

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ
CAMPUS DE CAMPO MOURÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA EDUCAÇÃO**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR
SOCIEDADE E DESENVOLVIMENTO - PPGSeD**

YASMIN FLAVIA PRADO VERGUTZ

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A PERSPECTIVA
DOS USUÁRIOS COM DIABETES *MELLITUS***

**CAMPO MOURÃO - PR
2023**

YASMIN FLAVIA PRADO VERGUTZ

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A PERSPECTIVA
DOS USUÁRIOS COM DIABETES *MELLITUS***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar Sociedade e Desenvolvimento (PPGSeD) da Universidade Estadual do Paraná (Unespar), como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Sociedade e Desenvolvimento.

Linha de Pesquisa: Formação humana, processos socioculturais e instituições.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alexandre Molena Fernandes.

**CAMPO MOURÃO - PR
2023**

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da UNESPAR e Núcleo de Tecnologia de Informação da UNESPAR, com Créditos para o ICMC/USP e dados fornecidos pelo(a) autor(a).

VERGUTZ, YASMIN FLAVIA PRADO
AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A
PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS COM DIABETES MELLITUS /
YASMIN FLAVIA PRADO VERGUTZ. -- Campo Mourão-
PR, 2023.
114 f.

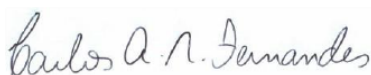
Orientador: Carlos Alexandre Molena Fernandes.
Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação
Mestrado Acadêmico Interdisciplinar: "Sociedade e
Desenvolvimento") -- Universidade Estadual do
Paraná, 2023.

1. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. 2. Atenção
Primária à Saúde. 3. Satisfação do Usuário. I -
Fernandes, Carlos Alexandre Molena (orient). II -
Titulo.

YASMIN FLAVIA PRADO VERGUTZ

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A PERSPECTIVA
DOS USUÁRIOS COM DIABETES *MELLITUS***

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Carlos Alexandre Molena Fernandes (Orientador) - Unespar, Campo Mourão



Prof. Dr. Fred Maciel - Unespar, Campo Mourão



Profª Dra. Karine Oltramari – Prefeitura Municipal de Curitiba, Curitiba

Data de Aprovação

22/11/2023

Campo Mourão - PR

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, pelo dom da vida e pela proteção, bem como a todos e todas que exerceram influência sob este trabalho. Em especial: à minha filha, Elisa; ao meu esposo, Vagner; e aos meus pais, Flávio e Sirley. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pela saúde, pelas oportunidades de estudo e pela sustentação até o presente momento, pois, com determinação e muita fé consegui finalizar mais esta etapa!

Ao meu esposo, Vagner Vergutz, agradeço pelo apoio e incentivo profissional e pela presença em todos os momentos, sempre me encorajando, sendo paciente e expressando o seu amor. Agradeço à minha linda filha, Elisa, por compreender a minha ausência nas brincadeiras, conversas e passeios, para que, assim, eu pudesse me dedicar a este estudo e a obter o título de mestra.

Meus agradecimentos à minha mãe, Sirley, a mais linda e melhor mãe do mundo, que me deu forças, me amparou nos momentos mais difíceis, sempre acreditando em mim e me encorajando para que eu conseguisse vencer os obstáculos da vida, sempre orando pela minha vida. Também, ao meu pai, Flávio, que, mesmo estando distante, sei que torce por mim e tem orgulho de minhas vitórias e conquistas. Gratidão, meu pai!

Aos meus irmãos: Roger, Flávia, Flavio e Yan, agradeço por sempre acreditarem em meu trabalho e me apoiarem. Vocês são especiais e moram em meu coração. Agradeço à minha avó e madrinha de batismo, Maria Aparecida (Vó Cida), por sempre me lembrar de meus princípios cristãos e, em ato de amor, constantemente orar por minha vida. Também agradeço à minha sogra, Vera Vergutz, pelo apoio e acolhimento, como à uma filha, tendo me ajudado em muitos momentos.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Carlos Alexandre Molena Fernandes, a quem muito admiro profissionalmente, bem como pelo caráter íntegro e também pela confiança em meu trabalho. Sou muito grata e honrada por tê-lo como meu orientador, por entender minhas dificuldades durante esse processo, transmitindo seus conhecimentos e experiências, por meio do exemplo e de valiosas orientações.

A todos e todas os/as professores/as do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar Sociedade e Desenvolvimento da Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR), agradeço pela oportunidade de receber um título, numa Universidade pública e com ensino de qualidade. Em especial, aos/às professores/as que integram minha banca, também contribuindo com seus ensinamentos. Levarei a todos e todas como exemplos em minha vida acadêmica e profissional.

Ainda agradeço à Andréia, Maria, Edileusa, Yahane e ao Diogo, que aceitaram o desafio e participaram da coleta de dados deste estudo (tarefa que exigiu grande esforço). Por fim,

agradeço a todos e todas os/as participantes da pesquisa pelo aceite de participar. Estas pessoas também foram essenciais nesta etapa e, com certeza, também fazem parte desta conquista.

“Apesar dos nossos defeitos, precisamos enxergar que somos pérolas únicas no teatro da vida e entender que não existem pessoas de sucesso e pessoas fracassadas. O que existem são pessoas que lutam pelos seus sonhos ou desistem deles” (Augusto Cury).

VERGUTZ, Yasmin Flavia Prado. **Avaliação da atenção primária à saúde: a perspectiva dos usuários com diabetes *mellitus***. 114f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar Sociedade e Desenvolvimento, Universidade Estadual do Paraná, *Campus* de Campo Mourão, Campo Mourão, 2023.

RESUMO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis podem representar uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano, com destaque para o Diabetes *Mellitus* (DM) – doença responsável por elevados índices de mortes anualmente. Tais condições apresentam como principais fatores de risco aqueles considerados modificáveis. Nesse contexto, é necessário que os profissionais de saúde desenvolvam ações intersetoriais e interdisciplinares, com o intuito de reverter o impacto desta patologia. Diante disso, o objetivo deste estudo é avaliar o desempenho da qualidade da Atenção Primária à Saúde, na perspectiva de adultos diabéticos. Trata-se de um estudo avaliativo-descritivo, com delineamento transversal e abordagem quantitativa. A pesquisa é realizada com uma amostra representativa de adultos de diversas faixas etárias, selecionados aleatoriamente em instituições de saúde pertencentes ao município de Janiópolis (PR). São aplicados dois instrumentos: 1) Instrumento semiestruturado denominado como “Ficha Clínica” – para coleta de dados sociodemográficos, comportamentos de risco, estilo de vida, diagnóstico de DCNT e medicamentos de uso contínuo; 2) Instrumento *PrimaryCareAssessment Tool* (PCATool) – para avaliação da APS, por meio dos atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e os atributos derivados (atenção à saúde centrada na família e a orientação comunitária). Com o propósito de caracterizar os participantes da pesquisa, é realizada uma análise descritiva dos resultados. O escore do PCATool é obtido pelo cálculo da média aritmética simples, e o desvio padrão foi relacionado às respostas das pessoas entrevistadas, obtendo valor de ponto de corte ≥ 3 (6,6 atribuindo o valor transformado em escala de 0 a 10), considerado como satisfatório ou orientado, ou seja, aceitável para os serviços da APS. Os escores inferiores a 6,6 consistem em uma avaliação com desempenho insatisfatório. A avaliação dos serviços da APS evidencia resultados satisfatórios nos tributos avaliados, sendo que o maior escore dos domínios avaliados é o “Acesso de Primeiro Contato” (utilização), seguido da “Integralidade” (serviços disponíveis), com as médias 9,11 e 8,59. Os domínios “Integralidade” (serviços prestados) e “Orientação Familiar” têm os menores escores: de 7,18 e 6,89. Verifica-se que a maioria dos usuários entrevistados são do sexo feminino (82,67%), a faixa etária com maior concentração é de 53 e 80 anos de idade, com predominância de praticantes do catolicismo (82,67%); ensino fundamental completo (62,67%); casados/as (61,33%); de raça parda (52%); não exercem atividades remuneradas externas ao serviço doméstico (81,33%); não praticam atividade física (85,33%); não-fumantes (78,67%) e que não fazem o uso de bebidas alcoólicas (94,67%); possuem histórico clínico familiar (76%); fazem o uso contínuo de medicamentos (97,33%); e o tempo de diagnóstico de 5 a 8 anos (30,67%). Conclui-se que o desempenho da Atenção Primária à Saúde é avaliado positivamente pelos usuários diabéticos atendidos na Unidade Básica de Saúde de Janiópolis (PR).

Palavras-chave: Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Atenção Primária à Saúde, Satisfação do Usuário.

VERGUTZ, Yasmin Flavia Prado. **Assessment of primary health care: the perspective of users with diabetes mellitus.** 114f. Dissertation (Master) - Society and Development Interdisciplinary Postgraduate Program, State University of Paraná, Campo Mourão *Campus*, Campo Mourão, 2023.

ABSTRACT

Chronic Noncommunicable Diseases can represent a threat to health and human development, with emphasis on Diabetes Mellitus (DM) – a disease responsible for high rates of deaths annually. Such conditions present as their main risk factors those considered modifiable. In this context, it's necessary for health professionals to develop intersectoral and interdisciplinary actions, with the aim of reversing the impact of this pathology. Therefore, the objective of this study is to evaluate the quality performance of Primary Health Care, from the perspective of diabetic adults. This is an evaluative-descriptive study, with a cross-sectional design and quantitative approach. The research is carry out with a representative sample of adults of different age groups, randomly selected from health institutions belonging to the city of Janiópolis (PR). Two instruments are applied: 1) Semi-structured instrument called “Clinical File” – for collecting sociodemographic data, risk behaviors, lifestyle, diagnosis of NCDs and medications for continuous use; 2) Primary Care Assessment Tool (PCATool) – for evaluating PHC, through essential attributes (first contact access, longitudinality, comprehensiveness and coordination) and derived attributes (family-centered health care and community guidance). With the purpose of characterizing the research participants, a descriptive analysis of the results is carry out. The PCaTool score is obtained by calculating the simple arithmetic mean, and the standard deviation is related to the responses of the people interviewed, obtaining a cutoff value ≥ 3 (6.6, assigning the value transformed into a scale of 0 to 10), considered as satisfactory or oriented, that is, acceptable for APS services. Scores below 6.6 indicate an assessment with unsatisfactory performance. The evaluation of APS services shows satisfactory results in the assessed taxes, with the highest score in the evaluated domains being “First Contact Access” (use), followed by “Completeness” (services available), with averages of 9.11 and 8.59. The “Integrity” (services provided) and “Family Guidance” domains have the lowest scores: 7.18 and 6.89. It appears that the majority of users interviewed are female (82.67%), the age group with the highest concentration is 53 and 80 years old, with a predominance of Catholics (82.67%); completed primary education (62.67%); married (61.33%); mixed race (52%); don't carry out paid activities outside domestic service (81.33%); don't practice physical activity (85.33%); non-smokers (78.67%) and who don't drink alcoholic beverages (94.67%); have a family medical history (76%); continually use medication (97.33%); and the diagnosis time of 5 to 8 years (30.67%). It's concluded that the performance of Primary Health Care is positively evaluated by diabetic users treated at the Basic Health Unit in Janiópolis (PR).

Keywords: Chronic Noncommunicable Diseases, Primary Health Care, User Satisfaction.

VERGUTZ, Yasmin Flavia Prado. **Evaluación de la atención primaria de salud: la perspectiva de los usuarios con diabetes melito.** 114f. Tesis (Maestría) - Programa de Posgrado Interdisciplinario Sociedad y Desarrollo, Universidad Estadual de Paraná, Campus de Campo Mourão, Campo Mourão, 2023.

RESUMEN

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles pueden representar una amenaza para la salud y el desarrollo humano, con énfasis en la Diabetes Mellitus (DM), enfermedad responsable de altas tasas de mortalidad anualmente. Tales condiciones presentan como principales factores de riesgo aquellos que se consideran modificables. En este contexto, es necesario que los profesionales de la salud desarrollen acciones intersectoriales e interdisciplinarias, con el objetivo de revertir el impacto de esta patología. Por tanto, el objetivo de este estudio es evaluar el desempeño de la calidad de la Atención Primaria de Salud, desde la perspectiva de adultos diabéticos. Se trata de un estudio evaluativo-descriptivo, con diseño transversal y enfoque cuantitativo. La investigación se realizó con una muestra representativa de adultos de diferentes grupos de edad, seleccionados aleatoriamente de instituciones de salud pertenecientes a la ciudad de Janiópolis (PR). Se aplican dos instrumentos: 1) Instrumento semiestructurado denominado “Historia Clínica” – para la recolección de datos sociodemográficos, conductas de riesgo, estilos de vida, diagnóstico de ENT y medicamentos de uso continuo; 2) PrimaryCareAssessment Tool (PCATool) – para evaluar la APS, a través de atributos esenciales (acceso de primer contacto, longitudinalidad, integralidad y coordinación) y atributos derivados (atención de salud centrada en la familia y orientación comunitaria). Para caracterizar a los participantes de la investigación se realiza un análisis descriptivo de los resultados. La puntuación de PCATool se obtiene calculando la media aritmética simple, y se relaciona la desviación estándar con las respuestas de las personas entrevistadas, obteniendo un valor de corte ≥ 3 (6,6, asignando el valor transformado en una escala de 0 a 10). , considerado satisfactorio u orientado, es decir, aceptable para los servicios de APS. Las puntuaciones inferiores a 6,6 indican un desempeño en la evaluación insatisfactorio. La evaluación de los servicios de APS presenta resultados satisfactorios en los impuestos calculados, con mayor puntaje en los dominios evaluados “Acceso de primer contacto” (uso), seguido de “Integridad” (servicios disponibles), con promedios de 9,11 y 8,59. Los dominios “Integridad” (servicios prestados) y “Orientación familiar” tienen los puntajes más bajos: 7,18 y 6,89. Resulta que la mayoría de los usuarios entrevistados son del sexo femenino (82,67%), el grupo etario de mayor concentración es el de 53 y 80 años, con predominio de los católicos (82,67%); educación primaria completa (62,67%); casados (61,33%); marrón (52%); no realizan actividades remuneradas fuera del servicio doméstico (81,33%); no practica actividad física (85,33%); no fumadores (78,67%) y no consumen bebidas alcohólicas (94,67%); tener antecedentes médicos familiares (76%); hacer uso continuo de medicación (97,33%); y el tiempo de diagnóstico de 5 a 8 años (30,67%). Se concluye que el desempeño de la Atención Primaria de Salud es evaluado positivamente por los usuarios diabéticos atendidos en la Unidad Básica de Salud de Janiópolis (PR).

Palabras clave: Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Atención Primaria de Salud, Satisfacción del Usuario.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Atributos medidos pelo conjunto de Instrumentos do <i>PCATool-Adulto-Brasil</i>	42
Figura 2 - Mapa da Atenção Primária à Saúde e Política Nacional de Atenção Básica.....	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de frequência das características sociodemográficas e de hábitos de moradores diabéticos (n = 75) residentes em Janiópolis (PR), 2023.....	62
Tabela 2 - Medicamentos antidiabéticos mais utilizados pelos pacientes da pesquisa.....	68
Tabela 3 - Escores médios dos atributos e dos escores essenciais e gerais do PCATool-Brasil, de Atenção Primária à Saúde, frequência de alto escore na avaliação dos usuários diabéticos da UBS. Janiópolis-PR, 2023.....	71

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAISAN	Conferências Nacionais e a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DM1	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 1
DM2	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2
DMG	Diabetes <i>Mellitus</i> Gestacional
ESF	Estratégia Saúde da Família
EVS	Expectativa de Vida Saudável
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MDS	Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCATOOL	<i>Primary Care Assesment Tool</i>
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PDRQ	Patient Doctor Relationship Questionnaire
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PSF	Programa Saúde da Família
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SAES	Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SNT0	Sistema Nacional de Transplante de Órgãos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOTG	Teste Oral de Tolerância à Glicose
TRI	Teoria de Resposta ao Item
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)	23
2.1 Atributos da APS	31
2.1.1 Acessibilidade	32
2.1.2 Longitudinalidade	32
2.1.3 Integralidade	35
2.1.4 Coordenação	36
2.1.5 Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar)	38
2.1.6 Orientação comunitária	38
2.1.7 Competência cultural	39
2.2 Avaliação dos serviços na APS	39
3 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNTs): desafios para as políticas públicas	45
3.1 Epidemiologia de DCNTs	48
3.1.1 Diabetes: aspectos epidemiológicos, diagnóstico e tratamento.....	49
3.2 Políticas públicas para as DCNTs no Brasil	52
3.2.1 Políticas públicas de atenção ao paciente diabético.....	55
3.3 O enfrentamento da Diabetes na APS	56
4 O ATENDIMENTO AO PACIENTE DIABÉTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: perfil e satisfação do usuário	58
4.1 Perfil epidemiológico dos pacientes diabéticos atendidos na APS de Janiópolis (PR) – 2023	61
4.2 Qualidade da APS ofertada a pacientes diabéticos: a perspectiva do usuário	70
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	78

APÊNDICES 88

ANEXOS 92

1 INTRODUÇÃO

Os “estilos de vida” podem ser definidos como: o conjunto de comportamentos, que dizem respeito à maneira como o indivíduo vive no seio de um grupo. As aprendizagens, o processo de socialização e as condições de vida também estão presentes, de forma indireta, nesse grupo, influenciando a adoção – ou não – de estilos de vida saudáveis. Assim, os estilos de vida não só são o conjunto de decisões conscientes que o indivíduo toma, mas também o conjunto de comportamentos e hábitos relacionados às características pessoais, às condições econômicas, sociais e ambientais – os quais são adotados pelos indivíduos e interagem intimamente, influenciando positivamente ou negativamente a saúde destes (CARVALHAIS et al, 2020).

Desse modo, a maior parte da carga de doenças, assim como as iniquidades em saúde, acontece por conta de condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. Esse conjunto se denomina “Determinantes Sociais de Saúde”. Alguns desses fatores geram estratificação social, evidenciando que, em contexto de saúde, apresentam-se como uma barreira a ser rompida frente a relação entre ao acesso à informação e ao desenvolvimento do autocuidado (BECKER e HEIDEMANN, 2020).

Há tempos, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) têm representado as principais causas de mortalidade no mundo; com significativas mortes prematuras, as quais atingem pessoas com idade inferior a 60 anos. No Brasil, além dos índices de óbitos, tais condições têm sido responsáveis por elevadas taxas de morbidade, perda de qualidade de vida, limitações nas atividades cotidianas e por impactos econômicos e sociais (ANVERSA et al, 2020).

Em 2012, as DCNTs desencadeam 38 milhões de mortes no mundo, cuja projeção é de 52 milhões para o ano de 2030, o que significa o aumento considerável de adultos diagnosticados com DCNTs (BECKER e HEIDEMANN, 2020). As DCNTs englobam doenças cardiovasculares, cânceres, Diabetes *Mellitus* (DM) e doenças respiratórias crônicas. Os fatores de riscos que prevalecem são aqueles consideráveis modificáveis, e que estão relacionados com os hábitos de vida, sendo eles: o tabaco, a alimentação não-saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool (SCHENKER e COSTA, 2019).

Diabetes *Mellitus* (DM) é uma síndrome de etiologia múltipla, que ocorre pela falta da insulina ou pela incapacidade de exercer adequadamente seu papel, gerando uma hiperglicemia crônica no organismo humano. As causas de DM ainda não são completamente conhecidas, e dependem do tipo. Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) é uma doença autoimune, em que anticorpos

atacam o pâncreas, interrompendo a produção de insulina, enquanto Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2) é causada por um componente genético hereditário associado ao ganho de peso, principalmente abdominal (ou visceral). Há outros tipos, como diabetes gestacional, autoimune latente do adulto, pancreático, monogenético (SBEM, 2020).

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) aponta a DM como uma das principais doenças crônicas que afetam o ser humano, sendo, assim, um problema mundial de saúde pública, pois se manifesta em populações de todos os estágios de desenvolvimento econômico e social. Por conta disso, o aparecimento de novos casos vem tomando proporções cada vez maiores. Atualmente, estima-se que o número de pessoas com DM na população mundial seja de aproximadamente 397 milhões, com expectativa de 471 milhões em 2035 (MARQUES et al, 2019).

Os métodos de intervenção e o cuidado no atendimento, por meio da promoção em saúde, têm potencial para reverter o impacto das DCNTs (ALMEIDA, 2021). Nesse sentido, a reversão deste quadro se apresenta como um desafio para o Sistema Público de Saúde. Para isso, faz-se necessária a garantia de acompanhamento sistemático de indivíduos que apresentam tais agravos. Algumas medidas possíveis seriam o desenvolvimento de ações, como a promoção da saúde e a prevenção dessas doenças, o que potencialmente tornaria as intervenções educativas essenciais em contexto de atendimento (SANTANA et al, 2020).

Além das possibilidades supracitadas, a interdisciplinaridade surge como fundamental ferramenta na contenção dessas doenças, pois a DM se caracteriza por apresentar etiologia multifatorial e de complexo monitoramento. Com isso, o tratamento desses pacientes pode ser mais efetivo por intermédio de profissionais de saúde de áreas diversificadas (RAMALHO et al, 2022). Nesse caminho, a formação de uma desta equipe pode proporcionar uma ação diferenciada e obter êxito sobre o avanço de doenças e os fatores de riscos relacionados, pois a compreensão do trabalho interdisciplinar embasado nas exigências de competências coletivas para a resolução de demandas, pode potencializar a integralidade do cuidado (COSTA, 2019).

A partir da ação desta equipe multiprofissional de saúde, pode-se promover o desenvolvimento de habilidades de autocuidado, com o objetivo de corresponsabilizar as pessoas com DM ao tratamento, por meio da alteração e da manutenção de hábitos saudáveis, e do fortalecimento da autoconfiança (MARQUES et al, 2019). Dessa forma, a interdisciplinaridade na pesquisa científica abre um leque para diversas as áreas do conhecimento, entre as quais: Enfermagem, Medicina, Nutrição, Psicologia, Farmácia e Fisioterapia. Em meio à todas essas áreas, há profissionais atuando em conjunto na Unidade

Básica de Saúde do município ao qual este estudo investiga, e fazem parte da equipe Estratégia Saúde da Família (ESF) – que compõe a Atenção Primária à Saúde (APS).

Além do trabalho conjunto desses profissionais, é fundamental que as pessoas assumam o protagonismo, a partir dos processos de cuidado e estejam satisfeitos com a atenção que recebem, para que haja a contenção de DCNTs, uma vez que, as discussões sobre a qualidade de vida são indispensáveis e têm sido crescentes (SCHENKER, 2019).

Segundo Anversa et al. (2020), o conceito de qualidade em serviços de saúde é avaliado de acordo com o grau de satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde, por meio da segurança, da compatibilidade e habilidade da equipe de saúde em contribuir para melhoria de serviços prestados, bem como do tratamento de modo geral. Dentro dessa perspectiva, a satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde associada às suas necessidades e expectativas interferem na aceitação e no engajamento do sujeito em seu próprio tratamento (ARRUDA; BOSI, 2017).

Sendo assim, a avaliação da Atenção Primária à Saúde com pacientes diabéticos pode trazer benefícios, promovendo melhorias na qualidade da assistência integral à saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde no município de Janiópolis (PR). Vários são os motivos que justificam a realização deste trabalho, dentre eles: o aumento da prevalência de diabetes no mundo e no Brasil; o elevado impacto social e econômico da *Diabetes Mellitus* (DM) para a sociedade, para o indivíduo e para família; a importância de considerar a integralidade no cuidado à saúde do paciente DM; a necessidade de melhorar a qualidade dos serviços ofertados aos pacientes diabéticos para prevenção de complicações desencadeadas pela doença; a avaliação dos serviços de saúde, na APS, é uma ferramenta importante para melhorar a gestão e, até o momento, nenhum estudo avaliativo tem sido realizado na APS do município estudado.

Nesse contexto de avaliação, levanta-se o seguinte questionamento que norteia nossa análise teórica e metodológica: qual é a qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde ofertados aos pacientes diabéticos no município de Janiópolis (PR)?

Com base no exposto, a pesquisa tem como objetivo geral avaliar o grau de satisfação de usuários de serviços de saúde pública, por meio da perspectiva de pacientes diabéticos atendidos no referido município. Já os objetivos específicos visam a avaliação do grau de satisfação do cuidado dos pacientes com DM, e a descrição do perfil epidemiológico de pacientes diabéticos atendidos.

Em relação aos processos metodológicos, elabora-se um estudo avaliativo, transversal, descritivo, com abordagem quantitativa promovido na Unidade Básica de Saúde (UBS), que se

localiza na zona urbana da cidade, em que o modelo de atenção é a ESF. Considera-se 62 mulheres e 13 homens a população diagnosticada como diabética, de acordo com dados do Departamento de Informações da Atenção Básica (E-SUS AB).

O estudo tem a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos, atendendo todas as normas da Resolução n° 466, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Para o acesso aos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus* nas instituições de saúde da APS, há a autorização formal da Secretaria de Saúde, por meio da assinatura do termo de aceite. Também há assinaturas do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE) por parte dos/as participantes.

O município de Janiópolis conta com uma área territorial de 335,650 km², e uma população de 6.532 habitantes – de acordo com censo do IBGE (2012). A unidade de saúde em questão presta serviços à comunidade em geral, com horário de atendimento de 7h30min às 17h, e intervalo para almoço entre 11h30min e 13h, de segunda à sexta – exceto feriados.

Para a coleta de dados são utilizados dois instrumentos, sendo o primeiro: uma ficha clínica dividida em três partes – a primeira para a caracterização de dados sociodemográficos; a segunda relacionada aos comportamentos de risco e estilo de vida; a terceira destaca o diagnóstico de DM e os medicamentos de uso contínuo. O segundo trata do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – o *Primary Care Assessment Tool (PCATool)* –, que avalia o grau de orientação à Atenção Primária de Saúde (APS), por meio de atributos denominados “essenciais” e “derivados”.

Os atributos essenciais são caracterizados por se tratar de serviços de atenção básica direcionados à população em geral. Deste modo, por meio da presença desses atributos, o serviço pode ser considerado como provedor de atenção primária. Esses atributos são classificados em quatro eixos: Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação da Atenção. Já os derivados são: Orientação Familiar e Orientação Comunitária. Os atributos derivados classificam as ações em atenção primária à saúde, expandindo seu poder de interação junto aos indivíduos e à comunidade em geral.

O *PCATool* é composto por 88 alternativas, e as respostas se distribuem entre as seguintes alternativas: “com certeza sim” (valor = 4), “provavelmente sim” (valor = 3), “provavelmente não” (valor = 2), “com certeza não” (valor = 1) e “não sei/não lembro” (valor = 0). A média de escore avaliada para cada componente é realizada, calculando pela soma do valor das alternativas divididas pelo número de alternativas. O escore do *PCATool* obtém-se pelo cálculo da média aritmética simples, e o desvio padrão é relacionado às respostas dos entrevistados, obtendo valor de ponto de corte ≥ 3 (6,6 para o valor formado em escala de 0 a

10), considerando como satisfatório os escores com média 6,6 – ou superior – e os escores inferiores a 6,6 serão avaliados como desempenho insatisfatório.

Para análise estatística, com o auxílio do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde, são realizados os passos para as transformações e cálculos corretos dos escores para cada atributo e também dos escores essencial e geral. Quando aplicado o questionário, foi obtida a avaliação dos usuários em escala de 1 a 4, logo os escores calculados são obtidos em mesma escala. Para facilidade e melhor interpretação dos resultados, foi realizada a transformação de escala, em cada escore calculado por atributo, com isso os escores calculados estarão em escala de 0 a 10. A transformação é realizada a partir da seguinte fórmula:

$$\text{Escore transformado} = \frac{(\text{Escore} - 1)}{(4 - 1)} \times 10$$

Pela literatura, com essa transformação, qualquer escore de valor $\geq 6,6$ é considerado alto escore. Juntamente com os escores, calculamos os intervalos de confiança, considerando 95% de cobertura (confiança), para assim podermos verificar a margem de incerteza do escore calculado. Para a transformação de escala, cálculo dos escores e intervalos de confiança, foram utilizados os *softwares* Microsoft Excel® 2016 e RStudio 2023.

Assim, de forma a desenvolver todos os objetivos propostos, organizamos a pesquisa “Avaliação da atenção primária à saúde: a perspectiva dos usuários com diabetes *melittus*” em cinco seções. Na segunda seção intitulada “A atenção primária à saúde (APS)”, tem-se como objetivo realizar uma contextualização sobre o surgimento do termo Atenção Primária à Saúde (APS), onde é abordada a Conferência de Alma Ata, em 1978. Em seguida, discorre-se sobre a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), as principais Conferências Nacionais de Saúde e seus princípios. Também é realizada uma abordagem teórica sobre o Programa Saúde da Família (PSF), que compõe o SUS e, em seguida, é denominada Estratégia Saúde da Família (ESF) – aonde será explanada a importância do programa para a prevenção e proteção da saúde, principalmente na contenção do desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs).

A seção está dividida em duas subseções, sendo elas: atributos da APS e avaliação dos serviços na APS. A primeira subseção, possui uma ramificação de sete subseções seguintes: Acessibilidade; Longitudinalidade; Integralidade; Coordenação; Atenção à Saúde Centrada na Família (orientação familiar); Orientação Comunitária e Competência Cultural.

Já a segunda subseção intitulada “Avaliação dos serviços da APS”, tem como principal objetivo realizar uma abordagem sobre a importância de avaliar os serviços de saúde, por meio do desempenho da APS, e o seu impacto na saúde da população. Também se comenta sobre o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: *Primary Care Assessment Tool* (PCAtool) – pela importância para a avaliação de qualidade de diversos serviços ofertados pela APS, mediante a percepção de diferentes populações (crianças, adultos, e profissionais de saúde de diferentes áreas), e também sobre a sua relevância nacional e internacional.

Na terceira seção intitulada “Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs): desafios para as políticas públicas”, traz-se as principais políticas públicas implantadas no SUS, que tem como foco a promoção e proteção da saúde da população. Além destes, são apresentados os desafios para a execução e a implantação de políticas públicas. Ainda são expostas as atuais políticas públicas vigentes nesse sentido. Esta seção está organizada em três subseções seguintes: Epidemiologia das DCNT; Políticas Públicas para as DCNTs no Brasil e o Enfrentamento de Diabetes na APS. A primeira subseção traz um levantamento de dados epidemiológicos das DCNTs, por meio da pesquisa no DATASUS pertencente ao Ministério da Saúde. Além desse levantamento, a subseção é composta por outra ramificação de subseção, que tem como título: “Diabetes: aspectos epidemiológicos, prevenção e tratamento”. A subseção é voltada à Diabetes *Melittus* (DM), portanto são trazidos os aspectos metodológicos, os principais meios para se prevenir a doença, e o desenvolvimento do tratamento de forma geral.

A segunda subseção “Políticas Públicas para as DCNTs no Brasil”, tem como objetivo apresentar quais são as principais políticas públicas executadas no Brasil, e o plano de ações e estratégicas para o enfrentamento as DCNTs. Nessa subseção também há uma ramificação de outra subseção 3.2.1, que é intitulada como “Políticas Públicas de Atenção ao Paciente Diabético” – uma reflexão mais voltada ao paciente diabético, a partir da análise de políticas públicas voltadas a esse público.

A terceira subseção, “O enfrentamento do diabetes na APS”, tem como objetivo apresentar a equipe que compõe o programa Estratégia Saúde da Família (ESF), e que atua na APS. Também é introduzido o processo de realização de manejo com os pacientes DM, a importância da APS para conter o desenvolvimento de agravos e complicações, e os principais desafios e dificuldades que as APS enfrentam frente a esse problema.

A quarta seção intitulada “O atendimento ao paciente diabético na Atenção Primária à Saúde: perfil e satisfação do usuário”, tem como objetivo específico apresentar os dados da pesquisa referente ao perfil e à satisfação do usuário diabético, frente ao atendimento na APS,

no Município de Janiópolis (PR) – apresentando, assim, um esboço de respostas aos objetivos específicos. A seção está dividida em duas subseções, sendo elas: “Perfil epidemiológico dos pacientes diabéticos atendidos na APS de Janiópolis (PR)” e “Qualidade da APS ofertada aos pacientes diabéticos: a perspectiva do usuário”. A primeira subseção tem como escopo a apresentação de informações extraídas do questionário, que é aplicado referente ao perfil epidemiológico do grupo estudado. Portanto, são apresentadas respostas referentes aos hábitos de vida, doenças prévias, histórico familiar, entre outros.

A segunda subseção, que possui como título “Qualidade da APS ofertada aos pacientes diabéticos: perspectiva do usuário”, é apresentada as informações coletadas por meio do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: *Primary Care Assessment Tool* (PCATool). Desse modo, essa subseção tem como objetivo apresentar a perspectiva do usuário diabético em relação ao atendimento da equipe que compõe a APS.

A quinta e última seção trata de considerações finais, nas quais a presente dissertação identifica o grau de satisfação dos usuários diabéticos, em relação à APS, no município investigado, a partir de levantamentos de dados colhidos. Com isso pretende-se prestar devolutiva ao Sistema Único de Saúde (SUS) do Município, com a apresentação dos resultados, com a intenção de contribuir para o desenvolvimento da gestão, e conseqüentemente da sociedade.

2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

O termo Atenção Primária à Saúde (APS) surge no ano de 1920, após a Primeira Guerra Mundial, por meio do Relatório Dawson elaborado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido, com uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde. Em seguida, as concepções desse documento influenciam a criação do Sistema Nacional de Saúde britânico, em 1948, que, por sua vez, passa a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países no mundo (HARZHEIM et al, 2020).

Atualmente, no Brasil, a APS é considerada a principal e mais adequada forma de acesso de pessoas ao Sistema Único de Saúde, estando diretamente associada a uma distribuição mais equitativa da saúde entre os recebidos, caracterizada pelo atendimento ambulatorial não especializado, que tem como característica diferentes atividades clínicas de baixa densidade tecnológica (TASCA et al, 2020).

No entanto, por trás desse relativo consenso existem distintas concepções sobre a principal finalidade. Em alguns países, a APS tem como objetivo atender as necessidades da população de baixa renda – que não tem a garantia de possibilidade de acesso a outros recursos do sistema. No entanto, em países europeus e em Canadá, especificamente, é vista como o primeiro nível de um sistema de saúde com oferta de serviços clínicos de qualidade e responsável pela coordenação do cuidado e organização dos sistemas (COSTA et al, 2022).

O marco histórico da APS se dá em setembro de 1978, pela Declaração de Alma-Ata, na capital do Cazaquistão, onde a Organização Mundial de Saúde (OMS) e outros órgãos internacionais realizaram a “Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde”, no qual estabelece APS como um princípio para os sistemas de saúde globais, e define o conceito “Atenção Primária em Saúde” como:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas, socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante dos sistemas de saúde do país, no qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais próximo possível a lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um

continuado processo de assistência à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978, p. 37).

De acordo com a Declaração de Alma-Ata, as ações de diferentes atores internacionais, no sentido de diminuir as diferenças no desenvolvimento econômico e social dos países, devem ser estimuladas para que se atinja a meta de saúde, para todos, no ano de 2000, reduzindo as lacunas existentes entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e desenvolvidos. Nesse sentido, chega-se ao consenso de que a promoção e a proteção de saúde da população são essenciais para o processo de desenvolvimento econômico e social. Consequentemente, condiciona a melhoria da qualidade de vida de toda população e promove a paz mundial (COSTA, 2019).

Além destes, a conferência especifica outros componentes fundamentais da APS, como: Saneamento Ambiental – em especial de água e alimentos; Educação em Saúde; Programa de Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar; Programa de Imunização; Prevenção de Doenças Endêmicas; Distribuição de Medicamentos Essenciais; Nutrição Adequada; e Medicina Tradicional (MOROSINI et al, 2020).

Em 1980, acontece no Brasil a VII Conferência Nacional de Saúde, e tem como tema central “Expansão das ações de saúde por meio de serviços básicos”. Durante o debate, lança-se uma proposta de reestruturação do serviço de saúde de redes públicas, com o objetivo de promover a universalização e a racionalização, e a intenção de converter a rede básica de serviços de saúde numa espécie de “porta de entrada” para o paciente ao sistema de saúde, consequentemente, revertendo a característica hospitalar-curativa do atendimento (BUSS et al, 2022).

Em contrapartida, na VIII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986 – em plena transição democrática – é aprovada a proposta que muda radicalmente a forma como é tratada a questão de saúde no Brasil. Em seguida, no ano de 1988, com a Constituição Federal, cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS), com posterior regulamentação por meio das leis nº 8080 e nº 8142, de 1990, no qual o relatório final redefine o direito à saúde como:

A garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BACKES et al, 2008, p. 112).

O novo modelo é composto por três diretrizes básicas: a Descentralização, o Atendimento Integral e a Participação da Comunidade. Essa redefinição compreende que a saúde não deve ser vista de forma isolada, mas associada às políticas públicas de saneamento, moradia, alimentação, transporte, emprego e lazer (MOROSINI et al, 2020).

Durante o período de 1988, a APS torna-se prioridade para o Ministério da Saúde, as concepções e as práticas da APS se dão de forma mundialmente diversificada, e passam a designar um pacote de intervenções de baixo custo para a contenção de determinados agravos, por intermédio de profissionais de várias áreas e sem a necessidade de referência de nível de atenção de maior densidade tecnológica. Nesse contexto, o SUS se fortalece e obtém avanços expressivos, entre os quais está a reestruturação da APS – revitaliza as ações junto à equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), e promove a melhoria de assistência e de estrutura da gestão (TASCA et al, 2020).

No ano de 1991, ocorre a reorganização da APS, por meio do Governo Federal, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que visa a promoção de uma aproximação entre as práticas educativas exercidas no cotidiano de cada indivíduo. Esse processo educacional que ressignifica a qualificação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pode possibilitar reorientação de suas práticas à medida em que passam a articular conhecimentos, habilidades, atitudes, tecnologia na perspectiva técnica, política e ética, com consequente contextualização de condições de vida do usuário e da comunidade. Assim, propõe mudanças na organização de serviços de saúde, e maior valorização da saúde individual e coletiva (LEITE et al, 2022).

Posteriormente, em meados de 1993 inicia-se as reformulações de políticas públicas de saúde, posteriormente regulamentadas, de fato, em 1994, no qual emerge o Programa Saúde da Família (PSF) – em seguida denominada de Estratégia Saúde da Família (ESF) – como estratégia do Ministério da Saúde, para modificar a forma tradicional de prestação de assistência, que pretende estimular a implantação de um novo modelo de Atenção Primária capaz de resolver a maior parte (cerca de 85%) de problemas de saúde. Cada equipe da ESF é constituída por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois técnicos de enfermagem, e de quatro até seis agentes comunitários (RAPOSO et al, 2020).

A ESF prioriza a promoção, a proteção e a recuperação de saúde, e almeja a integralidade da assistência ao usuário como sujeito ligado à família, ao domicílio e à comunidade. Nesse contexto, cada equipe de saúde deve ser levada a conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio do cadastramento e da identificação de características e eventuais necessidades. Assim, esses profissionais e a população acompanhada

desenvolvem vínculos afetivos, o que facilita o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (AZEVEDO et al, 2021).

Ao considerar a família como elemento de atenção, a ESF contempla atributos derivados da APS, os quais são: a orientação familiar/comunitária e a competência cultural – que pressupõe o reconhecimento de necessidades familiares em função do contexto físico, econômico e cultural (MELONI, 2020). Deste modo a ESF é definida como um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, e que estrutura-se com base no reconhecimento de necessidades da população, que são compreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território nacional (AZEVEDO et al, 2021).

O fortalecimento da APS tem sido um processo de grandes avanços e relevância no SUS, por intermédio da implantação da ESF, apresentando importantes características que a diferenciam da maioria dos modelos de outros países, com a responsabilidade de equipes multiprofissionais por territórios geográficos, a presença singular dos agentes comunitários de saúde e a inclusão da atenção odontológica no sistema público de saúde (SCHERER et al, 2018). Nesse sentido, a ESF é bastante abrangente: excede a marca de 40 mil equipes em todo território nacional. Com essa significativa extensão, sustentação da abrangência e cobertura da ESF, nos últimos 20 anos, há o aumento em demanda de ofertas de ações e serviços de amplo espectro (AZEVEDO et al, 2021).

Importante destacar que o SUS tem sido responsável por importantes melhorias nos indicadores de saúde e pela redução de desigualdades regionais. Atualmente, há maior uniformidade no perfil sanitário do país, com significativas reduções de grande parte de internações por causas sensíveis – resultados atribuíveis, em grande parte, ao trabalho desempenhado pela equipe ESF. Entre 1990 e 2015, a Expectativa de Vida ao Nascer, no Brasil, aumenta 6,5 anos – de 67,9 para 74,4 – e a Expectativa de Vida Saudável (EVS) cresce 5,4 anos – de 59,4 para 64,8 (RAPOSO et al, 2020).

Todavia, considerando os níveis de serviços que podem ser ofertados, e as políticas de saúde direcionadas às APS, ainda é notória a existência de fragilidades e dificuldades perante a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Muitos são os desafios de implementação dessas ações na gestão, assistência, financiamento e inovação.

De acordo com Raposo et al (2020), os fatores organizacionais internos não conseguem acompanhar o ritmo de mudanças relacionadas aos fatores externos, principalmente as mudanças demográficas e epidemiológicas. Desse modo, os sistemas de atenção à saúde encontram dificuldades em oferecer as soluções necessárias aos problemas de saúde da

população. Em razão dessa discrepância, hegemonicamente, ainda se dispõe de um sistema centralizado na atenção às condições agudas e crônicas; em detrimento das ações de promoção e proteção de saúde, da prevenção de doenças e agravos, que poderiam conter os riscos de evolução do processo de adoecimento.

O cenário epidemiológico brasileiro tem passado por constantes transformações desde o século XX e, atualmente, apresenta características bastante complexas. Até o início dos anos 1900, as doenças infecciosas representam quase o quádruplo de mortes em capitais brasileiras. Já no início dos anos 2000, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), em especial o Diabetes *Mellitus*, figuram cerca de seis vezes mais óbitos que as doenças infecciosas, o que constituiu a principal causa de morbimortalidade no Brasil, sendo responsável por cerca de 70,0% de mortes em todo o mundo. Desses óbitos, 42,0% ocorrem em indivíduos com menos de 70 anos de idade, e caracterizando a morte prematura (PINTO et al, 2021).

Então, destaca-se no Brasil a importância da construção de redes regionalizadas para melhor organização e maior integração do SUS, como estratégias fundamentais para a consolidação de princípios basilares. E a necessidade de inovações em saúde direcionadas à APS, ou seja, um conjunto de ações e serviços voltados para promoção da saúde e para o enfrentamento de riscos e agravos apresentados pela população, que compõe a uma dada sociedade, visando a qualidade das práticas profissionais, a organização interna dos serviços de saúde e a organização sistêmica (BUCHI e BRASILEIRO, 2020).

O SUS está em processo de construção, muitos ainda são os desafios a serem enfrentados e superados na APS. Nesse sentido, a adequação do financiamento é um deles. Para Raposo et al (2020), os gastos com saúde não devem ser encarados como custos, mas, sim, como investimentos podem reduzir índices de pobreza, geração de empregos e melhoria de produtividade em todos os setores. Dessa maneira, a ampliação dos gastos públicos em saúde, no Brasil, torna-se cada vez mais uma etapa fundamental para a garantia de acesso universal, de crescimento econômico e de constituição de uma sociedade saudável, segura e justa.

Dentre outros desafios, também estão: a incorporação de Recursos Humanos – com profissionais qualificados; adequação de rede física das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e melhoria da integração da APS, com atenção especializada. Entretanto, é importante mencionar que, as lideranças têm desenvolvido importantes programas voltados à expansão de competências resolutivas dos serviços de APS, como: “Programa Nacional de Melhoria do Acesso” e da “Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)”, “Programa Mais Médicos”, “Requalifica UBS” e “Sistema de Informações” (AZEVEDO et al, 2021).

Além desses, o SUS ainda conta com outros programas que são referências internacionais: o Sistema Nacional de Imunizações, o Programa de Controle ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), e o Sistema Nacional de Transplante de Órgãos (SNTO).

Vale destacar que, desde os anos finais de 1990, o SUS tem progredido ainda mais na inclusão de milhares de usuários no Sistema. Não obstante, as melhorias adquiridas em ampliação do acesso e da qualidade dos serviços da APS ainda estão aquém do que se poderia desejar dentro de um Sistema universal. O financiamento de ações efetivas pelos serviços de saúde tende a abranger o volume quantitativo, ou seja: quantidade de procedimentos e número de consultas realizadas por turno de trabalho (RAPOSO et al, 2020).

O pensamento econômico de gastos mínimos com a questão social, e de focalização apenas na atenção básica, de baixo custo e baixa potência estruturante, tem sido uma das maiores barreiras à implementação do ideário da Reforma Sanitária Brasileira e dos princípios e diretrizes da integralidade, da igualdade, da regionalização e da participação da comunidade na formulação das políticas e estratégias (CECILIO; REIS, 2018). De acordo com Santos (2007), ao mesmo tempo em que se constata o aumento da produtividade de ações de saúde, promovendo inclusão social, mesmo sob baixíssimo financiamento, convive-se com o desafio do “assistenciocentrismo” – os atos ‘evitáveis’ e ‘desnecessários’ –, da prática de aceitar a média complexidade como porta de entrada da medicalização e do modelo de oferta.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2011 e 2017, é coesa com o conceito ampliado de saúde instituído na Constituição Federal de 1988, que por sua vez, tem importante papel na concepção da APS, principalmente no modelo de atenção e na gestão do trabalho em saúde nos municípios. Isso ocorre de modo articulado à introdução dos mecanismos de financiamento, que desempenham papel indutor na adoção, como eixo estruturante da organização de ações e serviços de saúde (MORI, 2019). Esta fundamenta a concepção de Atenção Básica (AB), pois incorpora os atributos da APS, reconhece a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização AB. Além disso, revisa as funções das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e reconhece a existência de diferentes modalidades, segundo o modelo de organização predominante – UBS, com ou sem ESF (MELO et al, 2018).

Em setembro de 2017, aplica-se a nova PNAB, que suscita a crítica de organizações historicamente vinculadas à defesa do SUS. Em nota, propõe-se a revogação da prioridade dada à Estratégia Saúde da Família (ESF), na organização do SUS, com a provável perda de recursos para outras configurações da Atenção Básica (AB), em um contexto de retração do financiamento da saúde (MOROSINI et al, 2018).

Entretanto, a característica dos serviços da APS, no Brasil, é diferenciada pelo grande número de Unidades de Saúde com trabalho padronizado da ESF. Com a evolução progressiva ao longo dos anos, em 2019, havia aproximadamente 45 mil UBS implantadas, cobrindo uma população estimada de 150 milhões de pessoas. Há evidências de impactos da APS no país, com destaque para a mortalidade infantil (HARZHEIM et al, 2020). Outro fato importante é que, no Brasil, a APS tem, entre os membros da equipe, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), ao qual diversos estudos apontam para a singularidade, na experiência brasileira, e a importância de seu trabalho, sobre tudo em áreas mais pobres (MELO et al, 2018).

No ano de 2019, o Ministério da Saúde promove consideráveis mudanças na APS, junto à Secretária de Atenção Primária à Saúde (SAPS), a partir da criação de programas para ampliação da APS, como por exemplo: o Programa Saúde na Hora, Carteira de Serviços da APS, recursos financeiros para a aquisição de prontuários eletrônicos, financiamento para equipes com novas modalidades; Programa Médicos Pelo Brasil; e reforma da base de financiamento federal, substituindo o modelo fundamentado em PAB fixo e variável pelo padrão de capitação ponderada, no qual o pagamento é realizado por desempenho e estímulo a programas exclusivos (MOROSINI et al, 2018).

Para Harzheim et al (2020), nos últimos 30 anos, o SUS tem obtido inúmeras conquistas, que cria um emaranhado de serviços de saúde – da APS aos hospitais: os serviços ambulatoriais especializados, centros oncológicos, oferta de transplantes, ações intersetoriais de promoção à saúde, de enfrentamento dos determinantes mais distais do adoecimento; e de promoção dos determinantes de maior qualidade de vida. Essa oferta gera benefícios – como a diminuição da mortalidade infantil e materna, aumento da longevidade – na expansão de rede de serviço, na mudança de perfil epidemiológico, entre outros.

No entanto, conforme apontam os autores supracitados, existem ainda fragilidades relacionadas aos atributos da APS e às falhas em relação às avaliações negativas ao desempenho da APS. Por mais que a rede de serviço se amplie, tem-se a dificuldade de acesso, inclusive na APS. O atributo “acesso de primeiro contato” tem, majoritariamente, a pior avaliação em diversas pesquisas já realizadas. Tem-se, também, listas de espera para: consultas especializadas, exames de imagem e laboratoriais, internações e procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade (SILVA, 2019).

Outra fragilidade existente é a insuficiência da qualidade no manejo dos fatores de riscos e de condições crônicas, incluindo as de saúde mental. Nos últimos 10 anos, tem havido consideráveis avanços de diagnósticos e de terapia. Entretanto, segue-se o aumento de índices

de principais doenças crônicas – hipertensão arterial, diabetes, cardiopatia isquêmica, asma, doença pulmonar crônica obstrutiva, e problemas osteomusculares.

Esse conjunto de ‘vitórias’ e ‘derrotas’ apontam para a disfuncionalidade do SUS (HARZHEIM et al, 2020). O Programa Mais Médicos evidencia esse aspecto: sem a interferência direta do Ministério da Saúde, provavelmente não seriam acrescidos 14.462 médicos ao Sistema, em pouco mais de um ano. Isso se deve, em grande parte, ao fato de os municípios não apresentarem capacidade de instituir políticas de pessoal, que assegurem qualidade e estabilidade ao SUS.

Após vinte anos de funcionamento, pode-se, seguramente, afirmar que, a concepção de que o provimento de pessoal para o SUS depende, sobre tudo, de municípios e de estados, não tem sido bem sucedida. A cronicidade da desatenção aos profissionais tem comprometido a legitimidade junto à população. No atual modelo de gestão, a responsabilidade sobre esse impasse se dilui (CAMPOS, 2015). A persistência da epidemia de dengue, pode ser mencionada como outro sintoma negativo desse precário modelo. Desse modo, tem sido necessário unificar e integrar o Sistema, mediante a implementação de um organismo público interfederativo, organizado em torno de duzentas regiões de saúde, e constituído por todos os municípios, estados e pela União.

Nesse contexto, com a forte expansão da APS, torna-se imprescindível a produção, em grande escala, que possibilite avaliar a qualidade dos cuidados primários prestados à população, principalmente no processo de atenção e desfecho clínico da saúde. Haja vista sobre as mudanças no padrão de morbimortalidades, nos países de desenvolvimento, com a diminuição acentuada de doenças infecto-parasitárias e a crescente escalada de DCNTs e de causas externas (SILVA, 2019).

Nesse sentido, é importante a avaliação quanto ao desempenho dos serviços ofertados aos usuários. O instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), em versão brasileira, faz mediações relacionadas à presença e à extensão de quatro atributos essenciais: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade; e três atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. Este instrumento é validado e conceituado, tanto no Brasil quanto no exterior, e vastamente utilizado em pesquisa para produção científica em APS, podendo realizar comparações entre a qualidade e ou desempenho de diversos serviços ofertados pela APS, em âmbito nacional e internacional (HARZHEIM et al, 2020). Por meio desse instrumento, obtém-se resultados que possibilitam a transparência – ou não – para os gestores do Ministério da Saúde (MS), o que dá margem à criação de estratégias para aferir o alcance de políticas públicas.

2.1 Atributos da atenção primária à saúde

A organização dos serviços de saúde da APS, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma integral e continuada. A partir da definição de APS, pode-se considerar um serviço de Atenção Básica como provedor de atenção primária, quando apresenta os quatro ‘atributos essenciais’, aumentando o poder de interação com usuários e comunidades ao possuir, também, os ‘atributos derivados’ (MACHADO et al, 2021).

De acordo com Silva e Alves (2019), esses ‘atributos’ orientam a organização global do Sistema. Sendo assim, a APS do Brasil terá os mesmos conceitos e objetivos de outros países, respeitando uma série de características. Os atributos essenciais são: o acesso, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação dos cuidados. Os atributos derivados são nomeados como: competência cultural, orientação familiar e orientação comunitária.

Vários são os estudos que comprovam que a prática dos atributos desenvolvida na APS pode afrouxar outros níveis do Sistema, propiciando o uso racional das especialidades.

Em um estudo, de amostras aleatórias estratificadas, que exige a “porta de entrada”, de pacientes inscritos em quatro programas relacionados ao *Medicaid*, há grandes reduções de proporções, com pelo menos uma consulta, em sala de emergência: varia de 27% a 37%, para crianças e, de 30% a 45%, para adultos (SELLERA et al, 2020).

De acordo com os estudos de Sellera et al (2020), nota-se que a APS tem potencial para resolução de cerca de 85% dos problemas de saúde numa comunidade, com o uso de densidade tecnológica adequada, evitando intervenções desnecessárias. A APS, quando organizada sob a lógica de seus atributos, proporciona o impacto positivo na saúde da população, como, por exemplo: maior e melhor acesso aos serviços; qualidade do atendimento; enfoque preventivo; diagnóstico e tratamento precoces de problemas de saúde; redução de cuidados especializados desnecessários e potencialmente prejudiciais; e diminuição de desigualdades de acesso aos serviços de saúde e de estado geral de saúde.

A equipe de saúde ESF, é composta de profissionais de saúde designados à colocar em prática os atributos, pois a ESF propõe que a APS esteja centrada na família – algo que leva os profissionais de saúde a entrar em contato com as condições de vida e de saúde da população, e permite uma compreensão ampliada do processo saúde-adoecimento, e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (MACHADO et al, 2021).

Ao considerar a família como objeto de atenção, a ESF contempla três atributos derivados: 1) a Orientação Familiar; 2) a Orientação Comunitária; 3) a Competência Cultural – que pressupõem o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico e cultural (SILVA; ALVES, 2019).

Posto isso, a APS, pelo histórico de fortalecimento do papel ordenador, precisa estar, permanentemente, inserida em Processos de Avaliação em Saúde, pois pode contribuir para possíveis mudanças no Sistema e nas instituições inseridas.

A seguir, discorre-se sobre os atributos essenciais da Atenção Primária a Saúde.

2.1.1 *Acessibilidade*

A APS é referência na iniciação do usuário no SUS, no que tange ao primeiro contato e manutenção do vínculo. Desse modo, é necessário que o início desse processo seja facilitado, inerente à organização de serviços de saúde e resolutivo frente às principais demandas de saúde apresentadas pela população em geral (COSTA et al, 2021).

Nesse contexto, figura o primeiro recurso solicitado diante de uma necessidade ou um problema de saúde do usuário. O Ministério da Saúde define, em conceitos complementares, o primeiro contato como a *acessibilidade* e a *utilização do serviço de saúde*, sendo fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde (MELO et al 2020).

É importante enfatizar que, embora “acesso” e “acessibilidade” frequentemente sejam utilizados sinônimos, ambos têm significados diferentes, porém complementares. O *acesso* está relacionado à possibilidade de o usuário entrar no serviço de saúde. Nesse sentido, compreende-se o acesso de primeiro contato como um elemento que compõe a APS, no qual o indivíduo, ao precisar do serviço, deve apresentar-se acessível, por exemplo, em seu horário de funcionamento, localização e na possibilidade de atendimento em consultas programadas ou agendadas (ALVES et al, 2020). Já a *acessibilidade* consiste no ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde, e permite identificar os fatores que facilitam ou dificultam a busca e a obtenção de assistência à Saúde. No qual resulta de uma combinação de fatores de distintas dimensões, como aspectos geográficos, econômicos, organizacionais e socioculturais (PINHO et al, 2020).

Entretanto, as barreiras geográficas e organizacionais refletem a resistência que o espaço e a oferta de atendimento impõem ao deslocamento dos usuários aos serviços de saúde, pois quanto maior é a distância, menor é a utilização desses serviços (MELO et al, 2020). De acordo

com os estudos de Alves et al (2020), indivíduos com condições socioeconômicas mais favoráveis utilizam em maior escala os serviços de saúde. Por conta disso, a redução dessas desigualdades sociais se torna um grande desafio, tanto em países industrializados e desenvolvidos, como em países dependentes e periféricos – independente do modelo de APS.

A *acessibilidade geográfica* compreende a distância entre a população e os recursos oferecidos a ela. Dentre esses, tem-se: a distância, o tempo de deslocamento, os gastos com transporte – entre outros condicionantes. Já a *acessibilidade organizacional* está ligada ao estilo de organização dos serviços de saúde – que pode criar obstáculos ou facilitar a capacidade de pessoas na utilização dos mesmos, incluindo aspectos tais como: tempo de agendamento para uma consulta, tipo de agendamento, turnos de funcionamento; andamento para realizar exames laboratoriais; e seguimento de tratamento (MIRANDA, 2019).

Outros obstáculos à *acessibilidade* estão em aspectos socioculturais e econômicos, como: o conhecimento de sinais e sintomas, a percepção do risco de gravidade, o conhecimento sobre o próprio corpo e sobre oferta dos serviços de saúde, medo do diagnóstico, crenças hábitos, dificuldades de comunicação com a equipe de saúde; credibilidade o SUS; graus de instrução, emprego, renda e seguridade social (MELO et al, 2020).

Portanto, espera-se que os serviços desse nível de atenção sejam acessíveis e resolutivos frente às principais necessidades trazidas pelos usuários. A adoção de ferramentas apropriadas de trabalho gerencial, tais como: a abordagem multidisciplinar, o planejamento das ações, a organização horizontal do trabalho e o compartilhamento do processo decisório podem contribuir significativamente para oferecer atenção ao primeiro contato (PINHO et al, 2020).

A *utilização* pode ser considerada como: a junção do contato direto do sujeito àquilo que é ofertado – unida aos meios que o usuário dispõe para acessar o serviço, e a sua percepção sobre a própria saúde. Assim, o favorece, enquanto usuário, a resolver seus problemas de saúde, a verificar a efetividade das ações prestadas e, por conseguinte, a satisfação com o atendimento (ALVES et al, 2020).

2.1.2 Longitudinalidade

A *longitudinalidade* é um atributo que desempenha importante papel na garantia do cuidado, juntamente com os demais atributos essenciais e derivados – atenção ao primeiro contato, integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar e comunitária e competência cultura – confere maior efetividade e qualidade aos serviços da APS (GOMES et al, 2019).

O atributo em questão pressupõe a existência de uma fonte continuada de atenção, e sua utilização ao longo do tempo, com a presença de vínculos, relações interpessoais e de confiança entre usuários e profissionais de saúde. No entanto, a expressão “continuidade do cuidado” frequentemente é utilizada de forma equivocada para substituir de “longitudinalidade” (KESSLER et al, 2019).

Estes são termos distintos, visto que a continuidade da APS representa a sequência de consultas ou visitas à unidade de saúde – não necessariamente com o mesmo profissional ou serviço –, sendo direcionadas ao manejo dos problemas ou doenças em si (GOMES et al, 2019). De acordo com a literatura internacional, o conceito de *continuidade dos cuidados* é utilizado como definição semelhante ao de *longitudinalidade*, ou seja, mesmo que ocorram interrupções na continuidade à APS, não significa que as relações pessoais, de longa duração, entre os profissionais de saúde e os usuários, não existam ou que sejam interrompidas (NEVES et al, 2019).

Nesse contexto, os estudos sobre *longitudinalidade* têm se voltado à investigação de vínculos interpessoais entre usuários e suas fontes de APS (*longitudinalidade pessoal*), em que as características compreendem: o alcance de atendimento entre profissionais e usuários; a tranquilidade destes em dialogar com profissionais a respeito de suas preocupações; e o quanto sentem que o profissional está interessado em outros aspectos de sua vida – não apenas no problema de saúde –, e se demonstra compreensão sobre quais problemas são mais importantes para eles (GOMES et al, 2019). A presença deste atributo gera benefícios como: melhor reconhecimento de problemas e necessidades, diagnóstico mais preciso, melhor concordância com os conselhos de tratamento; menos hospitalizações; custos gerais mais baixos; melhor prevenção de alguns tipos de doenças; e aumento da satisfação do usuário. Também contribui para implementação de ações de Promoção de Saúde e Prevenção de Agravos (MASSUDA, 2020).

O atendimento a tal atributo tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais específicos e precisos, além da redução de encaminhamentos para especialistas, para a realização de procedimentos de maior complexidade. Os profissionais de saúde têm a oportunidade de conhecer mais o usuário, em seu contexto familiar e social – comportamentos, hábitos e problemas de saúde –, possibilitando melhor planejamento de cuidados e intervenções adequadas. Assim, torna oportuno o cuidado integral, com ações de Prevenção de Doenças e Promoção em Saúde, e redução de uso de serviços de alta complexidade e custos para o SUS (KESSLER et al, 2019).

Na ESF, o acolhimento, os vínculos, a construção de referências instituídas no técnico, e a *longitudinalidade* da assistência são imprescindíveis para nortear o quadro clínico dos usuários do SUS – o que potencialmente amplia as práticas de cuidado e constrói um forte elemento da mudança no processo de trabalho em Saúde. Estas características permeiam todas as atividades assistenciais, e consistem na busca constante de compreender a importância das necessidades de saúde dos usuários, e das formas possíveis de atendê-las, com resolutividades (GOMES et al, 2019).

A operacionalização da *longitudinalidade* implica a existência de uma fonte regular de atenção ao longo do tempo, que contribui para a formação do vínculo entre usuários e profissionais da saúde e, assim, otimiza a utilização do serviço. Já a *integralidade* está relacionada à capacidade de reconhecer, atender e orientar ações baseadas na pluralidade dos problemas de determinada população. Um cuidado integral é capaz de lidar com os problemas de saúde da população, seja resolvendo ou facilitando o acesso do paciente aos serviços que não são do escopo da APS (NEVES et al, 2019).

2.1.3 Integralidade

A *integralidade* compõe os princípios e diretrizes do SUS – instituída e assegurada pela Constituição Federal de 1988, no Art. 198 e regulamentada, em setembro de 1990, por meio da Lei nº 8080/90. Na ocasião, foi definido como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos – individuais e coletivos – exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do Sistema (SILVA et al, 2018). O conceito adotado pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) ressalta que, a integralidade remete ao cuidado de um cidadão universal, recorre a assistência igualitária – sem preconceitos ou privilégios – e responde pela promoção, prevenção, proteção e resgate da saúde.

O princípio da *integralidade* possui as seguintes dimensões: 1) priorizar as ações de promoção e prevenção; 2) atenção aos três níveis de complexidade da assistência médica; 3) articulação das ações de promoção; 4) proteção e prevenção e abordagem integral do indivíduo e das famílias (PESSANHA; MORAES, 2020).

A Promoção da Saúde reafirma um movimento crítico, no qual recusa o trabalho do atendimento por meio da especialização e medicalização. Desse modo, “promover saúde” não significa que a saúde é a ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes, que são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Essa concepção sugere potencializar formas mais amplas de intervenção, exigindo e desafiando a

construção de ações intersetoriais, pois o processo saúde-adoecimento decorre de múltiplos aspectos, sendo pertinentes a todos os setores da sociedade (SILVA et al, 2018).

A segunda dimensão toma a *integralidade* como garantia de acesso a diversos níveis de atenção, tendo como principal característica as diferentes densidades tecnológicas da assistência à saúde. Portanto, implica a existência de uma rede de serviços, em diferentes níveis de complexidade e de competências, em que a integração entre as ações nos diversos níveis deve satisfazer o conjunto de cuidados demandados por um indivíduo (MACÊDO et al, 2022).

Nesse sentido, a terceira dimensão da *integralidade* é a articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação, no que diz respeito à prática de saúde. Tradicionalmente, são desenvolvidas separadamente, como ações de Saúde Coletiva ou como ações de Atenção Clínica e Individual. Por conta disso, são necessárias novas formas de organização e ação, com a constituição de saberes, por vias que se interpenetram (SILVA et al, 2018).

Já a abordagem integral do indivíduo e da família está relacionada a um valor a ser sustentado e defendido, nas práticas dos profissionais de Saúde – ou seja, esse valor expressa a forma como os profissionais de respondem aos que os procuram. Nesse contexto, depende-se da redefinição de práticas, de modo a criar vínculos e acolhimento, e desenvolver autonomia – o que valoriza as subjetividades inerentes ao trabalho em Saúde, e as necessidades singulares dos sujeitos, como ponto de partida para qualquer intervenção, construindo a possibilidade do cuidado centrado no usuário (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Portanto, o exercício da *integralidade* exige que se repense práticas e conformações dos serviços públicos de Saúde – hoje, ainda caracterizados pela descontinuidade assistencial (SILVA et al, 2018).

2.1.4 Coordenação

A *coordenação* do cuidado é a condição necessária para o alcance de uma resposta integral, capaz de atender a um conjunto de demandas de saúde dos usuários. Os elementos organizacionais necessários para assegurar-la são: esquemas de pagamento e alocação de recursos com incentivos; mecanismos de comunicação entre profissionais; desenvolvimento de uma cultura comum e de liderança orientadas ao trabalho em equipe; e fortalecimento da APS, com base no Sistema de Saúde (ALMEIDA; CASOTTI, 2017).

Estudos internacionais evidenciam que, a prática de *coordenação* do cuidado possibilita melhorias na continuidade e na integralidade da atenção, à medida que reduzem barreiras de acesso aos distintos serviços de Saúde (ALELUIA et al, 2017). Desse modo, pode ser definida

como a articulação entre diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objeto comum, independentemente do local em que sejam oferecidos. Tem como objetivo ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações, que respondam às suas necessidades de saúde de forma integrada, por meio de diferentes pontos da rede de Atenção à Saúde (ALMEIDA; CASOTTI, 2017).

A ausência de *coordenação* pode contribuir para erros de diagnósticos e de tratamentos, conseqüentemente, aumentando os custos para o Sistema e a utilização indevida de recursos; para o aumento das filas de espera; duplicações de provas diagnósticas e hospitalizações menos necessárias (ALELUIA et al, 2017). Sendo assim, a Atenção Coordenada é essencial e imprescindível, visto que, cresce, cada vez mais, o número de usuários que necessitam de cuidados de diferentes profissionais de Saúde. Na maioria das vezes, as necessidades de saúde são bastantes complexas e, em geral, não são adequadamente tratadas por sistemas de saúde caracterizados pela especialização e orientação profissional isolada (HOLZ et al, 2016).

Dentre esses fatores, é indispensável fornecer aos usuários, que necessitam de cuidados mais complexos, as principais orientações para encontrar seu caminho no SUS – que só pode advir perante a *coordenação* do cuidado, ou seja, a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através das equipes de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante (LIMA et al, 2021).

Nesse contexto, foi instituída pelo Ministério da Saúde a Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do SUS, com o principal objetivo de assegurar ao usuário ações e serviços de forma efetiva, contínua, integral e humanizada (ALELUIA et al, 2017). Nesse âmbito, a operacionalização das redes de Atenção em Saúde se dá pela interação de três elementos consecutivos, sendo esses: a população adstrita à uma determinada região de saúde, estrutura operacional, no qual inclui pontos de atenção, e ligações de tais pontos de atenção à um modelo de Atenção à Saúde (HOLZ et al, 2016).

Os pontos de Atenção em Saúde compreendem: as unidades de APS como principal função, a atuação de centros de comunicação, serviços de atenção secundária e terciária e os de apoio diagnóstico e terapêutico. A conexão entre os diversos pontos acontece por meio de sistemas logísticos e de governança, em forma de comissões intergestoras (LIMA et al, 2021).

A integração das unidades de saúde da família à rede assistencial é fundamental, para garantir a oferta mais abrangente de serviço, e para coordenar as diversas ações requeridas à resolução de necessidades menos frequentes e mais elaboradas (HOLZ et al, 2016).

A seguir, lista-se os atributos derivados que envolvem a Atenção Primária à Saúde.

2.1.5 Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar)

O atributo em questão remete ao conhecimento da equipe de saúde, dos membros da família e de seus problemas de saúde, em relação ao contexto familiar. No Brasil, a partir de 1994, a ESF mantém a centralidade na família, por meio de intervenções personalizadas ao longo do tempo, partindo da compreensão da estrutura familiar (CORREIA et al, 2022). Em razão da centralidade na família ser alcançada por meio do trabalho da dinâmica familiar, para melhor avaliar como responder às necessidades de cada membro, e com o conhecimento dos membros e de seus problemas de saúde. Esse trabalho dinâmico se refere à integração da equipe de Saúde com o usuário e sua família, agregando conhecimentos a respeito da realidade, de crenças familiares sobre Saúde, Cultura e hereditariedade relacionadas à determinadas doenças (GOUVEIA; PESSOA, 2020).

O vínculo entre profissionais de Saúde, usuário e família deve ser estabelecido desde o momento do cadastro de famílias, passando pelas mudanças de fase do ciclo de vidas das famílias, até o surgimento de doenças crônicas ou agudas. Essa ligação se estabelece de forma natural, e facilita a abordagem frente as situações em que há ações de intervenções à saúde e à aceitação de investigação dos cuidados, quando necessários (CORREIA et al, 2022).

2.1.6 Orientação comunitária

O atributo de *orientação comunitária* se refere ao reconhecimento de demandas em saúde da comunidade, acontece por meio da análise de dados epidemiológicos e do contato direto com a população, assim como o planejamento e a avaliação conjunta de ações e serviços de saúde (LOPES et al, 2019). Isso acontece por meio do mapeamento de necessidades da população adstrita, por conta do contexto social e econômico em que vivem, na distribuição dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis na comunidade (CORREIA et al, 2022).

Os serviços da APS se utilizam de habilidades clínicas, de dados epidemiológicos, de ciências sociais e de pesquisa científica – com abordagem avaliativa – como complemento no ajuste de programas, atendendo as necessidades específicas mediante a população definida. Nesse contexto, é necessário que a equipe de Saúde defina e caracterize a comunidade com a identificação e a abordagem dos principais problemas de saúde, monitorando a efetividade dos programas de Saúde (LOPES et al, 2019).

Nesse atributo, é importante destacar o envolvimento da comunidade em tomadas de decisões, em todos os níveis, por meio da viabilidade de monitoramento social, dos conselhos locais e municipais de Saúde, e também das conferências municipais (CORREIA et al, 2022).

2.1.7 *Competência cultural*

Este atributo está relacionado à adaptação da equipe, e de profissionais de saúde, às características étnico-raciais e culturais especiais da população, para facilitar a relação e a comunicação com os usuários e a comunidade (MONTEIRO, 2022).

Campinha-Bacote (2002, p. 182) define *competência cultural* como:

O processo pelo qual um profissional de saúde se empenha para se tornar capaz de trabalhar adequadamente/efetivamente dentro do contexto cultural da pessoa, família ou comunidade que necessita de seus cuidados. Sendo resultado, antes de tudo, necessário haver um desejo/uma motivação cultural para o desenvolvimento de consciência cultural, habilidades culturais e encontros culturais.

O reconhecimento de características culturais, dos grupos sociais, e de suas diferentes demandas e concepções do processo saúde-adoecimento é muito relevante, para a obtenção da possibilidade de desenvolver laços fortes com as pessoas e famílias que receberão os cuidados em Saúde, obtendo maior satisfação, diagnósticos precisos e adesão ao tratamento (GOUVEIA; PESSOA, 2020).

Sendo assim, é preciso que os gestores e os profissionais de Saúde estejam atentos à redução de barreiras que impedem a comunicação dentro das comunidades de minorias, planejando serviços culturalmente mais apropriados. A *competência cultural* emerge do reconhecimento de demandas de populações, que podem estar marginalizadas pelas características supracitadas (MONTEIRO, 2022).

2.2 Avaliação dos serviços na APS

A *avaliação dos serviços da APS*, em relação ao desempenho, torna-se fundamental para os gestores à medida que geram informações importantes para a implantação, consolidação e reformulação de técnicas e métodos, em relação às práticas de serviços ofertados (LOPES et al, 2019).

Quando a *avaliação* é realizada com foco em investigação para a gestão, permite a produção de informações relevantes – habitualmente obtidas pela caracterização de cenários –, de práticas e de tradução dessas informações, em medidas que possibilitem a quantificação e a replicação de resultados alcançados. Com a finalidade de gerar subsídios, por meio dessa avaliação, contribuindo, assim, para o processo de tomada de decisões, amparando e direcionando a resolutividade dos problemas identificados por aqueles ligados diretamente ao elemento avaliado. Essa abordagem consiste em reconhecer a intervenção, com maior profundidade à identificação e compreensão dos impasses, assim como a proposição de escolhas para a resolutividade. Desse modo, a *avaliação* é, também, um instrumento político, que busca modificar e influenciar a direcionalidade e a velocidade da Atenção à Saúde (LOPES et al, 2019).

De acordo com Harzheim et al (2022), a tomada de decisões – ou seja, a mobilização de recursos – é destinada a realizar os ajustes em pleno processo, de forma dinâmica e oportuna, não necessariamente aguardando o resultado final. Ao iniciar a avaliação do processo, há como identificar os possíveis resultados esperados na Atenção Básica de Saúde (ABS). Desse modo, permite concluir a modificação no estado de saúde do usuário a partir da Atenção de Saúde prestada.

Sendo assim, as pesquisas de *avaliação da qualidade* vêm se destacando com grande relevância. Nesse contexto, o desenvolvimento de práticas está relacionado ao nível de consciência quanto às fragilidades dos sistemas e os problemas de saúde da população, e também à adequação, não somente às obrigações de diagnósticos e manejo de doenças, como também direcionado à prevenção e melhoria dessas condições. No sentido mais amplo, a qualidade é avaliada por meio da satisfação dos usuários com os serviços ofertados, os gastos, a competência dos profissionais; a segurança e a apresentação das instituições de Saúde; e os equipamentos adequados, que colaboram para a prestação de serviços (LOPES et al, 2019).

A *avaliação dos atributos da APS* contribui para as reflexões relacionadas às práticas e cuidados em Saúde, como forma de promover a participação social, além de servir como instrumento de orientação às políticas públicas e às melhorias no SUS local. A APS considerada satisfatória consiste em ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, que são desenvolvidas de formas resolutivas, universais e disseminadas com equidade (HARZHEIM et al, 2020).

Ao se realizar estudos de *avaliação*, tem-se a probabilidade de conhecer a população, de acordo com os serviços ofertados e, também, quanto aos modelos de atenção frente às práticas de cuidado e de gestão em Saúde, que são implementadas, com o objetivo de a APS

atuar na coordenação dos cuidados e organização da rede de serviços ofertados (PRATES et al, 2017).

Nesse sentido, o instrumento de avaliação *PCATool* tem sido apresentado na literatura como ferramenta de fundamental importância, para avaliar os serviços da APS. Sua criação e validação acontece nos Estados Unidos da América (EUA), e mede a presença e a extensão dos atributos da APS – para usuários adultos e crianças –, além do grau de afiliação dos usuários com o serviço. Outras iniciativas de validação – ou uso desse instrumento – vêm sendo realizadas em diversos países, como: Taiwan, Hong Kong, Canadá e Espanha (FIGUEREDO et al 2022).

No ano de 2013, é realizada uma reavaliação do *PCATool-Adulto-Brasil*, utilizando a Teoria de Resposta ao Item (TRI) como metodologia de análise, na qual os resultados confirmam a adequação do instrumento – no entanto, evidenciando a baixa contribuição de alguns itens e indicando a possibilidade de redução desse instrumento. A partir do resultado, o *PCATool-Adulto-Brasil*, a aplicação tem a versão digital ou a formulação de questões, de modo prático e ágil (HARZHEIM et al, 2020).

Os estudos de Prates et al (2017) apontam para a escassez na oferta de ferramentas, com características psicométricas, para mensurar as interações nos diversos serviços da APS, no Brasil. Além disso, sugerem que o *PCATool* tem potencial para preencher essa lacuna, pois o método é de base individual sobre a estrutura, sobretudo, no processo na APS. Cada atributo essencial apontado no instrumento é desenvolvido pelo componente conexo à estrutura e, outro, ao processo de atenção.

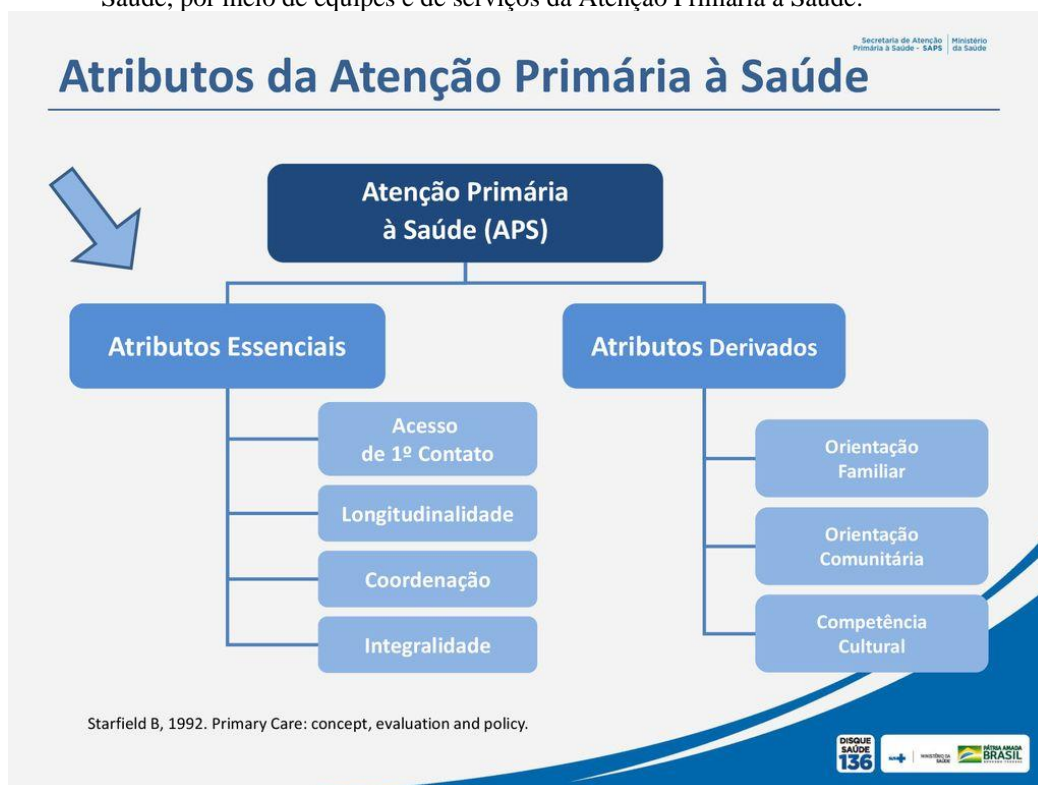
De acordo com o Ministério da saúde, o Instrumento de avaliação da Atenção Primária (*PCATool – Primary Care Assessment Tool*):

Apresenta-se originalmente com versões autoaplicáveis destinadas as crianças (*PCATool* versão Criança), a adultos maiores de 18 anos (*PCATool* versão Adulto), a profissionais de saúde e, também, ao coordenador / gerente do serviço de saúde. Criado por Starfield, Shi & Cols (Starfield et al., 1998) na The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for ter Underserved Populations, o *PCATool* mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS, atribuindo uma nota padronizada de 0 a 10 (chamada de “escore”) para cada atributo individual e para a média destes (“escores geral”) (Brasil, 2010).

A seguir, são apresentados os atributos da APS, que contém 87 itens, e são divididos em dez componentes:

1. Grau de Afiliação com Serviço de Saúde
2. Acesso de Primeiro Contato – Utilização
3. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade
4. Longitudinalidade; constituída por 14 itens
5. Coordenação – Integração de Cuidados; constituído por 8 itens
6. Coordenação – Sistema de Informações; constituído por 3 itens
7. Integralidade – Serviços Disponíveis; constituído por 22 itens
8. Integralidade – Serviços Prestados, constituídos por 24 itens
9. Orientação Familiar; constituído por 3 itens
10. Orientação comunitária; constituído por 6 itens (WEILLER et al, 2014)

Figura 1 – Atributos medidos pelo conjunto de Instrumentos do PCATool-Adulto-Brasil, em Unidades de Saúde, por meio de equipes e de serviços da Atenção Primária à Saúde.



Fonte: Martins, 2021.

No ano de 2019, mais precisamente no mês de maio, ocorre o processo de reestruturação do SUS, no qual o Ministério da Saúde promove a nova estrutura organizacional, com a extinção e o rearranjo de algumas secretarias. A Secretaria de Saúde é subdividida em: Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) e Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Em seguida, no segundo semestre, a

reestruturação ocorre na Atenção Básica: o Financiamento, a Regulação e a Prestação de Serviços.

A nova proposta denominada *Financiamento* pelo governo, por meio do Programa Previne Brasil, altera de forma estrutural a organização da política de Saúde e aporta três mudanças principais para a ABS: 1) a extinção dos pisos fixo e variável; 2) introdução do repasse de recursos federais – agora pelo total de pessoas cadastradas; e 3) estabelece nova forma de pagamento por desempenho (BRASIL, 2020). Atrelado a isso, são apresentados três argumentos, para justificar essas modificações: 1) atender a demanda de maior autonomia dos gestores municipais, no uso dos recursos federais; 2) alcançar os grupos mais vulneráveis à saúde; e 3) garantir um grau de custo-efetividade na política de ABS.

A proposta do Programa Previne Brasil leva em consideração a população cadastrada na ESF, e visa os perfis dessa população caracterizados a partir da vulnerabilidade socioeconômica, do perfil demográfico e da classificação geográfica. Sendo assim, as modificações têm como objetivo melhorar os serviços da APS, a ampliação do acesso aos serviços com equidade, e o aumento da resolutividade dos problemas de saúde da população, por meio da APS.

De acordo com o novo *Financiamento*, são atribuídos a 21 indicadores de saúde fundamentais, pelo Ministério da Saúde, por meio do modelo de pagamento baseado no desempenho da APS. Além disso, também contempla outros indicadores globais de qualidade assistencial e experiência, na perspectiva dos usuários, utilizando o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool-Adulto-Brasil): o *Patient-Doctor Relationship Questionnaire* (PDRQ-9 – Questionário de Avaliação da Relação Médico Paciente) (FELICIANO et al, 2019).

Diante do exposto, e as dificuldades de avaliação apresentadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PNMAQ) – que utiliza instrumentos extensos para avaliação da APS, com aplicação de mais de mil perguntas, metodologias de aplicação complexa, amostras sem vigor externos, sem validação de propriedades psicométricas e baixa comparabilidade internacional – justifica-se a necessidade de reformulações e de mudanças do modelo de avaliação.

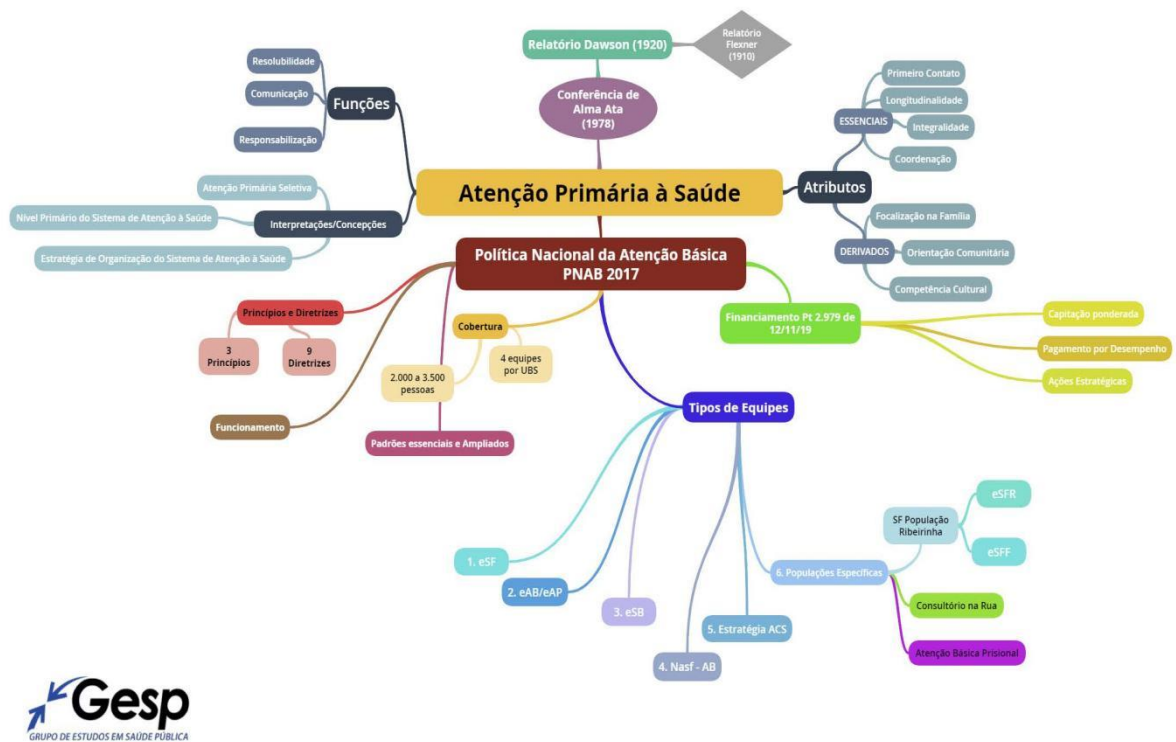
Nesse sentido, considerando as características do PCATool-Adulto-Brasil, esse instrumento pode ser utilizado rotineiramente por equipes da ESF, na gestão pública, em variados níveis da APS e, também, em estudos científicos, por meio da comunidade acadêmica. O mesmo pode seguir completando a carência de rigor científico em identificar e distinguir os distintos modelos de Atenção à Saúde.

É importante mencionar que, o instrumento possibilita a realização de pesquisas com precisão científica e de qualidade, pois é o único que objetiva avaliar a presença e a extensão de atributos essenciais e derivados da APS, nos diferentes serviços, com o propósito de identificar resultados pertinentes, de estrutura e processo, que determinem reformulações e adequações pela busca da qualidade, visando o planejamento e execução das ações.

A figura a seguir ilustra o mapa mental da APS e da PNAB, em que, na Atenção Primária, são contemplados aspectos históricos, atributos, funções e interpretações.

Figura 2 – Mapa da Atenção Primária à Saúde (APS) e Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Mapa sobre Atenção Primária à Saúde (APS) e a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB 2017). Na Atenção Primária são contemplados aspectos históricos, atributos, funções e interpretações da APS. Na PNAB o mapa contempla os princípios e diretrizes, padrões, cobertura, tipos de equipes e o novo modelo de financiamento da PNAB.



Fonte: Martins, 2021.

3 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNTs): DESAFIOS PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Desde as últimas décadas, as transformações de perfis de adoecimento populacional evidenciam-se mundialmente. O aumento da expectativa de vida, o acelerado processo de urbanização e a transição socioeconômica, epidemiológica e nutricional; bem como a ampliação do acesso aos serviços de saúde; elevam a prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), e criam um novo padrão de morbimortalidade (SCHOSSLER et al, 2019).

As DCNTs têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida e, conseqüentemente, impactos econômicos negativos para a família, o indivíduo e a sociedade em geral (ANVERSA et al, 2020). De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), as principais DCNTs são as doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, neoplásicas e o diabetes *mellitus* (SCHOSSLER et al, 2019).

A epidemia de DCNTs tem afetado mais as pessoas de baixa renda. Além disso, essas doenças criam um círculo vicioso, levando as famílias ao maior estado de pobreza, acentuando ainda mais as desigualdades sociais. Os estudos de SILVA e CARIAS (2022) destacam que as porcentagens de mortes, no Brasil, ocasionadas por DCNTs, são de 72%, tendo prevalência entre as pessoas de baixa renda, que estão mais expostas aos fatores de risco e tendo menos acesso aos serviços de Saúde.

Os gastos familiares com as DCNTs reduzem a disponibilidade de recursos para necessidades, como alimentação, moradia, educação, entre outras. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que, a cada ano, 100 milhões de pessoas são empurradas para a pobreza, nos países em que se tem de pagar diretamente pelos serviços de saúde (MACEDO, 2021). Outros estudos também apontam que as DCNTs têm se tornado um grande obstáculo para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), pois provocam o aumento da pobreza das famílias; agravam o quadro clínico de outras doenças transmissíveis, como por exemplo a Síndrome de Imunodeficiência Humana (AIDS), tuberculose e malária. Além destes, as metas dos ODM para a Saúde da Criança e para a Saúde Materna também estão associadas as DCNTs, pois a ocorrência de diabetes e hipertensão durante a gestação está associada ao risco de morte materna, e o pré-natal mal conduzido pode acarretar em desnutrição intrauterina, predispondo ao surgimento de DCNTs na vida adulta (COSTA, 2022).

As DCNTs são de etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de risco. A OMS classificou quatro fatores de riscos para o desenvolvimento de DCNTs: o fumo, a inatividade física, a alimentação inadequada e o consumo excessivo de álcool (SCHENKER e COSTA, 2019). Esses fatores de riscos comportamentais impactam diretamente no metabolismo do corpo humano, conseqüentemente gerando fatores de riscos, como: o excesso de peso/obesidade, pressão arterial elevada, aumento da glicose sanguínea, lipídios e colesterol; possíveis de resultar diabetes; doenças cardiovasculares; Acidente Vascular Cerebral (AVC) e câncer, entre outras enfermidades (CARVALHAIS et al, 2020).

De acordo com Duncan et al (2012), o hábito de fumar é responsável por 71% dos casos de câncer de pulmão, 42% dos casos de doenças respiratória crônica e de quase 10% dos casos de doenças cardiovasculares, enquanto a inatividade física aumenta de 20% a 30% o risco de mortalidade. Já a alimentação inadequada pode ser prejudicial de várias maneiras, como, por exemplo: o consumo excessivo de sal pode aumentar o risco de hipertensão e eventos cardiovasculares, e o alto consumo de carne vermelha, de carne altamente processada e de ácidos graxos trans estão relacionados às doenças cardiovasculares e diabetes.

Nesse sentido, a área de Saúde vive uma crise em suas formas de produção. A Assistência à Saúde está centrada no ato prescritivo, que produz o conhecimento, não sendo consideradas as determinações do processo saúde-adoecimento que estão centradas nos determinantes sociais, ambientais e relacionadas às subjetivações, o que enfatiza apenas as dimensões biológicas.

Este formato curativista causa grandes impactos econômicos, pois produz custos elevados e crescentes, utilizando como insumos principais os recursos tecnológicos centrados em exames e medicamento, como se estes tivessem um fim em si mesmo e fossem capazes de reestabelecer a saúde por si só (CECCON et al, 2022). Sendo assim, é necessário que haja novas modelagens assistenciais, voltadas às diretrizes, como a integralidade do cuidado, tornando imprescindível repensar o processo saúde-adoecimento, quanto aos seus determinantes e condicionantes, e à intervenção em toda a cadeia de produção de saúde – desde a promoção, a prevenção, a vigilância, a assistência e a reabilitação. Nesse sentido, a linha de cuidado passa a ser também desenhada no campo da gestão, articulando intervenção nos determinantes sociais, em medidas de regulação e legislação, capazes de impactarem o processo.

Nesse contexto, é fundamental implantar estratégias integradas e sustentáveis de prevenção e controle, assentadas sobre seus principais fatores de riscos modificáveis. Para o monitoramento dessas doenças, é essencial a organização da vigilância em DCNTs, sendo uma

ação de relevância em Saúde Pública, com o objetivo de subsidiar o planejamento, a execução e a avaliação da prevenção e do controle (MALTA et al, 2017).

Deste modo, deter o crescimento das DCNTs é o desafio para o qual Organização das Nações Unidas (ONU) convoca uma reunião, de alto nível, em 2011, tendo como resultado um plano global de enfrentamento aprovado por mais de 190 países membros, em maio de 2013.

Esse compromisso assumido pelo Brasil lança o Plano Nacional de enfrentamento de DCNTs (2011-2022), contendo metas de redução da mortalidade e dos fatores de risco (MALTA, 2014). O monitoramento do plano é liderado pelo Ministério da Saúde, e conta com a participação de vários setores do Governo Federal, Secretarias de Estado e Municipais de Saúde, Instituições de Ensino e Pesquisa, e Organizações Não Fundamentais – ONG (MALTA et al, 2013). O Plano brasileiro define e prioriza as ações e os investimentos necessários, estabelece metas e compromissos a serem assumidos pelo Brasil, preparando o país para os desafios das DCNTs e seus fatores de risco, nos próximos 10 anos. Além destes, aborda os quatro principais fatores de riscos modificáveis (tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física e consumo abusivo de bebidas alcoólicas), e se fundamenta em três principais eixos: vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde e cuidado integral (MALTA; SILVA, 2013).

A declaração desse encontro afirma que as DCNTs e seu impacto constituem um dos grandes desafios para o desenvolvimento do século XXI, como reconhecer o papel e a responsabilidade primordial dos governos na resposta ao desafio. Existem evidências de que a ação articulada envolvendo diversos setores é essencial para o êxito das ações propostas de enfrentamento as DCNTs. Neste caso, é necessário o engajamento de todos os setores da sociedade na geração de respostas acertadas, na prevenção e controle das DCNT (DUNCAN et al, 2012).

Em 2011, a Organização Mundial de Saúde divulga intervenções de baixo custo, consideradas efetivas e recomenda que sejam executadas imediatamente para que produzam resultados capaz de preservar vidas, prevenir doenças e reduzir custos econômicos. Dentre essas medidas, destacam-se o aumento de impostos e do preço do tabaco, criação de ambientes livres de tabaco, advertências sobre os perigos do consumo desse produto e de sua propaganda.

Nesse caminho, a implantação dessas medidas, no Brasil, resulta numa das maiores reduções globais da carga tabágica: o País sai de 34,8% de fumantes, em 1989, para 12,1%, em 2012 – segundo a última pesquisa do VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), nas capitais (MALTA, 2014). As medidas protetoras contra o consumo excessivo de álcool consistem: na restrição da venda no varejo, na

proibição da venda aos menores de 18 anos, e na aplicação das relativas à lei sobre interdição do álcool, para quem dirige veículo automotor. Já na alimentação, destacam-se as medidas que visam a redução de sal em alimentos, eliminação de gorduras trans, promoção da amamentação adequada e restrições sobre o marketing de alimentos, especialmente para as crianças.

A OMS destaca a importância de se investigar as propagandas e a comunicação social relacionadas à atividade física e à alimentação, para a promoção de atividade física e alimentação saudável nas escolas, nos ambientes de trabalho e nos espaços públicos e comunitários. Ainda é necessário que se invista em espaços saudáveis na morbidade urbana, de forma ativa, como, por exemplo as ciclovias, locais para caminhadas, exercícios físicos e transporte coletivo.

Após adotadas essas medidas, os primeiros estudos de avaliação do Plano evidenciaram resultados positivos no declínio das taxas de mortalidade. Em contrapartida em 2016, foram identificados estabilização das taxas de mortalidade e piora de indicadores de fatores de risco (MALTA et al, 2013).

Neste sentido, adotar medidas de monitoramento e avaliação permanentes, visando a identificação dessas mudanças é de grande importância para o enfrentamento às DCNTs. Assim como é necessário articular as ações implementadas, reorientar as estratégias desenvolvidas, fornecer elementos para a transformação das práticas sanitárias, mensurar impactos das ações sobre a condição de vida de saúde das populações e sobre a organização dos serviços (MALTA et al, 2019).

Portanto, prevenir as Decentes implica em atuar num leque de medidas, como regular o consumo de tabaco, álcool e alimentos, construção de espaços urbanos saudáveis e investir em políticas públicas que visem a proteção coletiva. Estas são medidas que envolvem os poderes públicos, mas, principalmente, a adesão e a mobilização da sociedade, buscando novas perspectivas sustentáveis e saudáveis de vida. Para isso, é necessária a organização do setor de Saúde, para garantir acesso à assistência, promoção, prevenção e vigilância, tornando essencial articular ações intersetoriais, em especial, as que contribuem para reduzir desigualdades sociais e proteger as populações mais vulneráveis, dentre elas as crianças e adolescentes. As políticas devem ser articuladas, integradas e cooperativas.

3.1 Epidemiologia de DCNTS

A epidemiologia propõe-se a estudar, quantitativamente, as distribuições dos fenômenos de saúde/doença, e seus fatores condicionantes e determinantes, nas populações humanas. A

epidemiologia um campo da ciência que trata dos vários fatores genéticos, sociais ou ambientais e condições derivadas de exposição microbiológica, tóxica, traumática, etc., que determinam a ocorrência e a distribuição de saúde, doença, incapacidade e morte entre os grupos de indivíduos (HARTMANN e al, 2021).

As DCNTs são responsáveis por aproximadamente 40 milhões de óbitos anuais no mundo, sendo que, a grande maioria ocorre nos países de baixa e média renda, afetando em grande escala a mortalidade prematura, abaixo de 70 anos de idade (VENANCIO et al, 2022). Apesar da diminuição das taxas de mortalidade padronizada, o cenário no Brasil não é diferente do verificado no resto do mundo, e as DCNTs representam cerca de 75% do total de óbitos ocorridos no país. Com destaque para os quatro grupos de causas de morte enfocados pela OMS: cardiovasculares; câncer; respiratórias crônicas; e diabetes (HARTMANN e al, 2021).

Em 2017, cerca de três em cada quatro mortes foram atribuídas às DCNTs, no Brasil. Por mais que essa mortalidade proporcional seja elevada, de 1990 a 2017, há uma redução de 35% nas mortes por DCNTs, no país. Já em 2019, 54,7% dos óbitos registrados no Brasil foram causados por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e 11,5% por agravos. Porém, estimativas nacionais de indicadores em Saúde podem esconder importantes desigualdades.

3.1.1 *Diabetes: aspectos epidemiológicos, diagnóstico e tratamento*

A Diabetes *Mellitus* é um problema de saúde pública, em rápido crescimento, com a prevalência estimada de 90-95% dos pacientes diabéticos tipo 2. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que o número de pessoas com DM no mundo irá aumentar de 171 milhões, no ano de 2000, para 380 milhões, em 2030. Nos países da América Central e do Sul, a prevalência de DM foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões no ano de 2030 (MACEDO et al, 2019). Nos dias atuais, está síndrome metabólica afeta mais de 463 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo o grupo mais afetado adultos entre 20 a 79 anos. Entretanto, nos últimos anos, há o aumento da doença em jovens e crianças, provavelmente devido, também, ao aumento da taxa de obesidade infantil (SANTOS et al, 2023).

Com consequência desses altos índices, os estudos de Malta et al (2022) apontam que, em 2019 a DM foi responsável por 2,74% (2,58%; 2,87%) do total de mortes no mundo e por 2,8% (2,5%; 3,1%) de anos de vida perdidos por morte ou incapacidade. Com isso, a DM se manteve como 5º principal causa de mortes no mundo. Diante do exposto, destaca-se a queda da expectativa de vida em cerca de 20 anos do paciente portador de DM, isso devido ao alto

risco de desenvolver comorbidades e complicações, como: a neuropatia, retinopatia, nefropatia, doença arterial periférica, acidente vascular cerebral e doença cardiovascular – que acarretam um impacto econômico no Sistema de Saúde de 327 bilhões (MACEDO et al, 2019).

Frente às diversas morbidades ocasionadas por essa síndrome metabólica, existem fatores de risco influenciáveis e não influenciáveis para o desenvolvimento. Dentro dos fatores não influenciáveis, encontram-se: a idade avançada – com maior prevalência de DM entre 65 e 74 anos –, sexo masculino (de acordo com a IDF, foram diagnosticados 17,1 milhões de homens a mais que mulheres), etnia asiática, histórico familiar positivo (ter pais com DM2 representa uma chance 40% maior de desenvolver a patologia) e histórico de Diabetes *Mellitus* Gestacional (DMG). Já os influenciáveis são: obesidade visceral (analisado pela circunferência abdominal > 94 cm para homens e > 80 cm para mulheres), sobrepeso (um total de 90% dos diabéticos apresentam excesso de peso), esteatose hepática, depressão, sono de baixa qualidade (como apneia obstrutiva do sono), sedentarismo (devido a correlação com o ganho de peso ou obesidade), tabagismo, alcoolismo (constatado o risco quando acima de 63 g/dia), drogas diabetogênicas, triglicérides ≥ 150 mg/dl, baixo colesterol HDL: homens <40 mg/dl; mulheres: <50 mg/dl, pressão arterial elevada $\geq 130/\geq 85$ mmHg e glicose plasmática em jejum ≥ 100 mg/dl (KHAN et al, 2019).

A incidência e a prevalência são variáveis que retratam diferentes regiões geográficas, em razão disso, o tratamento eficaz da diabetes torna-se um desafio já que 80% dos pacientes vivem em países de baixa e média renda, por exemplo, assim, refletindo o impasse no acesso a terapia adequada. O diagnóstico de DM pode ser feito com os seguintes exames: glicemia plasmática de jejum, Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG), hemoglobina glicada (A1c) e glicemia ao acaso. Para realizar o exame de glicemia plasmática de jejum é necessário que se tenha um período de 8 a 12 horas o resultado de ≥ 126 mg/dL ou 7,0 mmol/L indica DM. Quando a glicemia plasmática é igual ou maior que 140mg/dL, o teste é feito com especificidade alta, para o diagnóstico de DM (FERREIRA et al, 2022).

O teste oral de tolerância à glicose, no qual o paciente consome 75g de glicose diluído em uma solução após jejum de 8 a 12 horas, é feito com exame da glicose plasmática antes da ingestão da solução e após duas horas da ingestão; esse exame tem algumas contraindicações como em caso de doenças gastrointestinais com a reabsorção alterada e diagnóstico prévio de DM, resultados de ≥ 200 mg/dL ou 11,1 mmol/L indicam DM. O teste de hemoglobina glicada pode indicar hiperglicemia crônica, porém como é medida a glicose na proteína não é possível saber precisamente o nível de glicose no sangue. Portanto não é o exame mais indicado para diagnóstico, o valor $\geq 6,5\%$ ou 48mmol/mol indica DM. A glicemia ao acaso é utilizada penas

para pacientes com sintomas de hiperglicemia, para essas pessoas $\geq 200\text{mg/dl}$ ou $\geq 11.1\text{mmol/l}$ é a medida para diagnóstico de DM.

Alguns procedimentos são necessários para a precisão do diagnóstico, ou seja, é recomendável sempre considerar fatores clínicos e laboratoriais na interpretação dos resultados dos exames. O diagnóstico diferenciado entre Diabetes *Mellitus* tipo 1 (DM1) e Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2) deve ser considerado apenas clinicamente. Exames complementares só devem ser solicitados em casos de apresentações atípicas da doença. Apresentações estas que incluem: apresentação clínica insidiosa em crianças e adolescentes, especialmente com acantose nigricans, obesidade e disglucemia leve; apresentação abrupta em adultos, especialmente sem hiperglicemia prévia recente, sem fator desencadeante para hiperglicemia (como medicamentos hiperglicemiantes ou infecções), sem obesidade e/ou com história de autoimunidade pessoal ou familiar; necessidade de início de insulino terapia nos primeiros anos após o diagnóstico em adultos para controle glicêmico adequado; cetoacidose diabética ao diagnóstico em adultos, evoluindo subsequentemente com baixas doses de insulina, especialmente em associação com obesidade. Diante disso, o resultado positivo de autoanticorpos confirma o diagnóstico de DM1 (SANTOS et al, 2023).

O manejo bem-sucedido do DM1 está diretamente relacionado com o equilíbrio e controle glicêmico rigoroso. Sendo assim é realizado de imediato o tratamento com insulina, para prevenir a descompensação metabólica e a cetoacidose diabética. Deve-se dar preferência à esquemas de insulinização que mimetizam a secreção fisiológica de insulina (tratamento intensivo com insulina basal e prandial, com múltiplas aplicações ou infusão subcutânea contínua de insulina, em casos de não obtenção de controle efetivo com múltiplas aplicações), com o objetivo de evitar grandes variações glicêmicas e atingir metas de controle glicêmico estabelecidas para a faixa etária. Nos primeiros dias de diagnóstico, a família e o paciente começam a entender o processo da doença e são treinados para aferir as concentrações de glicose no sangue, administrar insulina, reconhecer e tratar a hipoglicemia e medir as concentrações de cetona no sangue ou na urina (FERREIRA et al, 2022).

Já o tratamento com pacientes portadores de DM2 é direcionado principalmente para o controle da glicemia por terapia farmacológica. No entanto, o controle e tratamento realizados com pessoas pré-diabéticas têm mostrado resultados positivos no que diz respeito à progressão da doença. As mudanças de hábitos e estilo de vida têm se mostrado promissora para evitar que a pré-diabetes se transforme em DM2. Além destes, outros fatores são consideráveis imprescindíveis para o desenvolvimento de DM, dentre eles, a redução de peso corporal, alívio de sintomas relacionados e evitar danos micro e macrovasculares.

Atualmente, existe uma gama de medicamentos antidiabéticos que atuam com mecanismos diferentes, divididos principalmente em quatro grupos, sendo eles:

- 1 - Biguanidas, como a metformina, que reduzem a gliconeogênese no fígado;
- 2 - Secretagogos de insulina, que estimulam o pâncreas a secretar insulina e incluem drogas como sulfoniluréias;
- 3 - Sensibilizadores de insulina que melhoram a sensibilidade dos tecidos periféricos e incluem tiazolidinedionas e;
- 4 - Insulina ou seus análogos, que fornecem insulina exogenamente na forma de insulina recombinante (SANTOS et al, 2023).

3.2 Políticas públicas para as DCNTS no Brasil

No Brasil, a obesidade torna-se objeto de políticas públicas nos últimos 15 anos, e o Ministério da Saúde, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), é o principal proponente de ações para se prevenir as DCNTs, seguindo a tendência internacional. Desde a década de 1990, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN, 1999), do Ministério da Saúde, define diretrizes para organizar as ações de prevenção e tratamento da obesidade no SUS, sendo revisada em 2012, abordando a temática de forma mais contundente. No ano seguinte, o Ministério da Saúde estabelece a linha de cuidado para obesidade como parte da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (DIAS et al, 2017).

Em 2006, no Brasil, é instituído o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) que organiza ações implementadas por diferentes ministérios, abrangendo desde a produção até o consumo de alimentos. O Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), as Conferências Nacionais e a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN) integram o SISAN (OLIVEIRA et al, 2022).

As ações propostas demandam uma articulação dentro do SUS e entre o conjunto de ministérios que integram o SISAN. O diálogo entre instituições com práticas distintas implica um processo político e decisório complexo, atravessado por múltiplos conflitos de interesses. Medidas que estimulem indivíduos a modificarem, por si só, as suas práticas alimentares e de atividade física podem ser mais facilmente adotadas pelos governos, pois se alinham aos interesses e às estratégias de marketing da indústria de alimentos. Por outro lado, medidas que visam às transformações nos “ambientes obesogênicos”, como a regulamentação da publicidade de alimentos, podem afetar os interesses comerciais. Ambas são igualmente importantes, mas sua operacionalização impõe desafios políticos e de gestão distintos (DIAS et al, 2017).

Também houve o incentivo ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável, ao lado de mensagens claras, como o Guia Alimentar para a População Brasileira, e parcerias, como a do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) no programa Bolsa Família. O Brasil também se destaca na regulamentação da rotulagem dos alimentos. Além disso, foram realizados acordos com a indústria para a redução do teor das gorduras trans e, recentemente, novos acordos voluntários de metas de redução de sal em 10% ao ano, em alimentos industrializados (CASTRO et al, 2020).

Além destes, nos últimos anos houve uma reorganização nas ações, com o intuito de estruturar e operacionalizar um sistema de vigilância específico as DCNTs, de modo a conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e seus fatores de risco e a apoiar as políticas públicas de promoção da saúde (MENDES, 2020). Em 2003, realiza-se o primeiro inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de agravos não transmissíveis, que constitui a linha de base do país no monitoramento dos principais fatores de risco.

Já em 2006, é implantado o VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), inquérito por telefone que, com 54 mil entrevistas anuais, investiga a frequência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas e morbidade referida em adultos (≥ 18 anos) residentes em domicílios com linha fixa de telefone nas capitais do Brasil (MENDES, 2020).

Em 2009, é realizada a I Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE), inquérito com cerca de 63 mil alunos do 9º ano das escolas públicas e privadas das capitais do Brasil e do Distrito Federal, em parceria entre o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e os Ministério da Saúde e da Educação, que acontecerá a cada três anos. O monitoramento da morbimortalidade em DCNTs – componente essencial para a vigilância –, é realizado por meio dos sistemas de informações do SUS e outros. Outras atividades nesse processo são as capacitações das equipes de Saúde em estados e municípios, com o estabelecimento de atividades e estratégias de prevenção, promoção e assistência e com a definição de indicadores para monitoramento e de metodologias apropriadas às realidades regionais e locais (SILVA et al, 2022).

O Ministério da Saúde lança, em 2011, o Programa Academia da Saúde, com o objetivo de fomentar a prática de atividade física, para promoção da saúde, com meta de expansão à 4 mil academias públicas até 2014. Também nesse mesmo ano, são realizadas consultas públicas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para ampliar as advertências nos maços de cigarro, o maior controle da propaganda nos pontos de venda e a proibição de aditivos de

sabor nos cigarros (MENDES, 2020). Também é feita a expansão da atenção farmacêutica e da distribuição gratuita de 11 medicamentos para hipertensão e diabetes.

Em março de 2011, o Programa Farmácia Popular passa a ofertar medicamentos gratuitos para hipertensão e diabetes em mais de 17.500 farmácias privadas credenciadas. Essa medida ampliou o acesso, sendo atendidos, até julho de 2011, 2,1 milhões de hipertensos e 788 mil diabéticos, representando um aumento de 194%, comparado com janeiro do mesmo ano (SILVA et al, 2022).

Também há o aumento na cobertura de exame preventivo de câncer de mama (mamografia) nos últimos dois anos de 46,1% (2003) para 54,2% (2008), em mulheres com idade entre 50 e 69 anos, e aumento na cobertura de exame preventivo para câncer do colo do útero nos últimos três anos de 73,1% (2003) para 78,4% (2008), entre mulheres com idade entre 25 e 64 anos, segundo a PNAD 2008 (IBGE, 2010). Ainda persistem desigualdades em relação à escolaridade e à região, que precisam ser superadas. A realização de mamografia nos últimos dois anos variou de 68,3% (mulheres com até 8 anos de estudo) a 87,9% (mulheres com 12 e mais anos de estudo), segundo o VIGITEL 2010 (MENDES, 2020).

No Brasil, o Ministério da Saúde elabora o Plano de Ações Estratégicas, entre os anos de 2011 e 2022, como um marco da orientação das ações que fazem frente ao perfil de morbidade e mortalidade do Brasil, direcionando para o alcance do objetivo de prevenção ao adoecimento e redução de mortes prematuras causadas por DCNTs, acompanhados via metas previstas no plano (SILVA et al, 2022).

Alinhado ao Plano Global da OMS, o Plano de Ações Estratégicas (2011-2022) se fundamenta em três principais eixos de atuação: a vigilância, informação, avaliação e monitoramento; a promoção de saúde; o cuidado integral; e está delimitado em objetivos de curto, médio e longo prazo, baseado nas pautas de ciência, gestão e na sociedade em geral. Nesse contexto, valorizam as ações populacionais de Promoção à Saúde, que extrapolam o setor de Saúde especificamente; e apresentam como vantagem o controle da incidência de DCNTs – o que é menos custoso e mais eficaz do que o tratamento – e as fortes evidências de alto custo-efetivas.

Por fim, recentemente é lançado o novo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil (2021-2030) – (Plano de Dant). Esse novo plano pretende conduzir a promoção da saúde em suas ações, fortalecer a agenda do enfrentamento as DCNTs, dos acidentes e das violências pelo país, tendo como o principal objetivo a prevenção dos fatores de risco das Dant, e para a promoção da saúde da população com vistas a extinguir desigualdades em saúde. Em seu escopo, cabem a

criação e o fortalecimento de políticas e programas intersetoriais, a estratégia de organização de serviços em rede, a construção de governança de processos, a produção de informações direcionadas à tomada de decisão baseada em evidências, o controle social e a inovação na gestão, na pesquisa e nos serviços de saúde (SILVA et al, 2022).

3.2.1 Políticas públicas de atenção ao paciente diabético

Com o aumento dos casos de pessoas diagnosticadas com DM, em março de 2001, o governo do estado de São Paulo promulga a Lei nº 10.782, que define as diretrizes para uma política de prevenção e atenção integral à saúde da pessoa com diabetes *mellitus*, no âmbito do SUS (ARGACHOFF, 2021).

Em 2002, o Ministério da Saúde, juntamente com as sociedades científicas, elaboram o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus*, com o objetivo de reduzir o número de internações, a procura pelo pronto-atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, os gastos com tratamento de complicações crônicas, aposentadorias precoces e mortalidade cardiovascular, de modo a promover melhoria da qualidade de vida da população (CASTRO et al, 2020).

Com base nos direitos advindos da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, sobre tudo o direito ao tratamento adequado e efetivo para o problema, e dos acordos entre as três esferas nacionais, em 29 de setembro de 2007; entra em vigor a Lei Federal nº 11.347/06 (LIMA, 2022). Essa dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos, materiais para aplicação de insulina e monitorização da glicemia capilar. Tal distribuição está condicionada ao cadastramento dos usuários em unidades de saúde da área de abrangência, e nos programas de educação em diabetes. Na lei em questão, estão garantidos os direitos dos usuários com DM a medicamentos, instrumentos para autoaplicação de insulina e automonitoração da glicemia capilar no domicílio (CASTRO et al, 2020).

Assim, as Secretarias de Saúde passam a disponibilizar gratuitamente glicosímetro, lancetas fitas reagentes e lancetas para usuários de insulina. Contudo, apesar dos esforços envidados, percebe-se que o esquema ideal de monitoração de glicemia para todos os usuários com diabetes ainda é impraticável do ponto de vista econômico, o que inviabiliza o fornecimento para todos os usuários, com DM, do SUS. Essa limitação é incompatível com as legislações nos âmbitos federal, estadual e municipal, que preconizam a atenção integral ao usuário com diabetes *mellitus*, bem como o direito a medicamentos e insumos necessários para o controle da doença (ARGACHOFF, 2021).

Faz-se necessário ressaltar que, mesmo depois da reforma sanitária que implanta o SUS, em 1990, a distribuição gratuita dos medicamentos aos usuários com diabetes *mellitus* acontece, de forma regulamentada em 2007 – ou seja, 17 anos após a proposição, demonstrando as inúmeras dificuldades ainda existentes para a real efetivação dos princípios e diretrizes preconizados (LIMA, 2022).

Reconhece-se que há avanço no que diz respeito à criação de leis e normas que assegurem o acesso do usuário aos serviços de saúde. Por outro lado, a operacionalização das leis ainda esbarra na falta de mecanismos que sensibilizem os gestores e profissionais de saúde em relação às suas responsabilidades e conscientizem a população sobre os direitos que lhe são assegurados por lei (CASTRO et al, 2020).

3.3 O enfrentamento de Diabetes na APS

A diabetes é considerada um dos principais problemas mundiais de Saúde Pública, em razão de sua alta taxa de morbimortalidade e pelo elevado custo para o controle metabólico, bem como para o tratamento de suas complicações microvasculares (SANTOS et al, 2023).

Para a sua prevenção e controle, são necessárias ações conjuntas entre os serviços de saúde, dos profissionais que neles atuam e dos familiares, visando auxiliar os portadores na mudança de seu estilo de vida, incluindo uma alimentação fracionada e balanceada, o controle do peso, a cessação do tabagismo e a prática regular de atividade física. De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, recomenda-se a atividade física, pelo menos, 150 minutos, por semana, de intensidade moderada, com vistas a prevenir as complicações advindas da doença (SILVA et, 2023).

O Ministério da Saúde conceitua a Educação em Saúde como o diálogo entre profissionais e pacientes, permitindo a construção de saberes e aumentando a autonomia dos indivíduos em seu cuidado. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o ponto de atenção de maior complexidade no SUS, por se basear em tecnologias cognitivas dirigidas para a promoção da saúde e da prevenção de doenças. É o ponto mais indicado para a prática educativa (CASTRO et al, 2020). A abordagem deve se fundamentar numa visão totalizante do indivíduo, o compreendendo como ser biopsicossocial, para que se possa ir além da patologia e de seus sofrimentos, procurando trabalhar suas necessidades mais abrangentes.

Nesse sentido, o Atendimento em Saúde deve incluir atividades de cunho educativo e, também, de suporte em apoio à população no enfrentamento dos desafios inerentes ao tratamento do DM. Assim, habilidades avançadas de comunicação, técnicas de mudança de

comportamento, educação do paciente e habilidades de aconselhamento, são necessárias para auxiliar os pacientes com problemas crônicos. A DM tem repercussões emocionais, que vão desde a obtenção do diagnóstico, onde o paciente tem que lidar com a aceitação de sua nova condição de saúde, até os diversos cuidados que deve tomar para conter a doença (SOUZA, 2018).

Entretanto, o que se verifica com frequência nos serviços de Saúde, e na literatura científica, é a baixa adesão por parte desses pacientes a esta prática. O que se constata é que os indivíduos apresentam a intenção de realizar a atividade física, entretanto, falham na implementação deste comportamento. Isso tem sido descrito como uma lacuna na relação entre a intenção e o comportamento propriamente dito, sinalizando a necessidade do desenvolvimento de estratégias e intervenções mais efetivas, no sentido de conduzir o indivíduo à assumir uma atitude mais proativa, gerando mudanças em seu estilo de vida – com consequente impacto clínico (SILVA et, 2023).

Existem também outros fatores que podem facilitar ou dificultar a adesão ao tratamento e enfrentamento relacionado à DM: o apoio familiar, de grupos de convivência e de profissionais de saúde, são fatores que influenciam positivamente, principalmente, os pacientes idosos. Contudo, as complicações e a presença de outras comorbidades, os efeitos colaterais dos medicamentos e a sua não disponibilização contínua, no SUS, tem sido fatores negativos nesse processo de enfrentamento da doença por esse grupo em específico (SOUZA, 2018).

A vida com diabetes *mellitus* tem sido descrita como uma adaptação dinâmica de transição pessoal, baseada na reestruturação da experiência percebida da doença e na gestão de si mesmo. A idade avançada é associada às maiores perdas em decorrência do DM, e de pior ajustamento psicológico, aonde as comorbidades apresentam um importante papel nesta relação (SANTOS et al, 2023).

Portanto, a conformidade em relação à convivência com DM é apoiada pela autorresponsabilidade, e impulsionada pela reflexão sobre experiência, curiosidade e desejo de compreender e influenciar a vida diária e os processos de adoecimento (SOUZA, 2018).

4 O ATENDIMENTO AO PACIENTE DIABÉTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERFIL E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) se institui pela Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, com a finalidade de estimular a ampliação do acesso e melhorar a qualidade da Atenção Básica (AB) no país; e estrutura-se em quatro fases distintas, sendo elas: adesão e contratualização; o desenvolvimento; avaliação externa e recontratualização (MORI, 2019).

Na literatura especializada, há uma diversidade de abordagens para a avaliação, no entanto, cada uma é considerada de forma particular, pois a escolha da abordagem, dimensões e atributos está relacionada diretamente com a posição que cada autor ocupa no espaço social, sendo influenciado pela sua formação intelectual e trajetória social, exigindo que o pesquisador use a criatividade na definição do foco à avaliação (LEANDRO, 2018).

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

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

Dessa maneira, reconhece-se que a avaliação possibilita a identificação de problemas, a reorientação das estratégias desenvolvidas e a organização dos serviços. No setor Saúde, configura-se uma ferramenta necessária para direcionar e aperfeiçoar as ações do SUS. Ressalta-se que a avaliação deve ser um processo dinâmico, permanente, sistemático e articulado às ações implementadas (VIEIRA et al, 2021).

Nesse sentido, a avaliação, como processo de conhecimento, tem o objetivo de apontar caminhos e apresentar agenda positiva para qualificar o cuidado da saúde. No processo de avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS), incluem-se perfil dos profissionais, trabalho em equipe e atributos da APS – como integralidade e acesso ao primeiro contato. No desfecho da avaliação, também consta o elemento satisfação, tanto dos profissionais de saúde quanto dos usuários.

Sendo assim, a perspectiva de envolvimento da comunidade no processo de avaliação vem ganhando espaço desde a década de 1990, pois considera a avaliação para além da atividade técnica: a prática emancipatória, em que a produção da avaliação, bem como a proposta das abordagens metodológicas a serem utilizadas são construídas com o envolvimento de diferentes olhares – os especialistas, os cidadãos, os grupos marginalizados – e as decisões a partir disso (LEANDRO, 2018).

O Ministério de Saúde do Brasil enfatiza o papel de importância da equipe multiprofissional e interdisciplinar, no tratamento de DM, e na prevenção de complicações crônicas. Este órgão estatal preconiza, dentre as ações da equipe, que se desenvolva a Promoção da Saúde, por meio de estratégias educativas voltadas para as mudanças, no estilo de vida, e na correção dos fatores de riscos relacionados às ações de autocuidado em Saúde (SAMPAIO, 2023). Também tem priorizado a execução da gestão pública, com base em ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados, dada a importância para tomada de decisão e melhoria na qualidade dos serviços de Saúde ofertados à população (VIEIRA et al, 2021).

Em face disso, a DM tipo 2 é considerada a doença que atinge a maior parte da população, sendo a doença crônica mais comum entre a população em geral – respondendo por 90% dos casos. Assim, devido às altas taxas de internações e incapacidade física por complicações macrovasculares e microvasculares, a DM2 é uma das doenças que mais demandam serviços de Saúde, o que faz com que os sistemas de todos os países fiquem sobrecarregados – independentemente do nível de desenvolvimento econômico. Desta forma, o principal objetivo da APS é controlar a glicemia sanguínea em pacientes DM2, reduzir a incidência e a morbimortalidade de complicações cardiovasculares, bem como melhorar a qualidade de vida, estimular e motivar os pacientes ao autocuidado (GUERRA et al, 2021).

Contudo, o cuidado às pessoas com DM é, também, um grande desafio para APS, uma vez que está relacionado às condições multifatoriais, com determinantes biológicos e socioculturais. Os profissionais atuantes na ESF devem considerar a importância do manejo adequado deste agravo – em virtude do aumento na prevalência de DM e, posteriormente, a complicação microvascular mais frequente –, destacando a importância de conhecer suas principais manifestações clínicas, os métodos de investigação disponíveis e o tratamento proposto, a fim de proporcionar um diagnóstico precoce com possibilidades de prevenção de progressão da doença e suas complicações (PIRES et al, 2022).

Nesse caminho, sabe-se que existem muitas complicações sérias e onerosas, que afetam as pessoas com DM, como doenças cardíacas, problemas renais, cegueira e complicação nos

pés – popularmente conhecido como “pé diabético”. Dados apontam que, o pé diabético é responsável por 40% a 70% dos casos de todas as amputações de membros inferiores e, aproximadamente, 85% de todas as úlceras nos pés ocorrem antes da amputação diabética. Nesse sentido, a identificação de fatores de riscos, sinais de acometimento de órgão-alvo, sintomas de hiperglicemia ou hipoglicemia; a forma como os pacientes percebem a própria doença e como aderem ao tratamento; afeta diretamente o monitoramento domiciliar da glicose (GUERRA et al, 2021).

Além disso, para alcançar a continuidade e as melhorias no tratamento de DM, alguns fatores devem ser levados em consideração, como: o acesso ao tratamento, fortalecimento do vínculo entre usuários e profissionais de saúde, acompanhamento e assistência multiprofissional adequada, como também a satisfação do usuário quanto aos serviços ofertados nesse nível de atenção – o que pode influenciar os hábitos adotados no processo saúde-doença, de forma positiva ou negativa (LUCENA et al, 2021). Dessa maneira, avaliar os serviços prestados às pessoas com DM, nesse nível de atenção, e a satisfação das pessoas com DM, representa um grande indicador de resultados – os quais podem facilitar a avaliação da qualidade da assistência oferecida à população.

Entretanto, a satisfação do paciente em relação ao serviço de Saúde ainda é pouco investigada, e há muitas barreiras comunicacionais ligadas aos profissionais. Como é descrita na literatura, a importância da satisfação do usuário tem papel fundamental na adesão e no bom resultado do tratamento de pacientes com diabetes; pacientes satisfeitos com seu tratamento tendem a aderir mais às indicações medicamentosas e alcançar melhor controle glicêmico (MORAES, 2020). Considerando que, o resultado do cuidado depende da efetiva participação de seus usuários, é imprescindível que estes também sejam considerados no processo avaliativo, já que a satisfação com o serviço interfere, também – além da adesão ao tratamento – na criação de vínculos, na horizontalidade do cuidado e na adequação do uso de recursos assistenciais (SAES e FACCHINI, 2019).

Sendo assim, a satisfação está diretamente relacionada aos termos “expectativas” e “percepção” que os usuários tem do serviço recebido. Por conta disso, vem sendo considerada como importante indicador de avaliação dos serviços, podendo ser utilizada na orientação de medidas corretivas, por meio da identificação de pontos críticos a serem melhorados (CASTRO e KNAUTH, 2021). Estudos evidenciam que, esse *feedback* pode contribuir para a elaboração de cuidados mais assertivos, bem como para a reformulação dos processos de trabalhos de equipes. Acredita-se que compreender tais aspectos tem potencial para auxiliar a melhoria das condutas terapêuticas destinadas aos idosos diabéticos, pois tais reflexões aproximam os

serviços de saúde e a expectativa à satisfação daqueles que os recebem (CARVALHO et al, 2023).

Estudos realizados na APS referem uma prevalência de satisfação dos usuários em torno de 50%, na Espanha e Finlândia, enquanto, no Brasil, em torno de 70%. Entretanto investigações brasileiras sinalizam a insatisfação dos usuários com os horários de atendimento, o agendamento de consultas, a organização do serviço, a deficiência na estrutura e os encaminhamentos às especialidades. Além disso, na comparação com usuários de países da América Latina e Caribe, observa-se que os brasileiros estão entre os mais insatisfeitos com o desempenho da Saúde e com a qualidade do cuidado recebido (SAES; FACCHINI, 2019).

Outra pesquisa realizada na cidade de Recife (PE), aponta o descontentamento dos usuários com os serviços ofertados pela APS. No qual se destaca a organização dos serviços relacionados aos dias e horários de atendimento, em que os usuários precisam chegar muito cedo à unidade, pernoitar ou madrugar, e esperar horas para conseguir acesso à ficha de atendimento; a falta de atendimento no turno da noite e nos finais de semana e a forma de agendamento de consultas, pois os dias são limitados (SAMPAIO, 2023).

Perante os dados relacionados à insatisfação dos usuários, o Ministério da Saúde tem priorizado a execução da gestão pública, com base em ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados, dada a importância para tomada de decisão e melhoria da qualidade dos serviços de Saúde ofertados à população. Isso promove um amplo processo de mobilização de trabalhadores, gestores e usuários, e objetiva trazer mudanças positivas no processo de trabalho, por meio de um ciclo de (auto) avaliação em várias dimensões (VIEIRA et al, 2021).

Sendo assim, a base de dados gerada pelo PMAQ-AB, para a avaliação da Atenção Básica (AB), representa uma oportunidade de conhecer os aspectos da organização e do processo de assistência prestada do ponto de vista dos usuários, principalmente os DM; e, mediante a experiência de uso, as condições de acessibilidade, a utilização de serviços de saúde e sua percepção dos serviços recebidos.

4.1 Perfil epidemiológico dos pacientes diabéticos atendidos na APS de Janiópolis (PR) – 2023

Para esta finalidade, foram entrevistados 75 usuários diabéticos da Unidade Básica de Saúde de Janiópolis, que foram questionados, por meio de perguntas em relação ao perfil sociodemográfico. A faixa etária dos participantes com maior concentração está entre 53 e 80 anos, com idade média de 60 anos. Quanto às características sociodemográficas, variáveis

clínicas e hábitos de vida predominavam: sexo feminino – 82,67% (n = 62/75); católicos – 82,67% (n = 62/75); ensino fundamental completo – 62,67% (n = 47/75); casados (as) – 61,33% (n = 46/75); pardas – 52% (n = 39/75); não trabalham fora do ambiente doméstico – 81,33% (n = 61/75); não praticam atividade física – 85,33% (n = 64/75); não fumam – 78,67% (n = 59/75); não fazem o uso de bebida alcoólica – 94,67% (n = 71/75); possuem histórico clínico familiar – 76% (n = 57/75); fazem o uso de medicamentos de uso contínuo – 97,33% (n = 73/75); e com o tempo de diagnóstico de 5 a 8 anos – 30,67% (n= 23/75), conforme a tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição de frequência das características sociodemográficas e de hábitos de moradores diabéticos (n = 75) residentes em Janiópolis (PR), 2023.

Variável	Frequência absoluta N	%
Idade		
De 32 a 38	4	5,33
De 39 a 45	10	13,33
De 46 a 52	7	9,33
De 53 a 59	12	16,00
De 60 a 66	13	17,33
De 67 a 73	12	16,00
De 74 a 80	12	16,00
De 81 a 87	3	4,00
Em branco	2	2,67
Sexo		
Feminino	62	82,67
Masculino	13	17,33
Religião		
Católico	62	82,67
Evangélico	12	16,00
Testemunha de Jeová	1	1,33
Escolaridade		
Nenhum	19	25,33
Fundamental completo	47	62,67
Ensino médio completo	7	9,33
Ensino superior completo	2	2,67
Estado civil		
Solteiro(a)	9	12,00
Casado(a)	46	61,33
Divorciado(a)	7	9,33

Viúvo(a)	13	17,33
Cor/Raça		
Branca	29	38,67
Negra	7	9,33
Parda	39	52,00
Trabalha fora		
Sim	14	18,67
Não	61	81,33
Prática de atividade física		
Sim	11	14,67
Não	64	85,33
Tabagismo		
Sim	16	21,33
Não	59	78,67
Etilismo		
Sim	4	5,33
Não	71	94,67
Histórico clínico familiar de DM		
Sim	57	76,00
Não	18	24,00
Medicamentos de uso contínuo		
Sim	73	97,33
Não	2	2,67
Tempo de diagnóstico		
De 4 a 6 meses	2	2,67
De 1 a 4 anos	19	25,33
De 5 a 8 anos	23	30,67
De 9 a 12 anos	11	14,67
De 13 a 16 anos	7	9,33
De 17 a 20 anos	9	12,00
De 21 a 30 anos	4	5,33

Fonte: dados de pesquisa, 2023.

A Vigilância de Fatores de Risco e Proteção às Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) realizada em 2019, estima que, no Brasil, a frequência de indivíduos com DM é maior entre as mulheres (7,8%) do que entre os homens (7,1%) (GUIMARÃES, 2019). De forma semelhante nos estudos de Salin et al (2019), observa-se também um predomínio do sexo feminino, com 62% do total da amostra – ato que pode estar relacionado à

cultura brasileira, a procura das mulheres por atendimento de prevenção e, predominante, no que diz respeito à saúde.

O público masculino, descrito como “provedor” – se relacionado ao trabalho e à família e “dominador” – pois detém o poder nas relações de gênero –, deixa em segundo plano os cuidados básicos. Acrescenta, ainda, que, o modelo de masculinidade ideal representa a imagem de homens “ativos e fortes”, o que traz ao grupo uma visão de não vulnerabilidade, reduz a procura por serviços preventivos, aumenta a mortalidade, e impede que estes se sintam acolhidos nos serviços de Saúde.

Já a distribuição de pessoas entrevistadas está entre 32 e 87 anos, com predominância entre 60 a 66 anos (17,33%). Entretanto, duas pessoas não respondem a respeito de suas idades. De acordo com Guimarães et al (2019), o diagnóstico de diabetes é mais comum na população idosa, alcançando menos de 1% dos indivíduos entre 18 e 29 anos e mais de 10% dos indivíduos com 60 anos ou mais. Entretanto, por se tratar de uma condição crônica, sabe-se que a prevalência de diabetes aumenta com o avanço da idade, o que representa um incremento da prevalência de 6,4 vezes da faixa etária de 30 a 59 anos, para a de 60 a 69 anos.

Segundo o estudo de Salin et al (2019), a diabetes *mellitus* acomete majoritariamente a população na faixa etária de 40 a 60 anos, por vários motivos, que vão desde as alterações no metabolismo durante o envelhecimento até fatores ambientais como sedentarismo e dietas ricas em carboidratos simples e com alto teor de lipídeos. Sendo assim, é relevante a necessidade de formar hábitos saudáveis desde cedo e, desta forma, prevenir o desenvolvimento de futuras patologias.

No que diz respeito à caracterização quanto à ocupação e estado civil, há o predomínio de pessoas que declaram viver acompanhadas, corroborando com resultados encontrados em outros estudos. Neste contexto, autores destacam a importância que figura do companheiro pode ter para a contribuição de um ambiente de apoio, potencialmente influenciando em atitudes psicológicas e comportamentos em relação à diabetes (GUIMARÃES et al, 2019). Além disso, a presença do parceiro pode ser condição importante no manejo da doença, por parte de indivíduos diabéticos, uma vez que pode incentivar o paciente a aderir ao tratamento, para conter hábitos não saudáveis e adotar estilos de vida favoráveis (SALIN et al, 2019).

Quanto ao grau de escolaridade: 9,33% concluintes do ensino médio, 62,67% possuem o ensino fundamental completo, 25,33% são analfabetos, e a menor parcela se destina aos que possuem ensino superior completo, sendo 2,67%. De acordo com um estudo similar, por meio de uma amostra de 69 indivíduos diabéticos – sendo 43 (62,3 %) do gênero feminino e 26 (37,7%) do masculino –, o nível de escolaridade, majoritariamente, é representado pelo ensino

fundamental incompleto (46,3%) e, em menor índice, o superior completo (8,7%) – o que evidencia a semelhança entre a condição de gênero e a de escolaridade. Fato é que, há maior número de mulheres diagnosticadas com a doença, e isso pode ter relação com a conscientização e o ato preventivo de buscar auxílio, com profissionais de Saúde, ao contrário do gênero masculino, que acaba sempre buscando a ação curativa e não preventiva. Quanto ao grau de escolaridade, os resultados podem ter relação com ação de autocuidado. Por conta disso, quanto menor o nível de educação, menor é o acesso à informação a cuidados de saúde e maior é a dificuldade de entendimento e aprendizagem. Além disso, os fatores biopsicossocial, idade e acesso às unidades básicas de saúde podem limitar esse processo de disseminação de informações (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2019).

Este resultado corrobora com estudos que, ao longo do tempo, demonstram que a maioria dos casos de diabetes tem sido identificados entre analfabetos ou pessoas com baixo grau de escolaridade. Embora o desenvolvimento de diabetes não dependa exclusivamente de escolaridade – podendo acometer pessoas de todos os níveis escolares e socioeconômicos –, o baixo nível pode limitar o entendimento de informações de saúde importantes, comprometendo a compreensão do mecanismo de ação de diabetes, bem como das formas de contenção e prevenção de complicações. Dessa forma, é relevante conhecer o grau de instrução das pessoas acometidas, para planejar estratégias educativas que favoreçam a melhor convivência com a doença, especialmente para pessoas com baixo ou nenhum nível de instrução (GUIMARÃES et al, 2019).

Assim sendo, o grau de escolaridade é um fator facilitador de risco para o desenvolvimento de doenças ou condições crônicas, problema que pode ser considerado pela equipe e gestores atuantes na Unidade de Saúde da Família, pelo número preocupante de baixa escolaridade – ou seja, pessoas que podem estar mais predispostas a adoecer (SALIN et al, 2019). Também vale ressaltar que, em gerações anteriores encontraram muitas dificuldades de acesso à Educação, o que também pode justificar o baixo nível escolar de idosos. Portanto, é fundamental que os profissionais de Saúde sejam sensíveis e didáticos em orientações oferecidas sobre a doença e o tratamento à essa população (BRITO et al, 2019).

Também se observa que 81,33% não trabalham fora, na maioria das vezes, por se dedicarem exclusivamente ao serviço doméstico e/ou serem aposentados (as). O autor Guimarães et al (2019) corrobora com essa ideia, por meio de seu estudo quanto à ocupação: a maioria inativa encontrada na amostra pode corresponder à feminina, que se dedica às atividades domésticas, bem como aos aposentados, representados pela parcela idosa. Dessa forma, é importante considerar os possíveis efeitos da inatividade laboral nas atitudes

psicológicas, que podem potencializar o sentimento de improdutividade e exclusão de um contexto social, somando à impotência, apreensão e desesperança relacionadas à convivência com a diabetes.

Com relação a alguns hábitos, 85,33% afirmam não praticar atividade física. Estudos anteriores destacam a adesão negativa em relação à prática de exercícios físicos, corroborando com os dados deste estudo. Como, por exemplo o estudo de Calixto et al (2021), ao avaliar pacientes diabéticos, ressalta que 65% desses pacientes não praticam nenhum tipo de atividade física desde os últimos 7 anos, sendo que, apenas 20% desse grupo realiza algum tipo de exercícios físicos. Também, em outro estudo semelhante realizado com pacientes diabéticos, a prática de atividade física figura somente 28% (n=28/100) dos entrevistados (BRUM et al, 2022).

Nesse caminho, a atividade física regular, com exercícios aeróbios e anaeróbios, está associada a benefícios significativos para a saúde desses pacientes, como a melhoria em aptidões cardiorrespiratórias, no controle glicêmico e na redução do uso da insulina, também na função endotelial, na composição corporal e na qualidade de vida (CALIXTO et al, 2021). A atividade física estimula o organismo no gasto energético, incitando a produção e o uso de insulina na quebra de glicose, para posterior gasto de energia pelo organismo. Dessa maneira, o exercício físico não só reduz a glicose momentânea como também auxilia o organismo a reduzir possíveis problemas cardiovasculares, que está relacionado à DM tipo II (BRUM et al, 2022).

Ainda, de acordo com BRUM et al (2022), por meio de um estudo na cidade de Blumenau-SC, no qual participam 33 pessoas diabéticas – com faixa etária entre 45 e 75 anos, e dez semanas de atividades físicas – divididas em 4 sessões, de 60 minutos cada, observa-se a diminuição da glicemia e a redução significativa do Índice de Massa Corporal (IMC) dos participantes diabéticos – evidenciando a importância de programas de exercício físico regular. Nesse sentido, o indivíduo com DM tipo II tem sua glicemia diminuída pelo efeito agudo e prolongado do exercício físico.

Em relação ao uso de drogas lícitas, há o predomínio de não fumantes e de baixo consumo de bebidas alcoólicas, sendo, respectivamente, 78,67% e 94,67%. Tais achados também são evidenciados por Ramos et al (2020), em que os participantes, em sua maioria, relatam não fazer o uso de bebidas alcoólicas e de tabaco. Para Brum et al (2022), é possível afirmar que as mulheres se envolvem menos com o alcoolismo e tabagismo do que os homens, pela preocupação com os malefícios para o corpo. Por conta disso, mantém hábitos alimentares

mais adequados, reduzindo perigos cardiovasculares e dislipidêmicos, fato que destaca os resultados alcançados.

Por serem compreendidas como drogas lícitas, os usos são consideráveis, desde que frequência não seja exacerbada, pois se transformam em fatores de risco, não apenas para a diabetes, como também para outras doenças e agravos não transmissíveis – como por exemplo: cirrose, câncer, acidentes entre outros (SALIN et al, 2019). Também, dentro de outro grupo estudado, existe a minoria que ainda faz o uso dessas drogas. Pertinente ao tabagismo, esse índice ainda se dá, principalmente, pela falta de conhecimento das pessoas sobre os riscos que o tabaco oferece à predisposição da DM. Estudos destacam que o cigarro aumenta a concentração de gordura a nível abdominal, reduz a sensibilidade insulínica e eleva, demasiadamente, a concentração glicêmica – após a realização de um teste oral de tolerância à glicose (RAMOS et al, 2020).

Sobre a diabetes, 76% dos entrevistados afirmaram ter histórico familiar, 97,33% utilizam medicamento contínuo para diabetes e, 30,67% recebem o diagnóstico de diabetes entre 5 e 8 anos anteriores. Num estudo semelhante, também se observa a predominância superior a 5 anos de diagnóstico, indicando uma amostra com maiores chances de desenvolver complicações de diabetes. Cabe ressaltar que, o diagnóstico é realizado de forma tardia, quando a pessoa já apresenta algum tipo de complicação. Dessa forma, pode-se considerar que, na amostra, o tempo de diabetes deve ser superior àquele autodeclarado (GUIMARÃES et al, 2019).

Com os estudos de Salin et al (2019), é possível perceber que, a maioria das pessoas diagnosticada com DM relatam ter algum membro da família portador da doença, sendo 82% dos entrevistados. Nesse sentido, estudos evidenciam que, indivíduos com história familiar de DM2 têm entre 5 a 10 vezes mais chances de desenvolver a doença, se comparado aos indivíduos com iguais fatores de risco, mas sem história familiar. A DM2 se revela altamente prevalente em algumas famílias, mesmo depois de ajustado o risco a outros fatores causais da DM2, e como tal, a história familiar de DM2 se assume como um fator de risco independente, para o desenvolvimento da doença. O aumento desses riscos se justifica, quer pelo componente genético propriamente dito, quer pelo componente ambiental que as famílias partilham: estilo de vida, padrão alimentar, atividade física. Os companheiros de portadores de DM2 também acabam tendo maiores chances, por partilharem esses fatores de risco (CHAMBEL e SANTOS, 2020).

Nesse caminho, o presente estudo busca traçar o perfil sociodemográfico de indivíduos diagnosticados com diabetes *mellitus*, no município de Janiópolis (PR) e, dessa forma,

subsidiar, em conjunto com outras informações, o planejamento de políticas e estratégias relacionadas à prevenção da patologia e à promoção de saúde na população. Os resultados apontam e corroboram com a literatura: o nível de escolaridade dos pacientes atendidos, nas Unidades Básicas de Saúde, do município de Janiópolis, é baixo e, por isso, é importante desenvolver estratégias de estímulo ao autoconhecimento da doença neste público, favorecendo uma maior adesão aos instrumentos de manutenção da saúde na população.

Com relação aos medicamentos em uso, é possível observar que apenas duas pessoas não fazem o uso de medicamentos para o controle de DM – controlam a diabetes por meio da alimentação. Já os que fazem uso de medicação contínua têm um percentual de 97,33% (n = 73/75), pode-se observar que 80,82% (n = 59/100) fazem o uso de metformina; 26,03% (n = 19/75) de insulinas; 12,33% (n = 9/75) de glibenclamida; 4,11% (n = 3/75) de glicazida; e 8,22% (n = 6 = 75) fazem uso de dapaglifozina. A tabela a seguir descreve os medicamentos antidiabéticos mais utilizados pelos pacientes.

Tabela 2 – Medicamentos antidiabéticos mais utilizados pelos pacientes da pesquisa (n = 73).
Janiópolis (PR), 2023.

Classe terapêutica	Medicamentos	Frequência absoluta N	%
Biguanidas	Metformina	59	80,82
Insulinas	Insulina	19	26,03
Sulfonirueias	Glibenclamida	9	12,33
	Glicazida	3	4,11
Dapaglifozina	Inibidores de SGLT2	6	8,22

Fonte: dados de pesquisa, 2023.

Os medicamentos, fazem parte de medidas que visam a normoglicêmica de pacientes diagnosticados com DM – tipo I e II. A escolha do medicamento deve estar pautada no tipo de DM, no estado geral, na idade, se há obesidade e outras comorbidades, valores das glicemias em jejum – pós-prandial e HbA1c –, na eficácia do medicamento; no risco de hipoglicemia; em possíveis interações com outros medicamentos e reações adversas; em contraindicações; no custo do medicamento; e na preferência do paciente (CHAVES, 2020).

Num estudo realizado, em 2008 e 2009, com 1.517 idosos residentes no município de Campinas (SP), com o objetivo de estudar o perfil farmacoterapêutico, é observado que os medicamentos de usos orais metformina (34,73%) e glibenclamida (22,54%) são os mais prescritos, o que também corrobora com os dados encontrados no presente estudo (BRUM et al, 2022). Outros estudos também evidenciam que, os medicamentos mais utilizados para

tratamento de DM são as biguanidas, sulfonilureias e insulinas – pois estão em concordância com o algoritmo terapêutico recomendado pela Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes. Em geral, os antidiabéticos orais constituem a primeira escolha para o tratamento do DM tipo 2, que acomete a grande maioria das pessoas, visto que reduzem as complicações advindas da doença, pois apresentam boa aceitação, simplicidade de prescrição e têm menor interferência no peso corporal (CHAVES, 2020).

O DM tipo 2 pode exigir, em alguns casos, associação com uso de insulina. Importante ressaltar que, o tratamento não farmacológico é imprescindível e inclui mudanças de hábitos de vida. Conforme a Diretriz da Sociedade Brasileira do Diabetes (2019-2020), o medicamento de primeira escolha, por ser considerado seguro, é a metformina, da classe das Biguanidas, o que explica o maior uso dos medicamentos pelos pacientes desta pesquisa. A metformina pode ter sua posologia organizada conforme a necessidade do paciente (BRUM et al, 2022).

Ainda em relação aos medicamentos, a glibenclamida apresentou uma porcentagem de 12,33% de resultado, para Santos et al (2020), a glibenclamida é um dos medicamentos mais utilizados pelos idosos diabéticos. Porém, segundo os Critérios de Beers, é um medicamento potencialmente inapropriado para idosos, pois a glibenclamida faz parte do grupo terapêutico das sulfonilureias, de primeira geração. Esse grupo terapêutico tem como riscos hipoglicemia e hiponatremia, portanto, é interessante escolher sulfonilureias, de terceira geração.

No Programa Farmácia Popular do Brasil – ou “Aqui tem Farmácia Popular” –, o qual distribui gratuitamente os medicamentos para algumas DCNTs, dentre elas, o DM; a glibenclamida faz parte da relação – o que é fator determinante para a elevada prescrição (BRUM et al, 2022). Outro fato, que justifica a prescrição, refere-se à evolução da doença e o tempo prolongado de uso de um primeiro medicamento, sendo necessária uma segunda linha de tratamento farmacológico. Em média, 50% das pessoas que atingem o controle glicêmico, com monoterapia, requerem a associação de outro medicamento, após dois anos de tratamento. Nesse caso, o segundo hipoglicemiante oral, de eleição, para associação, com metformina, é da classe das sulfonilureias, que aumenta a secreção de insulina, sendo a glibenclamida comumente prescrita e disponibilizada pelo SUS, assim como a gliclazida (SANTOS et al, 2020).

As insulinas também possuem elevadas prescrições aos pacientes do presente estudo. Conforme a Diretriz da Sociedade Brasileira do Diabetes (2019-2020), as insulinas são muito utilizadas principalmente nos DM tipo I, pelo fato desses não produzirem insulina; mas também é utilizada, em último plano, no DM tipo II, quando os medicamentos orais não são suficientes.

Normalmente, isso acontece quando o paciente não se preocupa com seus hábitos diários, tornando a sua saúde mais precária (BRUM et al, 2022).

Já a dapaglifozina, é um medicamento altamente potente para o controle da glicemia, pois o seu mecanismo de ação faz com que a dapaglifozina aumente a quantidade de glicose excretada na urina, assim, melhorando tanto o jejum quanto o pós prandial – níveis de glicose plasmática em pacientes com DM2. Entretanto o medicamento é de alto custo, e não faz parte da Farmácia Popular, fazendo com que diminuam as prescrições e a adesão dos pacientes (DHILLON, 2019).

4.2 Qualidade da APS ofertada a pacientes diabéticos: a perspectiva do usuário

O escore médio de Atenção Primária à Saúde (APS), em geral, apresenta-se alto (7,99), ou seja, de modo geral, a UBS de Janiópolis tem uma boa avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde, pelos seus usuários que tem diabetes. A tabela 4 apresenta os escores médios dos atributos avaliados, e dos escores *essencial* e *geral* de APS; apresenta, também, a frequência e a proporção do alto escore ($\geq 6,6$), na avaliação dos usuários.

O atributo que apresenta maior escore médio de APS é o de Acesso de Primeiro Contato – utilização (9,11; IC= (8,86; 9,37). Ainda, observando a proporção de alto escore, pode-se verificar que este atributo tem o maior número de frequência (74). Já o atributo que apresenta menor escore médio de APS é o de orientação familiar (6,89; IC = (6,33; 7,44), que aponta a fragilidade da UBS, um ponto que necessita maior atenção, que demonstra a necessidade de mais envolvimento na hora de indicação de tratamento ou, até mesmo, de investigar se existe histórico da doença na família.

O escore *essencial*, que é o cálculo da média dos escores dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (Grau de afiliação; Acesso de Primeiro Contato – utilização; Acesso de Primeiro Contato – acessibilidade; Longitudinalidade; Coordenação do Cuidado - integração de cuidados; Coordenação do Cuidado - sistema de informações; Integralidade - serviços disponíveis; Integralidade - serviços prestados), e o escore *geral* que é o cálculo da média dos atributos essenciais acrescido dos atributos derivados (Orientação familiar; Orientação comunitária); estão com valores considerados de alto escore, e próximos. Mas, ainda pode indicar que os atributos derivados precisam de mais atenção pelo fato de quando serem acrescentados, ocorrer a redução no valor do escore. A tabela abaixo apresenta os escores supracitados.

Tabela 3: Escores médios dos atributos e dos escores essenciais e gerais do PCATool-Brasil, de Atenção Primária à Saúde, frequência de alto escore na avaliação dos usuários diabéticos (n = 75) da UBS. Janiópolis-PR, 2023.

Atributos da Atenção Primária à Saúde	Escores médios (IC 95% *)	Proporção de alto escore ($\geq 6,6$) n (%)
Grau de afiliação	7,96 (7,53; 8,38)	72 (96,00)
Acesso de Primeiro Contato – utilização	9,11 (8,86; 9,37)	74 (98,67)
Acesso de Primeiro Contato – acessibilidade	8,21 (8,00; 8,42)	72 (96,00)
Longitudinalidade	7,46 (7,20; 7,71)	63 (84,00)
Coordenação do Cuidado - integração de cuidados	8,22 (7,84; 8,61)	59 (78,67)
Coordenação do Cuidado - sistema de informações	7,84 (7,50; 8,17)	64 (85,33)
Integralidade - serviços disponíveis	8,59 (8,30; 8,88)	65 (86,67)
Integralidade - serviços prestados	7,18 (6,80; 7,55)	58 (77,33)
Orientação familiar	6,89 (6,33; 7,44)	55 (73,33)
Orientação comunitária	8,54 (8,06; 9,02)	59 (78,67)
Escore essencial	8,06 (7,92; 8,20)	73 (97,33)
Escore geral	7,99 (7,82; 8,17)	70 (93,33)

*IC95%: Intervalo de confiança de 95%

Fonte: dados de pesquisa, 2023.

A avaliação de resultados é parte do processo do planejamento estratégico, na Gestão de Pessoas ou de uma organização. Nesse sentido, em relação aos atributos da APS, não é diferente: evidencia-se a necessidade de avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS, para assegurar seus resultados, e a qualidade da assistência prestada à população, pois isso serve de referência para profissionais, trabalhadores, pesquisadores, gestores e, também, à própria população (VALENDOLF et al, 2022).

Os atributos contribuem para a reflexão a respeito de práticas em Saúde, promovendo a participação social e servindo como material de orientação às políticas e aos avanços no Sistema de cada região – o que aproxima cada vez mais as diretrizes que o SUS sustenta, objetivando a promoção de saúde, em todos os âmbitos, e para toda a população.

Em geral, os escores avaliados neste estudo apresentam índices satisfatórios, atingindo pontuação de 8,06 e 7,99, respectivamente – uma avaliação maior que o índice de 6,6. Portanto, indicando o alcance de padrões mínimos esperados de orientação da APS. Num estudo similar, no qual 280 usuários são entrevistados, apresenta-se índices satisfatórios, atingindo pontuação de 7,01 e 6,54, respectivamente. Já o escore *geral*, com pontuação de 6,54, está abaixo do índice de corte – o que pode ser atribuído ao fato de que, no cálculo desse escore, serem incluídos os atributos de enfoque familiar e orientação comunitária, sendo estes os atributos que têm os menores escores na avaliação (VALENDOLF et al, 2022). Nesse contexto, os estudos de Valendorf et al (2022), trazem semelhanças com a pesquisa no que se refere à diminuição do escore sobre a orientação comunitária e familiar.

Outro estudo também se assemelha aos resultados deste estudo, no qual a APS é mais bem avaliada por mulheres, usuários idosos (com 60 anos ou mais), residentes das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste; e usuários com hipertensão, diabetes, doença cardíaca, DORT, doença do pulmão e obesidade (CARVALHO et al, 2022). Fato esse que, também contribui para os resultados encontrados referentes ao grande número de mulheres entrevistadas e à alta avaliação da APS.

Os atributos de *afiliação* e *utilização* fazem parte do Acesso de Primeiro Contato, que tem como objetivo identificar o serviço de saúde, no geral, ou os profissionais de saúde (médico, enfermeiro, farmacêutico etc.). Além disso, também visa identificar se o serviço e os profissionais conhecem outros aspectos da vida do paciente, o que caracteriza uma relação mais próxima entre o serviço prestado e a população (VALENDOLF et al, 2022).

Outros autores também apontam que *acesso* e *utilização* dos serviços de saúde são mediados por aspectos socioeconômicos e demográficos, recursos disponíveis, oferta de serviços de saúde, presença de morbidades, entre outros. Por conseguinte, maior presença de doenças demanda maior procura de serviços, resultando em maior avaliação da APS (CARVALHO et al, 2022).

Os atributos de grau de *afiliação* e *utilização* apresentam altas médias, sendo 7,96 e 8,21 respectivamente, e demonstram que a população usuária do Centro de Saúde de Janiópolis tem o serviço como referência. Destaca-se, também, a relação que este item tem com o fator confiança apresentado por Valendorf et al (2022), que considera a confiança como a base de qualquer relacionamento afetivo – na relação dos profissionais do SUS com os usuários não seria diferente. Uma pontuação alta, nos atributos em questão, significa a existência de uma relação de cumplicidade e afinidade entre os usuários e o serviço prestado – algo de relevância para o sucesso das diversas relações, na vida, na sociedade, e nas instituições de maneira geral.

Segundo Carvalho et al (2022), a frequência da procura por atendimento se mostra associada aos escores da APS, pois, quanto maior a regularidade de busca pela UBS, maior o percentual de alto escore atribuído pelos entrevistados. Esse resultado também se encontra em outro estudo que, confirma a associação entre serviços com maiores escores da APS, maior tempo de doença e maior frequência de uso dos serviços de saúde.

O atributo *acessibilidade*, também está no quesito acesso de primeiro contato. Entretanto, está voltado ao acesso do usuário ao serviço de Saúde, e tem como objetivo identificar a capacidade do serviço de referência em oferecer orientações aos pacientes adultos, de forma ágil e não presencial, via telefone ou virtual. A acessibilidade ainda é posta como um componente da oferta ou, como vínculo entre usuários e serviços de saúde. Portanto, qualquer

empecilho que a dificuldade, é considerado como obstáculo, e deve ser analisado, assimilado e trabalhado, afim de minimizar os problemas de acesso da população ao serviço prestado (VALENDOLF et al, 2022). Este atributo obteve nota de 8,21, um valor bastante expressivo, considerando que o instrumento apresenta a pontuação média maior ou igual a 6,6, portanto, considerando que os usuários das UBSs em questão avaliam, consideravelmente, o atributo em questão, independente da modalidade escolhida.

Nesse sentido, *longitudinalidade* é um atributo da atenção básica muito significativo, uma vez que, consiste no acompanhamento do paciente ao longo do tempo, no qual se espera uma relação terapêutica que envolva a responsabilidade por parte do profissional de saúde e a confiança por parte do usuário (PINTO et al, 2021). O escore obtido, de 7,46, nesse atributo, pressupõe que exista uma certa continuidade da relação de cuidado, com a formação de vínculo permanente e consistente, dos profissionais das UBSs e participantes do estudo e, que, vem acompanhando os efeitos das intervenções e práticas em saúde e de outros elementos da vida da pessoa. Destacando também que, a DCNT aqui investigada é de longa duração e requer o uso contínuo da APS. Ou seja, o atributo investigado é essencial no cuidado. Os dados obtidos na avaliação deste atributo estão em concordância com os estudos de Pinto et al (2021), em que a maioria dos entrevistados afirmam se sentir à vontade em consultas, o que corresponde ao componente referente à *longitudinalidade*. Ademais, a maior parcela dos participantes acredita que os profissionais da Atenção Básica reconhecem os problemas mais importantes em sua vida.

Para Valendolf et al (2022), o bom escore alcançado nesse atributo refere-se ao bom atendimento em Saúde por parte de equipes ao paciente, que o acolhem, de forma holística, por muitos períodos da vida. O fato em questão é fundamental para facilitar a promoção de familiaridade e confiança entre ambas as partes, e essa interação se constrói por meio de boa comunicação. Entretanto, isso não significa a completa resolutividade dos problemas da população, mas, o envolvimento da escuta, a valorização das reclamações, a identificação das necessidades, a fim de acolher, orientar ou direcionar o atendimento para serviços de maior complexidade, é fundamental no incentivo às políticas participativas e, conseqüentemente, na resolução dos problemas das comunidades.

O atributo Coordenação ou Integração de cuidados é considerado uma propriedade muito significativa e importante nas Unidade Básica de Saúde e também nos demais pontos das redes de acesso ao SUS, pois é por meio desse atributo que se avalia o acompanhamento integral do usuário com os serviços prestados pelo SUS, seja na atenção primária, secundária ou terciária. Além disso, a coordenação de cuidados interfere diretamente na capacidade de

longitudinalidade do serviço. Portanto, para que haja cuidado a longo prazo, é preciso que exista o processo de comunicação efetiva entre os níveis de atenção. A ausência de um meio de veiculação de informação oficial e seguro prejudica sua aplicabilidade (ROCHA et al, 2021).

O atributo de *coordenação* do cuidado tem uma pontuação de 8,22, e apresenta alto escore. Num estudo similar, o escore final, neste atributo, fica abaixo da média (5,86). Pode-se dizer que ainda exista o caminho trabalhoso a se percorrer – o que de certa maneira é esperado, tendo em vista o tamanho da população, sua heterogeneidade, suas particularidades e dificuldades de acesso a todos os níveis de atenção (VALENDOLF et al, 2022). Nesse sentido, é vista como uma tarefa de grande dificuldade e de extrema importância, pois é considerada como a melhor estratégia ao acesso, a adequação, a qualidade técnica, a continuidade e a efetividade dos cuidados prestados à população. Para que se possa compreender o objetivo da integração e os seus resultados, é necessário conhecer as diferenças e as alterações que acontecem com os indivíduos, comunidades e a população como um todo.

No que tange o atributo de *integralidade* (Serviços Disponíveis e Serviços Prestados), aborda ações, tanto do ponto de vista biopsicossocial do processo saúde-adoecimento como também da prevenção, promoção, cura e tratamento, e são questionamentos bem variados, que abrangem vários níveis de interesse e de complexidade. Num estudo de revisão da avaliação quanto à disponibilidade dos serviços se classifica oito locais como de baixo grau de orientação à APS, enquanto cinco apresentam alto grau de orientação. Já para os serviços prestados, nove locais avaliados são classificados como de baixo grau de orientação, e apenas quatro apresentam alto grau de orientação à APS (TOLAZZI; GRENDENE, 2022). O resultado dos cálculos das médias desses dois atributos – os escores de Serviços Disponíveis e Serviços prestados – são 8,59 e 7,18 respectivamente; acima da média, sendo caracterizados com a boa avaliação de acordo com o instrumento.

A avaliação da *orientação familiar* recebe nota final de 6,89, por parte dos respondentes, considerado “médio-alto” escore. Entretanto, é o atributo que apresenta menor escore, e próximo ao ponto de corte. Segundo Valendolf (2022), a orientação familiar se caracteriza quando o serviço consegue alcançar um certo nível de integração dos usuários, e a tomada de decisão sobre o próprio tratamento e da família. Noutro estudo utilizando o instrumento *PCATool-Adulto*, o quesito em questão apresenta fragilidades, pois, uma parte dos entrevistados respondem que a ESF a qual pertencem incluirá a família em reuniões, para o manejo de alguma patologia, que por ventura venha a ser apresentada (PINTO et al, 2021).

Esses dados também entram em discordância com outro estudo semelhante, no qual a avaliação recebe nota final de 6,17, por parte dos respondentes, o que é considerado um baixo

escore. Este fato, nesse atributo, sugere que há uma falta de estímulo para a participação dos usuários no planejamento do próprio cuidado em saúde e, também, de sua autonomia. Além desses, pode-se dizer que os serviços atuam num modelo mais centrado no indivíduo, em práticas curativas, com menores ações de contato com o coletivo e seus familiares. Portanto, faz-se necessário ampliar o olhar para a população, com perspectivas de macro e micropolíticas, para que os gestores e planejadores do cuidado em saúde consigam possibilitar a melhor eficácia de ações interdisciplinares, que visam a garantia da atenção à saúde da população, de maneira integral e eficaz (VALENDOLF et al, 2022).

Já atributo *orientação comunitária* permite que profissionais de saúde da ESF conheçam o espaço físico, social, cultural, epidemiológico e comportamental das pessoas que convivem na comunidade, os quais ressoam sobre a situação de saúde dos usuários. Uma das formas de aproximação e conhecimento da realidade vivenciada pelas famílias, que constituem o foco do processo de trabalho das ESF, é a visita domiciliar (RODRIGUES et al 2019). Para esse atributo, a pesquisa apresenta escore de 8,54, sendo considerado um escore alto.

Segundo VALENDOLF et al (2022), o ponto de vista do usuário, obtido por meio de pesquisas sobre a satisfação, precisa ser manifestado para o planejamento de ações que venham a suprir as suas necessidades de saúde. Portanto, a nota baixa, nesse atributo, presume que as pesquisas que avaliam a satisfação dos usuários estão longe de atingir um nível apropriado.

Conforme análise dos escores obtidos pelos atributos da APS, os resultados desse estudo podem ser considerados satisfatórios, tendo em vista que o escore essencial, obtém nota de 8,06. Dessa maneira, o serviço oferecido pelo grupo ESF tem proporcionado o atendimento que contempla os objetivos do SUS.

Entretanto, apesar do atributo anterior a esse apresentar um escore consideravelmente alto, ainda existe uma pequena parcela dos entrevistados que não estão satisfeitos. Assim sendo a observação do estudo evidencia que é necessária a maior atenção acerca do enfoque familiar, pois o atributo tem a menor pontuação. Observa-se que esse atributo pode ser melhor explorado pelos profissionais e gestores, e se faz necessária a utilização de tecnologias de acolhimento, aquisição de confiança recíproca e duradoura, entre a equipe e os usuários, além de estimulação e sensibilização acerca da participação popular, e do controle social.

Além desses, nota-se que há uma falha nos mecanismos de avaliação das unidades, já que grande parcela dos indivíduos estaria participando pela primeira vez de entrevista similar. Estas pesquisas devem fazer parte da rotina das equipes, visto que a avaliação dos serviços de saúde pela população assistida contribui para direcionar a tomada de decisão de gestores, identificando as principais lacunas e obstáculos existentes no sistema (PINTO et al, 2021).

Nesse sentido, o presente estudo, tem a finalidade de explicar a extensão e qualidade da APS, sob a visão dos usuários diabéticos. Por meio de entrevistas, entende-se que há êxito e sucesso em ter conhecimento do prisma da população sobre cada tipo de serviço prestado pela rede, a partir da leitura do entrevistador, em que 75 usuários diabéticos oportunizam a avaliação da APS, em seu cotidiano.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, verifica-se que a qualidade da Atenção Primária à Saúde, do município de Janiópolis (PR) conta com a avaliação positiva, na visão de usuários adultos diabéticos. Considerando, também, que a orientação da APS deve solicitar o reconhecimento do indivíduo de maneira holística e abrangente aos modos de vida, situação social, econômica e familiar e os motivos que levam ao adoecimento do usuário e da população, conclui-se que o serviço prestado está relativamente direcionado ao processo curativo e preventivo de doenças, com foco na doença, sem se esquecer da pessoa, e não deixando a desejar em nenhum ponto determinante, que leva ao processo de adoecimento do indivíduo e da população.

Evidentemente, não é possível que a APS seja única solução para todas as demandas de Saúde. Dessa maneira, esta pesquisa contribui no sentido de que, ao se autoavaliar, mostra-se, pontualmente, quais áreas precisam de desenvolvimento, para a conquista da assistência universal, integral e de qualidade. Ainda assim, a APS é figura de suma importância para a área da Saúde. Por essa razão, é necessária a constante avaliação da qualidade de seus serviços e demandas. Nesse sentido, a avaliação se torna essencial para o fortalecimento das organizações de serviços de Saúde, além de ser ferramenta para a mudança da realidade

Em conclusão, o *PCATool-Adulto* se mostra como eficaz ferramenta de avaliação da qualidade da APS. Desta forma, pode ser utilizado em outros estudos referentes à saúde do diabético, que objetivam contribuir para o aumento do número de trabalhos sobre a temática, uma vez que ainda há pequena quantidade de pesquisas sobre esse assunto. Além disso, pode-se, ainda, ser aplicado aos demais grupos populacionais, afim de contribuir para que os atributos da Atenção Básica sejam contemplados na integralidade e na diversidade humana.

REFERÊNCIAS

ALELUIA, Ítalo Ricardo Santos et al. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1845-1856, 2017.

ALMEIDA, Isabela Martins Franco et al. **Plano de intervenção**: estratégia para controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e diminuição de novos casos no território da Equipe Verde da Unidade Básica de Saúde São Bernardo em Belo Horizonte. 2021.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; MARIN, Juliana; CASOTTI, Elisete. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela atenção básica. In: **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, p. 373-398, 2017.

ALVES, Alex do Nascimento et al. Acesso de primeiro contato na atenção primária: uma avaliação pela população masculina. In: **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200072, 2020.

ANVERSA, Andreisi Carbone et al. Avaliação do cuidado às condições crônicas de saúde: a perspectiva do usuário. In: **Research, Society and Development**, v. 9, n. 4, p. e01942777 2020.

ARGACHOFF, Glaucia Greice Martins. **Morbimortalidade por diabetes mellitus no município de São Paulo, 2003 a 2018**. 2021. Tese de Doutorado.

ARRUDA, Carlos André Moura; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. In: **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 321-332, 2016.

AZEVEDO, Marcel Vinícius Cunha et al. A consulta de enfermagem na estratégia saúde da família/*Nursing consultation in the family health strategy*. In: **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 3, p. 13461-13479, 2021.

BACKES, Marli Stein; SOUSA, Francisca Georgina Macêdo; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. In: **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 3, p. 319-326, 2008.

BECKER, Renata Machado; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. Promoção da saúde no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível: revisão integrativa. In: **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 29, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). In: **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 30 dez. 2010.

BRASIL. PCA – Brasil Versão Adulto. In: **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde**. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2010. p. 33-48. Acesso em: 06 mar 2018.
Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_atencao_primaria.pdf.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *In: Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019* [recurso eletrônico]. Brasília, DF, 2020. 137 f. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf. Acesso em: 22 jan. 2021.

BRITO, Evandro Scarso et al. Perfil clínico e sociodemográfico de pacientes com deficiência visual e diabetes mellitus. *In: Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 9, 2019.

BRUM, Juliane Oliveira et al. PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO E INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS DE IDOSOS DIABÉTICOS DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL. *Revista Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Biológicas*, v. 6, n. 1, p. 3-14, 2022.

BUCHI, Claudiléia Pereira Galvão; BRASILEIRO, Tânia Suely Azevedo. O ENSINO EM SERVIÇO NO SUS-REFLEXÕES NORMATIVO LEGAL E CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA SAÚDE. *In: Educamazônia-Educação, Sociedade e Meio Ambiente*, v. 24, n. 1, jan-jun, p. 233-257, 2020.

BUSS, Paulo Marchiori et al. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). *In: Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 4723-4735, 2020.

CAMPINHA-BACOTE, J. *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care*. *J. Transcult. Nurs.*, Memphis, v. 13, n. 3, p. 181–184, jul. 2002.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). *In: Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 19, p. 641-642, 2015.

CARVALHAIS, Maribel et al. Promover estilos de vida saudáveis nos estudantes de enfermagem. *In: Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, v. 3, n. 1, p. 43-53, 2020.

CARVALHO, Bárbara Luiza Rodrigues et al. Análise da assistência prestada na atenção primária e fatores associados na perspectiva de idosos diabéticos. *In: Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 47, n. 2, p. 163-182, 2023.

CARVALHO, Fernanda Cunha de et al. Associação entre avaliação positiva da atenção primária à saúde e características sociodemográficas e comorbidades no Brasil. *In: Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 25, 2022.

CASTRO, Ana Clara et al. **Projeto de intervenção para melhoria no controle dos níveis pressóricos e glicêmicos dos pacientes hipertensos/diabéticos residentes na área de abrangência da Equipe de Saúde Rubi, em Baldim-Minas Gerais.** 2020.

CASTRO, Antônio Paulo; COSTA, Mônica Barros. Abordagem interdisciplinar no tratamento do diabetes mellitus tipo 2: da teoria à prática. *In: EXTRAMUROS - Revista de Extensão da Univasf*, v. 1, n. 2, 2014.

CASTRO, Rodrigo Caprio Leite; KNAUTH, Daniela Riva. Associação entre a abordagem médica centrada na pessoa e a satisfação com a consulta em atenção primária à saúde. *In: Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 16, n. 43, p. 2702-2702, 2021.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *In: Cadernos de saúde pública*, v. 34, p. e00056917, 2018.

CECCON, Roger Flores et al. **Narrativas em Saúde Coletiva: memória, método e discurso**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2022.

CHAMBEL, B.; SANTOS, C. **História Familiar como Estratégia de Prevenção de Diabetes Mellitus**. *Revista Portuguesa de Diabetes*, v. 15, n. 1, p. 16-8, 2020.

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

CHAVES, Zeó Jaime Lacerda. **Perfil sociodemográfico e de utilização de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos em um município de pequeno porte: uma abordagem transversal sobre programas públicos de acesso a medicamentos essenciais**. 2020.

CORREIA, Taynah Neri Campos et al. Enfrentamento de desafios no cuidado à síndrome congênita do zika no contexto da atenção primária à saúde. *In: Revista Ciência Plural*, v. 8, n. 3, 2022.

COSTA, Eduardo de Azeredo. Sistema Único de Saúde: Uma visão crítica de sua definição constitucional: Questão democrática sem projeto nacional? *In: Comunicação em Ciências da Saúde*, v. 30, n. 03, p. 59-86, 2019.

COSTA, Karla Adriana Oliveira da et al. **Política pública de atenção básica à saúde no Brasil: o pensamento abissal na produção e reprodução de saberes e práticas**. 2022. Tese de Doutorado.

COSTA, Maria Antonia Ramos. **Educação e saúde: uma perspectiva interdisciplinar**. SciELO-EDUEL, 2019.

COSTA, Rita Oliveira et al. O acesso de primeiro contato como parâmetro da resolutividade na atenção primária. *In: Saúde em Revista*, v. 21, n. 1, p. 181-193, 2021.

DHILLON, Sohita. Dapagliflozin: a review in type 2 diabetes. *In: Drugs*, v.79, n. 10, p. 1135-1146, 2019.

DIAS, Patricia Camacho et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *In: Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, p. e00006016, 2017.

DUNCAN, Bruce Bartholow et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *In: Revista de saúde pública*, v. 46, p. 126-134, 2012.

FELICIANO, Marciana et al. **Federalismo fiscal e financiamento da política de saúde: um estudo dos municípios do Brasil**. 2019. Tese de Doutorado.

FERREIRA, Carolina Maria Saraiva Nóbrega et al. Diabetes mellitus tipo 1: uma revisão da literatura. *In: Brazilian Journal of Development*, v. 8, n. 5, p. 37158-37167, 2022.

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

GOMES, Bruna Cristiane Furtado et al. **Prevalência de longitudinalidade na atenção primária à saúde da criança**. 2019.

GOUVEIA, Eneline AH; SILVA, Rodrigo de Oliveira; PESSOA, Bruno Henrique Soares. Competência cultural: uma resposta necessária para superar as barreiras de acesso à saúde para populações minorizadas. *In: Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 43, p. 82-90, 2020.

GRILLO, Maria de Fátima Ferreira; GORINI, Maria Isabel Pinto Coelho. Caracterização de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *In: Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 60, n. 1, p. 49-54, 2007.

GUERRA, Ariellen Martins et al. Educação em saúde na prevenção do pé diabético na atenção primária: uma revisão integrativa. *In: Research, Society and Development*, v. 10, n. 15, p. e161101522608-e161101522608, 2021.

GUIMARÃES, Marcela Ferreira Lima et al. **Atitudes psicológicas em pessoas com diabetes mellitus tipo 2: associação com características sociodemográficas e controle glicêmico**. 2019.

HARTMANN, Cassio et al. EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) E OS BENEFICÍOS DA ATIVIDADE E DO EXERCÍCIO FÍSICO: EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) E OS BENEFICÍOS DA ATIVIDADE E DO EXERCÍCIO FÍSICO. *In: CPAH Science Journal of Health*, v. 4, n. 2, 2021.

HARZHEIM, Erno et al. Bases para a Reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. *In: Revista brasileira de medicina de família e comunidade*. Vol. 15, n. 42 (2020), 2020.

HARZHEIM, Erno et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *In: Revista brasileira de medicina de família e comunidade*. Rio de Janeiro. Vol. 8, n. 29 (out./dez. 2013), p. 274-284., 2013.

HOLZ, Carolina Bergmann et al. O hospital na rede de atenção à saúde: uma reflexão teórica. *In: Revista Espaço Ciência & Saúde*, v. 4, n. 1, p. 101-115, 2016.

KHAN, R. et al. ***From Pre-Diabetes to Diabetes: Diagnosis, Treatments and Translational Research***. *Medicina*, v. 55, n. 9, p. 546, 2019.

KESSLER, Marciane et al. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. *In: Acta paulista de enfermagem*, v. 32, p. 186-193, 2019.

LANDGRAF, R. et al. ***Therapy of Type 2 Diabetes***. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*, v. 127, n. S 01, p. S73–S92, 2019.

LEANDRO, Suderlan Sabino. **Atenção primária sob a perspectiva de usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus e dos profissionais de saúde em duas regiões administrativas do Distrito Federal**. 2018.

LEITE, Natalia Mindêllo Ramalho; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; PESSOA, Vanira Matos. *In: O Processo de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde em dois municípios do Estado do Ceará: um estudo qualitativo*. Editora Dialética, 2022.

LIMA, Larissa Martins Novaes de et al. **Práticas dos enfermeiros hospitalares para a gestão da continuidade do cuidado na atenção primária à saúde**. 2021.

LIMA, Nayara Portilho. **A análise de documentos oficiais como instrumento técnico-político das lutas nas e pelas políticas sociais: o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) em questão**. Universidade de São Paulo, 2022. Tese de Doutorado.

LOPES, Luis Felipe Dias et al. O direito à saúde e sua (não) efetivação pelas políticas públicas de atenção primária à saúde: uma análise da aplicação do método PCATool. *In: Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, v. 8, n. 4, p. 469-483, 2019.

LUCENA, Ane Caroline Rodrigues Miranda et al. Desempenho dos serviços da atenção primária à saúde: satisfação das pessoas com hipertensão. *In: Ciência, Cuidado e Saúde*, v.20, 2021.

MACEDO, Bárbara Macieira Ribeiro. **Necropolítica alimentar no Brasil: controle e extermínio da população negra pós-abolição**. 2021.

MACÊDO, Dayane Adorno et al. **Somente sei que é um direito: percorrendo caminhos do acesso à informação e à saúde dos usuários do SUS no Distrito Federal**. 2022.

MACEDO, Joyce Lopes et al. Perfil epidemiológico do diabetes mellitus na região nordeste do Brasil. *In: Research, Society and Development*, v. 8, n. 3, p. 25, 2019.

MACHADO, Gilmar Antonio Batista et al. Avaliação de atributos da Atenção Primária à Saúde: a perspectiva dos profissionais. *In: Acta Paulista de Enfermagem*, v. 34, 2021.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios. *In: Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, p. 661-675, 2017.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Avaliação do alcance das metas do plano de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2022. *In: Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, n. supl. 1, p. 9-16, 2019.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Balanço do primeiro ano da implantação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *In: Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 22, n. 1, p. 171-178, 2013.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Indicadores da linha de cuidado de pessoas com diabetes no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. *In: Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 31, 2022.

MARQUES, Marília Braga et al. Intervenção educativa para a promoção do autocuidado de idosos com diabetes mellitus. *In: Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 53, 2019.

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

MARTINS, Debora Cristina. **Avaliação da atenção primária à saúde: a perspectiva de mulheres em idade reprodutiva e fatores associados às doenças crônicas.** Universidade Estadual de Maringá, 2021, 160 f. Tese de doutorado.

MELO, E. A. et al. **Atributos da atenção primária à saúde sob a ótica do usuário no município de Colombo-PR.** Copyright© 2020 by Associação Brasileira da Rede UNIDA, 2020.

MELO, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *In: Saúde em debate*, v. 42, p. 38-51, 2018

MELONI, Diego Roberto. **Estratégias organizacionais para o acesso e integralidade da assistência na atenção primária à saúde.** Universidade de São Paulo, 2020. Tese de doutorado.

MENDES, Marina Ferreira. **Avaliação da Coordenação da Atenção entre Níveis Assistenciais às Doenças Crônicas Não Transmissíveis em um Município do Estado de Pernambuco, Brasil.** Universidade NOVA de Lisboa (Portugal), 2020. Tese de doutorado.

MIRANDA, Pryscylla Fideles de. **Percepção dos idosos quanto ao acesso aos serviços de Estratégia de Saúde da Família no município de Natal/RN.** Brasil, 2019. Dissertação de mestrado.

MONTEIRO, Vinícius Costa Maia. **Avaliação do grau de implantação das ações da Atenção Primária à Saúde nas Comunidades Quilombolas do Rio Grande do Norte.** Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2022. Dissertação de mestrado.

MORAES, Ketlen da Silveira. **Avaliação da satisfação e percepção dos usuários da oficina multidisciplinar de autocuidado ao diabetes: um estudo misto.** 2020.

MORI, Americo Yuiti. **Análise da configuração da agenda de revisão da Política Nacional de Atenção Básica de 2017: contexto, problemas e alternativas**. Universidade de São Paulo, 2019. Tese de doutorado.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *In: Saúde em Debate*, v. 42, p. 11-24, 2018.

MOROSINI, Marcia Valeria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angelica Ferreira; BATISTA, Tatiana Vargas de Faria. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e carteira de serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *In: Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. e00040220, 2020.

NOVAES, Hillegonda Maria D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *In: Revista de Saúde Pública*, v. 34, p. 547-549, 2000.

NEVES, Ana Carolina Lopes et al. **Estratégia Saúde da Família e pessoas com hipertensão e diabetes: redes sociais e longitudinalidade**. 2019.

OLIVEIRA, Amanda da Silva Bastos de et al. Monitoramento e Avaliação da Segurança Alimentar e Nutricional: um olhar sobre as publicações oficiais. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p. 631-640, 2022.

OLIVEIRA, Gabriela Moura; TEIXEIRA, Carla Somaio. Pacientes diabéticos: autoconhecimento sobre a doença e adesão ao tratamento. *In: Revista Científica Unilago*, v. 1, n. 1, 2019.

PESSANHA, Cristian Castelar; MORAES, Carlos. Emergência hospitalar e serviço social: Desafios à construção da integralidade da atenção à saúde. *In: Mundo Livre: Revista Multidisciplinar*, v. 6, n. 2, p. 306-324, 2020.

PINHO, Ellen Christiane Corrêa et al. Acesso e acessibilidade na atenção primária à saúde no Brasil. *In: Enfermagem em Foco*, v. 11, n. 2, 2020.

PINTO, Gabriel dos reis et al. Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde segundo homens de um município mineiro. *In: Research, Society and Development*, v. 10, n. 6, p. e31410615733-e31410615733, 2021.

PINTO, Jax Nildo Aragão et al. IMPACTOS DAS CAUSAS EXTERNAS NA MORBIMORTALIDADE NO BRASIL: CONSIDERAÇÕES GERAIS. *In: Contemporânea (ISSN 2675-2107)*, v. 3, n. 05, p. 18-18, 2021.

PIRES, Renata de Cássia Coelho et al. Manejo das úlceras do pé diabético no contexto da atenção primária à saúde (aps): uma revisão integrativa. *In: Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 8, n. 1, p. 761-778, 2022.

PRATES, Mariana Louzada et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1881-1893, 2017.

RAMALHO, Elisabeth Luisa Rodrigues et al. **Fatores clínicos e sociodemográficos associados à qualidade de vida de crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1.** 2022.

RAMOS, Thaynara Tavares Oliveira et al. Avaliação da perda da sensibilidade protetora plantar como diagnóstico precoce da neuropatia diabética. *In: Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 5, p. 27500-27514, 2020.

RAPOSO, Roberto de Araújo et al. **Análise da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis no município do Rio de Janeiro, 2000-2017.** 2020. Tese de Doutorado.

ROCHA, Rayanne Victória Araújo Lins et al. **Avaliação do atributo coordenação de cuidados na atenção primária à saúde do adulto num aglomerado urbano subnormal do Recife, PE.** 2021.

RODRIGUES, Eduarda Maria Duarte et al. Avaliação do atributo “Orientação Comunitária” na óptica do usuário adulto da atenção primária. *In: Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, p. 632-639, 2019.

SAES, Mirelle de Oliveira; FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine. Avaliação da satisfação de usuários da Atenção Básica portadores de hipertensão e diabetes. *In: APS em Revista*, v. 1, n. 3, p. 206-221, 2019.

SALLES-COSTA, Rosana et al. **Sistemas alimentares, fome e insegurança alimentar e nutricional no Brasil.** SciELO-Editora FIOCRUZ, 2022.

SALIN, Adriane Bonotto et al. Diabetes *Mellitus* tipo 2: perfil populacional e fatores associados à adesão terapêutica em Unidades Básicas de Saúde em Porto Velho-RO. *In: Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 33, p. e1257, 2019.

SAMPAIO, Cicero Ayrton Brito. **Programa Saúde na Hora: análise do perfil do usuário que acessa a Atenção Primária à Saúde, no horário estendido, por região do Brasil.** 2023.

SANTANA, L. C. B., et al. Promoção à saúde de hipertensos e diabéticos a partir da problematização do território. *In: Research, Society and Development*, v. 9, n. 1, p. e14911492, 2020.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, p. 429-435, 2007.

SANTOS, Priscila Tegethoff Motta et al. **Uso de medicamentos para hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: um estudo de base populacional.** 2020. Tese de Doutorado.

SANTOS, Thássia Pereira. Suporte familiar no cuidado de pessoas com diabetes mellitus em uma cidade do interior da Bahia. *In: Revista InterScientia*, v. 2, n. 2, p. 16-24, 2014.

SANTOS, Vitor Cardoso et al. Diabetes Mellitus Tipo 2-aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e manejo terapêutico. *In: Brazilian Journal of Development*, v. 9, n. 3, p. 9737-9749, 2023.

SCHENKER, Miriam; COSTA, Daniella Harth da. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 1369-1380, 2019.

SCHERER, Charleni Inês et al. O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? *In: Saúde em Debate*, v. 42, p. 233-246, 2018.

SCHOSSLER, Bruna et al. Planejamento regional no enfrentamento às doenças crônicas. *In: Revista de APS*, v. 22, n. 1, 2019.

SELLERA, Paulo Eduardo Guedes et al. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 1401-1412, 2020.

SILVA, A. C., et al. Estudo da prevalência de transtornos alimentares e obesidade em crianças Brasileiras. *In: Vita et Sanitas*, n.08, p. 81-99, 2014.

SILVA, Carol Rosa da; CARIAS, Joicy Rebeca de Almeida. **Doenças crônicas não transmissíveis com maiores prevalências no Brasil**: influência da dietoterapia e a atividade física. 2022.

SILVA, George Sobrinho; ALVES, Claudia Regina Lindgren. Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças. *In: Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, p. e00095418, 2019.

SILVA, Marcela Belkiss Oliveira da et al. **Análise de impacto do programa estratégia saúde da família sobre medidas de saúde da população no Brasil – 2019**. 2022.

SILVA, Marco Antonio et al. Barreiras percebidas e estratégias de enfrentamento desenvolvidas por portadores do diabetes mellitus tipo II para adesão à caminhada. *In: Revista de Salud Pública*, v. 22, p. 537-543, 2023.

SILVA, Mônica de Fátima Freires et al. Integralidade na atenção primária à saúde. *In: Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, v. 1, p. 394-400, 2018.

SILVA, Vanessa Luzia Queiroz. **A qualidade da Atenção Primária, a partir do Programa Mais Médicos: avaliação da Estratégia de Saúde da Família por usuários, em uma cidade brasileira**. Universidade de São Paulo, 2019. Tese de doutorado.

SOUZA, Aline Santos de. **Idosos com diabetes mellitus: atitudes de enfrentamento**. 2018.

TASCA, Renato et al. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *In: Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 44, 2020.

TOLAZZI, Julia da Rosa; GRENDENE, Gabriela Monteiro; VINHOLES, Daniele Botelho. Avaliação da integralidade na atenção primária à saúde através da *Primary Care Assessment Tool*: revisão sistemática. *In: Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 46, 2022.

VALENDOLF, Jean et al. **Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde na região Continente de Florianópolis, Santa Catarina: PCATool-Brasil versão reduzida**. 2022.

VENANCIO, Dallynne Bárbara Ramos et al. Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT): problemas resultantes desses agravos. *In: Research, Society and Development*, v. 11, n. 14, p. e526111436630, 2022.

VIEIRA, Neiva Francenely Cunha et al. Fatores presentes na satisfação dos usuários na Atenção Básica. *In: Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, p. e200516, 2021.

WEILLER, T. H. et al. **PCATool (Primary Care Assessment Tool)**: Avaliação da Atenção Primária na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS). Biblioteca Lascas às, Andalucía, v. 10, n. 3, p. 1-62, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Primary Health Care*. Geneva, 1978.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento Ficha Clínica

Programa de Pós Graduação Sociedade e Desenvolvimento – PPGSeD

Ficha Clínica

Data: __/__/__

Nome: _____

Endereço: _____

Idade: _____

Religião: Católico Evangélico Espírita Ateu

Outro: _____

Escolaridade:

Nenhum Ensino fundamental completo

Ensino médio completo Ensino superior completo

Estado civil: Solteira(o) Casada(o) Divorciada(o) Viúva(o)

Cor/Raça: Branca Parda Negra Indígena

Trabalha fora: Sim Não Se Sim, qual profissão: _____

Pratica atividade física: Sim Não Se sim, que tipo de atividade e frequência semanal:

Tabagismo: Sim Não **Etilismo:** Sim Não

Drogas: Sim Não

Possui Doença Crônica Diabetes *Melittus* (DM)? _____

Se Sim, quanto tempo de diagnóstico da doença? _____

Histórico clínico familiar de DM? _____

Se Sim, qual o grau de parentesco?

Medicamentos de uso contínuo? _____

Se sim, quanto tempo de uso _____

Quais medicamentos de uso contínuo e posologia?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Avaliação da atenção primária à saúde: a perspectiva dos usuários com diabetes *melittus***”, que faz parte do curso Mestrado Interdisciplinar Sociedade e Desenvolvimento, sob a responsabilidade de Prof. Dr Carlos Alexandre Molena Fernandes, da instituição UNESPAR, que irá avaliar o grau de satisfação dos pacientes diabéticos referente a atenção primária de saúde do município de Janiópolis (PR), para assim propor estratégias para a implantação de ações de promoção e proteção da saúde, corroborando para a diminuição de diagnósticos de diabetes *melittus*.

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: A sua participação é muito importante, e ela se daria da seguinte forma, por meio de um questionário sobre seu estilo de vida, diagnóstico de diabetes *melittus*, história clínica, dados demográficos e comportamentos de risco. O instrumento será através de questionários aplicados presencial, com duração de 15 a 20 minutos para responder.

2. RISCOS E DESCONFORTOS: Este estudo não possui riscos diretos, porém informamos que poderão ocorrer os desconfortos, tais como: tempo gasto na resposta ao questionário, ao qual será contornado ao dando flexibilidade ao participante para escolha de horário para participar do estudo, e o risco de vazamento dos dados coletados juntos o setor de recursos humanos, os quais os pesquisadores agiram com sigilo e confiabilidade mantendo os mesmos guardados e só utilizarão para os fins deste objetivo, após 5 anos, a partir de 2023, serão apagados dos arquivos de armazenamento. Será informado que a participação é voluntária, podendo recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa, em especial ao seu trabalho.

Lembramos que a sua participação é voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa.

4. CONFIDENCIALIDADE: Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

As suas respostas e dados pessoais ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum dos questionários e nem quando os resultados forem apresentados.

3. BENEFÍCIOS: Espera-se que os resultados deste estudo possam fornecer dados que poderão colaborar com a implantação e execução de projetos e programas de proteção e prevenção da saúde da população, minimizando os índices de DCNT, corroborando para a melhora da qualidade de vida. O retorno dos eventuais benefícios e/ou resultados da pesquisa aos participantes serão realizados por meio do encaminhamento dos dados e os resultados a Unidade Básica de Saúde do município estudado.

4. ESCLARECIMENTOS: Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UNESPAR, cujo endereço consta deste documento.

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo:

Nome: Yasmin Flavia Prado Vergutz

Endereço: Rua Santos Dumont, N° 251 – Janiópolis (PR).

Telefone: (44) 998840915

Email: yasminpradovergutz@hotmail.com

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo Seres Humanos da UNESPAR, no endereço abaixo:

CEP UNESPAR

Universidade Estadual do Paraná.

AV. Gabriel Esperidião, s/n Morumbi

CEP 87.700-000. Paranavaí-Pr. Tel: (44) 3421-0100

E-mail: cep@unespar.edu.br

Eu _____, declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pelo Prof. Dr Carlos Alexandre Molena Fernandes.

Janiópolis, _____ de _____ de _____.

Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu, Yasmin Flavia Prado Vergutz, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

Janiópolis, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Pesquisador

ANEXOS

ANEXO A – Instrumento de coleta de dados PCATool

Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - Primary Care Assessment Tool - PCATool-Brasil

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

Continua...

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 "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	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 "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"/>
C11 - É difícil para você conseguir atendimento médico do seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" 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 "nome do médico / enfermeira / local", 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...

39

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...

MINISTÉRIO DA SAÚDE / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica

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 <i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i> A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento. Indique, por favor, se no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" esses serviços ou orientações estão disponíveis: (Repetir a cada 3-4 itens: "Está disponível no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro")					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G14 - Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G15 - Remoção de verrugas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G16 - Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G17 - Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G18 - Cuidados pré-natais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G19 - Remoção de unha encravada.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G20 - Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G21 - Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama...	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G22 - Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

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

H - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

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

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

Em consultas ao "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir essa frase a cada 3-4 itens).

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
H1 - Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2 - Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3 - Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H4 - Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5 - Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6 - Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H7 - Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H8 - Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H9 - Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H10 - Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H11 - Como prevenir quedas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H12 - Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H13 - Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

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

I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

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

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

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

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

J - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
J1 - Alguém no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J2 - O seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J3 - O seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" realiza alguma destas?					
J4 - Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J5 - Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J6 - Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Anexo B – Parecer do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
PARANÁ - UNESPAR

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da atenção primária à saúde: a perspectiva dos usuários com diabetes melittus

Pesquisador: Carlos Alexandre Molena Fernandes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59784922.3.0000.9247

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.502.916

Apresentação do Projeto:

Foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO Avaliação da atenção primária à saúde: a perspectiva dos usuários com diabetes melittus, de 14/06/2022):

RESUMO:

Introdução: As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam uma ameaça à saúde, com destaque para a Hipertensão Arterial e o

Diabetes, as quais são responsáveis por um elevado índice de mortalidade anualmente. Diante deste cenário, os profissionais de saúde precisam desenvolver ações intersetoriais e interdisciplinares para minimizar o impacto deste quadro epidemiológico. Objetivo: O objetivo deste estudo será avaliar o desempenho da qualidade da Atenção Primária em Saúde na perspectiva de adultos diabéticos. Método: Trata-se de um estudo avaliativo, descritivo, transversal e quantitativo, a ser realizado com pacientes adultos, selecionados aleatoriamente em instituições de saúde de Janiópolis –

PR. A coleta de dados será realizada no primeiro semestre de 2022. Serão aplicados dois instrumentos: 1. Ficha clínica para coleta de dados

sociodemográficos, comportamentos de risco, estilo de vida, diagnóstico de DCNT, medicamentos de uso contínuo e história clínica. 2. Instrumento Primary Care Assessment Tool – PCATool para avaliação da APS. Com intuito de caracterizar os participantes da pesquisa, realizar-se-á uma

Endereço: Av: Gabriel Esperidião s/n sala 20

Bairro: Jardim Morumbi

CEP: 87.703-000

UF: PR

Município: PARANAVAL

Telefone: (44)99973-4064

Fax: (44)3424-0100

E-mail: cep@unespar.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
PARANÁ - UNESPAR



Continuação do Parecer: 5.502.916

análise descritiva dos resultados. Para verificar a associação entre as variáveis, será utilizada a análise multivariada, por meio da regressão logística, adotando-se o nível de significância de 5%. O escore do PCaTool será obtido pelo cálculo da média aritmética simples e o desvio padrão será relacionado às respostas dos entrevistados, obtendo valor de ponto de corte 3. Resultados esperados: Espera-se que, a pesquisa avalie os serviços de saúde através do grau de satisfação dos pacientes diabéticos, a fim de propor estratégias junto a gestão do município para a implantação de ações de promoção e proteção da saúde desses pacientes, corroborando para o declínio de desenvolvimento das DCNT

HIPÓTESE:

A avaliação da Atenção Primária a Saúde, realizada com pacientes diabéticos, pode contribuir promovendo melhorias na qualidade da assistência integral à saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde no município de Janiópolis – PR.

METODOLOGIA:

Trata-se de um estudo avaliativo, transversal, descritivo, com abordagem quantitativa realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada na zona urbana da cidade de Janiópolis-PR, cujo modelo de atenção é a ESF. Será considerada como população 158 Mulheres e 111 Homens que foram diagnosticados como diabéticos, de acordo com dados do Departamento de Informações da Atenção Básica (E-SUS AB). Para prosseguir com o estudo, deverá ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos, atendendo todas as normas da resolução n° 466 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. E para o acesso aos pacientes portadores de Diabetes Mellitus nas instituições de saúde da APS, deverá obter autorização formal da secretária de saúde do Município de estudo, através do termo de aceite assinado pela secretaria de saúde. Todos os participantes da pesquisa deveram assinar o "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" (TCLE). A ESF fica localizado no centro de saúde do município de Janiópolis, localizado no interior do estado do Paraná. O município em questão conta com uma área territorial de 335,650 km² e uma população de 6.532 habitantes, de acordo com censo do IBGE (2012). A unidade de saúde em questão presta serviços à comunidade em geral,

Endereço: Av: Gabriel Esperidião s/n sala 20
Bairro: Jardim Morumbi **CEP:** 87.703-000
UF: PR **Município:** PARANAVAI
Telefone: (44)99973-4064 **Fax:** (44)3424-0100 **E-mail:** cep@unespar.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
PARANÁ - UNESPAR



Continuação do Parecer: 5.502.916

sendo seu horário de atendimento das 7:30 as 17:00 horas, com intervalo para almoço das 11:30 as 13:00 horas, de segunda a sexta, exceto feriados. Para a coleta de dados serão utilizados dois instrumentos, sendo o primeiro considerado com uma ficha clínica dividida em quatro partes, sendo a primeira para a caracterização de dados sociodemográficos, a segunda será relacionado aos comportamentos de risco e estilo de vida, a terceira será destacado o diagnóstico de DM e os medicamentos de uso contínuo e a quarta estará relacionada ao histórico clínica. O segundo trata-se do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, o Primary Care Assessment Tool – PCATool, que irá avaliar o grau de orientação à Atenção Primária de Saúde (APS) por meio de atributos denominados como “essenciais” e “derivados”. Os atributos essenciais são caracterizados por se tratarem de serviços de atenção básica, direcionados à população em geral. Deste modo, através da presença desses atributos, o serviço pode ser considerado como provedor de atenção primária. Esses atributos são classificados em quatro eixos, sendo eles, Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação da Atenção. Já os derivados são a Orientação Familiar e a Orientação Comunitária. Os atributos derivados classificam as ações em atenção primária à saúde, expandindo seu poder de interação junto aos indivíduos e à comunidade em geral. O PCATool é composto por 88 alternativas, e a resposta de cada uma delas se distribuem entre as seguintes alternativas: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/não lembro” (valor=9). A média de escore avaliada para cada componente será realizado o calculado pela soma do valor das alternativas divididas pelo número de alternativas. O escore do PCaTool será obtido pelo cálculo da média aritmética simples e o desvio padrão será relacionado às respostas dos entrevistados, obtendo valor de ponto de corte 3 (6,6 para o valor formado em escala de 0 a 10), considerando como satisfatório os escores com média 6,6 ou superior e os escores inferiores a 6,6 serão avaliados como desempenho insatisfatório. Para análise estatística, todas as respostas serão tabuladas em um banco de dados elaborado no software Microsoft Excel. Será realizada uma análise descritiva dos resultados

Endereço: Av: Gabriel Esperidião s/n sala 20
Bairro: Jardim Morumbi **CEP:** 87.703-000
UF: PR **Município:** PARANAVAI
Telefone: (44)99973-4064 **Fax:** (44)3424-0100 **E-mail:** cep@unespar.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
PARANÁ - UNESPAR



Continuação do Parecer: 5.502.916

para obtenção dos dados através de frequência absoluta e porcentagem para as variáveis categóricas. Também serão realizados testes de associação entre as características sociodemográficas, prática de atividade física e comportamentos de riscos (tabagismo, etilismo e drogas).

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.

Critério de Inclusão:

pacientes diabéticos, maiores de 18 anos, alfabetizados e cadastrados na Unidade Básica de Saúde do município de Janiópolis – PR.

Critério de Exclusão:

Pacientes que se recusou a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Objetivo da Pesquisa:

Foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO Avaliação da atenção primária à saúde: a perspectiva dos usuários com diabetes melittus, de 14/06/2022):

Objetivo Primário:

Avaliar o grau de satisfação dos usuários de serviços de saúde pública, por meio da perspectiva de pacientes diabéticos atendidos no município de Janiópolis-PR.

Objetivo Secundário:

-Compreender o grau de satisfação do cuidado dos pacientes com DM .-Descrever o perfil epidemiológicos de pacientes diabéticos atendidos no município de Janiópolis-PR

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO Avaliação da atenção primária à saúde: a perspectiva dos usuários com diabetes melittus, de 14/06/2022):

Endereço: Av:Gabriel Esperidião s/n sala 20
Bairro: Jardim Morumbi **CEP:** 87.703-000
UF: PR **Município:** PARANAVAI
Telefone: (44)99973-4064 **Fax:** (44)3424-0100 **E-mail:** cep@unespar.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
PARANÁ - UNESPAR



Continuação do Parecer: 5.502.916

Riscos:

Este estudo não possui riscos diretos, porém informamos que poderão ocorrer desconfortos, tais como: tempo gasto na resposta ao questionário, ao qual será contornado ao dando flexibilidade ao participante para escolha de horário para participar do estudo, e o risco de vazamento dos dados coletados junto o setor de recursos humanos, os quais os pesquisadores agirão com sigilo e confiabilidade mantendo os mesmos guardados e só utilizarão para os fins deste objetivo. Após 5 anos a partir de 2022 serão apagados dos arquivos de armazenamento. Será informado que a participação é voluntária, podendo recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa, em especial ao seu trabalho.

Benefícios:

Espera-se que os resultados deste estudo possam fornecer dados que poderão colaborar com a implantação e execução de projetos e programas de promoção e prevenção da saúde da população, minimizando os índices do desenvolvimento de DCNT, favorecendo e melhorando a qualidade de vida dos pacientes diabéticos. O retorno dos eventuais benefícios e/ou resultados da pesquisa aos participantes serão realizados por meio do encaminhamento dos dados e os resultados a Unidade Básica de Saúde

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo nacional e unicêntrico, prospectivo. Caráter acadêmico pós-graduação, realizado para obtenção do título de mestre.

Patrocinador: não conta com patrocínio. País de Origem. Brasil

Número de participantes incluídos no Brasil: 269

Armazenamento de dados: 5 anos a partir de 2022.

Previsão de início e encerramento do estudo: 27/05/2022 término 08/11/2023. Coleta de dados: 10/07/2022 até 10/08/2022.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Endereço: Av: Gabriel Esperidião s/n sala 20
Bairro: Jardim Morumbi **CEP:** 87.703-000
UF: PR **Município:** PARANAVAI
Telefone: (44)99973-4064 **Fax:** (44)3424-0100 **E-mail:** cep@unespar.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
PARANÁ - UNESPAR



Continuação do Parecer: 5.502.916

Recomendações:

Recomendamos inserir o cronograma completo no PB informações básicas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

NÃO FOI identificado qualquer óbice ético no protocolo de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Resolução CNS nº 466/12, item XI.2.d e Resolução CNS nº 510/16, art. 28, item V.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1956660.pdf	14/06/2022 21:39:18		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_termo.docx	14/06/2022 21:19:04	Carlos Alexandre Molena Fernandes	Aceito
Outros	termo_uso_de_dados.pdf	14/06/2022 21:13:46	Carlos Alexandre Molena Fernandes	Aceito
Outros	termo_compromisso.pdf	14/06/2022 21:11:13	Carlos Alexandre Molena Fernandes	Aceito
Outros	campo_pesquisa.pdf	14/06/2022 20:58:58	Carlos Alexandre Molena Fernandes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_comite.docx	14/06/2022 20:56:05	Carlos Alexandre Molena Fernandes	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	14/06/2022 20:43:04	Carlos Alexandre Molena Fernandes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av:Gabriel Esperidião s/n sala 20
Bairro: Jardim Morumbi **CEP:** 87.703-000
UF: PR **Município:** PARANAVAI
Telefone: (44)99973-4064 **Fax:** (44)3424-0100 **E-mail:** cep@unespar.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
PARANÁ - UNESPAR



Continuação do Parecer: 5.502.916

PARANAÍ, 01 de Julho de 2022

Assinado por:
Willian Augusto de Melo
(Coordenador(a))

Endereço: Av:Gabriel Esperidião s/n sala 20
Bairro: Jardim Morumbi **CEP:** 87.703-000
UF: PR **Município:** PARANAÍ
Telefone: (44)99973-4064 **Fax:** (44)3424-0100 **E-mail:** cep@unespar.edu.br