos de um estudo avaliativo e a partir das necessidades dos envolvidos na avaliação. A questão não é usar um ou outro método, mas sim escolher o adequado e relevante.

## 2.4 Breves considerações sobre acesso

A presente tese utiliza, como principais referenciais teóricos, os autores Avedis Donabedian e Bárbara Starfield. Entre os conceitos utilizados por esses dois autores, o acesso se constitui naquele considerado o mais complexo, com grande número de significados, sendo utilizado em conjunto com a acessibilidade de forma ambígua na literatura (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Travassos, Martins (2004) realizaram uma revisão sobre o acesso e a utilização de serviços, buscando verificar como esses conceitos se relacionam. Essas autoras afirmam que a definição de acesso muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto, sendo controversos os enfoques dados ao conceito, ora centrado nas características dos indivíduos, ora nas características da oferta, ora o enfoque se dá em ambas as características ou na relação entre os indivíduos e os serviços. Ao final do estudo, Travassos, Martins (2004) destacam:

[...] a acessibilidade como preferida pelos autores que a descrevem como uma característica da oferta de serviços de saúde ou do ajuste entre a oferta e a população. Já os autores que optam pelo termo acesso, em geral, centram-no na entrada inicial dos serviços de saúde [...] prevalece a ideia de que acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta [...] quanto a abrangência do conceito [do acesso], observa-se uma tendência de ampliação do escopo, com deslocamento do seu eixo da entrada nos serviços para os resultados dos cuidados recebidos [...] (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 196-197).

Ainda para essas autoras, [...] “o uso de serviços pode ser uma medida de acesso, mas não se explica apenas por ele [...] resulta de uma multiplicidade de fatores [...] individuais predisponentes, fatores contextuais e relativos à qualidade do cuidado influenciam o uso e a efetividade do cuidado” [...] (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 197).

Jesus; Assis (2010) buscaram, através de revisão sistemática, discutir o acesso aos serviços de saúde e as contribuições do planejamento para sua construção no âmbito do SUS. A partir da leitura de autores de referência no tema, discutem o acesso em suas dimensões econômica, política, técnica e simbólica, devendo essas dimensões estar alicerçadas na equidade, no estabelecimento de caminhos para a universalização da atenção, regionalização, hierarquização e participação popular. Segundo esses autores, embora a relação oferta/demanda sustente a dimensão econômica do acesso, os aspectos subjetivos dos indivíduos devem ser considerados e os planos de tratamento devem ser individualizados de acordo com as necessidades dos sujeitos. A dimensão técnica ou tecnoassistencial tem a hierarquização e regionalização das redes de serviços como aspectos principais. Já a dimensão política do acesso diz respeito à participação comunitária e controle social. O componente simbólico também é



definidor do acesso, uma vez que [...] “a depender das concepções sobre a saúde, a doença e o processo saúde/doença, podem ser planejados caminhos diferentes de intervenção para garantir a entrada do usuário no sistema de saúde” [...] (JESUS; ASSIS, 2010, p. 168).

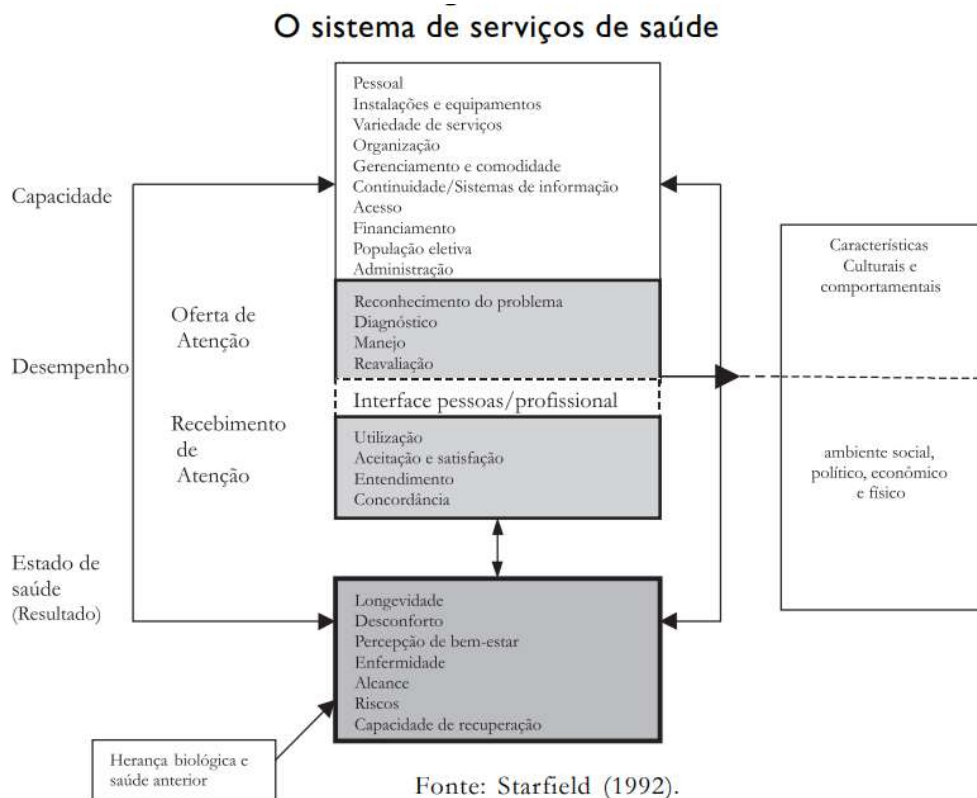
Para Donabedian (2003) tanto o acesso quanto a acessibilidade podem indicar facilidade para obtenção de cuidados de saúde, quando necessário. Esse autor atribui à acessibilidade duas dimensões: a geográfica que se refere à distância e ao tempo de locomoção dos usuários para chegarem aos serviços, incluindo os custos da viagem, dentre outros e a sócio-organizacional. Que trata de todas as características da oferta que facilitem ou dificultem a capacidade das pessoas no uso dos serviços. Para o autor, os serviços devem ser oportunos e contínuos para atenderem a real demanda e serem capazes de assegurar o acesso a outros níveis de atenção.

Starfield tem sua produção científica influenciada por Donabedian, inclusive utilizando as dimensões geográfica e sócio-organizacional da acessibilidade em estudo desenvolvido nos Estados Unidos (FORREST; STARFIELD, 1998), além de, como já discutido, ter desenvolvido um instrumento de avaliação da atenção primária (PCATool) no qual utiliza a tríade estrutura-processo-resultado donabedianiana.

Como o principal objeto de estudo de Starfield é a atenção primária à saúde, essa autora utiliza o termo acesso de primeiro contato e defende um ponto de entrada para o sistema de saúde, preferencialmente um serviço da APS, devendo esse ser acessível à população para utilização a cada novo problema de saúde. O acesso de primeiro contato é dividido em utilização dos serviços e acessibilidade. Para essa autora, a acessibilidade é um aspecto estrutural de um sistema ou de uma unidade de saúde que possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, sendo considerado essencial para que ocorra a atenção ao primeiro contato; a utilização dos serviços se constitui no aspecto processual do acesso de primeiro contato (STARFIELD, 2002).

A figura a seguir adaptada da autora (STARFIELD, 1992) detalha os componentes do sistema de saúde, em suas dimensões estrutura, processo e resultado. As questões voltadas para a acessibilidade dizem respeito a pessoal, instalações e equipamentos, variedade de serviços, organização, gerenciamento, comodidade, continuidade, sistema de informações, financiamento, população eletiva e administração. Já a utilização dos serviços está relacionada às questões referentes à aceitação, satisfação, entendimento e concordância, sendo a utilização uma característica do processo ou desempenho da atenção.

**Figura 2 - Representação do sistema de serviços de saúde**



Fonte: Starfield (1992).

Para essa autora, o acesso de primeiro contato, enquanto atributo essencial da atenção primária à saúde pode ser medido a partir do ponto de vista tanto da população quanto da unidade de atenção à saúde, o mesmo ocorrendo com os outros atributos da APS essenciais (longitudinalidade, integralidade e coordenação) e derivativos (orientação familiar e orientação comunitária), constituindo-se nas principais categorias de análise desse estudo.

### 3 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade do Programa Mais Médicos no município de Goiana, Pernambuco a partir da condição traçadora *Diabetes Mellitus*.

#### 3.1 Objetivos específicos

- a) Caracterizar o perfil dos usuários com *diabetes* acompanhados pelas equipes do PMM em Goiana (PE);
- b) Caracterizar o perfil dos profissionais integrantes das equipes do PMM de Goiana (PE);
- c) Avaliar a incorporação e o desenvolvimento dos atributos essenciais e derivativos da atenção primária, no cuidado aos pacientes com diabetes nas equipes do PMM de Goiana (PE);
- d) Analisar, a partir da perspectiva de gestores e profissionais, a coordenação do cuidado aos pacientes com DM.

## 4 METODOLOGIA

A metodologia está organizada segundo eixos quantitativo e qualitativo. Após a apresentação do desenho e área de estudo, tem-se o detalhamento de cada eixo, seguido de um quadro síntese do estudo e das considerações éticas.

### 4.1 Desenho de estudo

Foi realizada uma avaliação da qualidade, utilizando, sobretudo, o modelo sistêmico de Avedis Donabedian (1984), que observa a relação entre os componentes da estrutura, do processo e do resultado. A ancoragem do estudo se dá no referido autor e em Bárbara Starfield (2002) que desenvolveu um instrumento com base no modelo de aferição da qualidade criado por Donabedian. Utilizou-se, como evento traçador para avaliação da qualidade, o diabetes mellitus por ser um agravo que atende aos requisitos descritos no conceito de traçadores formulado por Kessner (1992) já discutidos no referencial teórico.

A estratégia adotada foi a realização de um estudo de caso, que permite uma investigação para se preservar as características significativas, por exemplo, de processos organizacionais e administrativos (YIN, 2005). Para esse autor, esse tipo de estudo não exige controle sobre eventos comportamentais e focaliza acontecimentos contemporâneos, em que os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidos.

Segundo Yin (2005), o estudo de caso deve se basear em várias fontes de evidências para aumentar a validade do constructo. Foram utilizadas, na presente tese, as abordagens qualitativa e quantitativa para atender aos objetivos do estudo. Com a abordagem quantitativa, buscou-se traçar o perfil dos profissionais e dos usuários com *diabetes* cadastrados e acompanhados pelas equipes do PMM, bem como avaliar a incorporação e o desenvolvimento dos atributos da atenção primária no cuidado aos usuários com *diabetes*.

Já na abordagem qualitativa buscou-se uma imersão sobre as questões que envolvem o atributo coordenação, por considerar sua importância para as doenças crônicas, uma vez que esse atributo é essencial para a obtenção dos outros aspectos, pois: “[...] sem ela, a longitudinalidade perderia muito do seu potencial, a integralidade seria dificultada e a função do primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa [...]” (STARFIELD, 2002, p. 365). Ademais, ao se debruçar sobre esse atributo, é possível ter, ao final, uma discussão mais aprofundada, uma vez que há um consenso na literatura de que há dificuldades para compreender e operacionalizar o conceito (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012).

Foi utilizado, como conceito norteador de coordenação do cuidado, aquele descrito por Aleluia (2014), como sendo

o processo que visa integrar ações e serviços de saúde, em que distintos profissionais utilizam mecanismos e instrumentos específicos para planejar a assistência, para definir fluxos, para trocar informações sobre usuários e seus processos assistenciais, para referenciar, contrarreferenciar e monitorar pacientes com diferentes necessidades de saúde, entre serviços localizados no mesmo ou em diferentes níveis de atenção, a fim de facilitar a prestação do cuidado contínuo e integral, em local e tempo oportunos.

Além do aprofundamento sobre a coordenação dos cuidados, a abordagem qualitativa também foi utilizada para permitir que fossem mais bem discutidas as questões que tiveram respostas muito divergentes entre os sujeitos durante a abordagem quantitativa e naqueles casos, em que os resultados foram muito negativos para todos os sujeitos.

Pretendeu-se, então, obter uma visão geral sobre os atributos essenciais e derivativos, somando-se às comparações de informações entre os dados quantitativos e qualitativos relativos, sobretudo, à coordenação, identificando assim aspectos semelhantes, divergentes e/ou complementares, buscando realizar uma triangulação de métodos (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

## 4.2 Área de estudo

O município de Goiana está localizado na parte Nordeste do estado de Pernambuco, inserido na Região Metropolitana do Recife (RMR). Com população de 78.618 pessoas, o município possui 76,7% de seus habitantes residindo em áreas urbanas e 23,3% em áreas rurais (IBGE, 2011), embora a estrutura fundiária do município esteja concentrada no meio rural.

A população masculina representa 48,4% e a feminina 51,6%. Quanto à estrutura etária, 25,8% dos habitantes são considerados jovens, 64,3% estão na faixa de idade adulta e 9,9% são idosos. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município foi de 0,692, no ano de 2000, ocupando a 24ª posição no *ranking* do estado.

Segundo o censo de 2010 do IBGE, aproximadamente 24% dos domicílios estão ligados à rede de coleta de esgotos, 11% possuem fossa séptica, 60% despejam seus dejetos em fossas rudimentares, os outros 5% despejam seus esgotos em valas, rios e canais (IBGE, 2011).

Em Goiana, a rede assistencial municipal é composta pela rede básica de saúde e pela rede de atenção especializada. No âmbito da atenção primária, encontram-se 23 Unidades Básicas de Saúde (UBS) organizadas sob a lógica da Estratégia de Saúde da Família, com 21 equipes participantes do PMM, além de 4 Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção

Básica (Nasf AB), 12 polos do Programa Academia da Saúde, 1 Unidade do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), 3 Postos de Saúde Tradicionais e um Serviço de Testagem e Aconselhamento (CTA).

Na rede de atenção especializada de saúde, há um serviço de assistência especializada (SAE), 1 policlínica, 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 1 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), 2 unidades mistas e 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Por ser sede da XII regional de saúde, o município tem, em seu território, 1 Hospital Regional, de média complexidade, sob a gestão estadual, além de possuir uma central de regulação do acesso (Quadro 1).

A rede privada do município conta, além de serviços e clínicas isoladas, com 1 policlínica e 2 hospitais: um de média complexidade e outro com serviços especializados de oftalmologia de média e alta complexidades (Quadro 1).

**Quadro 1** - Número de estabelecimentos segundo tipo e prestador. Goiana, Pernambuco. Março, 2017

Tipo de estabelecimento	Prestador	
	Público	Privado
Posto de saúde tradicional	3	0
Unidade básica de saúde	23	0
Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica	4	0
Polo Academia da saúde	12	0
Unidade mista	2	0
Policlínica	1	1
Hospital Regional	1	0
Centro de atenção psicossocial	1	0
Clínica especializada/ambulatório especializado	2	9
Unidade móvel de nível pré-hospitalar urgência	5	0
Central de regulação	1	0
Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia	0	7
Unidade móvel terrestre	0	1
Farmácia	1	0
Central de Gestão em Saúde	4	0
Consultório isolado	0	11
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>31</b>

Fonte: a autora, a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde- CNES/Ministério da Saúde.

Para melhor compreensão do estudo, os demais itens da metodologia foram agrupados de acordo com os eixos quantitativo e qualitativo do estudo. Ao final desse capítulo, há um quadro síntese do estudo que busca, a partir de cada objetivo, explicitar os sujeitos, as técnicas, os instrumentos e as fontes utilizadas (Quadro 2).

### 4.3 Eixo quantitativo

Esse eixo está estruturado em: população e amostra, fontes de dados, técnicas e instrumentos de coleta de dados, variáveis estudadas, critérios de inclusão e exclusão e plano de análise.

#### 4.3.1 População e amostra

A população estudada foi composta por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS) da ESF, ligados ao PMM, com mais de seis meses de atuação nas equipes e pelos usuários com *diabetes mellitus* (DM) cadastrados e acompanhados pelas equipes do PMM, que, no momento da entrevista, tivessem idade a partir dos dezoito anos e que utilizassem as USF participantes do estudo para acompanhamento de sua saúde.

Do total de 22 ESF implantadas no município de Goiana durante o período em que o estudo foi realizado (novembro de 2016 a janeiro de 2019), foram incluídas no estudo 21 equipes com médicos integrantes do PMM. Destacando que uma equipe foi excluída por não ter médico naquele momento em que o estudo se realizava. Dessa forma, optou-se por entrevistar o total de médicos e enfermeiros atuantes nas unidades. Participaram, então, 21 enfermeiros e 20 médicos, havendo uma recusa.

Para a escolha dos usuários, utilizou-se amostra aleatória com base no total de cadastrados existentes nas equipes. A amostra foi obtida por meio de sorteio aleatório, de forma a permitir que todas as microáreas fossem contempladas e tivessem a mesma probabilidade de participarem da amostra.

No início do estudo, havia 10.492 usuários com *diabetes* acompanhados pelas ESF em Goiana (PERNAMBUCO, 2016). Foi realizada uma amostragem por conglomerado, utilizando 95% de intervalo de confiança, 3% de erro de estimativa, 10% de prevalência, com um efeito de desenho de 1,4, considerando 21 equipes (*clusters*), resultando em uma amostra de 520 usuários.

Do total de 520 usuários, foram excluídos 72 por não se enquadrarem no critério de inclusão referente à utilização das USF participantes do estudo para acompanhamento da saúde, 6 por serem menores de 18 anos e 5 por erro de preenchimento dos formulários, totalizando 83 perdas. A amostra final do estudo foi composta, então, por 437 usuários. Ressalta-se que o efeito de desenho foi de 1,16, menor que o programado (1,4).

Para os ACS, de um total de 148 profissionais atuantes no município em 2017 (BRASIL, 2018a), foi realizada uma amostra aleatória. Participaram da pesquisa, então, 110 agentes de saúde.

#### 4.3.2 Fontes de dados, técnicas e instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados dados primários, produzidos a partir de entrevistas estruturadas que foram realizadas por profissionais previamente selecionados e treinados. Médicos e enfermeiros foram entrevistados nas suas unidades de trabalho e os usuários, em seus domicílios. Para isto, utilizaram-se as versões do instrumento para usuários adultos e para profissionais do *Primary Care Assessment Tool* validadas no Brasil (PCATool-Brasil).

O PCATool (CHARLYN; STARFIELD; HURTADO, 2000), criado a partir do modelo de avaliação da qualidade da estrutura, processo e resultado de Donabedian (1984), é adotado pela Organização Mundial da Saúde e validado nacional e internacionalmente, possuindo tradição de utilização no Brasil e em alguns países da América, Europa e Ásia por seu grande potencial de aferição da qualidade da APS (CARNEIRO et al., 2014; HARZHEIM et al., 2016; MARTINS; ABREU; QUEVEDO, 2016; PENSO et al., 2017; TURCI; LIMA-COSTA; MACINKO, 2015).

Esse instrumento mede a presença e a extensão dos atributos da APS (acesso de primeiro contato, integralidade, coordenação do cuidado, longitudinalidade, orientação familiar e orientação comunitária). A competência cultural não é contemplada na versão validada para o Brasil. É dividido em questões conforme o atributo avaliado e seus componentes.

Entre as questões abordadas, estão: utilização dos serviços para consulta de rotina, encaminhamento para serviços especializados; informações fornecidas pelo médico para o encaminhamento; informações no retorno da consulta ao especialista; tempo de espera para marcar consultas; tempo e qualidade da consulta com o médico na unidade de atenção primária; conhecimento dos profissionais de saúde sobre a vida do paciente (família, onde mora, onde trabalha, quais os problemas mais relevantes, doenças comuns na família, etc.); conhecimento do médico sobre os medicamentos utilizados pelo paciente; preenchimento de prontuários; questões sobre serviços disponíveis (vacina, sutura, tratamento dentário, aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV, aconselhamento sobre como parar de fumar, etc.); conhecimento sobre os problemas de saúde mais importantes na comunidade, entre outras questões. As variáveis a serem estudadas estão nos quadros 3 e 4 (Apêndice H).



Como o instrumento PCATool Brasil não possui questões que possibilitem traçar o perfil dos sujeitos, utilizou-se um formulário elaborado pela equipe da pesquisa, que foi aplicado antes do PCATool (Apêndices E e F).

Para as entrevistas com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), foi elaborado um novo instrumento, por considerar que as questões do PCATool, em sua versão profissional, não são adequadas para esse sujeito. Para a elaboração de questões que buscasse contemplar os atributos da APS, foram utilizados documentos oficiais do Ministério da Saúde, como a Política Nacional de Atenção Primária (Pnab), o Caderno de Atenção Primária relativo à *Diabetes*, além do próprio PCATool, a partir da adaptação de algumas questões (BRASIL, 2013b, 2017a).

As setenta e uma questões do formulário contemplaram a caracterização dos ACS, além de assuntos como: atribuições, informações sobre estrutura das unidades e processo de trabalho, funcionamento das unidades, trabalho da equipe e integração entre a atenção primária e especializada para o atendimento aos usuários com *diabetes* (Apêndice G). As variáveis estudadas estão contidas no apêndice H. Foi realizado um pré-teste para ajustar o instrumento antes das entrevistas.

#### 4.3.3 Variáveis estudadas

Para a apresentação das variáveis estudadas, foram elaborados quadros com definição e posterior categorização, quando necessária (Apêndice H).

As questões referentes à qualidade do atendimento contidas no PCATool Brasil, versão usuários, são as seguintes: A - Grau de afiliação, B - Questões referentes ao atributo acesso de primeiro contato (utilização), C - Questões referentes ao atributo acesso de primeiro contato (acessibilidade), D - Questões referentes ao atributo longitudinalidade, E - Questões referentes ao atributo coordenação (integração de cuidados), F - Questões referentes ao atributo coordenação (sistemas de informações), G - Questões referentes ao atributo integralidade (serviços disponíveis), H - Questões referentes ao atributo integralidade (serviços prestados); I - Questões referentes ao atributo orientação familiar e J - Questões referentes ao atributo orientação comunitária.

As variáveis contidas em cada bloco da versão do PCATool destinado aos usuários estão detalhadas no apêndice H, ressaltando-se que, para os profissionais, as questões são semelhantes, contudo, aquelas que objetivam verificar o grau de afiliação são exclusivas da versão do instrumento para os usuários.

No presente estudo, o grau de afiliação foi utilizado, sobretudo, para selecionar os sujeitos que fariam parte da pesquisa a partir da amostra inicial, uma vez que os usuários que não utilizavam as unidades participantes do PMM não participaram das entrevistas por não se enquadrarem nos critérios de inclusão a serem detalhados no item 4.3.4.

Além das variáveis referentes ao PCATool, também estão descritas no apêndice H as variáveis utilizadas na caracterização dos médicos e enfermeiros e aquelas variáveis referentes aos agentes comunitários de saúde.

#### 4.3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Os sujeitos incluídos na pesquisa foram: profissionais (médicos, enfermeiros e ACS) das Equipes de Saúde da Família que possuíssem médicos do PMM e que estivessem na equipe há pelo menos seis meses; usuários diagnosticados com *Diabetes Mellitus*, cadastrados e acompanhados pelas Equipes com médicos do PMM no município.

Sujeitos excluídos da pesquisa: usuários que não referenciaram, no momento da entrevista, alguma Unidade de Saúde da Família participante do Programa Mais Médicos do município; usuários com *diabetes* com menos de 18 anos; profissionais e usuários que não se enquadraram nos critérios de inclusão.

A pesquisa foi iniciada em novembro de 2016 pela realização das entrevistas com usuários e profissionais (médicos e enfermeiros). Contudo, houve uma interrupção na coleta de informações dos médicos e usuários, em virtude do encerramento do contrato de seis médicos cubanos em dezembro de 2016.

Para cumprir os critérios de inclusão, foi necessário esperar seis meses após a chegada dos novos médicos para retomar o trabalho de campo, tempo importante para que os médicos pudessem conhecer o território, a rede de saúde, os trâmites administrativos do município, além de construir o vínculo com a comunidade. E para que os usuários pudessem avaliar a qualidade do serviço após a chegada desses profissionais.

#### 4.3.5 Plano de análise

Para análise dos dados primários, foram construídas máscaras dos instrumentos para digitação dos dados utilizando o programa EPI Info, versão 3.5.4, de 2012. Especificamente sobre o PCATool, as respostas são estruturadas seguindo uma escala do tipo Likert que vai de 1 a 4 para cada atributo (LIKERT; ROSLOW; MURPHY, 1993). As respostas para as questões

do PCATool são: com certeza sim (valor = 4), provavelmente sim (valor = 3), provavelmente não (valor = 2), com certeza não (valor = 1), além da opção não sei/não lembro (valor = 9).

Para cada atributo foi criado um escore, utilizando a média aritmética das respostas aos itens que constituem cada componente por atributo. Foram, então, realizadas padronizações dos escores de qualidade para que todos ficassem em uma mesma escala, podendo variar de 0 a 10. Em seguida, foram analisadas as variáveis a partir dos escores médios e padronizados. Os escores com valores iguais ou acima de 6,6 evidenciam forte orientação à APS, por representarem na escala Likert o valor 3, que indica a resposta ‘provavelmente sim’ (HARZHEIM et al., 2018).

Utilizou-se o *Software* Estatístico R, versão 3.3.2 na análise estatística. As variáveis quantitativas foram inicialmente avaliadas quanto ao tipo de abordagem paramétrica ou não paramétrica. Dessa forma, utilizaram-se os testes de Bartlett e Shapiro-Wilk para testar as suposições de homogeneidade e normalidades, respectivamente, das variáveis envolvidas no estudo.

Nesse contexto, quando observado o pressuposto de homogeneidade, as diferenças de médias foram avaliadas utilizando Anova seguido do *post hoc teste* de Tukey. Caso contrário, utilizou-se o teste Kruskal-Wallis seguido do *post hoc* usando o critério de Fisher da diferença mínima significativa (LSD), onde foram avaliadas as medianas. Também se utilizou o teste de T-Student para avaliar as médias, no entanto ao observar a violação da normalidade aplicou-se o teste não paramétrico Mann-Whitney. Todas as conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%.

Utilizaram-se tabelas para apresentação das variáveis mensuradas, incluindo o uso de algumas medidas descritivas, como média e mediana. As respostas provavelmente sim e com certeza, sim foram consideradas sim. O mesmo ocorreu para as respostas “provavelmente, não” e “com certeza, não”, que foram consideradas não.

#### **4.4 Eixo qualitativo**

Esse eixo é composto de sujeitos da pesquisa, critérios de inclusão e exclusão, fontes de dados, técnicas e os instrumentos de coleta de dados e plano de análise.

#### 4.4.1 Sujeitos

Gestores: da atenção primária do município, da policlínica municipal, da central de regulação e o do núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica.

Profissionais: médico da equipe do PMM, que foi selecionado por conveniência, respeitados os critérios de inclusão e exclusão.

Foram incluídos, como sujeitos dessa etapa, os usuários com *diabetes* que participaram das entrevistas estruturadas e que estiveram presentes no seminário de devolutiva dos resultados, realizado em abril de 2019, em Goiana. O referido seminário e os sujeitos participantes serão mais bem descritos no item 4.4.3 ‘fontes de dados, técnicas e os instrumentos de coleta de dados’.

#### 4.4.2 Critérios de inclusão e exclusão

Os sujeitos incluídos na pesquisa foram: gestores, que estivessem a mais de três meses no cargo e médico integrante do Programa Mais Médicos que estivesse na equipe há pelo menos seis meses.

Foram excluídos os profissionais e gestores que não se enquadraram nos critérios de inclusão.

#### 4.4.3 Fontes de dados, técnicas e os instrumentos de coleta de dados

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas por meio de roteiros de entrevistas (Apêndices I, J, K, L, M). As questões discutidas foram baseadas, sobretudo, nos aspectos da coordenação, levantados por Starfield (2002) e Almeida, Giovanella e Nunan (2012).

Entre elas, estão: organização do agendamento; rotina de atendimento aos pacientes com *diabetes* na unidade; exames de rotina solicitados e coletados na própria unidade; encaminhamento para especialistas; exames realizados em outra unidade; realização de capacitação; articulação entre os serviços da AB; sistema de regulação e marcação de consultas e exames; instrumentos de referência e contrarreferência para a atenção especializada; análise dos encaminhamentos; monitoramento das filas de espera; comunicação entre o profissional da atenção primária e os especialistas.

Importante salientar que, além das questões apontadas na literatura, os achados das entrevistas estruturadas também foram de grande importância para a formulação dos roteiros

de entrevistas, envolvendo temas que até extrapolam o atributo coordenação, como questões referentes à orientação comunitária e familiar, para as quais os resultados foram divergentes entre os sujeitos, merecendo um aprofundamento da discussão. A discussão sobre acessibilidade também foi incluída nos roteiros com o objetivo de melhor discutir os resultados encontrados sobre esse atributo na etapa quantitativa.

Outra fonte de informações utilizada foi o conteúdo do debate ocorrido durante o seminário que aconteceu no município após o encerramento da pesquisa de campo. Seus objetivos foram a devolutiva dos resultados aos sujeitos participantes do estudo e o aprofundamento das discussões levantadas durante as entrevistas. Esse evento foi realizado em abril de 2019 e contou com a participação de quase 50 pessoas, entre profissionais do PMM, gestores e usuários com *diabetes*. Todos os participantes foram sujeitos do estudo. As questões norteadoras do debate estão contidas no apêndice N.

#### 4.4.4 Plano de análise

Optou-se pela técnica de análise de conteúdo que, segundo Bardin (2004), é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que trabalha com mensagens, com a fala. Tem, como objetivo, descobrir as relações existentes entre o discurso, em seu conteúdo, e os aspectos exteriores, permitindo sua compreensão (BARDIN, 2004).

Para Bardin (2004), essa pode ser uma análise dos significados, como é o caso da análise temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença pode ter significado para o objetivo escolhido.

Para análise das entrevistas semiestruturadas com os gestores e médico do PMM, foi realizada, então, análise temática a partir da técnica de condensação de significados (KVALE, 1996). Essa técnica também foi utilizada para análise do conteúdo do debate ocorrido na ocasião do seminário de devolutiva dos resultados.

A condensação visa transformar textos longos em textos mais breves que preservem o que foi dito, parafraseando-os. O pesquisador busca as “unidades naturais”, ou os “núcleos de sentido” no texto transcrito. As unidades naturais são textos sintéticos que contêm a(s) ideia(s) central(is) em formato condensado (KVALE, 1996). Para organização e análise das entrevistas, foram realizadas as seguintes atividades:

- 1) Leituras cuidadosas e exaustivas das entrevistas com a finalidade de compreender o sentido do todo.

- 2) 2º. Identificação das unidades de significados naturais conforme expressas pelos sujeitos.
- 3) 3º. Definição dos temas centrais relacionados às unidades naturais da maneira mais simples possível, construídos a partir da compreensão do que foi expresso na entrevista.
- 4) 4º. Questionamento quanto à relação entre as unidades de significados e os objetivos propostos pelo estudo.
- 5) 5º. Descrição essencial dos temas identificados na entrevista, relacionando-os aos objetivos da pesquisa.

Ao término da análise de cada entrevista conforme descrito acima, foi realizada a síntese de todas as entrevistas na busca de falas divergentes, convergentes ou que se complementassem. A partir daí, foi elaborada uma matriz de categorização, buscando-se chegar às categorias empíricas e categorias de análise a partir dos temas centrais das entrevistas, com a escolha das unidades naturais de cada entrevistado que melhor representasse aquelas categorias.

Importante ressaltar que a categoria de análise coordenação do cuidado foi definida antes da realização do trabalho quantitativo. A partir dos resultados das entrevistas estruturadas, foram incluídas também como categorias analisadas: a acessibilidade, a orientação familiar e comunitária, em virtude dos resultados divergentes entre os sujeitos entrevistados ou pelos resultados muito negativos, como o caso da acessibilidade. Para um melhor entendimento, segue a seguir um quadro síntese do estudo.

**Quadro 2 - Síntese do estudo**

OBJETIVO A SER ALCANÇADO	ABORDAGEM	TÉCNICAS DE PESQUISA	SUJEITOS	FONTE DE INFORMAÇÕES/ INSTRUMENTOS
A. Caracterizar o perfil dos usuários com <i>diabetes</i> acompanhados pelas equipes do PMM em Goiana (PE);	Quantitativa	Entrevistas estruturadas	Usuários com <i>diabetes</i> acompanhados pelas equipes integrantes do PMM	FONTE PRIMÁRIA. INSTRUMENTO: Formulário elaborado pela autora
B. Caracterizar o perfil dos profissionais integrantes das equipes do PMM de Goiana (PE);	Quantitativa	Entrevistas estruturadas	Médicos, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde integrantes do PMM em Goiana	FONTE PRIMÁRIA. INSTRUMENTO: Formulários elaborados pela autora
C. Avaliar a incorporação e o desenvolvimento dos atributos essenciais e derivativos da atenção primária, no cuidado aos pacientes com diabetes nas equipes do PMM de Goiana (PE);	Quantitativa	Entrevistas estruturadas	Médicos, enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde integrantes do PMM em Goiana e usuários acompanhados pelas equipes do PMM	FONTE PRIMÁRIA. INSTRUMENTOS: PCATool (Versões adulto e profissionais) e instrumento elaborado pela autora para os ACS
D. Analisar, a partir da perspectiva de gestores e profissionais, a coordenação do cuidado aos pacientes com DM;	Qualitativa	Entrevistas semiestruturadas	Gestores: coordenadores da atenção primária, Nasf, central de regulação e da policlínica municipal, além de médico do PMM	FONTE: PRIMÁRIA. INSTRUMENTOS: roteiros de entrevista

Fonte: a autora.

#### 4.5 Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Aggeu Magalhães (IAM/ Fiocruz-PE), com aprovação através do parecer nº 3.061.930 (Anexo C). Todos os participantes tiveram acesso às informações sobre os objetivos da pesquisa e ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com respeito às normas da resolução nº 466/2012 CNS/MS.

Para os sujeitos que aceitaram participar do estudo, foi conservado o anonimato com codificação das entrevistas. Para as entrevistas semiestruturadas, salienta-se que somente foram realizadas e devidamente gravadas, mediante o acordo prévio com cada entrevistado, por meio da assinatura do TCLE.

O texto do TCLE contempla a livre escolha do entrevistado em participar da entrevista e destaca a possibilidade de constrangimento diante de alguma questão do formulário, minimizado através dos esclarecimentos necessários realizados pelo entrevistador (Apêndices O e P).

No caso do debate durante o seminário, a gravação das discussões foi realizada após anuência dos participantes que, como já foi relatado, foram sujeitos das entrevistas.

Os benefícios individuais e coletivos advindos da pesquisa estão em poder fornecer informações relevantes sobre o funcionamento do Programa Mais Médicos na atenção aos pacientes com *diabetes*, contribuindo para aprimorar a qualidade do atendimento.

Convém ressaltar que esta tese é produto de uma pesquisa intitulada “Atenção aos pacientes com *diabetes* no Programa MM: o caso de Goiana, Pernambuco”, financiada pelo IAM/ Fiocruz PE, em convênio com a Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (Facepe), através do Edital nº 19/2015 do Programa de Excelência em Pesquisa (Proep/ IAM).

Destaca-se ainda que o Seminário realizado após realização das entrevistas estava previsto no projeto aprovado pelo Comitê de Ética, bem como no projeto financiado.



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor compreensão do estudo, buscou-se organizar os resultados e discussão de acordo com os objetivos específicos, de modo que a caracterização dos sujeitos vem seguida da avaliação dos atributos da atenção primária, a partir dos achados das abordagens quantitativas e qualitativas, sendo acrescidos ainda dos resultados do debate ocorrido durante o seminário de devolutiva dos resultados.

Convém lembrar que o uso do PCATool não foi viável para o agente comunitário de saúde, sendo utilizado outro instrumento com a incorporação de temas que contribuem com a avaliação realizada por usuários, médicos, enfermeiros e gestores.

### 5.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

A seguir estão descritos os perfis dos usuários, médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde.

#### 5.1.1 Os usuários com diabetes mellitus acompanhados pelas equipes do PMM de Goiana

A maioria dos usuários era do sexo feminino (71,17%), de cor parda (55,86%), a partir de 60 anos (57,37%), com renda de 1 salário mínimo (50,80%) e que residiam em moradias que não eram ligadas à rede pública de esgotamento sanitário (77,35%). Quanto à escolaridade referida, 47,60% dos entrevistados tinham apenas o Ensino Fundamental incompleto, seguido de 33,18% de analfabetos (Tabela 1).

Com relação ao *diabetes*, 39,81% referiu tempo de diagnóstico menor que 5 anos. A existência de complicações foi relatada por 9,61% dos entrevistados (Tabela 1).

Os achados corroboram estudos sobre DM, que revelam maior prevalência em mulheres, idosos e com menor nível de escolaridade. Demonstra-se ainda, na literatura, alta frequência da doença em pessoas com sobrepeso/obesidade e sedentários. Como principais comorbidades, estão, além da hipertensão arterial, sintomas depressivos, glaucoma e retinopatia diabética (BRASIL, 2013b; PETERMANN et al., 2015).

No Brasil, desde 2006, a frequência de indivíduos com diagnóstico médico de diabetes aumentou, em média, 0,24 pontos percentuais ao ano (BRASIL, 2014b). A determinação social da doença (MENDES, 2011) fica evidente, na presente pesquisa, quando se demonstram os

resultados para cor/raça, nível de escolaridade, renda familiar e condições sanitárias da maioria da população estudada.

**Tabela 1** - Caracterização dos usuários com diabetes acompanhados nas unidades participantes do Programa Mais Médicos, segundo aspectos pessoais, condições sanitárias e de diagnóstico. Goiana, Pernambuco, 2017.

Características		(Continua)	
		n	(%)
Pessoais			
Sexo	Masculino	126	28,83
	Feminino	311	71,17
	Total	437	100,00
Raça/cor	Branco	113	25,98
	Pardo	243	55,86
	Negro	79	18,16
	Total	435	100,00
Faixa etária	<30	2	0,46
	30-59	183	42,17
	60 +	249	57,37
	Total	434	100,00
Escolaridade	Sem escolaridade	145	33,18
	Ensino Fundamental incompleto	208	47,60
	Ensino Fundamental completo	38	8,70
	Ensino Médio completo	39	8,92
	Ensino Superior completo	7	1,60
	Total	437	100,00
Renda	Menos de 1 salário mínimo	48	11,03
	Um salário mínimo	221	50,81
	Mais de um salário mínimo	102	23,45
	Sem renda	64	14,71
	Total	435	100,00

**Tabela 1** - Caracterização dos usuários com diabetes acompanhados nas unidades participantes do Programa Mais Médicos, segundo aspectos pessoais, condições sanitárias e de diagnóstico. Goiana, Pernambuco, 2017.

Características		(Conclusão)	
		n	(%)
Condições sanitárias			
Água encanada	Não	204	46,68
	Sim	194	44,40
	Às vezes	39	8,92
	Total	437	100,00
Esgotamento sanitário	Sim	95	21,74
	Não	338	77,35
	Não sei	4	0,91
	Total	437	100,00
Histórico do DM			
Tempo de diagnóstico	<5 anos	127	39,81
	5-10 anos	98	30,72
	11 e mais	94	29,47
	Total	319	100,00
Complicações	Sim	42	9,61
	Não	395	90,39
	Total	437	100,00

Fonte: a autora.

### 5.1.2 Profissionais atuantes em equipes integrantes do PMM: médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde

No estudo, foram entrevistados 151 profissionais, sendo 21 enfermeiros, 110 agentes comunitários de saúde e 20 médicos, considerando uma recusa nesta última categoria.

Entre os médicos participantes da pesquisa, a maioria era do sexo feminino (85%), de nacionalidade cubana (40%), seguida da brasileira (35%). Havia ainda 3 argentinos, 1 colombiano e 1 paraguaio. A média de idade foi de 40 anos, sendo a faixa etária mais frequente entre 30 e 39 anos.

Quanto à formação, 55% dos entrevistados informaram ter mais de 10 anos de graduação, sendo a pós-graduação referida por 80% dos entrevistados. As áreas mais frequentes

foram aquelas mais relacionadas à APS: saúde da família (37,5%) e clínica geral (37,5%). O tempo de atuação na UBS foi, em média, de 21,15 meses, estando a maioria (60%) há mais de 1 ano nas unidades do município (Tabela 2).

**Tabela 2** - Perfil dos médicos integrantes das equipes do PMM, segundo características pessoais e de formação. Goiana, 2017

Características	(Continua)	
	n	(%)
<b>Pessoais</b>		
<b>Sexo</b>		
Feminino	17	85,00
Masculino	3	15,00
<b>Idade</b>		
20 a 29 anos	4	20,00
30 a 39 anos	7	35,00
40 a 49 anos	3	15,00
50 a 59 anos	5	25,00
60 e mais	1	5,00
<b>Nacionalidade</b>		
Cubana	8	40,00
Brasileira	7	35,00
Argentina	3	15,00
Colombiana	1	5,00
Paraguaia	1	5,00

**Tabela 2** - Perfil dos médicos integrantes das equipes do PMM, segundo características pessoais e de formação. Goiana, 2017.

Características	(Conclusão)	
	n	(%)
<b>Formação</b>		
Tempo de graduação (anos)		
0 a 5	7	35,00
6 a 10	2	10,00
11 a 15	2	10,00
16 a 20	2	10,00
21 a 25	3	15,00
26 a mais	4	20,00
<b>Pós-graduação</b>		
Sim	16	80,00
Não	4	20,00
<b>Área da pós-graduação</b>		
Saúde da Família	6	37,50
Clínica Geral	6	37,50
Dermatologia	1	6,25
Geriatría	1	6,25
Cirurgia Plástica	1	6,25
Doenças infecciosas	1	6,25
<b>Tempo de atuação na UBS</b>		
<=12 meses	8	40,00
>12 meses	18	60,00

Fonte: a autora.

Os achados corroboram com a literatura que aponta o sexo feminino enquanto tendência de feminilização da profissão (SCHEFFER et al., 2018). A média de idade de 40 anos, o tempo de formação maior que 10 anos como mais frequentes entre os médicos do PMM corroboram com o estudo de Girardi et al. (2016).

De acordo com Nogueira et al. (2016) e Girardi et al. (2016), houve um predomínio de profissionais cubanos no Programa no país em 2014 e em 2016, diferente do que foi encontrado no presente estudo, em que se percebeu um equilíbrio entre as nacionalidades brasileira e

cubana. Contudo, é importante recordar que, conforme descrito na metodologia, o trabalho de campo foi adiado em virtude do encerramento dos contratos dos médicos integrantes do primeiro ciclo do PMM em Goiana, no final do segundo semestre de 2016. Nesse momento, do total de 21 médicos, seis cubanos não tiveram seus contratos renovados, sendo substituídos por 5 profissionais brasileiros e 1 argentino.

O encerramento dos primeiros contratos dos médicos cubanos já estava previsto para 2016 e, conforme cronograma estabelecido pela OPAS e pelo governo de Cuba, alguns profissionais foram deixando o país gradualmente a partir de novembro daquele ano, sendo substituídos por outros profissionais brasileiros ou de outras nacionalidades, inclusive outros médicos cubanos.

A prorrogação da permanência dos estrangeiros não era automática no Programa, mas tornou-se possível por meio da Lei nº 13.333, de setembro de 2016. Para obter a prorrogação, os profissionais, inclusive os que tinham registro médico no Brasil, tinham que manifestar interesse, considerando as regras dos editais específicos direcionados à prorrogação da adesão (BRASIL, 2017b). Em meio às polêmicas sobre a continuidade dos cubanos no Programa, ao final de 2018, por decisão do governo cubano, a cooperação entre Brasil e Cuba foi encerrada e os médicos que ainda estavam atuando nas ESF foram se desligando do Programa gradualmente (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2018).

A tabela 3 aponta as características dos enfermeiros entrevistados. A maioria era do sexo feminino (90,48%), na faixa etária entre 20 e 29 anos (42,85%), seguida daqueles com idade entre 30 e 39 anos (38,10%). A maioria referiu ser natural de Goiana (52,38%).

Quanto à formação, a maioria relatou haver concluído a graduação há, no máximo, 10 anos (85,71%), com realização de algum curso de pós-graduação referido por 80,95% dos profissionais, sendo as áreas de saúde pública (33,33%) e saúde da família (28,57) as mais frequentes.

Em relação ao tempo de atuação na unidade de saúde em que foram entrevistados, a maioria dos profissionais (71,43%) informou trabalhar há mais de 12 meses nas unidades em que foram entrevistados (Tabela 3).

O perfil jovem, de predominância feminina e com formação recente é semelhante aquele apontado na literatura para esses profissionais (FIRMINO et al., 2016; MACHADO et al., 2016).

Machado et al. (2016) trataram sobre os aspectos gerais do mercado de trabalho para a enfermagem no Brasil. Segundo esses autores, o setor público concentra a maior parte dos

enfermeiros, com 65,3% do total desses profissionais, sendo a esfera estadual a principal empregadora com 45,6%, seguida pela rede municipal com 38,8%. Na rede municipal, há um predomínio de atuação dos enfermeiros em hospitais (56,6%), seguida de atuação na atenção básica (18,1%) e, nessa esfera de gestão, os profissionais com vínculo estatutário representam 42% do total, celetistas respondem por 17,2%, prestadores de serviços, 13,4% e contratados por tempo determinado respondem por 10,8%.

Os achados do estudo em Goiana revelam uma situação bem diferente da apontada por Machado et al. (2016) em relação ao tipo de vínculo empregatício. Mesmo que a maioria tenha afirmado atuar nas UBS há mais de um ano, a contratação temporária foi referida por todos os enfermeiros entrevistados. Esse cenário deixa esses profissionais à mercê da instabilidade político-partidária e de diferenças entre governos que se sucedem no poder.

Para Silva et al. (2012), a expansão das escolas de enfermagem formou um quantitativo excedente de profissionais em especial nas regiões menos desenvolvidas do país o que pode ter tido repercussões no mercado de trabalho, aumentando a oferta desses profissionais diante de um mercado de trabalho que se mostra pouco aquecido, indicando uma tendência de desemprego e informalidade nos vínculos de trabalho do enfermeiro.

Segundo Gavalote et al. (2016); Marqui et al. (2010), a instabilidade na carreira profissional pode interferir na qualidade dos serviços prestados, dificultando, inclusive, o estabelecimento de vínculo com a população atendida.

A atuação dos enfermeiros na estratégia saúde da família tem se intensificado e ampliado seu escopo tanto na área assistencial, quanto na área de gerenciamento das unidades de saúde, o que pode ser comprovado na avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) uma vez que o principal informante chave escolhido pelas unidades do país foi justamente o enfermeiro (GAVALOTE et al., 2016), sendo importante que a gestão do município de Goiana busque uma solução definitiva para o problema da precarização.

**Tabela 3** - Perfil dos enfermeiros das equipes integrantes do PMM, segundo características pessoais, de formação e atuação nas UBS. Goiana, Pernambuco, 2017

Características	n	(%)
<b>Pessoais</b>		
<b>Sexo</b>		
Feminino	19	90,48
Masculino	2	9,52
<b>Idade</b>		
20 a 29 anos	9	42,85
30 a 39 anos	8	38,10
40 a 49 anos	4	19,04
<b>Naturalidade</b>		
Goiana	11	52,38
Outros municípios PE	5	23,80
Municípios PB	5	23,80
<b>Formação</b>		
<b>Tempo de graduação (anos)</b>		
0 a 5	7	33,33
6 a 10	11	52,38
16 a 20	2	9,52
Não informou	1	4,76
<b>Pós-graduação</b>		
Sim	17	80,95
Não	4	19,05
<b>Área da pós-graduação</b>		
Saúde da Família	6	28,57
Saúde Pública	7	33,33
Enfermagem do trabalho	3	14,30
Não responderam	5	23,80
<b>Tempo de atuação na UBS</b>		
<=12 meses	6	28,57
>12 meses	15	71,43

Fonte: a autora.

Conforme demonstrado nas tabelas 4 e 5, a maioria dos ACS entrevistados era do sexo feminino (85,45%), de cor parda (62,73%), com média de idade de 43,48 anos, com Ensino Superior completo (61,82%), residentes nas microáreas de trabalho (61,82%), sem outra ocupação profissional (81,82%) e com tempo médio de atuação de 12,52 anos.



**Tabela 4 - Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde. Goiana, Pernambuco, 2018**

Variáveis	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	94	85,45
Masculino	16	14,55
<b>Cor</b>		
Branca	8	7,27
Preta	28	25,45
Amarela	4	3,64
Parda	69	62,73
Indígena	1	0,91
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	39	35,45
Casado	54	49,09
União consensual	7	6,36
Divorciado	8	7,27
Viúvo	2	1,82
<b>Escolaridade</b>		
Sem escolaridade	1	0,91
Ensino Médio incompleto	1	0,91
Ensino Médio completo	17	15,45
Ensino Superior incompleto	23	20,91
Ensino Superior completo	68	61,82
<b>Local de moradia</b>		
Na área de atuação	68	61,82
Fora da área de atuação	42	38,18
<b>Outra ocupação</b>		
Sim	20	18,18
Não	90	81,82

Fonte: a autora.

**Tabela 5** - Média de idade, tempo de atuação na UBS, número de famílias e número de pacientes com DM das Agentes comunitárias de saúde. Goiana, Pernambuco, 2018.

Variáveis	N	Média
Idade	110	43,48
Tempo de atuação na UBS	110	12,52
Número de famílias	110	156,59
Número de pacientes com DM	110	17,68

Fonte: a autora.

Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos (CASTRO et al., 2017; PEDRAZA; SANTOS, 2017). Pedraza e Santos (2017) destacam a participação maciça das mulheres nessa profissão, que pode ser explicada pelo perfil de cuidadora e pela capacidade de buscar trabalho para mudar a sua realidade, tornando-as maioria nas profissões ligadas à saúde (FREITAS et al., 2015).

Os profissionais de Goiana apresentam formação acima daquela exigida na Lei n. 13.595, de 2018, que determina o Ensino Médio concluído como requisito para o exercício profissional de ACS (BRASIL, 2018c). Alguns estudos demonstram que o Ensino Médio é o mais frequente entre esses profissionais (CASTRO et al., 2017; SIMAS; PINTO, 2017). Para Morosini, Fonseca (2018), o trabalho como ACS tem impulsionado a continuidade da complementação da escolaridade desses profissionais, ficando claro que há um anseio por profissionalização.

A Lei n. 13.595, de 2018 também estabelece, como condição, que o profissional resida na área em que for atuar. Todavia, apesar de ser maioria, o percentual encontrado no presente estudo (61,82%) é inferior àquele apresentado na literatura para a região nordeste (84,5%) (SIMAS; PINTO, 2017). O conhecimento sobre a área e a vinculação com a comunidade são facilitados quando se mora na região de trabalho. A referida lei prevê que, se o profissional adquirir imóvel em área diferente daquela em que atua, continuará vinculado à mesma equipe ou poderá ser vinculado à unidade da nova área de moradia, flexibilizando essa condição (BRASIL, 2018c).

A forma de inserção no serviço público se deu através de concurso público para todos os ACS entrevistados, conforme retrata o trabalho de Simas e Pinto (2017), que encontraram a predominância desse tipo de vínculo entre esses profissionais no Nordeste, em concordância com a Lei n. 12.994, de 2014, que estabelece a vedação de contratação temporária ou de terceirização desses agentes (BRASIL, 2014c).

## **5.2 A qualidade da atenção aos pacientes com DM acompanhados pelas equipes do PMM em Goiana**

Antes de apresentar os resultados sobre a qualidade dos serviços a partir das informações dos sujeitos entrevistados, faz-se necessário destacar o número de usuários (72) que não referiu as unidades participantes do estudo como serviços de escolha para cuidar da saúde, correspondendo a cerca de 14% do total de usuários abordados para entrevista.

Desses 72 usuários, a maioria (62%) indicou serviços públicos de maior complexidade, seguido de serviços privados. Esses usuários não participaram das entrevistas conforme descrito no item 4.3.2 por não se enquadrarem nos critérios de inclusão. Importante salientar que os usuários foram sorteados a partir do cadastro das equipes ligadas ao PMM, portanto, deveriam estar sendo acompanhados por esses profissionais. De acordo com Almeida, Fausto e Giovanella (2011), o desconhecimento ou a falta de credibilidade na qualidade do atendimento na APS do município podem contribuir para a não utilização dos serviços.

Do total de usuários não frequentadores das USF, 50% relataram mais de 5 anos de diagnóstico, 18% relataram menos de 5 anos de diagnóstico e o restante não soube informar. A partir desses dados, sugere-se que o tempo de diagnóstico possa ter influenciado na utilização e fidelização em outros serviços, uma vez que o município de Goiana tem história recente de grande rotatividade de médicos na APS (EMPRESA BRASILEIRA DE HEMODERIVADOS E BIOTECNOLOGIA, 2013), estando esses usuários já inseridos em outros pontos da rede de saúde quando o PMM foi implantado.

De acordo com Assunção e Ursine (2008), as USF, muitas vezes, são utilizadas pelos usuários com doenças crônicas apenas para receber medicamentos e não para acompanhamento concreto de sua saúde. Contudo, o vínculo entre os usuários e as ESF é importante para a adesão ao tratamento, não apenas medicamentoso, mas em relação à atividade física e ao plano alimentar (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008; FARIA et al., 2014).

Para Almeida, Fausto e Giovanella (2011) é necessário divulgar as ações das USF para conquista e apoio à ESF, além de ser necessário um maior empenho da equipe em buscar e manter esses usuários com acompanhamento regular nas unidades, diminuindo a sobrecarga dos serviços públicos de maior complexidade.

A tabela 6 apresenta os escores medianos (médios) dos atributos da APS. Para os usuários, o escore geral, que inclui atributos essenciais e derivativos, apresentou valor mediano (médio) de 4,80 (4,85), abaixo do escore essencial, que foi 5,00 (5,12), com diferença estatística

significante (valor de  $p = 0,0004$ ). Os escores foram inferiores ao valor de referência e ao valor encontrado no País, que foi de 6,78 (escore geral) após a implantação do PMM (RECH et al., 2018). Ao se associar os escores às variáveis: sexo, faixa etária, zona (urbana ou rural) e tempo de diagnóstico, não foram constatadas diferenças estatisticamente significativas.

Resultados díspares para os escores geral e essencial foram encontrados a partir das entrevistas com os profissionais: 7,82(7,87) e 7,32 (7,17), respectivamente (Tabela 6).

**Tabela 6** - Escores medianos (médios) dos atributos da Atenção Primária à Saúde, segundo usuários com *diabetes* e profissionais das equipes participantes do Programa Mais Médicos. Goiana, Pernambuco, 2017.

Atributos da APS		n	(Continua)	
			Valor Mediano (médio)	p-valor
		(0 -10)		
Usuários				
	Acesso de 1º contato (utilização dos serviços)	437	10,00 (8,54)	
	Acesso de 1º contato (acessibilidade)	437	3,90 (3,63)	
	Longitudinalidade	437	7,13 (6,82)	
Atributos essenciais	Coordenação (integração do cuidado)	437	6,27 (5,97)	< 0,0001
	Coordenação (sistema de informação)	437	7,77 (7,56)	
	Integralidade (serviços disponíveis)	437	4,23 (4,14)	
	Integralidade (serviços prestados)	437	3,63 (3,80)	
Atributos derivativos	Orientação familiar	437	4,43 (4,62)	
	Orientação comunitária	437	2,23 (2,88)	

**Tabela 6** - Escores medianos (médios) dos atributos da Atenção Primária à Saúde, segundo usuários com *diabetes* e profissionais das equipes participantes do Programa Mais Médicos. Goiana, Pernambuco, 2017.

				(Conclusão)
Escore geral		437	4,80 (4,85)	
Escore essencial		437	5,00 (5,12)	0,0004
Profissionais				
Atributos essenciais	Acesso de 1º contato (acessibilidade)	41	3,70 (3,87)	
	Longitudinalidade	41	8,20 (8,15)	
	Coordenação (integração do cuidado)	41	7,77 (7,49)	
	Coordenação (sistema de informação)	41	10,00 (9,19)	<0,0001
	Integralidade (serviços disponíveis)	41	6,97 (6,96)	
	Integralidade (serviços prestados)	41	8,43 (8,23)	
	Atributos derivativos	Orientação familiar	41	10,00(9,35)
	Orientação comunitária	41	10,00 (9,35)	
Escore geral		41	7,87 (7,82)	0,0007
Escore essencial		41	7,17 (7,32)	

Fonte: a autora.

Quando estudados isoladamente, a maioria dos atributos mostrou-se desfavorável para os usuários. Já para os profissionais, os resultados estiveram acima do valor de referência para sete dos oito atributos avaliados: coordenação: sistemas de informação (10,00; 9,19), orientação familiar e comunitária, ambas com escore de 10,00 (9,35), integralidade: serviços prestados (8,43; 8,23), longitudinalidade (8,20; 8,15), coordenação: integração (7,77; 7,49) e integralidade: serviços disponíveis, cujo escore foi 6,97 (6,96) (Tabela 6).

Diante dessa disparidade, deve-se analisar com mais cautela os resultados dos usuários, pois são o alvo da atenção e sua opinião deve ser priorizada. Contudo, há que se considerar que as UBS com ESF têm apresentado melhores resultados quando comparado aos serviços tradicionais (HARZHEIM et al., 2016; MARTINS et al., 2016).

Para facilitar a compreensão, a avaliação a seguir está organizada a partir de cada atributo isoladamente, muito embora, a discussão poderá envolver mais de um atributo, uma vez que há interações entre eles.

### 5.2.1 Acesso de primeiro contato

Para a avaliação do acesso de primeiro contato, a versão do PCATool voltada para os usuários contém questões que são subdivididas em dois componentes: utilização dos serviços e acessibilidade. Já na versão do instrumento voltada para profissionais, apenas a acessibilidade é contemplada.

De acordo com a análise da tabela 6, a utilização dos serviços obteve um alto desempenho segundo usuários, com mediana (média) de 10,00 (8,54), sugerindo que a localização próxima aos domicílios das pessoas e a presença mais regular dos profissionais (a média de atuação nas equipes do município é de 27 meses para enfermeiros e 21 meses para médicos) têm favorecido a procura das unidades para consultas de rotina e a busca de assistência para novos problemas de saúde. Esse resultado confirma outros estudos sobre esse componente do acesso na literatura (GONTIJO et al., 2017; HARZHEIM et al., 2016; PRATES et al., 2017; VIDAL et al., 2018). Em Goiana, a chegada do programa parece ter influenciado a *performance* desse atributo.

A acessibilidade obteve uma avaliação negativa segundo usuários e profissionais (Tabela 6). Entretanto, mesmo diante do baixo escore atribuído a esse componente do acesso que retrata a dimensão estrutura, os resultados favoráveis encontrados para a utilização dos serviços demonstram que, a despeito dos problemas estruturais, os usuários buscam e reconhecem esses serviços como a primeira fonte de atenção à saúde (PRATES et al., 2017).

A insuficiente acessibilidade foi determinante para os baixos valores dos escores geral e essencial dos serviços, segundo os usuários (Tabela 6). A qualidade desse atributo também vem se apresentando insuficiente em outras pesquisas (GONTIJO et al., 2017; PRATES et al., 2017; TURCI, LIMA-COSTA, MACINKO, 2015; VIDAL et al., 2018).

É possível medir a acessibilidade a partir de barreiras geográficas, financeiras e organizacionais. Essa última diz respeito, por exemplo, à disponibilidade de horários alternativos e tempo de espera para consultas (STARFIELD, 2002). Donabedian (1973) relaciona à acessibilidade organizacional todas as características da oferta que facilitem ou dificultem a capacidade das pessoas no uso dos serviços.

Segundo a maioria dos usuários (76,45%), a espera para o atendimento costuma ser maior que 30 minutos nas USF de Goiana (Tabela 7). De acordo com a médica do PMM entrevistada, a equipe prioriza o atendimento de usuários com *diabetes* em dia programado, o chamado 'dia do hiperdia'. Para Starfield (2002), a rigidez para a marcação de consultas é

considerada também inibidora da acessibilidade das pessoas às unidades de saúde, sobretudo para aquelas com doenças crônicas. O equilíbrio entre o atendimento da demanda espontânea e programada pode aumentar a acessibilidade (GONTIJO et al., 2017).

**Tabela 7** - Análise das variáveis mais influentes para os escores do acesso (acessibilidade) e da coordenação do cuidado (integração), segundo usuários com diabetes e profissionais das equipes participantes do Programa Mais Médicos. Goiana, PE, 2017.

Atributos	Variáveis	n	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
<b>Usuários</b>					
Acessibilidade	Abertura no final de semana	437	0,92	94,96	4,12
	Abertura à noite	437	2,29	89,70	8,00
	Aconselhamento por telefone com UBS aberta	437	10,98	70,02	18,99
	Aconselhamento por telefone com UBS fechada	437	3,43	82,15	14,42
	Atendimento de urgência no final de semana	437	0,46	95,41	4,13
	Atendimento de urgência, durante a noite	437	0,46	95,65	3,89
	Espera mais de 30 minutos	436	76,45	22,86	0,69
<b>Profissionais</b>					
Acessibilidade	Abertura no final de semana	41	7,32	90,24	2,44
	Abertura à noite	41	14,63	85,37	-
	Aconselhamento por telefone com UBS aberta	41	36,58	63,42	-
	Aconselhamento por telefone com UBS fechada	41	34,14	65,86	-
	Urgência com serviço fechado	41	14,63	85,37	-
	Urgência durante a noite	41	16,66	83,34	-
<b>Usuários</b>					
Coordenação	Consulta com especialista	437	33,41	66,13	0,46
Integração	Encaminhamento ao especialista pela equipe	146	79,45	20,54	-
	Orientação da equipe sobre serviços especializados	144	36,11	63,88	-
	Auxílio da equipe para marcação de serviço especializado	146	49,32	50,68	-
<b>Profissionais</b>					
Coordenação Integração	Contrarreferência	41	2,44	-	97,57

Fonte: a autora.

Conforme visualizado na tabela 7, poucas unidades possuem horário alternativo de atendimento. De acordo com os entrevistados, a extensão do horário até às 20 horas ocorre apenas uma vez por mês, principalmente nas USF localizadas na zona urbana. A importância do atendimento em horários alternativos vem sendo discutida na literatura, algumas vezes relacionando a extensão do horário de atendimento a melhorias na saúde, sobretudo, dos homens (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; MOURA et al., 2014; STARFIELD, 2002).

Países como Canadá e Reino Unido oferecem atendimento em APS 24 horas por dia e por meio de telessaúde, com canal telefônico para fornecer orientações de saúde e a Espanha mantém horário estendido até às 21 horas (CYLUS et al., 2015; GARCIA-ARMESTO, 2010; MARCHILDON, 2013). No Brasil, a pactuação de horários alternativos de funcionamento por meio das instâncias de participação social está prevista na Portaria que revisou as diretrizes para a organização da Atenção Primária (BRASIL, 2017). De acordo com Martins et al. (2016), para resolver essa questão são necessários mais investimentos financeiros para ampliar o horário de atendimento.

Nesse sentido, o Governo Federal, em 2019, instituiu um Programa “Saúde na hora”, que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família. A implantação do “Saúde na hora” se dá por adesão dos municípios, devendo haver o cadastramento das unidades que serão incluídas. Após o primeiro mês de funcionamento com horário estendido, o município recebe o aumento nos valores mensais de custeio, estando previsto o monitoramento dos indicadores de saúde pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2019b).

Em Goiana, para as urgências ocorridas durante os finais de semana ou à noite, os usuários costumam recorrer aos agentes comunitários de saúde para contatar a equipe. O aconselhamento por telefone quase inexistente na APS do município independente da urgência dos casos segundo os usuários, apenas 10,98% informaram haver aconselhamento por telefone quando a UBS está aberta e, quando o serviço está fechado, esse percentual cai para 3,43%. Por outro lado, 36,58% dos profissionais afirmaram atender os usuários por telefone em horário de expediente e 34,14% quando as UBS estão fechadas (Tabela 7). Segundo a médica do PMM entrevistada, a perda de privacidade o principal motivo para o não fornecimento do número do telefone ao usuário.

[...] se eles [usuários] precisarem, no final de semana, de alguma coisa, geralmente eles chegam pro ACS e falam. E aí, em dependência do for que estiver precisando, se é uma questão de marcar consulta, o ACS orienta como



deve fazer [...] se for uma coisa muito urgente, [ACS] passa uma mensagem [...] a gente tem um grupo da unidade [...] você dá o seu número para um paciente, aí passa de mão pra mão [...] se perde muito a questão da privacidade também [...] (Médica do PMM).

Ao analisar as informações daqueles usuários que relataram aconselhamento por telefone nos horários de funcionamento das UBS, constata-se que a maioria residia na zona rural, sugerindo uma maior disponibilidade dos profissionais atuantes nessas localidades em fornecer seus contatos pessoais.

O atendimento à distância facilita o autocuidado apoiado (MENDES, 2012), sendo importante que a gestão municipal possa viabilizar telefone e/ou outras formas de acesso não presenciais para o médico e equipe de saúde da família, permitindo desde o esclarecimento de dúvidas dos usuários a respeito da dieta e medicações, orientações diante de possíveis urgências até o monitoramento de algum caso específico da população cadastrada (HARZHEIM et al., 2016).

Também foi percebida, durante as entrevistas, a ausência de metodologia de estratificação de risco para montar o plano de atendimento na APS e no acesso à atenção especializada, que irá consequentemente afetar não só a acessibilidade, mas também a coordenação da atenção e a integralidade.

Elas fazem reunião [ACS] [...] aqueles que estão mais graves vão pra consulta [...] geralmente, quem vê a necessidade [de marcação para as consultas] são elas [ACS] [...] (Gestora da APS municipal).

[...] A gente vai sempre atualizando. Mediante a chegada dos pacientes, a gente vai inserindo [...] o monitoramento é feito quase que diário. Assim que aparecer vaga, a gente vai lá na fila de espera e dá prioridade àquele mais antigo [...] (Gestor da central de regulação).

A Sociedade Brasileira de *Diabetes* assinala como fundamental o uso de metodologias de estratificação de risco para um bom acompanhamento dos pacientes com *diabetes* (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016). Para o atendimento na APS, o Ministério da Saúde orienta sobre os critérios de estratificação de risco de acordo com o controle metabólico, presença de complicações, vulnerabilidade social, entre outros aspectos, que deverão orientar quando e a quantas consultas o usuário deverá comparecer. Orienta ainda que essa programação não deverá ser rígida, devendo ser consideradas as necessidades individuais, bem como as intercorrências clínicas (BRASIL, 2013b).

Para o acesso aos serviços especializados, a estratificação de risco deve ser utilizada pelas ESF para qualificação dos encaminhamentos das situações efetivamente pertinentes. Na

atenção especializada, deve ser realizada para o gerenciamento das filas de espera, seguindo critérios clínicos para priorização dos casos com maior necessidade (BADUY et al., 2011).

A insuficiente estruturação da equipe da central de regulação municipal tem inviabilizado o uso da estratificação de risco e, conseqüentemente, vem reduzindo a acessibilidade à atenção especializada, bem como à coordenação e a integralidade da atenção. O município, com a deficiente estruturação da equipe, não regula o acesso às consultas especializadas. Funciona apenas como uma central de marcação desses serviços.

[...] A gente tinha, dois anos atrás, um médico [...] como a gente não é da área de saúde, a gente não faz [o gerenciamento da fila pela estratificação de risco] [...] a triagem, mesmo, é pela fila de espera ou naqueles que, realmente, o médico encaminha dizendo que é urgente [...] (Gestor da central de regulação).

A deficiente estrutura de transporte da Secretaria Municipal de Saúde é também um fator que, evidentemente, fragiliza a acessibilidade da população à atenção primária à saúde, sobretudo nas unidades localizadas na zona rural.

[...] o último horário alternativo [...] eu não lembro o dia [...] aqui fica um pouquinho mais difícil, por ser distrito [...] é difícil pegar o transporte e a gente não tá contando com transporte da secretaria de saúde [...] a pessoa sair daqui do distrito, pra tentar chegar em Goiana, pra tentar pegar pra Recife, ou pra João Pessoa [...] tudo isso, de oito/nove horas da noite [...] (Médica do PMM).

[...] A gente só tem como se locomover se tiver uma carona [...] às vezes a gente coloca combustível [...] e coloca no carro de alguém pra ir pra algum lugar (Gestora do Nasf).

O material de trabalho disponível foi considerado ruim pela maioria dos ACS entrevistados (35,45%), seguido de avaliação regular por 30% dos profissionais. A equipe do Nasf também parece passar por problemas semelhantes.

[...] tem muita coisa que a gente produz com recurso próprio: impressões coloridas, cartazes [...] (Gestora do Nasf).

Em estudo realizado por Girardi et al. (2016), a falta de materiais ao lado da infraestrutura deficiente foram os principais motivos apresentados pelos médicos do PMM para não realizar, na UBS, os procedimentos e as atividades de sua competência. Para esses autores, a estruturação das unidades de saúde e a disponibilização de materiais podem potencializar as competências dos profissionais. A ampliação e melhoria da infraestrutura de unidades de saúde constituem-se em um dos eixos do Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013a).

Nesse sentido, o PMM conta com o apoio do Programa de Requalificação das UBS (Requalifica UBS), criado em 2011, com o objetivo de criar incentivos financeiros do Governo Federal para construção, reforma e ampliação de unidades básicas. Envolve também ações que

visam à informatização dos serviços. Esse programa se dá por adesão dos municípios. Após habilitada a proposta, o município recebe os recursos à medida que as obras vão sendo executadas (BRASIL, 2016). Esse programa atingiu, em 2012, quase a metade das UBS do país com reformas ou ampliação, além de mais 7.749 em construção (GIOVANELLA et al., 2016).

Em Goiana, existem, atualmente, 9 USF com obras concluídas pelo Requalifica UBS (BRASIL, 2019b). Contudo, esse programa não contempla os materiais de trabalho e o município não tem investido na sua aquisição. A melhoria na infraestrutura e nas condições de trabalho, que incluem materiais de apoio às atividades, pode influenciar não só a acessibilidade, como também a satisfação dos profissionais, tornando-se um fator importante para a permanência nos locais de trabalho (GIOVANELLA et al., 2016).

O incipiente investimento do município em qualificação das equipes também foi relatado no presente estudo pela maioria dos entrevistados e foi um assunto recorrente durante o debate, consistindo em outro entrave estrutural que limita o potencial do PMM e a acessibilidade dos usuários à APS. A capacitação dos médicos é oferecida pela organização do Programa. Para os outros componentes da ESF e para a equipe do Nasf não há oferta de capacitação no município.

[...] doenças crônicas [...] esse ano não teve capacitação, não. Aliás, tem algumas enfermeiras que são inscritas em alguns cursos on-line, certo? [...] eles [médicos] têm, no IMIP, uma vez no mês [...] (Gestora da APS).

[...] não tá tendo, não [capacitação]. Não tá chegando pra gente, não. Nunca teve! [...] A gente não tem um preparo específico pra lidar [*diabetes*] [...] o recurso da gente é buscar informação pela Internet e pelos livros que têm aqui na sala [...] a gente precisa da educação permanente. E ela [educação permanente] está lá no caderno. A gente tem que ter essa constância. Às vezes eu fico lá, catucando material e eu vejo [...] (Gestora do Nasf).

Durante as entrevistas estruturadas com os ACS, quando questionados sobre o conhecimento a respeito do DM, a maioria (73,64%) afirmou que o assunto foi contemplado no curso introdutório. Contudo 63,64% afirmaram não ter havido outra capacitação após o início das atividades nas unidades. Essa situação também foi abordada durante o seminário de devolutiva dos resultados.

[...] eu acho que a gente precisa mais de capacitação [...] a gente tem obrigação de saber pra que serve o medicamento [...] (ACS durante o Seminário).

O município de Goiana se encontra em um estágio muito incipiente, pois mesmo as capacitações pontuais são escassas. Para Baduy et al. (2011), a educação permanente é

fundamental para que a APS se torne mais resolutiva. Segundo esse autor, nem toda capacitação leva a um processo de educação permanente. Em alguns casos, são alcançadas aprendizagens individuais, mas nem sempre se traduzem em aprendizagem organizacional. Sobretudo para a APS, deve-se pensar em um processo que enfoque os problemas cotidianos das equipes, devendo ser crítico e reflexivo, com transformação das práticas de trabalho (BRASIL, 2009).

Percebe-se, a partir das falas de alguns entrevistados, uma incipiente concepção sobre acolhimento, semelhante aos achados de Da Costa et al. (2016), constituindo-se também em um aspecto que reduz a acessibilidade (GONTIJO et al., 2017). O entendimento sobre acolhimento ora se restringiu ao atendimento de queixas agudas no momento da chegada do usuário à unidade ou ainda a uma perspectiva apenas de educação em saúde. O usuário parece não ser considerado enquanto sujeito que possa participar ativamente do seu tratamento, mas sim como alguém que precisa receber orientações sobre como cuidar de sua saúde.

[...] O paciente chega com sua queixa [...] é explicado como deve ser feito [...] se é uma coisa que tem que ser resolvida no dia, a gente resolve no dia [...] sem resposta ele nunca sai [...] agora, assim, não chega um paciente e todo mundo é atendido, porque, se não, viraria um circo, né? [...] (Médica do PMM).

[...] sobre o hipertenso e o diabético, no acolhimento... são bastante atenciosos [equipe] [...] orientar sobre a medicação, sobre a importância da consulta [...] (gestora da APS).

O acolhimento não pode se limitar a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo, sendo um dos mais importantes recursos para humanização dos serviços de saúde, devendo estar presente em todos os momentos de interação entre o usuário e a equipe de saúde, incentivando o protagonismo e a autonomia do usuário (BRASIL, 2010).

Para Oliveira et al. (2008), o acolhimento é uma ação técnico- assistencial que implica em mudanças na relação profissional/usuário, promovendo a reorganização dos serviços, melhorando a qualidade da assistência e tendo o paciente como eixo principal para a prestação de cuidados.

O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS. Tem sido demonstrado, a partir de avaliações de satisfação e de relatórios da ouvidoria, que essa diretriz tem ainda muito por se desenvolver no trabalho das equipes da atenção primária. A escuta ainda é pouco qualificada e as relações solidárias pouco exercidas (BRASIL, 2010).

Mendes (2012) afirma que, especificamente para as doenças crônicas, o sistema de saúde vem encontrando grandes dificuldades. Esse autor ressalta a falta de coerência entre o cenário de aumento das doenças crônicas e a organização do sistema de saúde, voltado especialmente para atendimento às queixas agudas e eventos agudos de condições crônicas.

Junges e Barbiani (2012) afirmam que discutir acolhimento e humanização sem refletir sobre a gestão dos serviços limita o potencial das equipes de saúde da APS, sobretudo diante do aumento das doenças crônicas, que necessitam de um sistema integrado que possa atender os usuários de modo contínuo, na perspectiva de uma humanização a ser concretizada em uma rede de cuidados. Essa discussão passa, entre outros aspectos, pela oferta de serviços especializados, uma vez que os usuários com doenças crônicas, como o *diabetes*, necessitam regularmente desses serviços para prevenção e controle de possíveis complicações.

O acesso a consultas especializadas precisa ser ampliado em Goiana. Há uma policlínica municipal que, em 2018, contava apenas com uma especialidade (cardiologia) demandada pelos usuários com *diabetes*, além de duas unidades mistas na zona rural. Com a definição do último Plano Diretor de Regionalização da Assistência (PDR), em 2011, Goiana passou a ser sede da XII região de saúde (RS) (PERNAMBUCO, 2011). A formulação do PDR não foi seguida de um Plano Diretor de Investimento para as regiões de saúde estaduais, nem houve a atualização da Programação Pactuada e Integrada.

A se tornar sede da regional de saúde, o Hospital de média complexidade que antes era municipal tornou-se regional, sob gestão estadual, passando a atender também os outros 10 municípios que compõem a região de saúde, sem que houvesse a ampliação de consultas especializadas na rede própria ou compra de consultas à rede privada. Segundo a gestora da APS municipal, apenas exames laboratoriais tiveram aumento de oferta na rede conveniada. Há que se destacar que o hospital regional passou por reforma durante o período de realização do estudo, dificultando ainda mais o acesso a esse serviço.

Existe uma central de regulação no município que apenas marca as consultas por ordem de chegada das demandas através da central estadual de marcação de consultas e exames. Mesmo as centrais de regulação com adequado funcionamento, ordenando o fluxo, identificando o real tamanho das filas de espera, monitorando e melhorando o planejamento, são insuficientes para garantir a acessibilidade e continuidade do cuidado. Há necessidade de arranjos regionais sólidos que expressem o trabalho articulado entre os três entes federados na perspectiva de promover uma atenção integral (BOUSQUAT et al., 2017). Para Campos e Pereira Júnior (2016), O PMM não se propõe a interferir na baixa capacidade do exercício da

regulação dos médicos e equipes sobre o sistema de saúde, essa é uma atribuição, sobretudo, das gestões municipais. Segundo Baduy et al. (2011), as equipes da APS podem fazer a gestão do processo de referência e qualificar os encaminhamentos aos outros pontos de atenção.

A insuficiente oferta no município de consultas e exames especializados foi apontada por todos os sujeitos participantes do eixo qualitativo da pesquisa.

[...] eu ia na secretaria chorando pedindo para marcar [especialista] para mim, a única coisa que eu consegui foi porque falei com um vereador [...] fiz os exames porque minha família me ajudou [...] eu não tenho mais onde buscar dinheiro [...] (Usuário durante o seminário).

[...] tem a parte que é municipal, onde a gente tem cardiologista, pediatra, a parte mais básica [...] os demais procedimentos, que é mais consulta especializada, a gente encaminha tudo para Recife [...] (Gestor da central de regulação municipal).

[...] endocrinologista a gente tem muitos problemas pra marcar [...] o paciente vai marcar na secretaria de saúde [...] vai ser regulado e vai aguardar todo o atendimento em Recife [...] tem paciente que já tem mais de um ano esperando [...] (Médica do PMM).

Diante dos resultados encontrados para a acessibilidade, enfatiza-se estudo que avaliou a qualidade da APS no Brasil e sua associação com o PMM, demonstrando que o provimento emergencial de médicos do programa associou-se a um discreto aumento no escore de acesso (somados os componentes de estrutura e processo) obtido com o PCATool-Brasil, sobretudo em regiões com maior vulnerabilidade socioeconômica, como o Nordeste (RECH et al., 2018). Para Campos, Pereira Júnior (2016), o PMM tem limitações e uma delas é justamente a dependência da capacidade financeira e de gestão dos municípios, que interfere no componente de estrutura do acesso, que é a acessibilidade. Segundo esses autores, o programa não se propõe a resolver esses entraves estruturais.

### 5.2.2 Longitudinalidade

A longitudinalidade apresentou alto nível de qualidade, com escores de 7,13 (6,82) e 8,20 (8,15), respectivamente para usuários e profissionais (Tabela 6), estando em consonância com outros estudos (HARZHEIM et al., 2016; TURCI; LIMA-COSTA; MACINKO, 2015),

A tabela 8 demonstra que os melhores resultados apontados pelos usuários para a longitudinalidade se referem ao conhecimento da equipe sobre: os seus problemas mais importantes (66,82%), a sua história clínica (82,61%), a sua dificuldade em comprar/obter

remédios (55,73%) e quais remédios estão sendo utilizados (95,88%). Certamente por essas razões, a maioria (75,75%) afirmou que não mudaria de serviço de saúde.

Entre os aspectos a serem ainda aprimorados no atributo estão: o pouco conhecimento da equipe sobre o trabalho do usuário, uma vez que a resposta foi negativa para 55,96% do total de entrevistados, assim como o incipiente conhecimento sobre o usuário além dos seus problemas de saúde, com resposta negativa para 72,54% do total (Tabela 8).

**Tabela 8** - Análise das variáveis referentes à longitudinalidade segundo usuários com DM acompanhados pelas equipes do PMM. Goiana, Pernambuco, 2017

Atributos	Variáveis	n	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
Longitudinalidade	Conhecimento sobre o usuário além dos problemas de saúde	437	24,03	72,54	3,43
	Conhecimento da equipe sobre quem mora com o usuário	435	34,25	61,84	3,91
	Conhecimento da equipe sobre os problemas mais importantes	437	66,82	24,26	8,92
	Médico conhece a história clínica do usuário	437	82,61	14,65	2,75
	Conhecimento sobre trabalho do usuário	436	41,06	55,96	2,98
	Conhecimento sobre a dificuldade em comprar/obter remédios	437	55,73	42,43	1,83
	Conhecimento sobre todos os remédios usados pelo usuário	437	95,88	4,12	-
	Mudaria de serviço de saúde se fosse fácil	437	22,20	75,75	2,06

Fonte: a autora.

Para as doenças crônicas, esse atributo, em conjunto com a coordenação, é essencial, pois revela que está havendo o cuidado pela mesma equipe, sobretudo pelo médico. A longitudinalidade é definida como uma relação pessoal de longa duração entre o profissional de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde (STARFIELD, 2002).

Starfield (2002) destaca a importância de se fazer uma distinção entre a continuidade e a longitudinalidade. Segundo a autora, a continuidade da atenção está orientada ao manejo dos problemas de saúde, enquanto a longitudinalidade se remete à atenção às pessoas, independente da presença de problemas de saúde.

Ao se comparar os resultados para a longitudinalidade entre os modelos de atenção tradicional e a Estratégia Saúde da Família, constata-se um melhor desempenho na ESF,

demonstrando que esse modelo possibilita maior criação de vínculo ao longo do tempo entre equipe e usuários, favorecendo um aumento na qualidade à Atenção Primária à Saúde (HARZHEIM et al., 2016; KESSLER et al., 2018; MARTINS et al., 2016; OLIVEIRA; SILVA, 2014).

Esse atributo parece ser um dos grandes potenciais do PMM, sobretudo em municípios que antes não conseguiam manter médicos, como é o caso de Goiana. No Brasil, foi identificado alto escore de longitudinalidade (7,73) após a implantação do programa (RECH et al., 2018). Entre os principais benefícios do alto desempenho do atributo estão a melhor observância da medicação prescrita; o desenvolvimento de maior competência nos profissionais para avaliação das necessidades dos usuários e reconhecimento de determinados problemas, além do aumento da satisfação dos pacientes (STARFIELD, 2002).

Ele possui grande potencial para impactar nos gastos com a saúde pública, pois quanto maior a sua extensão na APS, maior precisão diagnóstica e terapêutica, controle glicêmico, menos encaminhamentos desnecessários, menos aparecimento de complicações e menos gastos com procedimentos de maior complexidade (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Os contratos com duração de três anos com possível renovação por igual período têm possibilitado o atendimento contínuo a esses usuários durante esse tempo, aliado à garantia de pagamento por meio do Governo Federal, que torna a permanência dos profissionais menos dependente dos recursos do município.

Contudo, entende-se que essa não é a situação ideal. É muito pouco para a população que tem a saúde como direito contentar-se com uma assistência que tem hora para acabar. O PMM tem caráter provisório, depende de renovação desses contratos e esse é um limite real do programa. Os contratos de trabalho precários, a remuneração através de bolsas, sem garantia dos direitos trabalhistas também são apontados como entraves (CAMPOS, PEREIRA JÚNIOR, 2016).

De qualquer forma, enquanto os problemas estruturais e de recursos humanos, como a tão falada carreira SUS não se tornam uma realidade no Brasil, o PMM vem desempenhando uma de suas funções que é levar atenção à saúde para onde havia a desassistência. Os resultados do 3º ciclo do PMAQ-AB (avaliação externa entre 2017 e 2018), demonstram que, das 22 ESF do município de Goiana, a maioria foi considerada boa (11 ESF) ou muito boa (9 ESF) (BRASIL, 2019c).

Para Giovanella et al. (2016), o PMM, em conjunto com o Programa de Requalificação das UBS (Requalifica UBS) e o PMAQ AB, têm grande potencial para enfrentar os entraves na



formação, provimento e fixação de médicos nas mais diferentes áreas do país, qualificando a atenção à saúde.

Esses autores, em seu estudo, apontam a coesão de esforços existente entre os três programas, uma vez que, além de induzir as equipes a um determinado padrão de qualidade, o PMAQ também produz informações sobre a estrutura das unidades que podem ser utilizadas pelo Requalifica UBS, sendo possível enviar recursos para onde é mais necessário. E, por fim, aliada à criação de novas UBS ou de adequação daquelas já existentes, O PMM atua justamente no envio de médicos para esses locais, na busca de fixar esses profissionais por 3 ou até 6 anos.

### 5.2.3 Integralidade

Segundo Starfield (2002), esse atributo requer que os serviços estejam disponíveis e sejam prestados quando necessário para aqueles problemas mais frequentes, exigindo da APS o reconhecimento das necessidades da população acompanhada para que sejam disponibilizados os recursos adequados. O PCATool aborda a integralidade segundo os componentes serviços disponíveis e serviços prestados.

O componente serviços disponíveis apresentou baixa *performance* em Goiana: 4,23 (4,14), segundo os usuários. Esse resultado pode ser explicado pela dificuldade em obter informações sobre programas assistenciais, como programa de suplementação alimentar, além de realização de suturas, colocação de talas, remoção de verrugas, remoção de unha encravada e identificação de problemas visuais e auditivos. Muitos não souberam informar sobre a disponibilidade dos serviços de orientação sobre drogas, saúde mental, além de aconselhamento e teste anti- HIV (Tabelas 6 e 9). Os estudos de Oliveira, Veríssimo (2015) e Harzheim et al. (2016) encontraram resultados semelhantes aos achados de Goiana, sendo importante ressaltar que o aspecto estrutura dos serviços está fortemente ligado ao componente serviços disponíveis.

De forma diferente, a tabela 6 demonstra que, para os profissionais, a integralidade (serviços disponíveis) apresentou bom resultado (mediana de 6,97 e média de 6,96), semelhante ao que foi encontrado no estudo de Martins et al. (2016) que também utilizou os profissionais das equipes da ESF como sujeitos da pesquisa. Mesmo com resultados favoráveis, algumas questões apontadas como insatisfatórias pelos usuários também foram indicadas pela maioria dos médicos e enfermeiros, como a indisponibilidade de serviços de sutura, colocação de tala, remoção de verrugas e de unha encravada (Tabela 9).

A mesma disparidade dos resultados ocorreu para o componente serviços prestados. Enquanto os profissionais avaliaram positivamente esse componente, com mediana 8,43 (8,23), os usuários fizeram uma avaliação negativa (mediana de 3,63 e média de 3,80). As questões mais influentes para o resultado negativo, segundo os usuários, foram: segurança no lar; orientações sobre uso de cinto de segurança no carro e uso de cadeirinhas para crianças, maneiras de lidar com conflitos em família, possíveis exposições a substâncias perigosas, guarda de arma em casa, prevenção de quedas e queimaduras. E, para as mulheres, as orientações sobre osteoporose, menstruação e menopausa. A resposta a essas questões foi negativa para a maioria dos usuários entrevistados, sendo as questões de orientação sobre guarda de arma em casa e uso de cinto de segurança e cadeirinha para criança negativas para a maioria não só dos usuários, mas também dos profissionais (Tabelas 6 e 9). Para Oliveira e Silva (2014), a melhoria dos serviços prestados nesse nível de atenção constitui-se ainda em um desafio, mesmo com os avanços já alcançados no Sistema Único de Saúde.

**Tabela 9** - Análise das variáveis mais influentes para o escore da integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados), segundo usuários com *diabetes* e profissionais das equipes Programa Mais Médicos. Goiana, PE, 2017.

		(Continua)			
Atributos	Variáveis	n	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
<b>Usuários</b>					
Integralidade serviços disponíveis	Aconselhamento sobre mudanças no envelhecimento	436	25,69	54,35	19,95
	Informações sobre programas assistenciais	437	14,88	65,99	19,22
	Informações sobre programa de suplementação alimentar	437	3,66	69,80	26,54
	Aconselhamento/ tratamento drogas	437	17,62	27,46	54,92
	Aconselhamento/ Saúde mental	437	21,51	27,69	50,80
	Sutura	437	17,62	53,78	28,60
	Aconselhamento e teste anti-HIV	437	29,98	17,17	52,86
	Identificação de problemas auditivos	437	15,33	54,46	30,21
	Identificação de problemas visuais	437	16,71	55,15	28,15
	Colocação de tala	437	2,95	71,85	22,20
	Remoção de verrugas	437	3,20	61,33	35,47
	Aconselhamento sobre como parar de fumar	437	22,65	27,01	50,34
Usuários					
Integralidade serviços disponíveis	Remoção de unha encravada	437	7,36	51,27	41,38

**Tabela 9** - Análise das variáveis mais influentes para o escore da integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados), segundo usuários com *diabetes* e profissionais das equipes Programa Mais Médicos. Goiana, PE, 2017.

					(Conclusão)		
		Orientações sobre doação de órgãos em caso de coma	435	13,73	44,17	42,11	
Profissionais							
Integralidade serviços disponíveis		Sutura	41	19,51	80,49	-	
		Colocação de tala	41	9,76	90,24	-	
		Remoção de verrugas	41	4,88	95,12	-	
		Remoção de unha encravada	41	14,63	85,37	-	
Usuários							
Integralidade Serviços prestados		Segurança no lar	437	43,94	50,80	5,26	
	Orientações sobre:	Maneiras de lidar com conflitos de família	437	10,30	79,86	9,84	
		Possíveis exposições a substâncias perigosas	437	15,79	74,37	9,84	
		Guarda de arma de fogo em casa, se houver	437	0,46	94,97	4,58	
		Prevenção de queimaduras	437	20,37	73,91	5,72	
		Prevenção de quedas	437	30,22	64,76	5,03	
		Prevenção para osteoporose	311	30,53	66,36	3,12	
		Menstruação ou menopausa	311	23,99	71,03	4,98	
	Uso de cinto de segurança e cadeirinha para criança	437	2,51	86,96	10,53		
	Integralidade Serviços prestados		Uso de cinto de segurança e cadeirinha para criança	41	43,91	56,09	-
		Orientações sobre:	Guarda de arma de fogo em casa, se houver	41	4,88	95,12	-

Fonte: a autora.

As orientações sobre o autocuidado e exames dos pés dos usuários com *diabetes* são importantes para prevenir e controlar complicações, sendo recomendada ao menos uma avaliação anual com uso de testes neurológicos básicos, assim como a inspeção quanto a deformidades e ao aspecto da rede venosa (BRASIL, 2013b; CAIAFA et al., 2011). Como o PCATool não contempla essas questões foi utilizado o formulário dos ACS para obter respostas a esse respeito.

Os ACS, em sua maioria, afirmaram orientar os pacientes sobre o autoexame dos pés (78%) e quanto ao uso de sapatos adequados (85,45%). Quanto ao trabalho dos médicos e enfermeiros, 89,09% dos ACS afirmaram que esses profissionais orientam sobre os cuidados

com os pés e, para 67,27% desses entrevistados, as equipes realizam os exames dos membros inferiores.

Os bons resultados alcançados para as orientações sobre os cuidados com os pés sugerem que a equipe compreende a importância dessas orientações para o favorecimento do autocuidado e para o estímulo do envolvimento eficaz dos usuários na prevenção e controle das complicações (REZENDE NETA; SILVA, SILVA, 2015). Sobre os exames dos pés pelas equipes da APS, Caiafa et al. (2011) destacam a importância de treinamentos das equipes para a classificação de risco e controle das intercorrências clínicas iniciais do pé diabético. Para esses autores, o exame clínico é o método diagnóstico mais efetivo, simples e de baixo custo para o diagnóstico da neuropatia dos membros inferiores.

Prates et al. (2017) buscou avaliar o desempenho dos serviços da APS no contexto mundial, mediante revisão sistemática de estudos disponíveis na literatura nacional e internacional, em relação aos atributos propostos no PCATool. Entre seus achados, destacou que a avaliação da integralidade, junto com a orientação cultural, foram os atributos com menor número de publicações. A maioria dos estudos levantada por esse autor encontrou baixo desempenho para a integralidade, sendo o componente serviços disponíveis aquele que apresentou maior percentual de inadequação entre os estudos que, em sua maioria, foram desenvolvidos no Brasil.

De qualquer forma, a literatura demonstra que esse atributo tem sido mais bem avaliado na ESF quando comparada aos serviços tradicionais (MARTINS et al., 2016; OLIVEIRA, VERÍSSIMO, 2015; SILVA et al., 2014). Em se tratando especificamente do Programa Mais Médicos, o estudo de Franco et al. (2018) buscou analisar se, para além da diminuição da escassez e de iniquidades na distribuição de médicos no Brasil, a atuação dos profissionais do Programa corresponde a uma prática integral. Para isso, analisaram a atuação dos médicos cubanos nas equipes do Rio de Janeiro segundo duas dimensões: abordagem biopsicossocial do cuidado, com orientação comunitária e elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde.

Os achados de Franco et al. (2018) indicam que, no elenco de ações de promoção, prevenção e assistência foi a dimensão da integralidade a mais plenamente alcançada pelos médicos nas categorias investigadas. Para esses autores, essa dimensão inclui: carteira ampla de serviços para promoção, prevenção e assistência em saúde; atenção à demanda espontânea e programada; integração com outros serviços de saúde; interdisciplinaridade; planejamento das intervenções e utilização de protocolos assistenciais.

O bom desempenho da integralidade requer constantes investimentos em recursos físicos, materiais e humanos, atribuindo à APS sua real significância e não a caracterizar como serviço de baixa complexidade (COTTA et al., 2013).

Por fim, é importante ressaltar a influência de outros atributos sobre a integralidade. Quanto menor o desempenho da utilização dos serviços e da acessibilidade, piores serão os resultados da integralidade, assim como os resultados da longitudinalidade podem facilitar ou dificultar o alcance da atenção integral (SILVA et al., 2014). Ao serem considerados os bons resultados alcançados pelos atributos acesso (utilização dos serviços) e longitudinalidade, entende-se que, em Goiana, a partir da presença de médicos próximo às casas das pessoas por um tempo igual ou superior a 3 anos, houve um incremento da integralidade de maneira indireta, sugerindo que a situação encontrada, apesar de estar longe do ideal, já é fruto da implantação do Programa. Não foi objetivo desse estudo avaliar a qualidade da atenção no município em Goiana antes e depois da chegada do Programa, sendo essa uma limitação dos resultados apresentados.

A integralidade também se relaciona diretamente com o próximo atributo a ser discutido: a coordenação do cuidado.

#### 5.2.4 Coordenação do cuidado

Starfield (2002) subdivide a coordenação em dois componentes: sistema de informações (SI) e integração dos cuidados. A essência desse atributo, segundo a autora, é a disponibilidade de informações sobre os usuários, no que diz respeito aos problemas e serviços anteriores para auxiliar no atendimento às necessidades atuais. Deve ocorrer dentro da própria APS, de modo que haja integração entre os serviços prestados pelos diferentes membros das equipes, e entre a atenção primária e os outros níveis de atenção.

O componente sistema de informações apresentou alta *performance* em Goiana, segundo usuários e profissionais, com escores de 7,77 (7,56) e 10,00 (9,19), respectivamente (Tabela 6), confirmando os achados de outras pesquisas que empregaram o mesmo instrumento de coleta (CARNEIRO et al., 2014; HARZHEIM et al., 2016; VIDAL et al., 2018).

Na versão do PCATool voltada para os usuários, esse componente é constituído por três questões. A primeira delas é direcionada aos próprios usuários e diz respeito ao fornecimento de resultados de exames anteriores ao médico da APS, durante as consultas. A resposta para essa primeira questão foi positiva segundo 71,83% do total de entrevistados (Tabela 10). Para

Carneiro et al. (2014) esse hábito é essencial para o melhor conhecimento sobre a história de saúde dos usuários e para o atendimento de suas reais necessidades.

**Tabela 10** - Análise das variáveis referentes à coordenação (integração dos cuidados/ sistema de informações), segundo usuários com *diabetes* acompanhados nas unidades participantes do Programa Mais Médicos e segundo médicos e enfermeiros das equipes. Goiana, PE, 2017

(Continua)					
Atributo	Variáveis	n	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
Usuários					
Coordenação (SI)	Resultados de exames anteriores na consulta médica	433	71,83	27,94	0,23
	Prontuário disponível nas consultas	434	97,7	0,69	1,61
	Possibilidade de leitura do prontuário	434	61,52	14,75	23,73
Profissionais					
Coordenação (SI)	Solicita aos usuários que tragam exames anteriores	42	92,86	7,14	-
	Permissão para usuários analisarem prontuários	42	90,47	9,52	-
	Disponibilidade de prontuários para os usuários durante a consulta	42	97,62	2,38	-
Usuários					
Coordenação (integração)	Consulta com especialista	437	33,41	66,13	0,46
	Encaminhamento ao especialista pela ESF	146	79,45	20,54	-
	Conhecimento da ESF sobre a consulta com o especialista	145	81,38	18,62	-
	Avaliação dos diferentes serviços especializados com a ESF	144	36,11	63,85	-
	Auxílio da equipe para marcação de consulta especializada	146	49,32	50,68	-
	Envio de informações ao especialista (referência)	144	70,84	29,16	-
	Interesse da ESF sobre os resultados da consulta especializada	143	68,54	31,47	-
	Interesse do médico da UBS sobre consulta especializada	144	60,42	39,58	-
	Interesse do médico da UBS sobre qualidade da consulta com especialista	141	56,74	43,26	-

**Tabela 10** - Análise das variáveis referentes à coordenação (integração dos cuidados/ sistema de informações), segundo usuários com *diabetes* acompanhados nas unidades participantes do Programa Mais Médicos e segundo médicos e enfermeiros das equipes. Goiana, PE, 2017

(Conclusão)

		Profissionais			
Coordenação (integração)	Conhecimento sobre consultas especializadas	33	78,57	21,43	-
	Discussão sobre opções de serviços especializados com os usuários	35	83,33	16,66	-
	Auxílio da equipe da UBS na marcação da consulta especializada	41	97,62	2,38	-
	Envia referência para especialista	42	100	-	-
	Contrarreferência	41	2,38	97,61	-
	Conversa com o usuário sobre a consulta ao especialista	42	100	-	-

Fonte: a autora.

As duas questões seguintes dizem respeito à disponibilidade de prontuário durante as consultas e à possibilidade de leitura desse documento, com respostas afirmativas para a maioria dos usuários, com valores de 97,7% e 61,52%, respectivamente (Tabela 10).

Carneiro et al. (2014) encontraram resultado análogo para a disponibilidade de prontuário em seu estudo, com valores de 88,2% na zona urbana e 96,5% na zona rural. Já para possibilidade de leitura do prontuário, os resultados dos referidos autores (28,3% na zona urbana e 35,5% na zona rural) foram inferiores ao encontrado em Goiana.

Não obstante os achados positivos encontrados a partir das entrevistas com os profissionais (Tabela 10), destaca-se que, além da existência do protocolo, a qualidade das informações contidas no documento é fundamental, não tendo sido objetivo dessa tese avaliar esses documentos.

O prontuário é definido como um documento constituído por um conjunto de informações registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada. É obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002). Pode ser considerado um indicador da qualidade da atenção prestada, além de ser um documento fundamental para pesquisas científicas, em casos de auditoria ou que envolvam questões éticas ou legais (PEREIRA et al., 2008).

O bom resultado encontrado em Goiana para a disponibilidade do prontuário é ratificado durante a entrevista da médica do PMM, que reforça a importância do seu preenchimento. Importante destacar que as equipes de Goiana ainda trabalham com prontuários impressos: [...] pessoalmente, eu faço questão de preencher completo [...] (Médica do PMM).

A existência e qualidade dos registros nos prontuários interferem na comunicação entre os profissionais das equipes (MENESES et al., 2015; PATRÍCIO et al., 2011), todavia, a coordenação, no âmbito da atenção primária, exige uma integração e comunicação que se dê também de maneira direta, presencial entre os membros das equipes (PREVIATO; BALDISSERA, 2018). Em Goiana, a condição das relações interpessoais foi apontada como determinante para o desenvolvimento dessa integração.

[...] nunca foi possível fazer nenhuma [discussão de casos], porque lá [UBS onde antes trabalhava] já era mais um problema de equipe [...] aqui tem um contato maior entre o pessoal da equipe [...] (Médica do PMM).

A equipe do Nasf também relata fragilidade dessa integração com as ESF, sobretudo com os médicos, reduzindo o potencial do apoio matricial no município.

[...] A gente só tem contato com eles [médicos] quando vai na unidade de saúde [...] quando a gente faz discussões de casos, na unidade de saúde, poucas vezes os médicos estão presentes. É mais a enfermeira e os agentes de saúde [...] (Gestora do Nasf).

O estudo de Previato e Baldissera (2018) encontrou resultados semelhantes aos de Goiana. Esses autores afirmam que a fragilidade do diálogo interprofissional entre a ESF e o Nasf traz prejuízos à coordenação e à integralidade da atenção e deve ser superada no processo de trabalho compartilhado dessas equipes. Por outro lado, Comes et al. (2016), em estudo qualitativo realizado em 32 municípios de todas as regiões do Brasil, encontraram marcante integração não só entre os componentes das equipes integrantes do PMM, mas também entre eles e as equipes do Nasf.

Para a gestora do Nasf entrevistada em Goiana, essa incipiente integração reflete-se nos poucos projetos terapêuticos singulares (PTS) desenvolvidos com as ESF. Junges e Barbiani (2012) apontam o PTS, formulado para cada usuário em sua situação peculiar de saúde, como elemento fundamental para o acompanhamento das doenças crônicas, potencializando a autonomia e a corresponsabilização, uma vez que deve haver também o envolvimento ativo dos usuários no desenvolvimento do projeto. Essa integração favorece a realização da clínica ampliada, contudo, lidar com as diferenças, com conflitos, afetos e poderes na equipe não é fácil, exige um aprendizado coletivo (BRASIL, 2007).



O componente da coordenação que trata da integração dos cuidados mostrou qualidade insatisfatória para os usuários – 6,27 (5,97) (Tabelas 4 e 8). A literatura relata as dificuldades enfrentadas pelas equipes da atenção primária em coordenar o cuidado daqueles pacientes que necessitam de atenção continuada. São relatadas questões relativas ao processo de trabalho das equipes, à organização da oferta na rede de serviços e ao apoio da gestão municipal (ALELUIA et al., 2017; MAGALHÃES JÚNIOR; PINTO, 2014; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; SANTOS; GIOVANELLA, 2016).

Uma dessas dificuldades consiste no encaminhamento aos especialistas. No estudo de Goiana, os achados demonstram que apenas 33,41% dos usuários entrevistados relataram encaminhamento para especialistas e, destes, 70,45% foram encaminhados pela equipe do PMM do município (Tabela 10).

Esse aspecto já foi abordado durante a discussão sobre acessibilidade e, não obstante à necessidade de melhor qualificação dos encaminhamentos a partir da estratificação de risco, é evidente a insuficiente oferta de consultas especializadas no município. Essa realidade pode ter influenciado, inclusive, no baixo percentual atribuído pelos usuários à questão que trata sobre a avaliação dos diferentes serviços especializados com a ESF (36,11%), uma vez que a baixa oferta inviabiliza qualquer tipo de discussão sobre seleção de serviços (Tabela 10).

A médica do PMM ressalta a dificuldade de encaminhamento dos usuários às consultas especializadas:

[...] pelo menos aqui, quem é diabético também é hipertenso e tem alguma complicação renal. Então é difícil controlar. A gente faz o que pode, né? Tentando controlar, ao máximo, o paciente aqui, porque sabemos que é muita dificuldade pra marcar [consultas especializadas] [...] (Médica do PMM).

A APS deve ser capaz de tratar 80% dos casos, contudo, por recomendação do Ministério da Saúde, o médico deve encaminhar à unidade de referência secundária os usuários com dificuldade de controle metabólico, após frustradas as tentativas de obtenção de controle pela equipe local, além dos casos de *diabetes* gestacional, gestantes com *diabetes* e os usuários que necessitam de uma consulta especializada como a cardiologia, oftalmologia, endocrinologista, nefrologista ou outras especialidades que se façam necessárias (BRASIL, 2013b).

Mesmo para os profissionais que atribuíram um alto escore a esse atributo – 7,77 (7,49), a contrarreferência é apontada como um problema que ainda precisa ser enfrentado no município de Goiana, corroborando com outros estudos (ALELUIA et al., 2017; CARRER et al., 2016). Durante as entrevistas semiestruturadas, esse resultado foi ratificado.

[...] em cinco anos trabalhando em Goiana, só uma vez eu recebi a contrarreferência [...] (Médica do PMM).

[...] geralmente, os ginecologistas mandam [contrarreferência], mas os demais não mandam não [...] (Gestora da APS).

Para Mendes (2011), a atuação dos especialistas só agrega valor para as pessoas quando eles conhecem pessoalmente e trabalham conjuntamente com os generalistas, sendo o modelo de referência e contrarreferência tradicional pouco efetivo. Para esse autor, a comunicação se torna falha entre a atenção especializada e a APS nas situações em que os prontuários são impressos, havendo fragmentação desse documento, que não permite que as informações relevantes sejam compartilhadas, dificultando o manejo das doenças crônicas. Essa foi a situação encontrada em Goiana, tanto na APS quanto na policlínica municipal. O ideal é trabalhar com prontuários eletrônicos que devem circular em todos os pontos da rede de saúde, com o registro de todos os portadores de uma determinada condição crônica, por riscos socioeconômicos e sanitários (MENDES, 2011).

São fundamentais também encontros presenciais entre os generalistas e especialistas, nos quais sejam possíveis desde a troca de informações sobre os usuários até a discussão de projetos terapêuticos singulares (BRASIL, 2007). No entanto, o descrédito dos especialistas quanto ao trabalho dos médicos do PMM foi relatado durante as entrevistas semiestruturadas, sendo apontado como possível causa da incipiente comunicação entre esses profissionais.

[...] os cardiologistas que estavam atendendo lá não queriam fazer, de jeito nenhum, a avaliação cardiológica encaminhada pelos médicos do Mais Médicos [...] e a gente mesmo se sentiu discriminado [...] (Médica do PMM).

A perda de vínculo do usuário com a ESF por passar a ser atendido no serviço especializado parece também influenciar na fragilidade da coordenação da atenção. Em geral, apenas os casos de maiores riscos devem ficar sob os cuidados definitivos da equipe da atenção especializada (MENDES, 2012), mas não é o que parece ocorrer em Goiana.

[...] nós acolhemos de um jeito, que a responsabilidade passa a ser muito nossa [...] como o paciente acaba voltando para o especialista, então, dificilmente, ele vai retornar com aquele problema para a atenção básica [...] (Gestora da policlínica municipal).

[...] eles [especialistas] mesmos resolvem o problema e lá mesmo eles [usuários] ficam [...] (Gestora da APS).

Carrer et al. (2016) compararam os atributos da APS em unidades com e sem profissionais do PMM e concluíram não haver diferença para os resultados da coordenação entre as duas situações, demonstrando que deve haver investimento, sobretudo municipal e

estadual para reduzir os obstáculos que impedem a concretização desse importante atributo que é essencial, especialmente, para o acompanhamento de usuários com doenças crônicas não transmissíveis. Para Starfield (2002), a qualidade dos outros atributos depende da coordenação do cuidado.

Para Campos; Pereira Júnior (2016), a capacidade de coordenação dos médicos e das equipes da Atenção Básica é reduzida, não sendo diferente para aquelas integrantes do PMM. Esses autores relacionam esse empecilho à impossibilidade de organização das regiões de saúde como instâncias de planejamento e de gestão do SUS.

### 5.2.5 Orientação familiar e comunitária

Em Goiana, assim como ocorreu com outros atributos, houve discordância entre as informações fornecidas pelos usuários e profissionais a respeito da orientação familiar e comunitária. Para a orientação familiar, os escores para usuários e profissionais foram, respectivamente, 4,43 (4,62) e 10,00 (9,35). E, para a orientação comunitária, foram também respectivamente: 2,23 (2,88) e 10,00 (9,35) (Tabela 11).

**Tabela 11** - Escores medianos (médios) dos atributos derivativos da Atenção Primária à Saúde, segundo usuários com diabetes e profissionais das equipes participantes do Programa Mais Médicos. Goiana, Pernambuco, 2017.

Atributos da APS		n	Valor Mediano (médio) (0 -10)	p-valor
Usuários				
Atributos derivativos	Orientação familiar	437	4,43 (4,62)	
	Orientação comunitária	437	2,23 (2,88)	
Profissionais				
Atributos derivativos	Orientação familiar	41	10,00 (9,35)	
	Orientação comunitária	41	10,00 (9,35)	

Fonte: a autora.

Os resultados apontados pelos usuários corroboram com a literatura que trata sobre esses atributos. Em revisão sistemática sobre o uso do PCATool, que incluiu periódicos publicados entre 2007 e 2015, Prates et al. (2017) demonstram que a orientação comunitária e a orientação

familiar estão entre aqueles atributos com maior número de publicações, com 15 artigos para a orientação familiar e 18 para a orientação comunitária, nos quais cada um apresentou bons desempenhos em apenas 2 estudos.

Em Goiana, ao serem avaliados isoladamente, foi demonstrado que, para o baixo desempenho da orientação familiar segundo usuários, contribuíram a dificuldade de participação desses sujeitos no planejamento do seu tratamento e o pouco interesse da equipe pela história familiar dos pacientes. Por outro lado, para 64,07% dos usuários, as equipes têm disponibilidade em fazer reuniões com as famílias, quando necessário (Tabelas 11 e 12).

**Tabela 12** - Análise das variáveis referentes à orientação familiar e orientação comunitária, segundo usuários com *diabetes* acompanhados pelas equipes participantes do Programa Mais Médicos. Goiana, PE, 2017.

Atributo	Variáveis	n	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
	Usuários				
Orientação familiar	Participa do planejamento do tratamento	437	30,43	66,14	3,43
	Interesse da equipe sobre problemas familiares de saúde	437	48,52	50,57	0,92
	Disponibilidade da equipe se reunir com a família	437	64,07	11,21	24,71
Orientação comunitária	Visita domiciliar	437	86,73	12,36	0,92
	Conhecimento da equipe sobre problemas de saúde da comunidade	436	55,05	16,52	28,44
	Opiniões e ideias da comunidade consideradas para melhoria dos serviços de saúde	437	30,21	21,92	47,83
	Pesquisas de satisfação	437	20,83	34,56	44,62
	Pesquisas para identificar novos problemas de saúde	437	19,68	34,79	45,54
	Estímulo à participação em conselho local de saúde	436	12,38	75,45	12,16

Fonte: a autora.

Durante a entrevista semiestruturada com uma médica do PMM de Goiana, foi percebido que a concepção sobre orientação familiar está fortemente vinculada à presença da família dos usuários durante as consultas ou durante a visita domiciliar. Não surgiram elementos que reforçassem a necessidade de participação dos usuários no planejamento do seu tratamento.

Contudo, conforme relatado pela maioria dos usuários, ficou clara a disponibilidade de realizar conversas com as famílias dos usuários sob sua responsabilidade.

[...] Se o paciente chegar sozinho, a gente sempre tenta pedir de que venha com alguém da família [...] tem aqueles que falam: - Eu como direitinho. Aí vem a filha e fala: - Come nada! [...] (Médica do PMM).

[...] Quando se trata de visita domiciliar, sempre tem a família presente e a gente não só conversa com o paciente, como conversa com a família inteira [...] (Médica do PMM).

O escore de 2,23 (2,88), atribuído à orientação comunitária, deve-se ao fato de 40% do total de usuários não saberem responder à metade das questões relacionadas a esse atributo (Tabela 9). No entanto, um alto percentual de usuários relatou a realização das visitas domiciliares (86,73%), aspecto importante no cuidado aos pacientes com doenças crônicas.

A maioria dos ACS de Goiana (96,36%) afirma estimular a participação comunitária nas áreas sob sua responsabilidade, contudo, 75,45% dos usuários afirmam não haver estímulo nesse sentido. O Agente Comunitário de Saúde é o profissional mais importante da equipe para a qualidade desses atributos derivativos (TURCI; LIMA-COSTA; MACINKO, 2015).

O número médio de famílias acompanhadas pelos ACS foi de 156,59, sendo acompanhados 17,68 usuários com *diabetes*, em média, seguindo o parâmetro definido pelo Ministério da Saúde, que recomenda o número máximo de 750 pessoas a serem acompanhados por todos os ACS (BRASIL, 2011b). Contudo, para uma avaliação mais rigorosa, devem ser considerados, além do perfil epidemiológico da população cadastrada, a dificuldade de locomoção dentro da área. Vale ressaltar que Goiana possui um grande território rural no qual vive 23,3% da sua população (IBGE, 2011).

Ao serem indagados sobre o que achavam do número de famílias sob sua responsabilidade, esses profissionais, em sua maioria, avaliaram como bom (66,36%), seguido de ótimo (16,36%), percentuais iguais àqueles atribuídos ao número de visitas domiciliares (Tabela13).

**Tabela 13-** Avaliação sobre as condições de trabalho, segundo os agentes comunitários de saúde. Goiana, 2018.

Variáveis	N	%
Informações sobre a área		
Ótimo	16	14,55
Bom	49	44,55
Regular	43	39,09
Ruim	1	0,91
Péssimo	1	0,91
Número de visitas		
Ótimo	18	16,36
Bom	73	66,36
Regular	18	16,36
Ruim	1	0,91
Número de famílias		
Ótimo	18	16,36
Bom	73	66,36
Regular	18	16,36
Ruim	1	0,91
Material de trabalho		
Bom	8	7,27
Regular	33	30,00
Ruim	39	35,45
Péssimo	30	27,27
Espaço para atividades coletivas na UBS		
Ótimo	15	14,00
Bom	43	39,00
Regular	32	29,00
Ruim	14	13,00
Péssimo	6	5,00

Fonte: a autora.

Na organização da rotina de atividades, os agentes comunitários participantes do estudo relataram dedicar quantidade de tempo semelhante para as visitas domiciliares e para as atividades dentro das unidades.

Nas visitas domiciliares, os ACS devem cadastrar os membros da família, realizar atividades de educação em saúde, informar sobre a dinâmica de funcionamento dos serviços, entre outras ações (BRASIL, 2011b). Para Morosini e Fonseca (2018), a visita domiciliar é a maior expressão da presença desses agentes no território, sendo esse potencial reduzido pelo envolvimento desses profissionais em tarefas de apoio e burocráticas no âmbito da unidade, como separação de prontuários, anotação de peso e altura, organização de espaço físico e até atividades de limpeza.

Essas autoras ressaltam que, aliado à busca pela profissionalização em outras áreas diferentes de atuação no território, também se percebe que, com o passar dos anos, as atribuições contidas nos documentos oficiais, como as Políticas Nacionais de Atenção Básica (Pnab) foi deixando de ter o território, a mobilização social e a busca da intersetorialidade como prioridades para dar lugar a uma agenda que traz para o centro das atenções a prevenção e o controle de riscos de doenças, com forte referencial biomédico (MOROSINI; FONSECA, 2018). Na última Pnab não há definição clara do número mínimo de ACS por equipes, com a possível redução ou até mesmo ausência desses agentes, podendo haver um retorno ao modelo convencional já tratado anteriormente, que se ancora na demanda espontânea dos usuários. (BRASIL, 2017a; MOROSINI; FONSECA, 2018).

Pesquisas realizadas após a revisão sistemática de Prates et al. (2017) continuam a apresentar resultados insatisfatórios (HARZHEIM et al., 2016; REICHERT et al., 2016; VIDAL et al., 2018). Em relação à disparidade entre as opiniões dos profissionais e usuários, Vidal et al. (2018) destacam que isso pode acontecer em virtude da existência de viés de aferição entre os profissionais que tendem a avaliar bem os serviços em que trabalham.

O panorama advindo das informações dos usuários é preocupante porque são esses os atributos que mais diferenciam a ESF do modelo ambulatorial tradicional (TURCI; LIMA-COSTA; MACINKO, 2015), representando elementos fundamentais para o fortalecimento do vínculo entre serviço de saúde, famílias e comunidade (REICHERT et al., 2016).

A orientação familiar e a orientação comunitária são chamadas de atributos derivativos porque resultam de um alto nível de obtenção dos aspectos essenciais da APS, ou seja, do acesso de primeiro contato, da longitudinalidade, da integralidade e da coordenação (STARFIELD, 2002).

A orientação familiar acontece quando a obtenção da integralidade fornece uma base para a consideração dos indivíduos dentro de seus ambientes, quando a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde e quando o desafio da coordenação da atenção se defronta com recursos familiares limitados (STARFIELD, 2002).

Em se tratando da orientação comunitária, há que se fazer uma distinção entre a atenção primária convencional, que tem uma perspectiva apenas clínica e aquela APS que leva em consideração o ponto de vista da população. A primeira, mais limitada, restringe-se apenas ao atendimento daqueles pacientes que buscam o serviço de saúde, por isso pode nunca conhecer a distribuição dos problemas de saúde na comunidade, não possuindo também a informação de

como os problemas se manifestam inicialmente, uma vez que os usuários só buscam atendimento quando já há algum incômodo (STARFIELD, 2002).

Há também, na APS convencional, uma dificuldade em entender o impacto dos fatores ambientais, sociais e comportamentais na origem das enfermidades, uma vez que não há um conhecimento dos profissionais sobre o meio em que os usuários vivem. Por fim, o monitoramento do impacto do serviço de saúde quase inexistente porque depende do retorno dos usuários para uma nova consulta (STARFIELD, 2002).

A APS orientada para a comunidade utiliza habilidades epidemiológicas e clínicas de forma complementar para atender as necessidades específicas de uma comunidade definida, aliando ainda conhecimentos sobre as ciências sociais e sobre pesquisa de avaliação dos serviços de saúde. Por fim, capacita as comunidades para o reconhecimento dos determinantes das necessidades de saúde, assim como para participação do planejamento das soluções (STARFIELD, 2002).

A orientação familiar e a comunitária perpassam por quatro dos seis elementos do modelo de atenção às doenças crônicas: suporte às decisões; sistema de informações clínica, autocuidado apoiado e recursos da comunidade. Com pessoas bem informadas e que participem do planejamento do seu tratamento, é possível desenvolver o autogerenciamento da saúde, assim os resultados tendem a ser positivos (MENDES, 2012). Para que haja o fortalecimento da atenção primária, com ou sem a presença do PMM, esses dois atributos necessitam de ressignificação por parte de quem elabora as políticas de saúde no Brasil, para que não sejam perdidas as características essenciais que tornaram a Estratégia Saúde da Família um modelo de atenção tão peculiar.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aponta-se, como limitação do estudo, a metodologia utilizada, a partir do PCATool, que confere o mesmo peso a todos os atributos, sendo esse limite já apontado na literatura (OLIVEIRA; SILVA, 2014; VIDAL et al., 2018). Sugerem-se pesos diferentes para os casos estudados, como aqueles envolvendo doenças crônicas, nos quais as questões mais relevantes receberiam maiores pesos. Com o uso também da metodologia qualitativa, esse limite acabou sendo minimizado, uma vez que a triangulação de métodos permitiu um maior aprofundamento da discussão.

Algumas questões do PCATool merecem revisão ou adaptação à realidade, como é o caso, da questão: aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro, que foi decisiva para o baixo escore do atributo integralidade (serviços prestados). A maioria dos usuários relatou renda de até um salário mínimo (50,8%), sendo essa questão discutível para essa realidade.

A não inclusão do cirurgião-dentista como sujeito foi outro fator limitador da pesquisa, uma vez que esse profissional poderia acrescentar informações que enriqueceriam a discussão realizada.

A presente Tese teve, como objetivo, avaliar a qualidade do Programa Mais Médicos em Goiana, Pernambuco, a partir da atenção aos pacientes com Diabetes *Mellitus*. Para isso, caracterizou os sujeitos da pesquisa, avaliou a incorporação e o desenvolvimento dos atributos essenciais e derivativos da atenção primária e analisou, de maneira particular, a coordenação do cuidado aos pacientes com DM, além de outros atributos, como a acessibilidade, orientação comunitária e familiar. Dessa forma, os objetivos propostos foram atingidos, destacando o uso da triangulação de métodos que conferiu robustez aos resultados obtidos.

Os resultados sugerem que o PMM vem contribuindo para a melhoria do atendimento à população estudada, não só pelo aumento da cobertura, mas também pelos altos escores de qualidade apresentados por importantes atributos para as doenças crônicas.

O PMM, mesmo alocando médicos em locais antes desassistidos, pode perder parte do seu potencial em virtude de problemas estruturais locais. Ademais, seu caráter provisório pode interferir na qualidade do atendimento.

Recomenda-se que a gestão municipal crie condições de acesso que necessariamente não precisem da presença física, como telefone para que os profissionais tirem dúvidas e possam acompanhar à distância a situação de saúde dos usuários cadastrados. Em se tratando

de uma doença crônica, isso pode favorecer o autocuidado, aliando-se ao fortalecimento dos pilares da Estratégia Saúde da Família, que são a orientação familiar e comunitária, com vistas a capacitar e empoderar esses usuários, além de resgatar o estímulo à participação efetiva desses sujeitos no planejamento do tratamento, inclusive aproveitando os recursos da própria comunidade para que as metas estabelecidas sejam alcançadas.

Evidenciou-se a importância de aferir os atributos da APS para qualificar os serviços. É importante que a gestão municipal se aproprie de metodologias de avaliação da qualidade e as transforme numa cultura no município para que se persiga a melhoria contínua dos serviços.

Ressaltam-se os limites do PMM. Em se tratando de um programa, a sua descontinuidade era uma possibilidade desde a sua implantação. Nesse sentido, em 2019, foi anunciado o encerramento gradual do PMM e substituição pelo Programa Médicos pelo Brasil, nova aposta do Governo federal que, conforme já foi discutido, possui um escopo bem mais restrito no que se refere aos critérios de seleção dos locais a receberem profissionais, à formação médica e à reestruturação física das unidades de saúde.

Além disso, em virtude da Emenda Constitucional n. 95, de 2016, que congela os gastos com saúde por 20 anos, existe também um limite à própria saúde pública e à atenção primária, pois sem novos recursos, não há como garantir acesso e continuidade dos cuidados, especialmente aos usuários com doenças crônicas que utilizam frequentemente o sistema de saúde.

Esse cenário se torna mais inquietante quando somado às alterações da Pnab, ocorridas em 2017, que preveem diminuição do número de ACS e mudança de seu perfil de atuação, além da priorização da chamada Atenção Básica tradicional em detrimento da ESF. Com isso, o cuidado aos usuários com doenças crônicas tende a sofrer um retrocesso. Conceitos como acolhimento, vínculo, adscrição da clientela, territorialização, responsabilidade sanitária, trabalho em equipe multiprofissional talvez passem a não fazer mais sentido. Assim a ESF pode deixar de ser a porta de entrada preferencial da APS, perdendo seu potencial de coordenadora da rede de atenção.

Em 2019, o Ministério da Saúde colocou em consulta pública a chamada carteira de serviços de saúde no âmbito do SUS. Esse documento utiliza o PCATool para definir os serviços essenciais a partir das características ou atributos essenciais (acesso de primeiro contato, coordenação, longitudinalidade, integralidade). Não foram incluídos, nessa carteira, os atributos derivativos que são orientação comunitária e familiar, havendo uma redução da

importância desses atributos, sendo essa postura do Ministério ratificadora do texto da nova Pnab, na qual se percebe claramente o predomínio do modelo biomédico.

Outra decisão do Ministério da Saúde, em 2019, é o uso do PCATool para avaliação da qualidade das equipes de saúde da família no Brasil, atualmente realizada pelo PMAQ. Contudo, o PMAQ, em seu módulo de observação da estrutura física permitia um diagnóstico ao Ministério da Saúde de quais as unidades, municípios e regiões necessitavam de maior investimento em estrutura a ser contemplados pelo Requalifica SUS.

O Programa Médicos pelo Brasil não contempla o eixo investimento em infraestrutura, aliado a isso, a ausência do módulo de observação da estrutura física das unidades durante a avaliação da qualidade das equipes da ESF dificultará o mapeamento daquelas unidades a serem contempladas com recursos federais.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. S. V. *et al.* Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da atenção básica em Pernambuco. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, p. 182-193, 2014. Número especial.
- ALELUIA, I. R. S. *Avaliação da coordenação do cuidado no âmbito da atenção primária à saúde: estudo de caso.* 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.
- ALELUIA, I.R.S. *et al.* Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1845-1856, 2017.
- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 375-391, 2012.
- ASSUNÇÃO, T. S.; URSINE, P. G. S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2189-2197, 2008.
- BADUY, R. *et al.* A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 295-304, 2011.
- BARBOSA, A. C. Q. *et al.* Programa Mais Médicos: como avaliar o impacto de uma abordagem inovadora para superação de iniquidades em recursos humanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 42, p.1-8, 2018. Número Especial.
- BARCELÓ, A. *et al.* The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. *Bulletin of the World Health Organization*, Genève, v. 81, n. 1, p. 19-27, 2003.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70, 2004.
- BOUSQUAT, A. *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diabetes Mellitus.* Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clinica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.* Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde; Série Pactos pela Saúde, v. 9).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool – Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 2 jan. 2019.

BRASIL. *Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013*. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2013a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm). Acesso em: 2 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 483, de 1º de abril de 2014*. Redefine a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. 120p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. *Lei n.12.994, de 17 junho de 2014*. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Brasília, DF: Presidência da República, 2014c. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2014/Lei/L12994.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L12994.htm). Acesso em: 5 fev.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cobertura da Estratégia Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php). Acesso em: 26 ago. 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resultados para o país*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/resultados-para-o-pais>. Acesso em: 13 set. 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 22 mar 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Mais Médicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cobertura da Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 23 mar. 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resultados para o país*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/resultados-para-o-pais>. Acesso em: 22 mar. 2018b.

BRASIL. Lei n. 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 8 jan. 2018.

BRASIL. Medida Provisória nº 890, de 1 de agosto de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 1 ago. 2019a.

BRASI. Ministério da Saúde. *Portaria n. 930, de 15 de maio de 2019*. Institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera a Portaria nº 2.436/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0930\\_17\\_05\\_2019.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0930_17_05_2019.html). Acesso em: jun. 2019b.

CAIAFA, J. S. *et al.* Atenção integral ao portador de pé diabético. *Jornal Vascular Brasileiro*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 240-246, 2011.

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, 2016.

CARNEIRO, M. S. M.; MELO, D. M. S.; GOMES, J. M. *et al.* Avaliação do atributo coordenação da atenção primária à saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 38, p. 279-295, out. 2014.

CARRER, A. *et al.* Efetividade da Estratégia Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2849-2860, 2016.

CASOTTI, E. *et al.* Atenção em saúde bucal no Brasil: uma análise a partir da avaliação externa do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, p.140-157, out. 2014. Número especial.

CASTRO, T. A. *et al.* ACS: perfil, trabalho, emprego. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 294-301, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). *Resolução CFM n. 1638/ 2002*. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da comissão de prontuário nas instituições de saúde. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm). Acesso em: 2 ago. 2019.

CHAMPAGNE, F. *et al.* *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 292 p.

CHARLYN, E.; STARFIELD, B.; HURTADO, M.P. *et al.* Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*, Evanston, v. 105, n. 4, p. 998-1003, abr. 2000.

CHOMATAS, E. *et al.* Presença e Extensão de atributos da APS em Curitiba. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 8, n.29, p. 294-303, out./dez. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). *Mais médicos não é mais saúde*. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2015. Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=25594:2015-06-26-18-08-26&catid=46](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25594:2015-06-26-18-08-26&catid=46). Acesso em: 4 abr. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). *Para que tantas escolas médicas no Brasil*. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2017. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=27310:2017-12-01-12-49-55&catid=46:artigos&Itemid=18](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27310:2017-12-01-12-49-55&catid=46:artigos&Itemid=18). Acesso em: 5 abr. 2018.

COMES, Y. *et al.* Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2749-2759, 2016.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. (org.) *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. p. 29-48.

COTTA, R. M. M. *et al.* Políticas de Saúde no Brasil e o desenho do sistema nacional de saúde. *In: COTTA, R. M. M (org.). Políticas de Saúde: desenhos, modelos e paradigmas.* Viçosa: Editora UFV, 2013. p. 87-119.

CRUZ, J. L. V. Grandes investimentos e reestruturação do espaço regional no Norte Fluminense. *In: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Circuito de debates acadêmicos do instituto de pesquisas econômicas aplicadas (Anais),* Brasília, DF, IPEA, 2015. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/78527675/Anais-do-I-Circuito-de-Debates-Academicos-Sumario-II-CODE-Ipea-2011>. Acesso em: 21 set. 2015.

CYLUS, J. *et al.* United Kingdom: health system review. *Health Systems in Transition,* Manila, v. 17, n. 5, p. 1-125, 2015.

DA COSTA, P. C. *et al.* Expectativa de enfermeiros brasileiros acerca do acolhimento realizado na atenção primária em saúde. *Revista de Saúde Pública,* São Paulo, v. 18, n. 5, 2016.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade dos serviços de saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem,* Brasília, v. 59, n. 1, p. 84-88, 2006.

DONABEDIAN, A. *Aspects of medical care administration.* Boston: Harvard University, 1973.

DONABEDIAN, A. Enfoques básicos para la evaluación: estructura, processo y resultado. *In: DONABEDIAN, A. (org.). A la calidad de la atención médica: definición y método de evaluación.* México: La Prensa Médica Mexicana, 1984. p. 95-157.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Archives Pathology & Laboratory Medicine,* Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

DONABEDIAN, A. *An introduction to quality assurance in health care.* New York: Oxford University, 2003.

ETIENNE C.F. Promoting universal health through primary health care. *Revista Panamericana de Salud Publica,* Washington, v. 45, n. 145, p. 1-2, 2018.

FARIA, H.T.G. *et al.* Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidade da estratégia saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP,* São Paulo, v.48, n.2, p. 257-263, 2014.

FERREIRA, T. *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde de crianças e adolescentes com HIV: PCATool-Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem,* Porto Alegre, v. 37, n. 3, p.1-9, 2016.

FIRMINO, A.A. *et al.* Atuação dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família em um município de Minas Gerais. *Saúde (Santa Maria),* Santa Maria, v. 42, n. 1, p. 49-58, 2016.



- FORREST, C.B.; STARFIELD, B. The effect of first-contact with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures. *Journal of family practice*, Nova York, v. 43, n. 1, p. 40-8, 1996.
- FRANCO, C. M. *et al.* Integralidade das práticas de médicos de Cuba no Programa Mais Médicos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, p. 1-17, 2018.
- FREIRE FILHO, J.R. *et al.* Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 26, n. e3018, p. 1-8, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt\\_0104-1169-rlae-26-e3018.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3018.pdf) Acesso em: 10 mar. 2019.
- FREITAS, L. M. *et al.* Formação dos agentes comunitários de saúde no município de Altamira (PA), Brasil. *ABCS Health Science*, Santo André, v. 40, n. 3, p. 171-7, 2015.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Brasil). Projeto – Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (Proadess). *Relatório final*. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz, 2011. Disponível em: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=produ>. Acesso em: 7 jun. 2017.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Brasil). *Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento*. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=produ>. Acesso em: 07 jun. 2017.
- GARCÍA-ARMESTO, S. *et al.* Spain: health system review. *Health Systems in Transition*, Manila, v. 12, n. 4, p. 1-295, 2010.
- GAVALOTE, H.S. *et al.* O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p. 90-98, 2016.
- GIOVANELLA, L. *et al.* A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n.9, p. 2697-2708, 2016.
- GIRARDI, S.N. *et al.* Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2739-2748, 2016.
- GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.
- GONTIJO, T. L. *et al.* Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 741-752, 2017.
- GUBA, E.G.; LINCOLN, Y. S. *Avaliação de quarta geração*. Tradução Beth Honorato. Campinas, SP: Editora da Unicamp. 2011. 305p.

HARRIS M. Programa Mais Médicos – um ponto de vista desde a Inglaterra. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2919-2923, 2016.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos Programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

HARZHEIM, E. *et al.* Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1399-1408, 2016.

HARZHEIM E., *et al.* Estudos de PCATool no Brasil. In: MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R. *et al.* *Atenção primária à saúde no Brasil*. Conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2018. p. 493-525.

HEMOBRAS. *Análise Participativa da Realidade Socioambiental da Goiana- PE*. Recife, 2013. 147 p.

HUDON, C. *et al.* Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services With Chronic Diseases: A Qualitative Study of Patient and Family Experience. *Annals of family medicine*, Leawood, v. 13, n.6, p. 523-8, 2015.

IBGE. *Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em: 12 dez. 2016.

ISER, B. P. M. *et al.* Prevalência de diabetes no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 24, n. 2. p. 305-314, 2015.

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

KARINO, M. E.; PACE, A. E. Risco para complicações em pés de trabalhadores portadores de diabetes mellitus. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 11, p.183-190, 2012. Número suplementar.

KEMPER, E.S., MENDONÇA, A.V.M., SOUSA, M.F. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2785-2796, 2016.

KESSLER, M. *et al.* A longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde: comparação entre modelos assistenciais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1127-1135, 2018.

KESSNER, D. M. *et al.* Evaluación de la calidad de la salud por el método de los procesos trazadores. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington: Organización Panamericana da Saúde, 1992, p. 555-563.

KVALE, S. *Interviews. An introduction to qualitative research interviewing*. London: Sage Publications, 1996. 326p.

LIKERT R.; ROSLOW S.; MURPHY G. A simple and reliable method of scoring the Thurstone attitude scales. *Journal of social psychology*, Provincetown, v. 5, p. 228-238, 1993.

LOPES, M.A.C.P. *et al.* Percepção de usuários do Sistema Único de Saúde acerca do Programa Mais Médicos em um município do interior do Ceará. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, v.19, n.4, p. 50-57, 2017.

MACHADO, M. H. *et al.* Mercado de trabalho da enfermagem: aspectos gerais. *Enfermagem em Foco*, Brasília, v. 7, p. 35-62, 2016. Número especial.

MACIEL FILHO, R. *Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro*. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007.

MACIEL FILHO, R.; BRANCO, M. A. F. *Rumo ao interior: Médicos, Saúde da Família e Mercado de Trabalho*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. 205p.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M; PINTO, H. A. P. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 51, p. 14-29, 2014.

MALIK, A. M. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. *Cadernos Fundap*, São Paulo, n. 19, p.7-24, 1996.

MARCHILDON, G. P. Canada: Health system review. *Health Systems in Transition*, Manila, v. 15, n. 1, p. 1-179, 2013.

MARQUI, A.B.T. *et al.* Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-61, 2010.

MARQUIZAM, R.F; GIRALDIN, O. A interface entre saúde indígena e o programa mais médicos para o Brasil no Tocantins: uma análise a partir do povo Xerente. *Amazônica-Revista de Antropologia da Universidade do Pará*, Belém, v. 9, n.2, p. 832 - 854, 2017.

MARTINS, J. S.; ABREU, S. C. C.; QUEVEDO, M. P. *et al.* Estudo comparativo entre US com e sem ESF por meio do PCATool. *Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-132, 2016.

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

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

MENDES, E.V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MINAYO, M. C.S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 244p.

MOROSINI M. V., FONSECA A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 261-274, 2018. Número Especial.

MOURA, E.C. *et al.* Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 19, v. 2, p. 429-438, 2014.

NOGUEIRA, P.T.A. *et al.* Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n.9, p. 2889-2898, 2016.

OGURTSOKA, K. *et al.* IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, Canadá, v. 128, n. 2017, p. 40-50, 2017.

SILVA, C.S.O. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p.4407-4415, 2014.

OLIVEIRA, L. M. L.; TUNIN, A. S. M.; SILVA, F. C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho na atenção em saúde. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 11, n. 4, p. 362-373, 2008.

OLIVEIRA, F. P. *et al.* Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface*, Botucatu, v. 54, n. 19, p. 623-34, 2015. Disponível em: <<http://interface.org.br/wp-content/uploads/2015/07/v19-n54.pdf>> Acesso em: 12 jul. 2015.

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, p. 158-64, 2013. Número Especial.

OLIVEIRA, R.S; MORAES; H. M. M; GOES, P. S. A. Problematizando a díade saúde e desenvolvimento: o caso do polo de Suape no estado de Pernambuco. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 27, n. 1, p.149-162, 2018.

OLIVEIRA, V. B.C.A.; VERÍSSIMO, M. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 30-36, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Mais Médicos: profissionais cubanos da cooperação internacional sairão do Brasil até 12 de dezembro*. Brasília, DF: Opas, 2018. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5804:mais-medicos-profissionais-cubanos-da-cooperacao-internacional-sairao-do-brasil-ate-12-de-dezembro&Itemid=347](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5804:mais-medicos-profissionais-cubanos-da-cooperacao-internacional-sairao-do-brasil-ate-12-de-dezembro&Itemid=347). Acesso em: 5 ago. 2019.

PATRÍCIO, C. M. *et al.* O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro uma realidade para os médicos? *Scientia medica*, Porto Alegre, v. 21, n. 3, p. 121-131, 2011.

PEDRAZA, D. F.; SANTOS, I. Perfil e atuação do agente comunitário de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família em dois municípios da Paraíba. *Interações*, Campo Grande, v. 18, n. 3, p. 97-105, 2017.

PENSO, J. M. *et al.* Avaliação da atenção primária à saúde utilizando o instrumento PCATool-Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v.12, n. 39, p.1-9, 2017.

PEREIRA, A.T.S. *et al.* O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. S123-S133, 2008. Suplemento.

PÉREZ, M. S.; GONÇALVES, C. U. Desenvolvimento e conflito territorial- Primeiras reflexões sobre as comunidades atingidas pelo complexo industrial de Suape- PE. Brasil. *Revista de Geografia (UFPE)*, Recife, v. 29, n. 2, p.166-179, 2012.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. *Tabnet do Estado de Pernambuco*. Recife, PE: Secretaria Estadual de Saúde. Disponível em: <http://tabnet.saude.pe.gov.br/cgi-bin/dh?tab/tabsiab/sauest.def>. Acesso em: ago. 2016.

PETERMANN, X. B., *et.al.* Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na atenção primária em saúde: uma revisão narrativa. *Saúde (Santa Maria)*, Santa Maria, v. 41, n. 1, p. 49-56, 2015.

PINTO, I. C. M.; SILVA, L. M. V.; BAPTISTA, T. V. F. Ciclo de uma política pública de saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p. 69-81

PINTO JUNIOR, E. P. *et al.* Análise da produção científica sobre avaliação, no contexto da saúde da família, em periódicos brasileiros. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 268-278, 2015.

PRATES, M.L. *et al.* Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. v. 22, n.6, p.1881-1893, 2017.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. Communication in the dialogical perspective of collaborative interprofessional practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 2, n. 22, p. S1535-S1547, 2018. Suplemento.

RECH, M.R.A., *et al.* Qualidade da atenção primária no Brasil e associação com o Programa Mais Médicos. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, v. 42, n. 164, p. 1-11, out. 2018.

- REZENDE NETA, D.S; SILVA, A.R.V; SILVA, G.R.S. Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 68, n.1, p.111-6, 2015.
- REICHERT A. P. S., *et al.* orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à saúde da criança. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 21, p.119-127, 2016.
- RIBEIRO, M. L. B. Críticas ao Mais Médicos. *Jornal Medicina*, Brasília, n. 273, p. 3, 2017.
- RIOS, D.R.S; TEIXEIRA, C. Mapeamento da produção científica sobre o Programa Mais Médicos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.27, n.3, p.794-808, 2018.
- SAMICO, I., *et al.* *Avaliação em saúde: Bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.196 p.
- SANTANA, J. S.; GUEDES, C. A. M.; VILLELA, L. E. Desenvolvimento territorial sustentável e desafios postos por megaempreendimentos: o caso do município de Itaguaí – RJ. *Cadernos EBAPE*, São Paulo, v. 9, n. 3, p.846-867, 2011.
- SANTOS, M. P. R. *Referência e contrarreferência na atenção aos pacientes com Diabetes Mellitus: estudo no distrito sanitário III do município do Recife*. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pernambuco. Pernambuco, 2008.
- SANTOS A. M.; GIOVANELLA, L. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. *Saúde em Debate*, Londrina, v. 40, n. 108, p.48-63, 2016.
- SCHEFFER, M., *et al.* *Demografia médica no Brasil 2018*. São Paulo: Editora FMUSP, 2018. 286 p.
- SILVA, S. A. *Avaliação dos atributos da atenção primária na estratégia saúde da família em municípios do sul de Minas Gerais*. 2014. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
- SILVA, E. N., *et al.* Cost of providing doctors in remote and vulnerable areas: Programa Mais Médicos in Brazil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 42, p.1-7, 2018. Número especial.
- SILVA K. L., *et al.* Expansão dos cursos de Graduação em Enfermagem e mercado de trabalho: reproduzindo desigualdades? *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 65, n. 3, p. 406-413, 2012.
- SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. (2015-2016)*. São Paulo: A. C. Farmacêutica, 2016.

SOUZA, C.S.; SCATENA J. H. G. Satisfação do Usuário da Assistência Hospitalar no mix público-privado do Sus do estado de Mato Grosso. *Revista Espaço para a Saúde*, Curitiba, v. 15, n. 3, p. 30-41, jul./set. 2014.

STARFIELD, B., *et al.* Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*, Evanston, v. 105, n. 4, p. 998-1003, Apr. 2000.

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. 717p.

TORRES, H. C.; ROQUE, C.; NUNES, C. Visita domiciliar: estratégia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na atenção básica. *Revista Enfermagem (UERJ)*, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p. 89-93, 2011.

TRAVASSOS, C., MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20 (suplementar), n.2, p.S190-S198, 2004.

TURCI, M. A.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 1941-1952, set. 2015.

VIDAL, T. B., *et al.* Avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2012: estudo transversal de base populacional. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 27, n. 4, p. 1 -10, 2018.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2005. 201p.

**APÊNDICE A - ARTIGO SUBMETIDO (REVISTA SAÚDE EM DEBATE)**

**TÍTULO:** Qualidade da atenção aos pacientes com diabetes *mellitus* no Programa Mais Médicos em Goiana, Pernambuco.

**RESUMO:**

Buscou-se avaliar a qualidade da atenção aos pacientes com diabetes nas equipes do Programa Mais Médicos. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, realizado em Goiana, Pernambuco, entre novembro de 2016 e agosto de 2017, a partir de dados primários. Utilizaram-se entrevistas estruturadas a partir do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool). Foram analisadas entrevistas de 41 profissionais (médicos e enfermeiros) das equipes ligadas ao Programa Mais Médicos e de 437 usuários com diabetes *mellitus* acompanhados por essas equipes. Os resultados sugerem que o Programa vem contribuindo para a melhoria do atendimento à população estudada, não só pelo aumento da cobertura, mas também pelos altos escores de qualidade apresentados por importantes atributos para as doenças crônicas, como o componente sistema de informações da coordenação, longitudinalidade e acesso no que diz respeito à utilização dos serviços. Os resultados alcançados para a utilização dos serviços confirmam o grande potencial da ESF. No entanto, encontraram-se fragilidades na orientação familiar e comunitária. Ademais, por ser um programa, tem-se a possibilidade de sua descontinuidade, sobretudo no cenário da Emenda Constitucional nº 9.520, de 2016, podendo comprometer o acesso e a continuidade dos cuidados, especialmente aos usuários com doenças crônicas que utilizam frequentemente o sistema de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Avaliação de programas e projetos de saúde. Consórcios de saúde. Cuidados primários de Saúde.



**ABSTRACT:**

The research sought to evaluate the quality of care for patients with diabetes provided by the teams of the Mais Médicos Program. It is a quantitative cross-sectional study carried out in Goiana, Pernambuco between November 2016 and August 2017 using primary data. We applied structured interviews based on the Primary Care Assessment Tool (PCATool). The study analyzed the interviews of 41 practitioners (physicians and nurses) belonging to the teams connected to the Mais Médicos Program, as well as of 437 users with diabetes mellitus followed up by these teams. The results suggest that the Program has contributed to the improvement of care to the population under study not only due to the increase in coverage, but also to the high quality scores presented by important attributes for chronic diseases, such as the information system component of the coordination, ongoing care (longitudinality) and access to the use of the services. The results achieved for the use of the services confirm the great potential of the Health of the Family Strategy (HFS). However, there were weaknesses in family and community orientation. In addition, due to the fact that it is a program, there is a chance of discontinuity, especially in the context of the Constitutional Amendment No. 9.520 of 2016, which may compromise access and continuity of care, especially for users with chronic diseases, frequent users of the health system.

**KEY WORDS:** Program evaluation. Health consortia. Primary healthcare.

## INTRODUÇÃO

O compromisso com a justiça social, notado na Declaração de Alma Ata, em 1978, mostrou-se presente também na Conferência Global sobre a Atenção Primária à Saúde, realizada em outubro de 2018, em Astana, no Cazaquistão. Esse compromisso se concretiza nas propostas dessa conferência. Entre elas estão os sistemas universais enquanto direito de todos e responsabilidade governamental e o papel central da atenção primária à saúde enquanto fundamento de sistemas de saúde sustentáveis <sup>2,3</sup>.

No cenário atual das políticas de saúde no Brasil, a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) mostrou-se, até o final de 2018, uma importante medida de reorganização do modelo de atenção à saúde no país, apesar do subfinanciamento para a área da saúde e das recentes alterações nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Primária (PNAB) <sup>4</sup>.

Esse esforço tem sido verificado através da ampliação da cobertura observada a cada ano. No final de 2017, a ESF abrangia 5.467 municípios brasileiros, correspondendo a 98% do total, cuja cobertura atingiu 64% da população. Esses dados configuram um importante crescimento nos anos mais recentes, uma vez que, em 2005, a cobertura era em torno dos 44%. Ainda em 2017, o Nordeste exibiu o maior percentual de cobertura (80,79%), seguido do Sul (66,72%), Norte (64,12%), Centro-Oeste (62,14%) e Sudeste (53,9%) <sup>5</sup>.

Ao analisar as regiões individualmente, observa-se que o Norte e o Nordeste apresentam razões de 1,01 e 1,23 médico por 1.000 habitantes, respectivamente, estando, dessa forma, abaixo do índice nacional. Na melhor posição está o Sudeste, com razão de 2,67. Entre os estados, dezesseis deles possuem uma razão inferior a 1,5, estando localizados no Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Em relação às cidades, nota-se que aquelas de maior porte concentram a maioria dos médicos brasileiros, cujo número desses profissionais chega a ser quatro vezes maior nas capitais do que no interior dos estados <sup>6</sup>.

Diante disso, reduzir essas desigualdades e estimular uma formação mais próxima às necessidades da população têm sido preocupações recorrentes no Brasil. Nesse contexto, algumas iniciativas governamentais foram testadas entre o período da ditadura militar e início dos anos 2000, como é o caso do Projeto Rondon, do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), do Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) e do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS). Além desses, mais recentemente, destaca-se o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), implantado em 2011 <sup>7,8</sup>.

No entanto, apesar de todas essas iniciativas, foi apenas com o Programa Mais Médicos (PMM), lançado em 2013, que a provisão de médicos em áreas prioritárias teve a magnitude e a resposta em tempo adequado para atender a demanda dos municípios brasileiros. De fato, em 2017, o PMM abrangeu 73% dos municípios brasileiros, além de 34 distritos de saúde indígenas, com 18.240 médicos <sup>8,9</sup>.

Por essa razão, o PMM tem sido objeto de pesquisas nos últimos anos. A maioria dos estudos são de autores brasileiros e, no período de 2013 a 2016, as pesquisas avaliativas e as análises de política responderam pela maioria da produção científica sobre o tema <sup>10</sup>. Ainda podem ser encontrados, na literatura, estudos que discutem o acesso, equidade, integralidade, longitudinalidade, mudanças no processo de trabalho, impacto na provisão, na rotatividade dos médicos e na satisfação do usuário após a implantação do PMM, demonstrando resultados positivos <sup>11,12</sup>.

Dentre as regiões brasileiras, o Nordeste foi a que recebeu o maior número de médicos pelo programa nos cinco primeiros ciclos de adesão, com 590 municípios habilitados ao preenchimento de vagas disponibilizadas, com a participação de 95 municípios pernambucanos <sup>13</sup> dentre os quais está Goiana, integrante da Região Metropolitana do Recife e localizada no extremo norte do estado. Esse município conta com uma população de 78.618 habitantes e aderiu ao PMM por enquadrar-se no perfil de extrema pobreza, com áreas de vulnerabilidade <sup>13</sup>. Sede da XII Região de Saúde do estado, Goiana também sedia o polo farmacológico, liderado pela Empresa Brasileira de Hemoderivados (Hemobrás) e o polo automotivo (Fiat/Jeep), que exercem influência direta em um conjunto de cidades pernambucanas e paraibanas, por situarem-se na fronteira entre os dois estados.

Estudos prévios mostram que polos de desenvolvimento já consolidados, como Macaé e Itaguaí, no Rio de Janeiro, e Suape, em Pernambuco, têm evidenciado um crescimento econômico sem equivalente desenvolvimento social. No caso específico de Goiana, um estudo promovido pela Hemobrás, em parceria com o Instituto Aggeu Magalhães - Fiocruz Pernambuco, identificou extrema fragilidade social e ambiental. Mais especificamente, no setor saúde, havia uma cobertura da ESF de 68,4%, sendo relatada a insuficiência de insumos, medicamentos e precária infraestrutura das unidades, além da rotatividade de médicos e inadequado perfil dos profissionais contratados para a ESF <sup>15,16,17</sup>.

Porém, após a implantação do PMM, Goiana atingiu 100% de cobertura da ESF com 22 equipes implantadas, chegando a contar com 22 médicos do programa em dezembro de 2013, modificando o cenário encontrado no estudo acima referido. Contudo, é importante salientar

que a ampliação de cobertura é apenas uma das dimensões do acesso. Ainda são muitos os fatores que dificultam a entrada e permanência dos usuários no SUS<sup>13,18,19</sup>.

De acordo com Starfield (2002)<sup>20</sup>, além do acesso, outros atributos essenciais, como a integralidade, a coordenação e a longitudinalidade são qualidades assistenciais imprescindíveis para garantia da adesão e continuidade do cuidado. Outras três características, chamadas de atributos derivativos, como a orientação familiar, comunitária e a competência cultural, que pressupõem o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico e cultural, são reconhecidos também como eixos estruturantes.

Discussões teóricas e avaliação de serviços quanto aos atributos da APS vêm sendo realizadas nos últimos anos a partir da perspectiva dos usuários e dos profissionais, demonstrando a relevância de sua análise, uma vez que estudos dessa natureza podem contribuir para a qualidade do atendimento<sup>11,21,22</sup>.

O cenário brasileiro de restrição de financiamento para a saúde e de mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Primária, que prevê, inclusive, outros modelos de atenção à saúde, além da ESF, tornam oportunos debates em torno da qualidade da atenção prestada pelas equipes que trabalham na APS. Ademais, por ser sede de regional de saúde, Goiana concentra uma maior quantidade e complexidade de serviços de saúde em relação aos outros 10 municípios que compõem a região de saúde, situação que, aliada à cobertura de 100% da ESF, torna Goiana um apropriado caso para o estudo sobre a organização, funcionamento e práticas de trabalho nos serviços de saúde.

Nesse sentido, a atenção aos pacientes com doenças crônicas, como o Diabetes *Mellitus* (DM) representa um importante exemplo para o estudo do acesso e da atenção contínua nos serviços públicos, uma vez que essa doença é passível de prevenção pela educação em saúde, pode ser diagnosticada precocemente, além de apresentar possíveis complicações ao longo dos anos, necessitando, assim, de acesso a exames e serviços especializados sem que isto signifique perda de acompanhamento clínico pelas equipes da atenção primária. Dessa forma, para essa e outras doenças crônicas, fica evidente a importância dos atributos da atenção primária.

Por acreditar, então, que a simples ampliação do acesso não basta para os pacientes com doenças crônicas, mas sim serviços resolutivos, é que foi realizado este estudo onde se buscou avaliar a qualidade da atenção aos pacientes com diabetes nas equipes do PMM, no município de Goiana, Pernambuco.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, com delineamento transversal, realizado no município de Goiana, Pernambuco, no período de novembro de 2016 a agosto de 2017 a partir de dados primários.

A população estudada foi composta por médicos e enfermeiros com mais de seis meses de atuação nas equipes do PMM e pelos usuários com diabetes mellitus (DM) cadastrados e acompanhados pelas equipes do Programa, que, no momento da entrevista, tivessem idade a partir dos dezoito anos e que utilizassem as USF participantes do estudo para acompanhamento de sua saúde.

No período da pesquisa havia, no município, 21 equipes participantes do PMM. Dessa forma, optou-se por entrevistar o total de profissionais atuantes nas unidades. Participaram, então, 21 enfermeiros e 20 médicos, havendo uma recusa.

Para os usuários, utilizou-se amostra aleatória do total de usuários diabéticos cadastrados nas equipes, de forma a permitir que todas as microáreas fossem contempladas.

No início do estudo, havia 10.492 usuários com diabetes acompanhados pelas ESF em Goiana<sup>23</sup>. Foi realizada uma amostragem por conglomerado, utilizando 95% de intervalo de confiança, 3% de erro de estimativa, 10% de prevalência, efeito de desenho de 1,4, considerando 21 equipes (*clusters*), resultando em 520 usuários.

Do total de 520 usuários, foram excluídos 72 por não se enquadrarem no critério de inclusão referente à utilização das USF participantes do estudo para acompanhamento da saúde, 6 por serem menores de 18 anos e 5 por erro de preenchimento dos formulários, totalizando 83 perdas. A amostra do estudo foi composta, então, por 437 usuários. Ressalta-se que o efeito de desenho foi de 1,16, menor que o programado (1,4).

A pesquisa foi iniciada através da realização das entrevistas com usuários e profissionais (médicos e enfermeiros). Contudo, houve uma interrupção em virtude do encerramento do contrato de seis médicos cubanos em dezembro de 2016.

Para cumprir os critérios de inclusão, foi necessário esperar seis meses após a chegada dos novos médicos para retomar o trabalho de campo, tempo importante para que os médicos pudessem conhecer o território, a rede de saúde, os trâmites administrativos do município, além de construir o vínculo com a comunidade. E para que os usuários pudessem avaliar a qualidade do serviço após a chegada desses profissionais.

As entrevistas estruturadas foram realizadas por profissionais previamente selecionados e treinados. Médicos e enfermeiros foram entrevistados nas unidades e os usuários, em seus

domicílios. Para isto, utilizaram-se as versões para usuários adultos e para profissionais do Primary Care Assessment Tool validadas no Brasil (PCATool-Brasil).

O PCATool<sup>24</sup>, criado a partir do modelo de avaliação da qualidade da estrutura, processo e resultado de Donabedian<sup>25</sup>, é adotado pela Organização Mundial da Saúde e validado nacional e internacionalmente, possuindo tradição de utilização no Brasil e em alguns países da América, Europa e Ásia por seu grande potencial de aferição da qualidade da APS<sup>21,22,26,27,28</sup>.

Esse instrumento mede a presença e a extensão dos atributos da APS e está dividido em questões conforme o atributo avaliado e seus componentes. A competência cultural não é contemplada na versão validada para o Brasil.

Como o PCATool Brasil não possui questões que possibilitem traçar o perfil dos sujeitos, utilizou-se um formulário elaborado pela equipe da pesquisa, aplicado antes do PCATool.

Para análise dos dados, foram construídas máscaras dos instrumentos para digitação dos dados utilizando o programa EPI Info, versão 3.5.4, de 2012. As respostas do PCATool são estruturadas seguindo uma escala do tipo Likert que vai de 1 a 4 para cada atributo<sup>29</sup>. As respostas para as questões do PCATool são: com certeza sim (valor=4), provavelmente sim (valor=3), provavelmente não (valor=2), com certeza não (valor=1), além da opção não sei/não lembro (valor=9).

Para cada atributo foi criado um escore, utilizando a média aritmética das respostas aos itens que constituem cada componente por atributo. Foram, então, realizadas padronizações dos escores de qualidade para que todos ficassem em uma mesma escala, podendo variar de 0 a 10. Em seguida, foram analisadas as variáveis a partir dos escores médios e padronizados. Os escores com valores iguais ou acima de 6,6 evidenciam forte orientação à APS, por representarem na escala Likert o valor 3, que indica a resposta provavelmente sim<sup>30</sup>.

Utilizou-se o Software Estatístico R, versão 3.3.2 na análise estatística. As variáveis quantitativas foram inicialmente avaliadas quanto ao tipo de abordagem paramétrica ou não-paramétrica. Dessa forma, utilizaram-se os testes de Bartlett e Shapiro-Wilk para testar as suposições de homogeneidade e normalidades respectivamente.

Nesse contexto, quando observado o pressuposto de homogeneidade, as diferenças de médias foram avaliadas utilizando Anova seguido do post hoc teste de Tukey. Caso contrário, utilizou-se o teste Kruskal-Wallis seguido do post hoc usando o critério de Fisher da diferença mínima significativa (LSD). Também se utilizou o teste de T-Student para avaliar as médias, no entanto ao observar a violação da normalidade aplicou-se o teste não paramétrico Mann-Whitney. Todas as conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%.

Utilizaram-se tabelas para apresentação das variáveis mensuradas, incluindo o uso de algumas medidas descritivas, como média e mediana. Nas tabelas 3,4 e 5, as respostas provavelmente sim e com certeza, sim foram consideradas sim. O mesmo ocorreu para provavelmente, não e com certeza, não, consideradas não.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IAM- Fiocruz Pernambuco, sob parecer nº 1.615590, sendo produto do projeto: Atenção aos pacientes com diabetes mellitus no Programa Mais Médicos: o caso de Goiana, Pernambuco, financiado pelo IAM, em convênio com a Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (Facepe) e fruto de tese de doutorado do Programa de Saúde Pública do IAM.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos usuários era do sexo feminino (71,17%), de cor parda (55,86%), idade entre 30-59 anos (42,17%), com renda de 1 salário mínimo (50,81%) e residentes em moradias sem ligação à rede pública de esgotamento sanitário (77,35%). Quanto à escolaridade referida, 47,60% dos entrevistados tinham apenas o ensino fundamental incompleto, seguido de 33,18% de analfabetos. Com relação ao diabetes, apenas 39,81% referiram tempo de diagnóstico menor que 5 anos. A existência de complicações foi relatada por 9,61% dos entrevistados (Tabela 1).

Os achados corroboram estudos sobre DM, que revelam maior prevalência em mulheres, idosos e com menor nível de escolaridade. Demonstra-se ainda, na literatura, alta frequência da doença em pessoas com sobrepeso/obesidade e sedentários. Como principais comorbidades, estão, além da hipertensão arterial, sintomas depressivos, glaucoma e retinopatia diabética<sup>31,32</sup>.

No Brasil, desde 2006, a frequência de indivíduos com diagnóstico médico de diabetes aumentou, em média, 0,24 pontos percentuais ao ano<sup>32</sup>. A determinação social da doença<sup>33</sup> fica evidente, na presente pesquisa, quando se demonstram os resultados para cor/raça, nível de escolaridade e renda familiar da maioria da população estudada.

Tabela 1. Perfil dos usuários com diabetes acompanhados nas unidades participantes do Programa Mais Médicos. Goiana, Pernambuco, 2017.

Continua

Características	n	(%)
<b>Pessoais</b>		
Sexo	Masculino	126 28,83
	Feminino	311 71,17
	Total	437 100
Raça/cor	Branco	113 25,98
	Pardo	243 55,86
	Negro	79 18,16
	Total	435 100
Faixa etária	<30	2 0,46
	30-59	183 42,17
	60-64	73 16,81
	65 +	176 40,56
	Total	434 100
Escolaridade	Sem escolaridade	145 33,18
	Ensino fundamental incompleto	208 47,60
	Ensino fundamental completo	38 8,70
	Ensino médio completo	39 8,92
	Ensino superior	7 1,60
	Total	437 100
Renda	Menos de 1 salário mínimo	48 11,03
	Um salário mínimo	221 50,81
	Mais de um salário mínimo	102 23,45
	Sem renda	64 14,71
	Total	435 100
<b>Condições sanitárias</b>		
Água encanada	Não	204 46,68
	Sim	194 44,40
	Às vezes	39 8,92
	Total	437 100
Esgotamento sanitário	Sim	95 21,74
	Não	338 77,35
	Não sei	4 0,91
	Total	437 100



Tabela 1. Perfil dos usuários com diabetes acompanhados nas unidades participantes do Programa Mais Médicos. Goiana, Pernambuco, 2017.

		Conclusão	
<b>Histórico do DM</b>			
Tempo de diagnóstico	<5 anos	127	39,81
	5-10 anos	98	30,72
	11 e mais	94	29,47
	Total	319	100
Complicações	Sim	42	9,61
	Não	395	90,39
	Total	437	100

Fonte: elaboração própria.

A tabela 2 apresenta os escores medianos(médios) dos atributos da APS. Para os usuários, o escore geral, que inclui atributos essenciais e derivativos, apresentou valor mediano (médio) de 4,80 (4,85), abaixo do escore essencial, que foi 5,00 (5,12), com diferença estatística significativa (valor de  $p=0,0004$ ). Os escores foram inferiores ao valor de referência e ao valor encontrado no País, que foi de 6,78 (escore geral) após a implantação do PMM<sup>11</sup>. Resultados díspares para os escores geral e essencial foram encontrados a partir das entrevistas com os profissionais: 7,82(7,87) e 7,32 (7,17), respectivamente (Tabela 2).

Quando estudados isoladamente, a maioria dos atributos mostraram-se desfavoráveis para os usuários. Já para os profissionais, os resultados estiveram acima do valor de referência para sete dos oito atributos avaliados: coordenação: sistemas de informação (10,00; 9,19), orientação familiar e comunitária, ambas com escore de 10,00 (9,35), integralidade: serviços prestados (8,43;8,23), longitudinalidade (8,20; 8,15), coordenação: integração (7,77; 7,49) e integralidade: serviços disponíveis, cujo escore foi 6,97 (6,96) (Tabela 2).

Tabela 2. Escores medianos (médios) dos atributos da Atenção Primária à Saúde, segundo usuários com diabetes e profissionais das equipes participantes do Programa Mais Médicos. Goiana, Pernambuco, 2017.

Atributos da APS		n	Valor Mediano (médio) (0 -10)	p-valor
Usuários				
	Acesso (utilização dos serviços)	437	10,00 (8,54)	
	Acesso (acessibilidade)	437	3,90 (3,63)	
	Longitudinalidade	437	7,13 (6,82)	
Atributos essenciais	Coordenação (integração do cuidado)	437	6,27 (5,97)	
	Coordenação (sistema de informação)	437	7,77 (7,56)	< 0,0001
	Integralidade (serviços disponíveis)	437	4,23 (4,14)	
	Integralidade (serviços prestados)	437	3,63 (3,80)	
Atributos derivativos	Orientação familiar	437	4,43 (4,62)	
	Orientação comunitária	437	2,23 (2,88)	
	Escore geral	437	4,80 (4,85)	
	Escore essencial	437	5,00 (5,12)	0,0004
Profissionais				
	Acesso (acessibilidade)	41	3,70 (3,87)	
	Longitudinalidade	41	8,20 (8,15)	
Atributos essenciais	Coordenação (integração do cuidado)	41	7,77 (7,49)	
	Coordenação (sistema de informação)	41	10,00 (9,19)	<0,0001
	Integralidade (serviços disponíveis)	41	6,97 (6,96)	
	Integralidade (serviços prestados)	41	8,43 (8,23)	
Atributos derivativos	Orientação familiar	41	10,00 (9,35)	
	Orientação comunitária	41	10,00 (9,35)	
	Escore geral	41	7,87 (7,82)	
	Escore essencial	41	7,17 (7,32)	0,0007

Fonte: Elaboração própria.

Diante dessa disparidade, deve-se analisar com mais cautela os resultados dos usuários, pois são o alvo da atenção e sua opinião deve ser priorizada. Contudo, há que se considerar que

o PMM tem a função de expandir a ESF, que tem apresentado melhores resultados quando comparada aos serviços tradicionais<sup>21,22</sup>.

A descontinuidade dos contratos dos médicos e a rotatividade dos gestores municipais (Goiana teve três secretários de saúde e três diferentes coordenadores da atenção básica durante a pesquisa) podem também ter influenciado na qualidade dos serviços aferida pelos usuários.

A partir da análise da tabela 2, observa-se que o atributo acesso (utilização dos serviços) obteve o melhor desempenho segundo os usuários, com mediana (média) de 10,00 (8,54), sugerindo que a localização próxima aos domicílios das pessoas e a presença mais regular dos profissionais (a média de atuação nas equipes do município é de 27 meses para enfermeiros e 21 meses para médicos) têm favorecido a procura das unidades para consultas de rotina e a busca de assistência para novos problemas de saúde. Esse resultado confirma outros estudos sobre esse componente do acesso na literatura<sup>21,34,35</sup>. Em Goiana, a chegada do programa parece ter influenciado a *performance* desse atributo.

A acessibilidade obteve uma avaliação negativa segundo usuários e profissionais (Tabela2). Entretanto, mesmo diante do baixo escore atribuído a esse componente do acesso que retrata a dimensão estrutura<sup>25</sup>, os resultados favoráveis encontrados na utilização dos serviços (dimensão processo) demonstram que, a despeito dos problemas estruturais, os usuários buscam e reconhecem esses serviços como a primeira fonte de atenção à saúde<sup>34</sup>.

A insuficiente acessibilidade foi determinante para os baixos valores dos escores geral e essencial dos serviços, segundo os usuários. A qualidade desse atributo também vem se apresentando insuficiente em outras pesquisas<sup>27,34,35</sup>, sendo necessário investir em ampliação do horário de funcionamento, garantia de atendimento às urgências e na possibilidade de comunicação dos usuários com a equipe através do telefone para orientações e esclarecimento de dúvidas, conforme se observa nos resultados da tabela 3.

Tabela 3. Análise das variáveis mais influentes para os escores do acesso (acessibilidade) e da coordenação do cuidado (integração), segundo usuários com diabetes e profissionais das equipes participantes do Programa Mais Médicos. Goiana, PE, 2017.

Atributos	Variáveis	n	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
Usuários					
Acessibilidade	Abertura no final de semana	437	0,92	94,96	4,12
	Abertura à noite	437	2,29	89,70	8
	Aconselhamento por telefone com UBS aberta	437	10,98	70,02	18,99
	Aconselhamento por telefone com UBS fechada	437	3,43	82,15	14,42
	Atendimento de urgência no final de semana	437	0,46	95,41	4,13
	Atendimento de urgência, durante a noite	437	0,46	95,65	3,89
	Espera mais de 30 minutos	436	76,45	22,86	0,69
Profissionais					
Acessibilidade	Abertura no final de semana	41	7,32	90,24	2,44
	Abertura à noite	41	14,63	85,37	-
	Aconselhamento por telefone com UBS aberta	41	36,58	63,42	-
	Aconselhamento por telefone com UBS fechada	41	34,14	65,86	-
	Urgência com serviço fechado	41	14,63	85,37	-
	Urgência durante a noite	41	16,66	83,34	-
Usuários					
Coordenação	Consulta com especialista	437	33,41	66,13	0,46
Integração	Encaminhamento ao especialista pela equipe	146	79,45	20,54	-
	Orientação da equipe sobre serviços especializados	144	36,11	63,88	-
	Auxílio da equipe para marcação de serviço especializado	146	49,32	50,68	-
Profissionais					
Coordenação Integração	Contra referência	41	2,44	97,57	-

Fonte: elaboração própria.

Estudo que avaliou a qualidade da APS no Brasil e sua associação com o PMM demonstra que o provimento emergencial de médicos do programa associou-se a um pequeno aumento no escore de acesso (somados os componentes de estrutura e processo) obtido com o PCATool- Brasil, sobretudo em regiões com maior vulnerabilidade socioeconômica, como o Nordeste<sup>11</sup>.

Em consonância com outros estudos<sup>21,27</sup>, a longitudinalidade apresentou alto nível de qualidade, com escores de 7,13 (6,82) e 8,20 (8,15), respectivamente para usuários e profissionais (Tabela 2).

Para as doenças crônicas, esse atributo, em conjunto com a coordenação, é essencial, pois revela que está havendo uma continuidade do cuidado pela mesma equipe, sobretudo pelo médico<sup>20</sup>. Esse parece ser um dos grandes potenciais do PMM, sobretudo em municípios que antes não conseguiam manter médicos, como é o caso de Goiana. No Brasil, foi identificado alto escore de longitudinalidade (7,73) após a implantação do programa<sup>11</sup>.

Esse atributo tem grande potencial para impactar nos gastos com a saúde pública, uma vez que, quanto maior a sua extensão na APS, maior precisão diagnóstica e terapêutica, controle glicêmico, menos encaminhamentos desnecessários, menos aparecimento de complicações e menos gastos com procedimentos de maior complexidade<sup>36</sup>.

Os contratos com duração de três anos com possível renovação por igual período têm possibilitado o atendimento contínuo a esses usuários durante esse tempo, aliado à garantia de pagamento através do governo federal, que torna a permanência dos profissionais menos dependente dos recursos do município.

Contudo, entende-se que essa não é a situação ideal. É muito pouco para a população que tem a saúde como direito contentar-se com uma assistência que tem hora para acabar. O PMM tem caráter provisório, depende de renovação desses contratos e esse é um limite real do programa. Os contratos de trabalho precários, a remuneração através de bolsas, sem garantia dos direitos trabalhistas também são apontados como entraves<sup>12</sup>.

De qualquer forma, enquanto os problemas estruturais e de recursos humanos, como a tão falada carreira SUS não se tornam uma realidade no Brasil, o PMM parece estar desempenhando uma de suas funções que é levar atenção à saúde para onde havia a desassistência. Os resultados do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB (avaliação externa entre 2017 e 2018), demonstram que, das 22 ESF do município de Goiana, a maioria foi considerada boa (11 ESF) ou muito boa (9 ESF)<sup>37</sup>.

Com escores de 7,77 (7,56) e 10,00 (9,19), a coordenação (sistema de informações) apresentou alta *performance* segundo usuários e profissionais, confirmando os achados de outros estudos que usaram o mesmo instrumento<sup>26,35</sup>. Já a coordenação (integração dos cuidados) mostrou qualidade insatisfatória para os usuários – 6,27 (5,97) e mesmo para os

profissionais que atribuíram um alto escore a esse atributo – 7,77 (7,49), a contra referência é apontada como um problema que ainda precisa ser enfrentado no município (Tabelas 2 e 3).

Ainda para a coordenação (integração de cuidados), é importante destacar que apenas 33,41% dos usuários entrevistados relataram encaminhamento para especialistas e, destes, 70,45% foram encaminhados pela equipe do PMM do município (Tabela 3).

Para subsidiar tecnicamente os profissionais da APS no país, há uma série de normas e procedimentos editados, principalmente, por entidades médicas e pelo Ministério da Saúde. Essas diretrizes incluem o rastreamento de usuários com alto risco para desenvolver a doença (prevenção primária); além daqueles que têm diabetes, mas desconhecem (prevenção secundária). Para os usuários já com diagnóstico estabelecido, prevenir as complicações e controlar as já instaladas deve ser rotina no processo de trabalho das equipes da APS no país<sup>38</sup>.

A APS deve ser capaz de tratar 80% dos casos, contudo, por recomendação do Ministério da Saúde, o médico deve encaminhar à unidade de referência secundária os usuários com dificuldade de controle metabólico, após frustradas as tentativas de obtenção de controle pela equipe local, além dos casos de diabetes gestacional, gestantes com diabetes e os usuários que necessitam de uma consulta especializada com o cardiologia, oftalmologia, endocrinologista, nefrologista ou outra especialidade que se faça necessário<sup>39</sup>.

O acesso a consultas especializadas precisa ser ampliado no município. Há uma policlínica que, no final de 2018, contava apenas com uma especialidade demandada comumente pelos usuários com diabetes (cardiologia), além de duas unidades mistas na zona rural. Goiana passou a ser sede da XII região de saúde (RS) em 2011<sup>5</sup>. Com isso, o Hospital de média complexidade que antes era municipal passou a ser regional, sob gestão estadual, e a atender também os outros 10 municípios que compõem a RS, sem que houvesse a ampliação de consultas especializadas na rede própria e não há compra de consultas à rede privada, apenas exames laboratoriais. Há que se destacar que esse hospital passou por reforma durante o estudo, dificultando ainda mais o acesso a esse serviço.

Existe uma central de regulação que utiliza o sistema estadual, então, por dificuldade de especialistas na rede municipal, o usuário acaba entrando na fila para atendimento que pode ocorrer no próprio município ou na capital do estado.

As centrais de marcação, mesmo sendo necessárias para ordenar o fluxo, identificar o real tamanho das filas de espera, monitorar e melhorar o planejamento, sobretudo de âmbito municipal, são insuficientes para garantir a acessibilidade e continuidade do cuidado. Há necessidade de arranjos regionais sólidos que expressem o trabalho articulado entre os três entes

federados na perspectiva de promover uma atenção integral<sup>12,40</sup>. O PMM também não tem como propósito interferir na baixa capacidade do exercício da regulação e de coordenação dos médicos e equipes sobre o sistema de saúde<sup>12</sup>.

Quanto à integralidade (serviços disponíveis), o escore 4,23 (4,14) atribuído pelos usuários pode ser explicado pela dificuldade em obter informações sobre programas assistenciais, como programa de suplementação alimentar, além de realização de suturas, colocação de talas, remoção de verrugas, remoção de unha encravada e identificação de problemas visuais e auditivos. Muitos não souberam informar sobre a disponibilidade dos serviços de orientação sobre drogas, saúde mental e aconselhamento e teste anti- HIV (Tabelas 2 e 5).

Mesmo a integralidade (serviços disponíveis) tendo apresentado bom resultado segundo os profissionais (mediana de 6,97 e média de 6,96), algumas questões apontadas como insatisfatórias pelos usuários também foram indicadas pela maioria dos médicos e enfermeiros, como a indisponibilidade de serviços de sutura, colocação de tala, remoção de verrugas e de unha encravada (Tabelas 2 e 5).

Já para o componente serviços prestados da integralidade, as questões mais influentes para o resultado negativo (mediana de 3,63 e média de 3,80) segundo os usuários foram: segurança no lar; orientações sobre uso de cinto de segurança no carro e uso de cadeirinhas para crianças, maneiras de lidar com conflitos em família, possíveis exposições a substâncias perigosas, guarda de arma em casa, prevenção de quedas e queimaduras. E, para as mulheres, as orientações sobre osteoporose, menstruação e menopausa. A resposta a essas questões foi negativa para a maioria dos usuários entrevistados, sendo as questões de orientação sobre guarda de arma em casa e uso de cinto de segurança e cadeirinha para criança negativas para a maioria não só dos usuários, mas também dos profissionais (Tabelas 2 e 5).

Outra discordância entre as informações fornecidas pelos usuários e profissionais se refere à orientação familiar e comunitária. Para a orientação familiar, os escores para usuários e profissionais foram, respectivamente, 4,43 (4,62) e 10,00 (9,35) e, para a orientação comunitária, também respectivamente: 2,23 (2,88) e 10,00 (9,35) (Tabela 3).

Para a baixa qualidade da orientação familiar, segundo os usuários, contribuíram a dificuldade de participação dos usuários no planejamento do seu tratamento e a falta de interesse da equipe pela história familiar dos pacientes (Tabela 4).

Tabela 4. Análise das variáveis referentes à orientação familiar e orientação comunitária, segundo usuários com diabetes acompanhados pelas equipes participantes do Programa Mais Médicos. Goiana, PE, 2017.

Atributo	Variáveis	n	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
Usuários					
Orientação familiar	Participa do planejamento do tratamento	437	30,43	66,14	3,43
	Interesse da equipe sobre problemas familiares de saúde	437	48,52	50,57	0,92
Orientação comunitária	Visita domiciliar	437	86,73	12,36	0,92
	Conhecimento da equipe sobre problemas de saúde da comunidade	436	55,05	16,52	28,44
	Opiniões e idéias da comunidade consideradas para melhoria dos serviços de saúde	437	30,21	21,92	47,83
	Pesquisas de satisfação	437	20,83	34,56	44,62
	Pesquisas para identificar novos problemas de saúde	437	19,68	34,79	45,54
	Estímulo à participação em conselho local de saúde	436	12,38	75,45	12,16

Fonte: elaboração própria.

O baixo escore atribuído à orientação comunitária, deve-se ao fato de muitos usuários não saberem responder à metade das questões relacionadas a esse atributo (Tabela 4). No entanto, um alto percentual de usuários relatou a realização das visitas domiciliares (86,73%), aspecto importante no cuidado aos pacientes com doenças crônicas.



Tabela 5. Análise das variáveis mais influentes para o escore da integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados), segundo usuários com diabetes e profissionais das equipes Programa Mais Médicos. Goiana, PE, 2017.

Continua

Atributos	Variáveis	n	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
Usuários					
Integralidade Serviços disponíveis	Aconselhamento sobre mudanças no envelhecimento	436	25,69	54,35	19,95
	Informações sobre programas assistenciais	437	14,88	65,99	19,22
	Informações sobre programa de suplementação alimentar	437	3,66	69,80	26,54
	Aconselhamento/ tratamento drogas	437	17,62	27,46	54,92
	Aconselhamento/ Saúde mental	437	21,51	27,69	50,80
	Sutura	437	17,62	53,78	28,60
	Aconselhamento e teste anti-HIV	437	29,98	17,17	52,86
	Identificação de problemas auditivos	437	15,33	54,46	30,21
	Identificação de problemas visuais	437	16,71	55,15	28,15
	Colocação de tala	437	2,95	71,85	22,20
	Remoção de verrugas	437	3,20	61,33	35,47
	Aconselhamento sobre como parar de fumar	437	22,65	27,01	50,34
	Remoção de unha encravada	437	7,36	51,27	41,38
	Orientações sobre doação de órgãos em caso de coma	435	13,73	44,17	42,11
Profissionais					
Integralidade serviços disponíveis	Sutura	41	19,51	80,49	-
	Colocação de tala	41	9,76	90,24	-
	Remoção de verrugas	41	4,88	95,12	-
	Remoção de unha encravada	41	14,63	85,37	-

Tabela 5. Análise das variáveis mais influentes para o escore da integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados), segundo usuários com diabetes e profissionais das equipes Programa Mais Médicos. Goiana, PE, 2017.

		Conclusão			
		Usuários			
Integralidade	Segurança no lar	437	43,94	50,80	5,26
serviços	Maneiras de lidar com conflitos de família	437	10,30	79,86	9,84
prestados	Possíveis exposições a substâncias perigosas	437	15,79	74,37	9,84
orientações	Guarda de arma de fogo em casa, se houver	437	0,46	94,97	4,58
sobre	Prevenção de queimaduras	437	20,37	73,91	5,72
	Prevenção de quedas	437	30,22	64,76	5,03
	Prevenção para osteoporose (só para mulheres)	311	30,53	66,36	3,12
	Menstruação ou menopausa (só para mulheres)	311	23,99	71,03	4,98
	Uso de cinto de segurança e cadeirinha para criança	437	2,51	86,96	10,53
		Profissionais			
Integralidade	Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança e cadeirinha para criança	41	43,91	56,09	-
serviços	Orientações sobre guarda de arma de fogo em casa, se houver	41	4,88	95,12	-
prestados					
orientações					
sobre:					

Fonte: elaboração própria.

Esses dois atributos perpassam por quatro dos seis elementos do modelo de atenção às doenças crônicas: suporte às decisões; sistema de informações clínica, autocuidado apoiado e recursos da comunidade. Com pessoas bem informadas e que participem do planejamento do seu tratamento, é possível desenvolver o autogerenciamento da saúde, assim os resultados tendem a ser positivos<sup>33</sup>. Por serem pilares da Estratégia Saúde da Família, essa discussão deve ser retomada em outros estudos, podendo ser utilizada a abordagem qualitativa.

Aponta-se, como limitação do estudo, a metodologia utilizada, a partir do PCATool, que confere o mesmo peso a todos os atributos, sendo esse limite já apontado na literatura<sup>35</sup>. Sugerem-se pesos diferentes para os casos estudados, como aqueles envolvendo doenças crônicas, nos quais as questões mais relevantes receberiam maiores pesos.

Aliada à discussão anterior, algumas questões dos instrumentos merecem revisão ou adaptação à realidade, como é o caso, da questão: aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro, que foi decisiva para o baixo escore do atributo integralidade (serviços prestados). A maioria dos usuários relatou renda de até um salário mínimo (50,8%), sendo essa questão discutível para essa realidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados sugerem que o PMM vem contribuindo para a melhoria do atendimento à população estudada, não só pelo aumento da cobertura, mas também pelos altos escores de qualidade apresentados por importantes atributos para as doenças crônicas. O atributo coordenação (sistema de informações) obteve boa avaliação tanto para usuários quanto para profissionais. E para os usuários, o acesso (utilização) apresentou o melhor nível de qualidade dentre todos os atributos avaliados, confirmando o grande potencial da ESF enquanto serviço preferencial para a população de estudo.

Contudo, o PMM, mesmo alocando médicos em locais antes desassistidos, pode perder parte do seu potencial em virtude de problemas estruturais locais. Ademais, seu caráter provisório pode interferir na qualidade quando há trocas de profissionais, mesmo que ocorra apenas após 3 anos.

Novos estudos podem ser realizados em um momento no qual os contratos dos médicos estejam vigentes para avaliar se os resultados se mantêm. A abordagem qualitativa também pode elucidar as questões apontadas nesse estudo. Salienta-se que a pesquisa que originou esse artigo também utilizou dados qualitativos advindos de gestores e profissionais, estando em processo de análise para futura publicação.

Recomenda-se que a gestão municipal crie condições de acesso que necessariamente não precisem da presença física, como telefone para que os profissionais tirem dúvidas e possam acompanhar à distância a situação de saúde dos usuários cadastrados. Em se tratando de uma doença crônica, isso pode favorecer o autocuidado, aliando-se ao fortalecimento dos pilares da Estratégia Saúde da Família, que são a orientação familiar e comunitária, com vistas a capacitar e empoderar esses usuários, além de resgatar o estímulo à participação efetiva desses sujeitos no planejamento do tratamento, inclusive aproveitando os recursos da própria comunidade para que as metas estabelecidas sejam alcançadas.

Evidenciou-se a importância de aferir os atributos da APS para qualificar os serviços. É importante que a gestão municipal se aproprie de metodologias de avaliação da qualidade e as transforme numa cultura no município para que se persiga a melhoria contínua dos serviços.

Por fim, há que se ressaltar os limites do PMM. Em se tratando de um programa, haverá sempre a possibilidade de sua descontinuidade a cada troca de governo. Além disso, em virtude da Emenda Constitucional nº 9520, de 2016, que congela os gastos com saúde por 20 anos, existe também um limite à própria saúde pública e à atenção primária, pois sem novos recursos, não há como garantir acesso e continuidade dos cuidados, especialmente aos usuários com doenças crônicas que utilizam frequentemente o sistema de saúde.

Esse cenário se torna mais inquietante quando é somado às alterações da PNAB, ocorridas em 2017, que preveem diminuição do número de ACS e mudança de seu perfil de atuação, além da priorização da chamada AB tradicional em detrimento da ESF. Com isso, o cuidado aos usuários com doenças crônicas tende a sofrer um retrocesso. Conceitos como acolhimento, vínculo, adscrição da clientela, territorialização, responsabilidade sanitária, trabalho em equipe multiprofissional talvez passem a não fazer mais sentido. Assim a ESF pode deixar de ser a porta de entrada preferencial da APS, perdendo seu potencial de coordenadora da rede de atenção.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Países de todo o mundo assinam Declaração de Astana, que traça caminho para alcançar cobertura universal de saúde [internet]. Brasília, DF: Opas; 2018 [acesso em 2019 jan 7]. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5791:países-de-todo-o-mundo-assinam-declaracao-de-astana-que-traca-caminho-para-alcancar-cobertura-universal-de-saude&Itemid=843](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5791:países-de-todo-o-mundo-assinam-declaracao-de-astana-que-traca-caminho-para-alcancar-cobertura-universal-de-saude&Itemid=843).
2. Etienne CF. Promoting universal health through primary health care. Rev. Panam. Salud Publica [Internet]. 2018 [acesso 2019 jan 7]; 42(145):1-2. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.145>.
3. Barbosa AC, Amaral PV, Francesconi GV, et al. Programa Mais Médicos: como avaliar o impacto de uma abordagem inovadora para superação de iniquidades em recursos humanos. Rev. Panam. Salud Publica. 2018 nov; 40(6):1-8.
4. Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A. Organização da atenção primária no Brasil e os desafios para a integração em redes de atenção. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim

- R, et al. Atenção primária à saúde no Brasil. Conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2018. p. 51-72.
5. Ministério da Saúde (Brasil). E- Gestor atenção básica. Informação e gestão da atenção básica. Cobertura da atenção básica. [acesso em 2018 dez 20]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
  6. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, et al. Demografia médica no Brasil 2018. São Paulo: Editora FMUSP, CFM, Cremesp; 2018. 286 p.
  7. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1 de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Diário Oficial da União. 2 set 2011.
  8. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HÁ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface (Botucatu). 2015 jul-set; 19(54):623-634.
  9. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA, et al. A ampliação das equipes de saúde da família e o Programa Mais Médicos nos municípios brasileiros. Trab. Educ. Saúde. Rio de Janeiro. 2017 jan-abr; 15(1): 131-145.
  10. Rios DRS, Teixeira C. Mapeamento da produção científica sobre o Programa Mais Médicos. Saúde Soc. São Paulo. 2018; 27(3):794-808.
  11. Rech, MRA, Harzheim E. Qualidade da atenção primária no Brasil e associação com o Programa Mais Médicos. Rev. Panam. Salud Publica. 2018 out; 42(164):1-11.
  12. Campos GWS, Pereira Júnior N. A Atenção primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. Ciênc. Saúde Coletiva. 2016; 21(9):2655-2663.
  13. Ministério da Saúde (Brasil). Resultados para o país. [acesso em 2018 dez 13]. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/resultados-para-o-pais>.
  14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011.
  15. Cruz JLV. Grandes investimentos e reestruturação do espaço regional no Norte Fluminense. In: Anais do I Circuito de Debates Acadêmicos do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA). CODE 2011; 2015 set 21; Brasília. Distrito Federal. [acesso em 2015 set 21]. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/78527675/Anais-do-I-Circuito-de-Debates-Academicos-Sumario-II-CODE-Ipea-2011>.

16. Santana JS, Guedes CAM, Villela LE. Desenvolvimento territorial sustentável e desafios postos por megaempreendimentos: o caso do município de Itaguaí – RJ. *Cad. EBAPE. BR.* 2011; 9(3):846-867.
17. Oliveira RS, Morais HMM, Goes PSA. Problematizando a díade saúde e desenvolvimento: o caso do polo de Suape no estado de Pernambuco. *Saúde Soc.* 2018; 27(1):149-162.
18. Bezerra ACV, Lyra TM, Albuquerque MSV. Diagnóstico participativo do setor saúde no município de Goiana, Pernambuco. *Espaço e Geografia.* 2015; 18(2): 347:366.
19. Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF, et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da atenção básica em Pernambuco. *Saúde Debate.* 2014; 38:182-193.
20. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
21. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, et al. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(5):1399-1408.
22. Martins JS, Abreu SCC, Quevedo MP, et al. Estudo comparativo entre US com e sem ESF por meio do PCATool. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade.* 2016 jan-dez; 11(38):1-132.
23. Secretaria Estadual de Saúde (Pernambuco). *Informações em Saúde. Tabnet do Estado de Pernambuco.* [acesso em 2016 ago 17]. Disponível em: <http://tabnet.saude.pe.gov.br/cgi-bin/dh?tab/tabsiab/sauest.def>.
24. Charlyn E, Starfield B, Hurtado MP, et al. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics.* Evanston. 2000 abr; 105(4):998-1003.
25. Donabedian A. Enfoques básicos para la evaluación: estrutura, processo y resultado. In: Donabedian A. *La calidad de la atención médica: definición y método de evaluación.* Cidade do México. La Prensa Médica Mexicana; 1984. p.95-157.
26. Carneiro MSM, Melo DMS, Gomes JM, et al. Avaliação do atributo coordenação da atenção primária à saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde Debate.* 2014 out; 38:279-295.
27. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad. Saúde Pública.* 2015 set; 31(9):1941-1952.
28. Penso JM, Périco E, Oliveira MMC, et al. Avaliação da atenção primária à saúde utilizando o instrumento PCATool-Brasil. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade.* 2017 jan-dez; 12(39):1-9.

29. Likert R, Roslow S, Murphy G. A simple and reliable method of scoring the Thurstone attitude scales. *J. Soc. Psychol.* [internet]. 2010 jun [acesso em: 2019 jan 17]; 5(1934):228-238. Disponível em: [https://brocku.ca/MeadProject/Likert/Likert\\_1934](https://brocku.ca/MeadProject/Likert/Likert_1934).
30. Harzheim E, Gonçalves MR, D'Avila OP, et al. Estudos de PCATool no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, et al. *Atenção primária à saúde no Brasil. Conceitos, práticas e pesquisa.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2018. p. 493-525.
31. Petermann XB, Machado IS, Pimentel BN, et al. Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na atenção primária em saúde: uma revisão narrativa. *Saúde (Santa Maria).* 2015 jan-jul; 41(1):49-56.
32. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
33. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [acesso 2019 fev 20]. 515 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)
34. Prates ML, Machado IS, Silva LS, et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(6):1881-1893.
35. Vidal TB, Tesser CD, Harzheim E, et al. Avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2012: estudo transversal de base populacional. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2018; 27(4):1-10.
36. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/ continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Cienc. Saúde Coletiva.* 2011; 16(suppl 1):1029-1040.
37. Ministério da Saúde (Brasil). Departamento de atenção básica. Lista de Certificação do 3º ciclo do PMAQ em Goiana, Pernambuco. [acesso em 2019 fev 1]. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/noticia/5434>
38. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2017-2018) [internet]. São Paulo: Editora Clanad; 2018. [acesso 2019 mar 20]. 348 p, v. 1. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017->

2018.pdf

39. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. [acesso em 2018 set 15]. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica\\_cab35.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf)
40. Bousquat A, Fausto MCR. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(4):1141-1154.



## APÊNDICE B - ARTIGO DE OPINIÃO

Link: <http://dssbr.org/site/opinioes/reflexoes-acerca-das-redes-de-atencao-a-saude-ao-paciente-cronico-um-enfoque-no-municipio-de-recife/>

DSS Brasil Portal Nordeste
Pesquisar...



todos pela equidade



### Determinantes Sociais da Saúde

portal e observatório sobre iniquidades em saúde

Região Nordeste



DESTAQUES NORDESTE
NOTÍCIAS
OPINIÕES
ENTREVISTAS
EXPERIÊNCIAS
SOBRE
MEMÓRIA DA CRDSS
CONTATO

### Redes Sociais



### Opiniões

Esta seção está aberta a matérias de opinião de profissionais de diversas áreas e do público em geral sobre temas relacionados aos Determinantes Sociais da Saúde. Como ocorre com todas as demais seções do Portal estas matérias podem ser objeto de comentários. [Veja todas as Opiniões]

### Últimas Publicações

27/03/17 | 09:03

[Conhecimento sobre tuberculose e adesão às medidas profiláticas entre os indivíduos contatos em Recife \(PE\)](#)

07/11/16 | 20:11

[Reflexões acerca das Redes de Atenção à Saúde ao paciente crônico: um enfoque no município de Recife](#)

28/12/15 | 08:12

[Consultório de Rua desafia SUS a ser, de fato, para todos](#)

16/12/15 | 10:12

[A extensão da ameaça da EC 86/2015 sobre o SUS](#)

07/12/15 | 15:12

[Governo Federal lança plano de enfrentamento à microcefalia](#)

25/11/15 | 10:11

[Ampliação do ressarcimento do SUS levanta alertas sobre relação com operadoras](#)

19/11/15 | 08:11

[Maranhão amplia debate sobre DSS](#)

[Publicações do DSS-BR]

### Reflexões acerca das Redes de Atenção à Saúde ao paciente crônico: um enfoque no município de Recife

Por Nathália Paula de Souza (1); Maria Nelly Sobreira de Carvalho Barreto (2); Maria da Penha Rodrigues dos Santos (3); Annick Fontbonne (4); Eduarda Ângela Pessoa Cesse (5)  
07/11/16 | 20:11

As mudanças do perfil epidemiológico, marcadas pelo aumento na prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), apresentam-se como importante desafio para a saúde coletiva no século XXI. A mortalidade por DCNT tem apresentado aumento crescente nas últimas décadas e, em 2013, as Doenças Cardiovasculares foram consideradas a primeira causa de morte no país, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016).



Entre as DCNT destacam-se a hipertensão (HAS) e o diabetes mellitus (DM) que representam importantes fatores de risco para complicações cardiovasculares, coronarianas, transtornos laborais, perda de qualidade de vida, entre outros) assumem uma maior proporção e provocam grande impacto na vida das pessoas. Por isso, requerem um sistema de saúde integrado e organizado em rede, de forma que se possa ter resolutividade nos três níveis de atenção à saúde.

Em 2013, com o objetivo de estruturar uma rede de cuidados aos Portadores de DCNT foi instituída a Portaria nº 252/GM/MS, já revogada no ano seguinte pela Portaria nº 483. Esta redefine a Rede de Atenção à Saúde para estes pacientes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), além de sugerir diretrizes para a organização das linhas de cuidado. Vale ressaltar que o modelo de atenção à saúde é essencial para a estruturação da rede, mas, na prática, ainda apresenta dificuldades para o seu cumprimento, principalmente devido a falhas de comunicação entre a atenção primária, média e alta complexidade.

Estudos realizados em municípios do Nordeste apontam para as dificuldades em garantir a integralidade da atenção e a contrarreferência tem sido apontada como um nó crítico para a integração entre os serviços (SANTOS, 2015). O pouco conhecimento e a dificuldade dos especialistas em se adequar ao modelo adotado, a quase ausência de espaços de discussão dos casos entre os profissionais da atenção primária e especializada, são apontados como motivadores dessa contrarreferência deficiente, levando a crer que o investimento deva ser mais em capacitação desses profissionais do que em instrumentos gerenciais (MEDINA, 2006; SANTOS, 2008; SANTOS, 2015). Portanto, a discussão sobre a referência e contrarreferência remete à integralidade que, entre as diretrizes organizativas do SUS, parece ser a que menos tem avançado quando comparada com a descentralização e com a participação da comunidade.

Os encaminhamentos desnecessários e o escasso uso de protocolos de atendimento contribuem para a insuficiente resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS), e esse é um aspecto que ainda merece muita atenção, uma vez que sobrecarrega os serviços especializados com casos simples, que poderiam ter seu acompanhamento realizado na APS. A sobrecarga de serviços de alta complexidade resulta em gastos anuais bilionários principalmente com procedimentos propedêuticos e terapêuticos (MENDES, 2011). Assim, o papel de ordenar a rede de atenção e coordenar o cuidado dos pacientes são desafios a serem superados pelos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e pelos gestores das três esferas de gestão.

Contudo, mesmo para encaminhar apenas aqueles casos com indicação, ainda assim seria

## APÊNDICE C - TRABALHO PUBLICADO EM ANAIS DO III CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA

220

ANAIS DO III CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE

exclusão, universalização/focalização, questionamos se as respostas produzidas pelas políticas de saúde vêm assegurando a inclusão social da PSR? Objetivos: Identificar como as políticas de saúde têm trabalhado a inclusão social da População em Situação de Rua. Metodologia: Consiste em uma revisão integrativa nas bases de dados SCIELO e LILACS realizada em janeiro de 2017. A revisão integrativa compreende ampla abordagem metodológica referente às revisões, uma vez que permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais (SOUZA; FILHO; CARVALHO, 2010). A busca deu-se com os descritores "População em Situação de Rua", "Políticas públicas de saúde" como o operador booleano AND. Utilizou-se como critérios de inclusão: artigos publicados entre 2006-2016, com texto completo disponível em português, inglês ou espanhol. Como critérios de exclusão: artigos repetidos na busca e com abordagens biologicistas. Identificou-se inicialmente 27 artigos, após refinar a busca mediante critérios supercitados resultaram 14 artigos (6 no SCIELO e 8 na LILACS). A análise adotou a proposta de análise temática de Minayo (2014) com a formulação de duas categorias: 1) Necessidades da PSR ou respostas padronizadas dos serviços? E, 2) Inclusão social ou inserção às avessas? Resultados e Discussão Nos 14 artigos destacaram-se duas temáticas: uso de Substâncias Psicoativas (SPA) (4 artigos) e consultório na rua (3 artigos). Ao se discutir as necessidades da PSR ou respostas padronizadas dos serviços apontamos a existência de uma lacuna entre as necessidades desses grupos e os serviços de saúde disponíveis, esses últimos têm se concentrado nos problemas do uso e abuso de SPA em detrimento de outras necessidades dessa população. Reconhece-se que o uso de drogas lícitas e ilícitas é uma realidade entre a PSR, no entanto, é preciso atentar para a complexidade que envolve a vida nas ruas, evitando respostas padronizadas dos serviços que levam a uma reprodução crítica de "cardápios" de necessidades. Refletindo sobre inclusão social ou inserção às avessas, lembramos que a construção de políticas públicas voltadas para a PSR é algo recente e, na realidade a PSR geralmente não acessa o SUS. Na perspectiva de inclusão social ganha destaque o trabalho das eCR (KAMI et al., 2016). É preciso destacar que as eCR não são panaceia para todos os problemas da PSR, e, uma abordagem coordenada, intersetorial em rede, tem sido negligenciada (LIMA; SEIDL, 2015). Conclusões/Considerações Finais A construção de políticas sociais, em especial de saúde, para a PSR tem encontrado barreiras quanto a articulação intra e intersetorial. As ações mostram-se setorializadas, fragmentadas e insuficientes incorrendo no risco de uma discriminação negativa por meio da ghettoização dos serviços. Estratégias de enfrentamento da problemática da exclusão desse segmento populacional requer uma interação de todos os setores da sociedade em prol da diminuição das desigualdades sociais e do estigma. Deve-se ainda aproximar-se da cotidianidade, no sentido Certeauiano (2014), da vida nas ruas, entendendo suas táticas e estratégias de sobrevivência, dialogando com suas necessidades, respeitando suas histórias e memórias, caso contrário, será uma inserção às avessas. Referências: BEHRING, E.R. Política social: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2006. CERTEAU, M. A invenção do cotidiano: Artes de fazer. Trad. Ephraim Ferreira

Alves 22 ed. Petrópolis: Vozes, 2014. KAMI, M.T.M. et al. Saberes ideológicos e instrumentais no processo de trabalho no Consultório na Rua. Rev. Esc. Enferm. USP, v.50, n.3, p.442-449, 2016. LIMA, H.S.; SEIDL, E.M.F. Consultório na rua: atenção a pessoas em uso de Substâncias Psicoativas. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 20, n. 1 p. 57-69, 2015. MACERATA, L.M. Experiência POP RUA: implementação do "Saúde em Movimento nas Ruas" no Rio de Janeiro, um Dispositivo Clínico/Político na Rede de Saúde do Rio de Janeiro. Rev. Polis e Psique, v.3, n.2, p.207-219, 2013. MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407f. SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein, v.8, n. 1, p. 102-106, 2010.

Írismar Karla Sarmento de Paiva; Jacileide Guimarães;

### 13667 COORDENAÇÃO DO CUIDADO SEGUNDO USUÁRIOS COM DIABETES ENTREVISTADOS NO PMAQ-AB

**Introdução** Em 2011, o Ministério da Saúde-MS lançou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), buscando induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica. Na avaliação das equipes, estão incluídas questões relacionadas ao diabetes, doença considerada prioritária pelo Ministério da Saúde em razão de sua prevalência e de suas possíveis complicações. **Objetivos** Analisar em que medida as equipes que aderiram ao PMAQ exercem a coordenação do cuidado aos pacientes com diabetes mellitus - DM. **Metodologia** Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, que utilizou os dados do 1º ciclo do PMAQ-AB, agregados por estados e por capitais, exceto Maceió, São Luiz, Teresina e Macapá que não aderiram ao ciclo e seus estados correspondentes. **Período de estudo:** 2012. **Sujeitos da pesquisa:** diabéticos cadastrados nas equipes. Para a avaliação da coordenação do cuidado, buscou-se explorar as questões relativas à atenção a pessoas com diabetes. A análise estatística descritiva foi realizada no SPSS, versão 8.0, destacando a média e as frequências relativas. **Resultados e Discussão** Entre os mais de 65 mil usuários entrevistados, 15,3% afirmaram ter diabetes. Destes, 90% realizaram consulta nos últimos seis meses, sendo unidade de saúde da família utilizada por 87,3%. O uso de prontuários e fichas foi observado por mais de 90% dos entrevistados, exceto em Mato Grosso (74,60%). Em todos os estados, mais de 80% dos usuários referiram exame de glicose em jejum nos últimos seis meses. Já o exame de pé diabético nos últimos seis meses e a orientação quanto aos cuidados com o pé foram referidos por apenas 30,5% e 45,9% dos entrevistados, respectivamente (médias nacionais), destacando Roraima com menores percentuais (0% e 16,7%). **Conclusões/Considerações Finais** Os dados sugerem a priorização de exames complementares em detrimento de consultas mais detalhadas, subestimando a importância das orientações quanto à prevenção de complicações e exames físicos mais acurados, o que fragiliza o exercício da coordenação do cuidado a esses pacientes, com conseqüente diminuição da resolutividade dessas equipes.

Máris da Penha Rodrigues dos Santos; Suzete Socorro da Silva; Maria do Socorro Velloso de Albuquerque; Tereza Maciel Lyra;



## APÊNDICE D - TRABALHO PUBLICADO EM ANAIS DO 12º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA

### QUALIDADE DO ATENDIMENTO SEGUNDO OS PACIENTES COM DIABETES MELLITUS NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS. GOIANA, PERNAMBUCO, BRASIL, 2017.

María da Penha Rodrigues dos Santos <sup>1</sup>; Maria do Socorro Veloso de Albuquerque <sup>2</sup>; Tereza Maciel Lyra <sup>3</sup>; Antônio da Cruz Gouveia Mendes <sup>1</sup>; Fabiana Letícia da Silva <sup>1</sup>; George Tadeu Nunes Diniz <sup>1</sup>



#100633

#### Tipo de Apresentação

Comunicação Oral Curta

#### Instituições

<sup>1</sup> FIOCRUZ/IAM;

<sup>2</sup> UFPE;

<sup>3</sup> FIOCRUZ; UPE

#### Eixo Temático

Organização da Atenção da Saúde:

Modelos, Redes e Regionalização da

Saúde

#### Como citar este trabalho?

#### Apresentação/Introdução

O Programa Mais Médicos- PMM é a aposta recente do governo brasileiro para concretizar a expansão da cobertura da Estratégia Saúde da Família-ESF. Contudo, além da expansão da cobertura, os atributos essenciais e derivados da APS são imprescindíveis para garantia da adesão e continuidade do cuidado, sobretudo para doenças crônicas, como a Diabetes Mellitus que necessitam de serviços resolutivos.

#### Objetivos

Avaliar a qualidade do atendimento aos pacientes com diabetes mellitus – DM no Programa Mais Médicos no município de Goiana, Pernambuco.

#### Metodologia

Trata-se de uma avaliação de qualidade, com abordagem quantitativa, realizada entre novembro de 2016 e agosto de 2017, em Goiana, Pernambuco. A amostra é composta de 402 indivíduos com DM acompanhados pelas equipes do PMM. O instrumento utilizado foi o PCATool Brasil, versão adulto. Foram construídos escores para cada atributo e seus componentes, seguindo uma escala tipo Likert (0 a 10). As suposições de homogeneidade e normalidade das variáveis envolvidas foram avaliadas com os testes de Bartlett e Shapiro-Wilk e as medianas foram testadas utilizando os testes de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney respectivamente. As demais conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%.

#### Resultados

Serão apresentados resultados parciais do estudo. A maioria dos usuários era do sexo feminino (72,14%), entre 45 e 65 anos (49,87%), com ensino fundamental incompleto (47,76%), entre 5 e 10 anos de diagnóstico de DM (71,9%). Ao avaliar a qualidade da atenção a esses usuários observou-se que 56% dos atributos apresentaram mediana igual o inferior a 5,5 e o escore geral de qualidade foi 5,12. Entre os atributos essenciais, o que apresentou melhor qualidade foi o acesso de primeiro contato - utilização (10) e o pior foi acesso de primeiro contato – acessibilidade (5,22). Entre os derivados, orientação familiar apresentou escore 5,45 e orientação comunitária 4,7%.

#### Conclusões/Considerações

Achados semelhantes à literatura sobre a ESF, contudo, pelo alto investimento no PMM, esperava-se uma maior orientação para a APS, sobretudo quanto ao aprimoramento da acessibilidade. Apontam-se necessidades, como ampliação do horário de atendimento. Há também que se recuperar princípios fundantes da ESF, como a aproximação com a família e com a comunidade.

**APÊNDICE E - FORMULÁRIO SOBRE PERFIL DO USUÁRIO COM DIABETES**

<b>Informações Gerais do Adulto</b>
Sexo: ( ) 1 Feminino ( ) 2 Masculino
Cor/raça: ( ) 1 Branco ( ) 2 Pardo ( ) 3 Negro
Qual a data do seu aniversário? ___ / ___ / ___
Quantos anos completos você fez no seu último aniversário? ____ anos.
Escolaridade: ( ) 1 Ensino fundamental completo ( ) 2 Ensino fundamental incompleto ( ) 3 Ensino médio/ técnico completo ( ) 4 Ensino médio incompleto ( ) 5 Ensino superior completo ( ) 6 Ensino superior incompleto ( ) 7 Sem escolaridade

Qual a sua renda mensal?

1 menos de um salário mínimo.

2 Um salário mínimo.

3 Mais de um salário mínimo.

Abastecimento de água:

Em seu bairro ou em sua casa falta água?  1 Sim  2 Não  3 Às vezes

Próximo à sua casa existem pontos de vazamento de água nas ruas?  1 Sim  2 Não  3 Não sei

Você conhece o local (rio ou poço) que abastece sua casa?  1 Sim  2 Não

Esgotamento sanitário:

Sua casa está ligada a rede pública coletora de esgoto?  1 Sim  2 Não  3 Não sei

Próximo à sua casa existem pontos de vazamento de esgoto nas ruas ou na rede de águas pluviais?  1 Sim  2 Não  3 Não sei

Existem locais próximos à sua casa com esgoto lançado em locais inadequados?

1 Sim  2 Não  3 Não sei

Em sua residência há incômodo com odor de Estação de Tratamento de Esgoto?  1 Sim  2 Não

Em que ano algum médico lhe disse pela primeira vez que você estava com diabetes? \_\_\_\_ ano.  não lembra.

Você lembra o mês?  1 Sim  2 Não

Se sim. Qual? \_\_\_\_\_

Já existia alguma complicação relacionada com o diabetes?

1 Sim  2 Não

Se sim, quais?

1 pé diabético;

2 amputação de membros;

3 cegueira;

4 problemas na visão;

5 problemas renais;

6 problemas cardíacos;

**APÊNDICE F - FORMULÁRIO SOBRE PERFIL DO MÉDICO E ENFERMEIRO DO  
PMM**

<b>Informações Gerais do Profissional</b>	
1. Registro	2. Sexo: 1 F ( ) 2 M( )
3. Idade:	4. Função:
5. Nacionalidade:	6. Naturalidade:
7. Município de Residência:	8. Unidade onde trabalha:
9. Trabalha na unidade há _____ meses.	10. Concluiu a graduação há _____ anos.
11. Tem pós-graduação: ( ) Sim ( ) Não a.1 Área:	12. Telefone:
13. E-mail:	

**APÊNDICE G - FORMULÁRIO ACS**

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Aggeu Magalhães

Departamento de Saúde Coletiva

Laboratório de Sistemas de Informação em Saúde

Número do Questionário _____
Data da entrevista: ___/___/___
Entrevistador:

**Questionário de avaliação da Atenção Primária**

(a ser aplicado ao Agente Comunitário de Saúde)



**INFORMAÇÕES GERAIS DO PROFISSIONAL**

1. Registro: \_\_\_\_\_ (Deve ser preenchido pelo entrevistador)
2. Sexo
  - (1) Feminino
  - (2) Masculino
3. Qual a sua data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_
4. Quantos anos você fez no seu último aniversário: \_\_\_\_\_ anos completos
5. Qual a sua cor/raça:
  - (1) Branca
  - (2) Preta
  - (3) Amarela
  - (4) Parda
  - (5) Indígena
  - (6) Ignorada
6. Qual o seu estado civil:
  - (1) Solteiro (a)
  - (2) Casado (a)
  - (3) União consensual
  - (4) Divorciado (a), desquitado(a) ou separado (a) judicialmente
  - (5) Viúvo (a)
7. Qual a sua escolaridade:
  - (1) Sem escolaridade
  - (2) Ensino fundamental incompleto
  - (3) Ensino fundamental completo

- (4) Ensino Médio Incompleto
- (5) Ensino Médio Completo
- (6) Ensino Superior Incompleto
- (7) Ensino Superior Completo

8. Qual o município de Residência:

- (1) Goiana/PE
- (2) Outros: \_\_\_\_\_ (PULE PARA A Q. 10)

9. Se a resposta anterior foi Goiana/PE, mora na microárea de trabalho?

- (1) Sim
- (2) Não

10. Qual a unidade/ equipe de saúde onde trabalha:

- (1) Atapus
- (2) Baldo do Rio
- (3) Barra de Catuama/ Catuama
- (4) Barro Vermelho
- (5) Bela Vista
- (6) Boa Vista
- (7) Bom Jesus
- (8) Bom Tempo
- (9) Carne de Vaca
- (1) Carrapicho
- (2) Engenho Ubu
- (3) Estrada de Cima

- (4) Flexeira
  - (5) Gambá
  - (6) Malvinas
  - (7) Melões
  - (8) Mutirão
  - (9) Nova Divisão
  - (10) Nova Goiana
  - (11) Pontas de Pedra
  - (12) São Lourenço
  - (13) Três Viúvas
11. A unidade tem saúde bucal?
- (1) Sim
  - (2) Não
12. Trabalha na unidade há quanto tempo? \_\_\_\_\_ anos.
13. Qual o número de famílias em sua microárea de trabalho? \_\_\_\_\_
14. Quantos usuários com diabetes em sua microárea? \_\_\_\_\_
15. Ser ACS é a sua única ocupação profissional?
- (1) Sim (PULE PARA A QUESTÃO 17)
  - (2) Não
16. Se **não** na questão anterior, qual sua outra ocupação: \_\_\_\_\_

**SOBRE A REALIZAÇÃO DE SUAS ATIVIDADES (Atividades previstas na PNAB 2012):**

17. Distribua as seguintes atividades no cronograma abaixo para a semana atual:
- (1) Atividades na unidade de saúde

(2) Visita domiciliar

(3) Atividades educativas/ coletivas

Turno	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã					
Tarde					

**18.** Você atualiza os cadastros das famílias quando necessário?

(1) Sim

(2) Não (PULE PARA A Q. 20)

**19.** Se sim na questão anterior, com qual frequência?

(1) Muito pouco

(2) Pouco

(3) Mais ou menos

(4) Com regularidade

(5) Muito

**20.** Você participa de reuniões de planejamento das ações com a equipe?

(1) Sim

(2) Não (PULE PARA A Q. 22)

**21.** Se sim para a questão anterior, com qual frequência?

(1) Muito pouco

(2) Pouco

(3) Mais ou menos

(4) Com regularidade

(5) Muito

**22.** Você participa de reuniões com a equipe para avaliação das atividades desempenhadas?

(1) Sim

(2) Não (PULE PARA A Q.24)

**23.** Se sim na questão anterior, com qual frequência?

(1) Muito pouco

(2) Pouco

(3) Mais ou menos

(4) Com regularidade

(5) Muito

**24.** Você orienta as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis na unidade de saúde?

(1) Sim

(2) Não (PULE PARA A Q. 26)

**25.** Se sim na questão anterior, com qual frequência?

(1) Muito pouco

(2) Pouco

(3) Mais ou menos

(4) Com regularidade

(5) Muito

**26.** Você faz a identificação de situações de risco entre as famílias?

(1) Sim

(2) Não (PULE PARA A Q. 28)

**1.** Se sim na questão anterior, com qual frequência?

- (1) Muito pouco
  - (2) Pouco
  - (3) Mais ou menos
  - (4) Com regularidade
  - (5) Muito
2. Você acompanha as condicionalidades do Programa Bolsa Família junto às famílias sob sua responsabilidade?
- (1) Sim
  - (3) Não (PULE PARA A Q. 30)
3. Se sim na questão anterior, com qual frequência?
- (1) Muito pouco
  - (2) Pouco
  - (3) Mais ou menos
  - (4) Com regularidade
  - (5) Muito
27. Você estimula a participação comunitária para ações que visem a melhoria de vida das pessoas?
- (1) Sim
  - (4) Não (PULE PARA A Q. 32)
4. Se sim na questão anterior, com qual frequência?
- (1) Muito pouco
  - (2) Pouco
  - (3) Mais ou menos
  - (4) Com regularidade

(5) Muito

**SOBRE SUAS ATIVIDADES NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, COMO VOCÊ AVALIA:**

**28.** As informações sobre a área para o planejamento das ações:

(1) Ótimo

(2) Bom

(3) Regular

(4) Ruim

(5) Péssimo

**29.** O número de visitas por turno:

(1) Ótimo

(2) Bom

(3) Regular

(4) Ruim

(5) Péssimo

**30.** O número de famílias acompanhadas sob sua responsabilidade:

(1) Ótimo

(2) Bom

(3) Regular

(4) Ruim

(5) Péssimo

**31.** O suporte do (a) enfermeiro (a) às suas atividades:

(1) Ótimo

- (2) Bom
- (3) Regular
- (4) Ruim
- (5) Péssimo

**32.** A disponibilidade de formulários, canetas, fichas, envelopes e outros materiais para trabalho:

- (1) Ótimo
- (2) Bom
- (3) Regular
- (4) Ruim
- (5) Péssimo

**33.** A disponibilidade de espaço na unidade para reuniões com a comunidade:

- (1) Ótimo
- (2) Bom
- (3) Regular
- (4) Ruim
- (5) Péssimo

**RESPONDA AS SEGUINTEs QUESTÕES QUANTO À ATENÇÃO AO USUÁRIO COM DIABETES:**

**A) Questões que dizem respeito ao trabalho individual do ACS:**

**34.** Durante o curso introdutório, as informações sobre diabetes foram satisfatórias?

- (1) Sim



- (2) Não
  - (3) Não sabe/ não lembra
- 35.** Após o curso introdutório, participou de algum curso/ capacitação sobre diabetes?
- (1) Sim
  - (2) Não
  - (3) Não sabe/ não lembra
- 36.** Você fornece orientações sobre o autoexame dos pés?
- (1) Sim
  - (2) Não
  - (3) Não sabe/ não lembra
- 37.** Você fornece orientações sobre uso de sapatos adequados?
- (1) Sim
  - (2) Não
  - (3) Não sabe/ não lembra
- 38.** Você pergunta se o paciente está tomando os remédios prescritos pelo médico?
- (1) Sim
  - (2) Não
  - (3) Não sabe/ não lembra
- 39.** Você orienta sobre a redução de consumo de bebidas alcoólicas?
- (1) Sim
  - (2) Não
  - (3) Não sabe/ não lembra
- 40.** Você estimula a realização de atividades físicas regulares?
- (1) Sim

- (2) Não
- (3) Não sabe/ não lembra
- 41.** Você estimula a adesão a hábitos alimentares saudáveis baseados no consumo de frutas, verduras?
- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe/ não lembra
- 42.** Você orienta sobre a importância da escovação dos dentes após as refeições?
- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe/ não lembra
- 43.** Você estimula a participação no grupo de diabéticos na unidade de saúde?
- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe/ não lembra
- 44.** Você realiza captação de usuárias grávidas com diabetes para realização do pré-natal?
- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe/ não lembra
- 45.** Você realiza busca ativa de usuários com diabetes que não costumam ir à unidade com regularidade (faltosos)?
- (1) Sim

(2) Não

(3) Não sabe/ não lembra

**46.** Você costuma dar aos usuários com diabetes tempo suficiente para falarem sobre suas preocupações ou problemas?

(1) Sim

(2) Não

(3) Não sabe/ não lembra

**47.** Você sabe quem mora com cada um dos usuários com diabetes de sua microárea?

(1) Sim

(2) Não

(3) Não sabe/ não lembra

**B) Questões referentes ao funcionamento da unidade de saúde, trabalho da equipe e integração entre a atenção básica e especializada para o atendimento aos usuários com diabetes:**

**48.** Sua unidade de saúde tem atendimento alguma vez até às 20h?

(1) Sim

(5) Não (PULE PARA A Q. 54)

(6) Não sabe/ não lembra (PULE PARA A Q. 54)

**49.** Se sim na questão anterior, fica aberta até às 20h mais de uma vez por mês?

(1) Sim

(2) Não

(3) Não sabe/ não lembra

**50.** É fácil para um usuário com diabetes conseguir marcar hora para uma consulta?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe/ não lembra

**51.** Na média, os usuários com diabetes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe/ não lembra

**52.** Os usuários com diabetes são sempre atendidos pelo mesmo médico?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe/ não lembra

**53.** Na unidade de Saúde, é realizado exame nos olhos dos usuários com diabetes (exame de fundo de olho)?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe/ não lembra

**54.** Na unidade de saúde, os usuários com diabetes recebem orientações sobre os cuidados com os pés?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe/ não lembra

**55.** O médico ou enfermeiro costumam examinar os pés dos usuários com diabetes?

- (1) Sim

(2) Não

(3) Não sabe/ não lembra

**56.** Sua equipe faz estratificação de risco para os usuários com diabetes?

(1) Sim

(2) Não

(3) Não sabe/ não lembra

**57.** A equipe tem o suporte do NASF para o atendimento aos usuários com diabetes?

(1) Sim

(2) Não

(3) Não sabe/ não lembra

**58.** Se a unidade tem saúde bucal, responda (SE SIM NA QUESTÃO 11):

Os usuários com diabetes são sempre atendidos pelo mesmo dentista?

(1) Sim

(2) Não

(3) Não sabe/ não lembra

**59.** Se sim na questão 11, o dentista costuma solicitar exames de glicemia para usuários com diabetes antes de realizar procedimentos, como exodontia (extração) ou remoção de placa (limpeza)?

(1) Sim

(2) Não

(3) Não sabe/ não lembra

**60.** Se sim na questão 11, o dentista costuma discutir os casos dos usuários com diabetes com os outros membros da equipe?

(1) Sim

- (2) Não
- (3) Não sabe/ não lembra
- 61.** A maioria dos medicamentos prescritos pelo (a) médico (a) para os usuários com diabetes estão disponíveis na unidade de saúde?
- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe/ não lembra
- 62.** O glicosímetro e fitas são disponibilizados para todos os usuários com diabetes?
- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe/ não lembra
- 63.** Quando o usuário com diabetes necessita de uma consulta especializada, é realizado agendamento?
- (1) Sim
- (7) Não (ENCERRA O QUESTIONÁRIO)
- (8) Não sabe/ não lembra (ENCERRA O QUESTIONÁRIO)
- 64.** Se sim na questão anterior, como é marcada a maioria das consultas?
- (1) Na própria unidade. Já sai com consulta agendada.
- (2) Na própria unidade, mas a data agendada é informada em outro momento.
- (3) Pelo próprio usuário, junto à central de marcação.
- (4) Pelo próprio usuário, que sai com ficha de encaminhamento e vai pessoalmente marcar na unidade especializada.
- (5) Outros: \_\_\_\_\_
- (6) Não sabe/ Não lembra

- 65.** Os usuários com diabetes são orientados pela equipe a retornar à unidade de saúde após a consulta com o especialista?
- (1) Sim
  - (2) Não
  - (3) Não sabe/ não lembra
- 66.** Os usuários com diabetes costumam retornar à unidade de saúde após a consulta com o especialista?
- (1) Sim
  - (2) Não
  - (3) Não sabe/ não lembra
- 67.** Os especialistas costumam enviar informações por escrito sobre o atendimento para a equipe desta unidade de saúde (contrarreferência)?
- (1) Sim
  - (2) Não
  - (3) Não sabe/ Não lembra

## APÊNDICE H - QUADROS DE VARIÁVEIS

**Quadro 1- Variáveis, definições e categorizações utilizadas na caracterização dos usuários com diabetes.**

<b>Variável</b>	<b>Definição</b>	<b>Categorização</b>
Sexo	Sexo ao nascer	1. Feminino; 2. Masculino
Corraça	Cor/raça auto referida	1. Branco; 2. Pardo; 3. Negro
Idade	Idade em anos completos informada pelos pacientes no momento da entrevista	Categorizada em faixa etária após as entrevistas: < 30, 30-59, 60-64, 65+
Nascimento	Data de nascimento informada	
Escolaridade	Escolaridade referida pelo paciente	1. Ensino fundamental completo; 2. Ensino fundamental incompleto; 3. Ensino médio/técnico completo; 4. Ensino médio incompleto; 5. Ensino superior completo; 6. Ensino superior incompleto; 7 Sem escolaridade
Rendamental	Faixa de renda mensal referida pelo paciente	1. Menos de 1 salário mínimo; 2. Um salário mínimo; 3. Mais de um salário mínimo; 4. sem renda
Faltaagua	Indisponibilidade de água encanada na casa do usuário	1 sim; 2 não; 3 às vezes
Vazamentoagua	Existência de pontos de vazamento de água na rua	1 sim; 2 não; 3 não sei
Tipoabastec	Conhecimento sobre o local que abastece casa	1 sim; 2 não
Redeesgoto	Ligação da casa à rede pública de esgotamento sanitário	1 sim; 2 não; 3 não sei
Vazamentoesgoto	Pontos de vazamento de esgoto	1 sim; 2 não; 3 não sei
Odoresgoto	Incomodo com odor de esgoto	1 sim; 2 não
Esgotoinadequado	Esgoto lançado em locais inadequados	1 sim; 2 não; 3 não sei
Ano	Ano de diagnóstico de diabetes	Foi categorizada em faixas de tempo de diagnóstico: < que 5 anos, entre 5-10 e mais que 11.
Mesdiag	Mês de diagnóstico	
Complicacaodm	Complicação relacionada ao diabetes	1. sim; 2. não
Quaiscompl	Relação de complicações do diabetes	1. pé diabético; 2. amputação de membros; 3. cegueira; 4. problemas na visão; 5. problemas renais; 6. problemas cardíacos

Fonte: a autora.



**Quadro 2- Variáveis, definições e categorizações utilizadas na caracterização dos profissionais.**

<b>Variável</b>	<b>Definição</b>	<b>Categorização</b>
Sexo	Sexo ao nascer	1. Feminino; 2. Masculino
Idade	Idade em anos completos informada pelos pacientes no momento da entrevista	
Função	Função desempenhada na unidade	1 Enfermeiro 2. Médico
Nacionalidade	Nome do país de origem	
Naturalidade	Nome da cidade de origem	
Município de residência	Nome do município	
Unidade de trabalho	Nome da unidade	
Tempo de atuação na unidade	Tempo em meses	<= a 12 meses, > 12 meses
Tempo de graduação	Tempo em anos	Intervalos: 0 a 6, 6 a 10, 11 a 15, 16 a 20, 21 a 25, 26 a mais
Pós-graduação	Conclusão de curso de pós-graduação	1.Sim, 2. Não
Área da pós-graduação	Nome do curso de pós-graduação	

Fonte: a autora.

**Quadro 3- Variáveis, definições e categorizações utilizadas no estudo com usuários com diabetes referentes à qualidade do atendimento quanto ao grau de afiliação e ao acesso de primeiro contato (utilização).**

<b>A- Grau de afiliação</b>		
<b>Variável</b>	<b>Definição</b>	<b>Categorização</b>
A1	Existência de médico/enfermeiro ou serviço que procura quando precisa	1 não; 2 sim
A11	Nome do profissional ou serviço	
A12	Endereço do serviço ou profissional	
A2	Existência de médico/enfermeiro ou serviço que o conhece melhor o usuário	1 não; 2 sim, mesmo profissional ou serviço que A1; 3 sim; profissional ou serviço diferente de A1
A21Se a alternativaanteriorfor3informar	Nome do profissional ou serviço	
A22	Endereço do serviço	
A3	Há médico/enfermeiro ou serviço que é mais responsável por seu atendimento	1 não; 2 sim, mesmo profissional ou serviço que A1 e A2; 3 sim, mesmo que A1 somente; 4 sim, mesmo que A2 somente; 5 sim, diferente de A1 e A2
A31sealternativaanteriorfor5informar	Nome do profissional ou serviço	
A32Searespostadaquestãoa3for5informar	Endereço do serviço	
A4	Nome do médico/enfermeiro ou serviço procurado pela última vez	
A5	Nome do médico/enfermeiro ou serviço sobre o qual serão feitas as perguntas a partir de agora no formulário	
<b>B- Questões referentes ao atributo acesso de primeiro contato (utilização)</b>		
<b>Variável</b>	<b>Definição</b>	<b>Categorização</b>
B1	Uso do serviço referido para consulta de revisão	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
B2	Uso do serviço referido para um novo problema de saúde	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro

B3	Encaminhamento obrigatório para especialista por serviço referido	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
----	---	--

Fonte: a autora.

**Quadro 4- Variáveis, definições e categorizações utilizadas no estudo com usuários com diabetes referentes à qualidade do atendimento quanto ao grau de afiliação e ao acesso de primeiro contato (acessibilidade) e longitudinalidade.**

(Continua)

<b>C- Questões referentes ao atributo acesso de primeiro contato (acessibilidade)</b>		
<b>Variável</b>	<b>Definição</b>	<b>Categorização</b>
C1	Abertura do serviço sábado e domingo	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
C2	Abertura do serviço em dia útil até as 20h	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
C3	Atendimento no mesmo dia	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
C4	Aconselhamento médico por telefone	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
C5	Possibilidade de telefonar para médico quando posto está fechado	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
C6	Atendimento no final de semana	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
C7	Atendimento à noite	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com

		certeza, não; 9 não sei/ não lembro
C8	Facilidade de marcar consulta de rotina	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
C9	Mais de 30 minutos de espera para consulta	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro

**Quadro 4- Variáveis, definições e categorizações utilizadas no estudo com usuários com diabetes referentes à qualidade do atendimento quanto ao grau de afiliação e ao acesso de primeiro contato (acessibilidade) e longitudinalidade.**

(Continuação)

Variável	Definição	Categorização
C10	Dificuldade para marcar consulta	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
C11	Dificuldade para atendimento medico	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
C12	Necessidade de se ausentar do trabalho/escola para ir à USF	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
<b>D - Questões referentes ao atributo longitudinalidade</b>		
Variável	Definição	Categorização
D1	Atendimento pelo mesmo profissional	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
D2	Linguagem do paciente é entendida pelo profissional	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro

D3	Linguagem do profissional é entendida pelo paciente	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
D4	Pode telefonar para profissional quando tem duvida	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
D5	Tempo para falar sobre preocupações e problemas	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
D6	Paciente se sente à vontade para falar sobre problemas	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
D7	Médico conhece paciente como pessoa	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro

**Quadro 4- Variáveis, definições e categorizações utilizadas no estudo com usuários com diabetes referentes à qualidade do atendimento quanto ao grau de afiliação e ao acesso de primeiro contato (acessibilidade) e longitudinalidade.**

(Conclusão)

Variável	Definição	Categorização
D8	Conhecimento sobre família do paciente	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
D9	Conhecimento sobre os problemas mais importantes	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
D10	Conhecimento sobre história clínica do paciente	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro

D11	Conhecimento sobre trabalho do paciente	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
D12	Conhecimento sobre situação financeira do paciente	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei / não lembro
D13	Profissional sabe todos os medicamentos utilizados	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
D14	Utilização de outro serviço de saúde se fosse possível (mudaria de serviço de saúde)	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro

Fonte: a autora.

**Quadro 5- Variáveis, definições e categorizações utilizadas no estudo com usuários com diabetes referentes à qualidade do atendimento quanto à coordenação.**

(Continua)

<b>E - Questões referentes ao atributo coordenação (integração de cuidados)</b>		
<b>Variável</b>	<b>Definição</b>	<b>Categorização</b>
E_1	Já foi consultado por especialista	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
E_2	Encaminhamento para especialista	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
E_3	Conhecimento sobre consulta especializada	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
E_4	Seleção de serviço especializado mais adequado	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com

		certeza, não; 9 não sei/ não lembro
E_5	O serviço ajudou a marcar a consulta especializada	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
E_6	Informações para referencia	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
E_7	Contrarreferência	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
E_8	Conversa com a ESF sobre atendimento especializado	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
E_9	ESF se perguntou sobre qualidade do atendimento especializado	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro

**Quadro 5- Variáveis, definições e categorizações utilizadas no estudo com usuários com diabetes referentes à qualidade do atendimento quanto à coordenação.**

(Conclusão)

<b>F - Questões referentes ao atributo coordenação (sistemas de informações)</b>		
<b>Variável</b>	<b>Definição</b>	<b>Categorização</b>
F_1	Leva registros de atendimentos passados quando se consulta com ESF	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
F_2	Prontuário disponível	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
F_3	Acesso ao prontuário para leitura	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro

		provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
--	--	--

Fonte: a autora.

**Quadro 6- Variáveis, definições e categorizações utilizadas no estudo com usuários com diabetes referentes à qualidade do atendimento quanto à integralidade (serviços disponíveis).**

(Continua)

<b>G - Questões referentes ao atributo integralidade (serviços disponíveis)</b>		
<b>Variável</b>	<b>Definição</b>	<b>Categorização</b>
G_1	Informações sobre nutrição e dieta	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
G_2	Informações sobre programas sociais	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
G_3	Programa de suplementação na USF	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
G_4	Vacinas	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
G_5	Exames de saúde bucal	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
G_6	Tratamento dentário	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
G_7	Métodos anticoncepcionais ou programa de planejamento familiar	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro



G_8	Aconselhamento sobre drogas	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
G_9	Aconselhamento sobre problemas de saúde mental	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro

**Quadro 6- Variáveis, definições e categorizações utilizadas no estudo com usuários com diabetes referentes à qualidade do atendimento quanto à integralidade (serviços disponíveis).**

(Continuação)

<b>Variável</b>	<b>Definição</b>	<b>Categorização</b>
G_10	Sutura de cortes	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
G_11	Aconselhamento e teste HIV	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
G_12	Identificação de problemas auditivos	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
G_13	Identificação de problemas visuais	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
G_14	Colocação de tala	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
G_15	Remoção de verrugas	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro

G_16	Exame de colo de útero	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
G_17	Aconselhamento tabagismo	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
G_18	Cuidados pré-natais	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
G_19	Remoção de unha encravada	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro

**Quadro 6- Variáveis, definições e categorizações utilizadas no estudo com usuários com diabetes referentes à qualidade do atendimento quanto à integralidade (serviços disponíveis).**

(Continuação)

Variável	Definição	Categorização
G_20	Aconselhamento sobre envelhecimento	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
G_21	Orientações sobre cuidados no domicílio	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
G_22	Orientações sobre como agir em caso de incapacidade de familiar	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
<b>H - Questões referentes ao atributo integralidade- serviços prestados</b>		
Variável	Definição	Categorização
H_1	Alimentação saudável	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com

		certeza, não; 9 não sei/ não lembro
H_2	Segurança no lar	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
H_3	Uso de cinto de segurança	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
H_4	Como lidar com conflitos familiares	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
H_5	Exercício físico	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
H_6	Realização de testes de sangue para verificar níveis de colesterol	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
H_7	Medicamentos em uso	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro

(Conclusão)

Variável	Definição	Categorização
H_8	Exposição a substâncias perigosas	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
H_9	Possível uso de arma de fogo e como guardar	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
H_10	Prevenção de queimaduras	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com

		certeza, não; 9 não sei/ não lembro
H_11	Prevenção de quedas	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
H_12	Só para mulheres: como prevenir a osteoporose	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
H_13	Só para mulheres: problemas comuns da menstruação e menopausa	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro

Fonte: a autora.

**Quadro 7- Variáveis, definições e categorizações utilizadas no estudo com usuários com diabetes referentes à qualidade do atendimento quanto à orientação familiar e comunitária.**

<b>I- Questões referentes ao atributo orientação familiar</b>		
<b>Variável</b>	<b>Definição</b>	<b>Categorização</b>
I_1	Profissional da USF planeja seu tratamento com sua participação	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
I_2	História familiar considerada pelo profissional da USF	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
I_3	Se fosse necessário, o profissional da USF se reuniria com sua família	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
<b>J - Questões referentes ao atributo orientação comunitária</b>		
<b>Variável</b>	<b>Definição</b>	<b>Categorização</b>
J_1	Visita domiciliar	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com

		certeza, não; 9 não sei/ não lembro
J_2	Conhecimento sobre saúde da vizinhança	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
J_3	Planejamento realizado com participação da comunidade	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
J_4	Realização de pesquisas de satisfação	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
J_5	Pesquisas para identificação de problemas junto à comunidade	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro
J_6	Estímulo à participação em conselhos de saúde	4 com certeza sim; 3 provavelmente sim; 2 provavelmente não; 1 com certeza, não; 9 não sei/ não lembro

Fonte: a autora.

### Quadro 8 - Variáveis, definições e categorizações referentes ao Agente Comunitário de Saúde.

(Continua)

Variável	Definição	Categorização
Sexo	Sexo feminino ou masculino	1 Feminino; 2 Masculino
Nascimento	Data de nascimento referida	-
Idade	Quantos anos completos na data da entrevista	-
Cor	Cor/raça referida	1 Branca; 2 Preta; 3 Amarela; 4 Parda; 5 Indígena; 6 Ignorada
Estado civil	Estado civil referido	1 Solteiro (a); 2 Casado (a); 3 União consensual; 4 Divorciado (a), desquitado(a) ou separado (a) judicialmente; 5 Viúvo (a).

Escolaridade	Escolaridade referida	1 Sem escolaridade; 2 Ensino fundamental incompleto; 3 Ensino fundamental completo; 4 Ensino Médio Incompleto; 5 Ensino Médio Completo; 6 Ensino Superior Incompleto; 7 Ensino Superior Completo.
Município res	Município de residência	1 Goiana; 2 Outros
Mora micro	Mora na microárea de trabalho	1 Sim; 2 Não
UBS de trabalho	Unidade onde trabalha	1 Atapus ; 2 Baldo do Rio ; 3 Barra de Catuama/ Catuama; 4 Barro Vermelho; 5 Bela Vista; 6 Boa Vista; Bom Jesus; 8 Bom Tempo; 9 Carne de Vaca;10 Carrapicho; 11 Engenho Ubu; 12 Estrada de Cima; 13 Flexeiras; 14 Gambá; 15 Malvinas; 16 Melões; 17 Mutirão; 18 Nova Divisão; 19 Nova Goiana; 20 Pontas de Pedra; 21 São Lourenço; 22 Três Viúvas
Ubs saúdebucal	UBS com Saúde bucal	1 sim; 2 não
Tempoub	Tempo de trabalho na UBS	-
Núm famílias	Número de famílias sob responsabilidade	-
Numerodm	Número de usuários com DM na microárea de trabalho	-
Unicaocup	Única ocupação	1 sim, 2 não
Outraocup	Qual a outra ocupação, se houver	-
<b>Questões sobre atividades de competência dos ACS</b>		
Atividades	Atividades distribuídas na semana	-

**Quadro 8 - Variáveis, definições e categorizações referentes ao Agente Comunitário de Saúde.**

Continuação

<b>Variável</b>	<b>Definição</b>	<b>Categorização</b>
Atualizacad	Atualiza cadastro pacientes	1 sim; 2 não
Freqcad	Frequência do cadastramento	1 Muito pouco; 2 Pouco; 3 Mais ou menos; 4 Com regularidade; 5 Muito
Reunioesplan	Participação de planejamento da equipe	1 sim; 2 não
Freqplan	Frequência do planejamento	1 Muito pouco; 2 Pouco; 3 Mais ou menos; 4 Com regularidade; 5 Muito
Avalativ	Participação em reuniões de avaliação das atividades	1 sim; 2 não

Freqaval	Frequência da participação de avaliações	1 Muito pouco; 2 Pouco; 3 Mais ou menos; 4 Com regularidade; 5 Muito
Orientaserv	Orientações aos usuários sobre serviços da UBS	1 sim; 2 não
Freqorientaserv	Frequência Orientações aos usuários sobre serviços da UBS	1 Muito pouco; 2 Pouco; 3 Mais ou menos; 4 Com regularidade; 5 Muito
Identificsitrisco	Identifica situações de risco	1 sim; 2 não
Freqidentificsitrisco	A frequência com a qual se identifica situações de risco	1 Muito pouco; 2 Pouco; 3 Mais ou menos; 4 Com regularidade; 5 Muito
Progrbolsafam	Acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família	1 sim; 2 não
Freqprogrbolsa fam	Frequência de Acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família	1 Muito pouco; 2 Pouco; 3 Mais ou menos; 4 Com regularidade; 5 Muito
Partcomunit	Estímulo à participação comunitária	1 sim; 2 não
Freqpartcomunit	Frequência de estímulo à participação comunitária	1 Muito pouco; 2 Pouco; 3 Mais ou menos; 4 Com regularidade; 5 Muito
<b>Questões sobre avaliação das condições de trabalho na UBS</b>		
Informárea	Avaliação sobre informações sobre área de trabalho	1 Ótimo; 2 Bom; 3 Regular; 4 Ruim; 5 Péssimo
Numvisitas	Avaliação sobre o número de visitas	1 Ótimo; 2 Bom; 3 Regular; 4 Ruim; 5 Péssimo
Numfamil	Avaliação sobre o número de famílias acompanhadas	1 Ótimo; 2 Bom; 3 Regular; 4 Ruim; 5 Péssimo

**Quadro 8 - Variáveis, definições e categorizações referentes ao Agente Comunitário de Saúde.**

Continuação

Variável	Definição	Categorização
Suportenf	Existência de suporte do NASF	1 Ótimo; 2 Bom; 3 Regular; 4 Ruim; 5 Péssimo
Mattrabalho	Avaliação do material disponível para trabalho	1 Ótimo; 2 Bom; 3 Regular; 4 Ruim; 5 Péssimo
Espaçousf	Avaliação sobre espaço disponível na UBS para atividades coletivas	1 Ótimo; 2 Bom; 3 Regular; 4 Ruim; 5 Péssimo
<b>Questões relativas à atenção ao usuário com DM</b>		
Cursintrod	Inserção de DM no Curso introdutório	1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe/ Não lembra
Capacitadm	Outras capacitações em DM	1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe/ Não lembra

Autoexpe	Orientações sobre autoexame dos pés	1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe/ Não lembra
Orientsapato	Orientações sobre uso de sapatos adequados	1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe/ Não lembra
Orientremed	Orientações sobre o uso dos remédios prescritos pelo médico	1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe/ Não lembra
Orientbebida	Orientações sobre consumo de bebida alcóolica	1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe/ Não lembra
Orientativ	Orientações sobre atividades físicas	1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe/ Não lembra
Orienthabitosaud	Orientações sobre hábitos saudáveis	1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe/ Não lembra
Orientescov	Orientações sobre escovação	1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe/ Não lembra
Participagrup	Estímulo à participação no grupo Hiperdia	1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe/ Não lembra
Captagrav	Captação de grávidas com DM	1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe/ Não lembra
Buscativa	Realização de busca ativa de faltosos	1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe/ Não lembra
Tempopac	Tempo para pacientes falarem sobre preocupações	1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe/ Não lembra
Morapac	Conhecimento sobre quem mora com os pacientes	1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe/ Não lembra
<b>Questões referentes ao funcionamento da UBS, trabalho em equipe e integração AB e AE</b>		
Ubsabre20h	Abertura do serviço algum dia até às 20h	1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe/ Não lembra
20hmaisdeumavez	Abertura do serviço até as 20h mais de uma vez por mês	1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe/ Não lembra

**Quadro 8 - Variáveis, definições e categorizações referentes ao Agente Comunitário de Saúde.**

Conclusão

Variável	Definição	Categorização
Facilmarcacons	Acesso à marcação de consultas	1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe/ Não lembra
Esperamais30	Espera para atendimento maior que 30 minutos	1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe/ Não lembra
Mesmomedico	Atendimento pelo mesmo médico	1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe/ Não lembra
Fundosc	Realização de fundoscopia pela equipe	1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe/ Não lembra
Orientpé	Orientação sobre pé diabético pela equipe	1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe/ Não lembra



Examepé	Realização de exame dos pés dos usuários	1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe/ Não lembra
Estratrisco	Realização de estratificação de risco pela equipe	1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe/ Não lembra
Suportnasf	Existência de suporte do NASF à equipe	1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe/ Não lembra
Usfsaudebucal	Existência de Saúde bucal na equipe	1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe/ Não lembra
Exameglicemiadent	Solicitação de exame para procedimento odontológico	1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe/ Não lembra
Discuscaso	Equipe discute casos	1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe/ Não lembra
Medicacaodisp	Disponibilidade de medicação para diabetes na UBS	1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe/ Não lembra
Agendconsultespec	Agendamento para consulta especializada	1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe/ Não lembra
Tipoagendesp	Forma de agendamento	
Orientretorno	Orientação do usuário para retornar à unidade após consulta especializada	1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe/ Não lembra
Usuárioretorn	Usuário retorna	1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe/ Não lembra
Contraref	Informações enviadas pelo especialista após consulta	1 Sim; 2 Não; 3 Não sabe/ Não lembra

Fonte: a autora.

## APÊNDICE I - ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM O COORDENADOR DA ATENÇÃO BÁSICA

**Pesquisa:** Atenção aos pacientes com Diabetes *Mellitus* no Programa Mais Medicos: o caso de Goiana, Pernambuco.

**Responsável pela pesquisa:** Maria da Penha Rodrigues dos Santos

**Instituição:** Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz PE

### Acessibilidade às USF participantes do PMM

Como vem se dando a acessibilidade da população às ESF após a implantação do PMM (marcação de consulta, aconselhamento por telefone, tempo de espera para consulta, atendimento ou aconselhamento fora do horário habitual, atendimento de urgência, horários alternativos de atendimento)?

### Capacitação:

Como se dá a capacitação dos profissionais que trabalham nas unidades com o PMM sobre doenças crônicas, especialmente DM?

### Rede de atenção especializada para usuários com DM:

Como está organizada a Rede de Atenção aos pacientes com diabetes e quais as dificuldades para garantir acesso aos usuários da atenção básica para a atenção especializada?

Como se dá a regulação da assistência?

Como você avalia a implantação da central de regulação? Onde avançou? Onde estrangula?

Como se dá a referência e contra referência no município? Quais as maiores dificuldades?

Como se dá o apoio diagnóstico dentro e fora das unidades de atenção básica?

Quais os mecanismos para melhorar a comunicação entre a atenção básica e especializada?

Como ocorre o agendamento dos pacientes com DM nas unidades participantes do PMM?

Quais mecanismos de estratificação de casos são utilizados pelas equipes do PMM para os usuários com DM?

Como se dá a organização do serviço de atenção básica? (assuntos a serem estimulados: humanização, acolhimento, matriciamento, projeto terapêutico singular).

Quais as principais dificuldades na atenção aos pacientes com DM em ordem de prioridade?

## APÊNDICE J - ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM O MÉDICO DO PMM

**Pesquisa:** Atenção aos pacientes com Diabetes *Mellitus* no Programa Mais Medicos: o caso de Goiana, Pernambuco.

**Responsável pela pesquisa:** Maria da Penha Rodrigues dos Santos

**Instituição:** Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz PE

Acessibilidade às USF participantes do PMM

1. Como vem se dando o acesso da população à equipe?

(temas a serem estimulados na entrevista: marcação de consulta, aconselhamento por telefone, tempo de espera para consulta, atendimento ou aconselhamento fora do horário habitual, atendimento de urgência, horários alternativos de atendimento)?

Capacitação dos profissionais:

1. Como vem se dando o seu acesso a capacitações/ treinamentos em doenças crônicas, especialmente em DM após o início de suas atividades nessa unidade?

Organização da Rede de Atenção aos pacientes com diabetes:

1. Como se dá o agendamento às consultas especializadas?

2. Quais as estratégias de estratificação de risco?

3. Como se dá a referência e contra referência?

Como você avalia a comunicação com os especialistas no atendimento a usuários com diabetes?

4. Quais as principais dificuldades para realização dos exames (agendamento, tempo de retorno, extravio, entre outros).

5. Como se dá a organização do processo de trabalho da equipe? (assuntos a serem estimulados: humanização, acolhimento, matriciamento, projeto terapêutico singular).

6. Orientação Familiar e comunitária

7. Como a equipe se organiza para que as atividades sigam a orientação familiar e comunitária? (temas a serem estimulados na entrevista: visitas domiciliares, planejamento participativo, pesquisas de satisfação, entre outros)

Dificuldades:

1. Quais as principais dificuldades na atenção aos pacientes com DM em ordem de prioridade:

## APÊNDICE K - ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM O COORDENADOR DO NASF

1. Há quanto tempo há o NASF no município?
2. Como se dá o apoio logístico da secretaria de saúde para a operacionalização das atividades?
3. Qual a composição do NASF?
4. Como se dá a organização do processo de trabalho? (assuntos a serem estimulados: humanização, acolhimento, matriciamento, projeto terapêutico singular)?
5. Como se dá a comunicação com as equipes da do PMM?
6. Como se estruturam as capacitações da equipe do NASF, sobretudo na atenção às doenças crônicas como a DM?
7. Como se dá a atuação do NASF na atenção aos usuários com doenças crônicas como o Diabetes Mellitus?
8. Quais as maiores dificuldades na atenção aos pacientes com DM?
9. Que sugestões você daria para melhorar o apoio do NASF às ESF?

## **APÊNDICE L - ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM O GESTOR DA POLICLÍNICA MUNICIPAL**

Rotina de atendimento aos pacientes com DM:

1. Quais as especialidades disponíveis para o atendimento aos usuários com DM?
2. Quais as especialidades com maior demanda reprimida para esses usuários?
3. Como ocorre o agendamento das consultas especializadas aos usuários com DM?
4. Como se dá a organização do processo de trabalho? (assuntos a serem estimulados: humanização, acolhimento, avaliação de risco? Uso de protocolos? Matriciamento?)
5. Quais mecanismos são utilizados pelos especialistas para comunicação (contra referência) com os profissionais da atenção básica quando ocorre encaminhamento?

Dificuldades e sugestões:

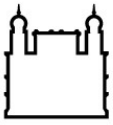
1. Quais as maiores dificuldades encontradas pelas equipes do hospital para atendimento a esses usuários?
2. Quais sugestões para melhoria do atendimento a esses usuários?

**APÊNDICE M - ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM O COORDENADOR DA  
CENTRAL DE REGULAÇÃO DO MUNICÍPIO**

1. Qual a rede efetivamente regulada no município?
2. Como se dá o acesso dos usuários com DM do município ao restante da rede do Estado?
3. Como se dá o encaminhamento para o Hospital Regional ou para outros serviços da rede estadual?
4. Qual a estrutura e equipe disponíveis para o desenvolvimento das atividades da Central de Regulação assistencial?
5. Qual tem sido o tempo médio de espera para consultas e exames para especialidades demandadas pelo paciente com DM (oftalmologia, cardiologia, endocrinologia, nefrologia, entre outras)?
6. Como se dá o monitoramento das filas de espera? Quais as estratégias de estratificação de risco?
7. Qual (is) mecanismo (s) vem sendo adotado (s) para a redução do tempo de espera?
8. A equipe da regulação tem avaliado o tipo de encaminhamento feito pela rede básica? Como têm sido trabalhadas as questões dos encaminhamentos desnecessários?
9. Há alguma ação de planejamento ou outro tipo que envolva a equipe da regulação e as equipes de saúde da família com PMM?
10. Quais as dificuldades encontradas para garantir acesso a consultas e exames especializados no município?

**APÊNDICE N - ROTEIRO UTILIZADO NO DEBATE DO SEMINÁRIO DE  
DEVOLUTIVA DOS RESULTADOS REALIZADO EM ABRIL DE 2019**

1. Por que vocês acham que algumas características apresentaram resultados negativos?
2. Como melhorar os resultados da coordenação, integralidade, orientação familiar e comunitária?
3. Como a população pode ajudar?
4. Qual o papel da secretaria de saúde nesse processo?
5. Qual o papel dos profissionais das equipes?



## APÊNDICE O -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da Pesquisa “**ATENÇÃO AOS PACIENTES COM DIABETES MELLITUS NO PROGRAMA MAIS MEDICOS: O CASO DE GOIANA, PERNAMBUCO**”. O objetivo principal do estudo é avaliar a qualidade da atenção aos pacientes com diabetes mellitus nas equipes do PMM no município de Goiana, Pernambuco. Para isso, irá caracterizar o perfil dos usuários com diabetes acompanhados pelas equipes do PMM no município; caracterizar o perfil dos profissionais integrantes das equipes do PMM no município; avaliar a incorporação e o desenvolvimento dos atributos essenciais e derivativos da atenção primária, no cuidado aos pacientes com diabetes nas equipes do PMM do município; avaliar a evolução das internações por diabetes no Brasil, Pernambuco e no município no período de 2008 a 2018; analisar, a partir da perspectiva de gestores e profissionais, a coordenação do cuidado aos pacientes com DM no âmbito das unidades inseridas no PMM e entre essas e os serviços especializados.

Desta forma, o (a) Senhor (a) está sendo esclarecido (a) que:

a) a sua participação é voluntária, ou seja, o(a) senhor (a) não receberá nenhum benefício financeiro pela participação, como também não pagará nenhum valor financeiro para participar; b) poderá sair do estudo na hora que quiser sem nenhum problema; c) este estudo pode causar constrangimento (chateação, sentir vergonha em responder alguma pergunta) e, por isso, o(a) senhor(a) só responderá às perguntas que quiser, com os esclarecimentos que se fizerem necessários e sua entrevista será individual, o que diminui possíveis constrangimentos; d) os resultados deste estudo podem vir a ser apresentados em congressos, seminários, publicações científicas ou de outra natureza, porém não farão qualquer menção ao seu nome, mantendo o anonimato necessário, garantindo assim a confidencialidade das informações; e) o benefício deste estudo está em poder fornecer informações importantes sobre o funcionamento do Programa Mais Médicos na atenção aos pacientes com diabetes, contribuindo para melhorar o cuidado a esses pacientes.

Para dúvidas ou esclarecimentos, o (a) senhor (a) poderá entrar em contato com a equipe do projeto:

**Coordenadores do Projeto:** Dra. Tereza Maciel Lyra e Dr. Antônio da Cruz Gouveia Mendes (Pesquisadores do Instituto Aggeu Magalhães – Fiocruz PE) Telefone: 2101-2500

**Pesquisadora responsável:** Maria da Penha Rodrigues dos Santos (Doutoranda do Instituto Aggeu Magalhães – Fiocruz PE) Telefone: 2123-7843

Ou com o **Comitê de Ética em Pesquisa** em Seres Humanos do Instituto Aggeu Magalhães- CpqAM, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n- Campus da UFPE, Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.740-465, através do e-mail [comiteetica@cpqam.fiocruz.br](mailto:comiteetica@cpqam.fiocruz.br) ou pelo telefone (81) 2101-2639, que estará também disponível para tirar dúvidas ou prestar esclarecimentos quanto aos meus direitos enquanto participante da pesquisa.

DECLARAÇÃO DO (A) PARTICIPANTE:

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui esclarecido (a) sobre a pesquisa “**ATENÇÃO AOS PACIENTES COM DIABETES MELLITUS NO PROGRAMA MAIS MEDICOS: O CASO DE GOIANA, PERNAMBUCO**” de forma clara e detalhada. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão de não mais participar se assim desejar, ciente da confidencialidade de minha identidade para fins de publicação dos resultados do estudo.

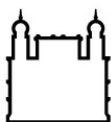
Declaro que concordo em participar deste estudo e que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Goiana, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador responsável: \_\_\_\_\_





## APÊNDICE P - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE (etapa qualitativa)

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da Pesquisa “**Atenção aos pacientes com diabetes mellitus no Programa Mais Médicos: o caso de Goiana, Pernambuco**”. O objetivo principal do estudo é analisar a qualidade da atenção básica no cuidado aos pacientes com diabetes nas equipes do Programa Mais Médicos- PMM no município de Goiana, considerando a presença e extensão dos atributos da Atenção Básica em Saúde. Para isso, irá analisar a cobertura do programa de Diabetes da Estratégia Saúde da Família antes e depois da chegada do médico do PMM; analisar a evolução de internações por complicações do diabetes, analisar os atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde, de acordo com a percepção de gestores, profissionais e usuários, relacionados ao cuidado aos pacientes com diabetes, nas equipes do PMM e analisar, na perspectiva de gestores e profissionais, a coordenação do cuidado aos pacientes com DM no âmbito das unidades inseridas no PMM e entre essas e os serviços especializados.

Desta forma, o (a) Senhor (a) está sendo esclarecido (a) que:

a) o entrevistador utilizará roteiro de entrevistas; b) A entrevista será gravada; c) a participação é voluntária, ou seja, o(a) senhor (a) não receberá nenhum benefício financeiro pela participação, como também não pagará nenhum valor financeiro para participar; d) poderá sair do estudo na hora que quiser sem nenhum problema; e) este estudo pode causar constrangimento (chateação, sentir vergonha em responder alguma pergunta, etc) e, por isso, o(a) senhor(a) só responderá às perguntas que quiser, com os esclarecimentos que se fizerem necessários e sua entrevista será individual, o que diminui possíveis constrangimentos; f) os resultados deste estudo podem vir a ser apresentados em congressos, seminários, publicações científicas ou de outra natureza, porém não farão qualquer menção ao seu nome, mantendo o anonimato necessário, garantindo assim a confidencialidade das informações; g) o benefício deste estudo está em poder fornecer informações importantes sobre o funcionamento do Programa Mais Médicos na atenção aos pacientes com diabetes, contribuindo para melhorar o cuidado a esses pacientes.

Para dúvidas ou esclarecimentos, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com a equipe do projeto:

**Coordenador do Projeto:** Dr. Antônio da Cruz Gouveia Mendes (Pesquisador do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - Fiocruz PE ) Telefone: 2101-2599

**Pesquisadora responsável:** Maria da Penha Rodrigues dos Santos (Doutoranda do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – Fiocruz PE) Telefone: 2123-7843

Ou com o **Comitê de Ética em Pesquisa** em Seres Humanos do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães-CPqAM, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n- Campus da UFPE, Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.740-465, através do e-mail [comiteetica@cpqam.fiocruz.br](mailto:comiteetica@cpqam.fiocruz.br) ou pelo telefone (81) 2101-2639, que estará também disponível para tirar dúvidas ou prestar esclarecimentos quanto aos meus direitos enquanto participante da pesquisa.

### DECLARAÇÃO DO (A) PARTICIPANTE:

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui esclarecido (a) sobre a pesquisa “**ATENÇÃO AOS PACIENTES COM DIABETES MELLITUS NO PROGRAMA MAIS MEDICOS: O CASO DE GOIANA, PERNAMBUCO**” de forma clara e detalhada. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão de não mais participar se assim desejar, ciente da confidencialidade de minha identidade para fins de publicação dos resultados do estudo.

Declaro que concordo em participar deste estudo e que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Goiana, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_  
Assinatura \_\_\_\_\_ do pesquisador \_\_\_\_\_ responsável:

**ANEXO A – PCATool BRASIL (VERSÃO PROFISSIONAIS)**

## 4 PCATool – BRASIL VERSÃO PROFISSIONAIS

### **4.1 Descrição do Instrumento**

É composto por 77 itens divididos em 8 componentes da seguinte maneira em relação aos atributos da APS

1. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (A). Constituído por 9 itens (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8 e A9).
2. Longitudinalidade (B). Constituída por 13 itens (B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, B9, B10, B11, B12 e B13).
3. Coordenação – Integração de Cuidados (C). Constituído por 6 itens (C1, C2, C3, C4, C5 e C6).
4. Coordenação – Sistema de Informações (D). Constituído por 3 itens (D1, D2 e D3).
5. Integralidade – Serviços Disponíveis (E). Constituído por 22 itens (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21 e E22).
6. Integralidade – Serviços Prestados (F). Constituído por 15 itens (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, F11, F12, F13, F14 e F15).
7. Orientação Familiar (G). Constituído por 3 itens (G1, G2 e G3).
8. Orientação Comunitária (H). Constituído por 6 itens (H1, H2, H3, H4, H5 e H6).

A versão para profissionais foi criada em espelho da versão PCATool Adulto, com acréscimo de itens do atributo Integralidade da versão para Criança.

**4.2 Instrumento PCATool versão Profissionais****INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Profissionais****A - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE***Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

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

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

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

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

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

**C - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS**

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

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

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

**D - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES**

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

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

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

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



**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**PCATool - Brasil versão Profissionais**

**E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS**

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

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

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

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

**F - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS**

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

**Pergunte: Você atende pacientes (leia as alternativas):**

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

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

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

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

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

Perguntas F1 - F3 se aplicam a todas faixas etárias

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F1 - Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2 - Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3 - Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Perguntas F4 - F13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima).					
<b>Entrevistador pergunte: "Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes?"</b>					
F4 - Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F5 - Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Continua...

## Continuação

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
F6 - Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F7 - Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F8 - Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F9 - Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F10 - Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F11 - Como prevenir quedas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F12 - Prevenção de osteoporose em mulheres.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F13 - Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
As perguntas F14 - F15 se aplicam apenas a crianças.					
<b>Entrevistador pergunte:</b> "Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?"					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
F14 - Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F15 - Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

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

**G - ORIENTAÇÃO FAMILIAR**

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

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

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**PCATool - Brasil versão Profissionais**

**H - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA**

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

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

**ANEXO B – PCATool BRASIL (VERSÃO USUÁRIOS)**

## 3 PCATool – BRASIL VERSÃO ADULTO

### **3.1 Descrição do Instrumento**

A versão validada do PCATool do Adulto contém 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS.

1. Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A). Constituído por 3 itens (A1, A2 e A3)
2. Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B). Constituído por 3 itens (B1, B2 e B3).
3. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C). Constituído por 12 itens (C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11 e C12).
4. Longitudinalidade (D). Constituída por 14 itens (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13 e D14).
5. Coordenação – Integração de Cuidados (E). Constituído por 8 itens (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E9).
6. Coordenação – Sistema de Informações (F). Constituído por 3 itens (F1, F2 e F3)
7. Integralidade – Serviços Disponíveis (G). Constituído por 22 itens (G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13, G14, G15, G16, G17, G18, G19, G20, G21, G22)
8. Integralidade – Serviços Prestados (H). Constituído por 13 itens para mulheres (H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13) e 11 itens para homens (H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11).
9. Orientação Familiar (I). Constituído por 3 itens (I1, I2, I3)
10. Orientação Comunitária (J) – constituída por 6 itens (J1, J2, J3, J4, J5, J6).

Os itens do componente “Coordenação - Sistema de Informações” não haviam atingido o ponto de corte estatístico para sua validação, mas devido sua importância conceitual, estes itens foram mantidos no PCATool Brasil versão Adulto.

### **3.2 Instrumento PCATool-Brasil Versão Adulto**

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

**1º momento:** Apresentação do entrevistador e dos objetivos do estudo / avaliação.

#### **ITENS INTRODUTÓRIOS**

Nesta seção, você deve:

- 1 - Verificar disponibilidade da pessoa que lhe atende no domicílio ou no serviço de saúde em seguir com a entrevista.
- 2 - Identificar, de acordo com seus objetivos de pesquisa / avaliação, se o adulto em questão é elegível para seu estudo/avaliação (aplicação dos critérios de inclusão e exclusão do seu estudo/avaliação).
- 3 - Aplicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, caso necessário.
- 4 - Seguir com entrevista.



## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

### PCATool - Brasil versão Adulto

#### A - GRAU DE AFILIAÇÃO

**A1 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?**

- Não  
 Sim (Por favor, dê o nome e endereço)

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

Endereço: \_\_\_\_\_

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

- Não  
 Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima  
 Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço)

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

Endereço: \_\_\_\_\_

**A3 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?**

- Não  
 Sim, mesmo que A1 & A2 acima.  
 Sim, o mesmo que A1 somente.  
 Sim, o mesmo que A2 somente.  
 Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor, dê o nome e endereço).

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

Endereço: \_\_\_\_\_

#### **Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFERMEIRO A SER AVALIADO**

AGORA, o **entrevistador** identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:

- Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item **A5**).
- Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item **A5**).
- Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item **A5**).
- Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item **A5**).
- Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na respostas A3 (Preencha o item **A5**).
- Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item **A4** e **A5**).

**A4** - Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez: \_\_\_\_\_

**Esclareça ao entrevistado que:**

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

**A5** - \_\_\_\_\_

("nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde"). (Vá para a **Seção B**)

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

**B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO**

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
B1 – Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2 – Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3 – Quando você tem que consultar um especialista, o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” tem que encaminhar você obrigatoriamente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

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

**C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE**

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

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

Continuação

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

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

**D - LONGITUDINALIDADE**

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

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

Continua...

Continuação

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

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

**E - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS**

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

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

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

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

Continua...

Continuação

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E8 - Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu "médico/enfermeiro" conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9 - O seu "médico/enfermeiro" pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>



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

**F - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES**

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F1. Quando você vai no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? (exemplificar se não entender “registro”: fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2. Quando você vai ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

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

**G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS**

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

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

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

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G1 - Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2 - Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3 - Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G4 - Vacinas (imunizações).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G5 - Avaliação da saúde bucal (Exame dentário).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G6 - Tratamento dentário.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G7 - Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G8 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G9 - Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G10 - Sutura de um corte que necessite de pontos.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G11 - Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G12 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G13 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Continuação

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

**G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS**

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

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

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

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G14 - Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G15 - Remoção de verrugas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G16 - Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G17 - Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G18 - Cuidados pré-natais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G19 - Remoção de unha encravada.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G20 - Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G21 - Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama...	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G22 - Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

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

**H - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS**

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

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

Em consultas ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir essa frase a cada 3-4 itens).

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
H1- Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2 - Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3 - Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H4 - Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5 - Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6 - Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H7 - Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H8 - Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H9 - Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H10 - Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H11 - Como prevenir quedas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H12 - <b>Só para mulheres:</b> como prevenir osteoporose ou ossos frágeis.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H13 - <b>Só para mulheres:</b> o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

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

**I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR**

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

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

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

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

**J - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA**

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
J1 – Alguém no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J2 – O seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J3 – O seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” realiza alguma destas?</b>					
J4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J6 – Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

## ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



**Título do Projeto:** "ATENÇÃO AOS PACIENTES COM DIABETES MELLITUS NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS: O CASO DE GOIANA, PERNAMBUCO"

**Pesquisador responsável:** Antônio da Cruz Gouveia Mendes

**Instituição onde será realizado o projeto:** IAM/Fiocruz

**Data de apreciação ao CEP:** 18/05/2016

**Registro no CAAE:** 51091615:1.0000.5190

**Número do Parecer na Plataforma Brasil:** 3.061.930

### PARECER

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O CEP/CPqAM reforça a necessidade de entrega de relatórios parcial e final, em cumprimento à Resolução CNS 466/12, capítulo XI, artigo 2d.

Recife, 06 de Dezembro de 2018

  
**Janaina Campos de Miranda**  
 Coordenadora do CEP/CPqAM/Fiocruz

Janaina Campos de Miranda  
 Coordenadora do CEP/CPqAM/Fiocruz  
 Nº 3146 45177  
 CEP/CPqAM/Fiocruz

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n  
 CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639  
 Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639  
 Recife - PE - Brasil  
 comitedeetica@cpqam.fiocruz.br

